

Österreichischer Gesundheitsbericht 2022

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK)

Wien, 2023

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Zitation: Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Leuprecht, Eva; Nowotny, Monika; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Kucera, Sabrina (2023): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Wir danken den folgenden Personen an der GÖG für ihre Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichts: Gabriele Antony, Gudrun Braunegger, Thomas Neruda, Daniela Reiter, Gerlinde Rohrauer-Näf, Florian Röthlin, Angelika Schlacher, Peter Schneider, Andreas Stoppacher und Manfred Willinger

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice zu beziehen.

Kurzfassung

Hintergrund

Der vorliegende Bericht ist ein Update des ersten Österreichischen Gesundheitsberichts 2016 und wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt. Er charakterisiert die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung sowie die Gesundheitsversorgung in Österreich. Darüber hinaus beleuchtet der Bericht die Lebensbedingungen der österreichischen Bevölkerung und zeigt diesbezügliche Zusammenhänge mit der Gesundheit auf. Der Bericht liefert weiters fundierte Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen und Interventionen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems und unterstützt das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“.

Methoden

Der Aufbau des Berichts orientiert sich an einem Modell, in dessen Zentrum ein umfassendes Verständnis von Gesundheit – einschließlich Wohlbefinden sowie Leistungs- und Handlungsfähigkeit – steht, gefolgt von individuellen und verhältnisbezogenen Determinanten.

Der Bericht ist indikatorenorientiert und stützt sich auf unterschiedliche Datenquellen. Die Daten werden überwiegend grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Bei Befragungsergebnissen, die auf einer Stichprobe beruhen, wird nur auf signifikante Ergebnisse eingegangen. Altersstandardisierte Ergebnisse basieren – sofern nicht anders angegeben – auf der europäischen Bevölkerung 2013. Regionale Vergleiche werden in Form von Bundesländerbandbreiten dargestellt. Soweit möglich, werden die Analysen nach Geschlecht und Altersgruppen sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen differenziert. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2019 und zeigen Entwicklungen seit 2005 auf. Darüber hinaus werden in vielen Bereichen auch Vergleiche zu den Jahren 2020 und 2021 – den COVID-19-Jahren – gezogen. Im Kapitel Chancengerechtigkeit werden abschließend wesentliche Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Geschlecht zusammengefasst.

Ergebnisse

Gesundheitszustand

Die Lebenserwartung von Frauen und Männern ist in Österreich – bis zum COVID-19-Knick – seit dem letzten Österreichischen Gesundheitsbericht erfreulicherweise weiter gestiegen. Gleichzeitig leiden aber auch zwei Drittel der Bevölkerung an chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Körper und Psyche betreffen und zu einem großen Teil mit einem ungesunden Lebensstil und mit sozialen Gesundheitsdeterminanten in Zusammenhang stehen – allen voran Probleme mit dem Bewegungsapparat (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose), Diabetes, Asthma, COPD, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Depressionen. Trotz positiver Entwicklungen bei der Inzidenz von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, Lungenkrebs bei Männern, Darmkrebs, Brustkrebs bei Frauen) ist bei Gesundheitsproblemen des Bewegungsapparats (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose) ein Anstieg zu beobachten, während die Prävalenz von Allergien, chronischen Kopfschmerzen, Diabetes, Asthma, COPD und von Depressionen in etwa auf dem Niveau von 2014 geblieben ist. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit – je nach Erkrankung – entweder im oder über dem EU-Durchschnitt (mit Ausnahme von Krebserkrankungen). In Summe führt die Krankheitslast chronischer Erkrankungen dazu, dass Frauen derzeit 19,5 und Männer 16,4 Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbringen.

Ebenfalls über dem EU-Durchschnitt liegt Österreich bei Verletzungen, die zugenommen haben und – zusammen mit Vergiftungen – die mit Abstand häufigste Todesursache bei 15- bis 29-Jährigen sind. Besonders gefährdet sind dabei 15- bis 29-Jährige durch Freizeit- und Straßenverkehrsunfälle (mehrheitlich Männer) und die ab 60-jährige Bevölkerung durch Haushaltsunfälle (mehrheitlich Frauen).

Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen, zwei von fünf Personen von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen und jede:r Siebte von Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten. Bei den 65-Jährigen und Älteren ist jede:r Fünfte bei der Körperpflege und Selbstversorgung (ADL) und sind zwei von fünf Personen in der Haushaltsführung (IADL) eingeschränkt. Damit ist die Situation ähnlich wie 2014 bzw. hat sich in der Tendenz noch etwas verschlechtert. Sowohl bei den ADL als auch bei den IADL besteht bereits jetzt ein hoher zusätzlicher Unterstützungsbedarf. Im europäischen Vergleich liegt Österreich in etwa im EU-Durchschnitt, nur bei den IADL rangiert es unter dem Durchschnitt der EU-Länder.

Verschlechterungen zeigen sich beim sozialen Wohlbefinden. Diese Dimension der Lebensqualität wird auch insgesamt am schlechtesten bewertet. Verbesserungen zeigen sich bei der umweltbezogenen Lebensqualität und beim psychischen Wohlbefinden, wobei Letzteres vermutlich unter der COVID-19-Pandemie gelitten hat.

Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz

Keine positiven Entwicklungen sind – mit Ausnahme der Prävalenz täglicher Raucher:innen – beim Gesundheitsverhalten sowie bei Übergewicht und Adipositas festzustellen – Adipositas ist angestiegen, und das Ernährungs- und Bewegungsverhalten hat sich tendenziell verschlechtert, während der Alkoholkonsum gleich geblieben ist. Mit Ausnahme der körperlichen Aktivität (hierentspricht Österreich dem EU-Durchschnitt) liegt Österreich sowohl bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas, beim täglichen Obst- und Gemüsekonsum, beim Anteil der täglich rauchenden Männer als auch beim Alkoholkonsum im EU-Durchschnitt, bei den täglich rauchenden Frauen sogar deutlich darüber. Rund jede:r Zweite verfügt über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -angeboten. Besonders große Herausforderungen bestehen beim Umgang mit digitalen Informationen und Informationsquellen sowie bei der Navigation im Gesundheitssystem.

Soziale Determinanten der Gesundheit

Bei den sozialen Determinanten der Gesundheit sind sowohl positive als auch negative Entwicklungen zu verzeichnen. Positiv ist die Entwicklung bis 2019 bei der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung, insbesondere beim Anteil der materiell Deprivierten, der sich 2019 gegenüber 2008 mehr als halbiert hat – allerdings sind Verschlechterungen durch die COVID-19-Pandemie und die hohe Inflation zu erwarten. Kaum Veränderungen gab es bei der Wohnsituation. Während die Überbelagsproblematik seit 2008 leicht abgenommen hat, blieben Probleme wie Feuchtigkeit und Schimmel sowie dunkle Räume bestehen. Mit Ausnahme der dunklen Räume liegt Österreich in diesem Zusammenhang aber in allen Bereichen unter dem EU-Durchschnitt.

In puncto Bildung, die eine wesentliche Determinante der Gesundheit darstellt, verfügen rund 18 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren über maximal einen Pflichtschulabschluss, jede:r Dritte über Matura oder einen höheren Bildungsabschluss. Während der Anteil der Bevölkerung mit Matura+ gestiegen ist und im EU-Durchschnitt liegt, ist der Anteil der Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss konstant geblieben, mit einem Wert deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Positive Entwicklungen sind bei der Arbeitslosigkeit und bei den Arbeitsunfällen zu verzeichnen, wobei Österreich bei der Arbeitslosigkeit unter und bei den Arbeitsunfällen über dem EU-Durchschnitt liegt. Probleme bestehen jedoch bei der (Re-)Integration Langzeitarbeitsloser und gesundheitlich eingeschränkter Personen in den Arbeitsmarkt: So ist die Langzeitarbeitslosigkeit zwischen 2013 und 2017 deutlich angestiegen und verharrt seither auf hohem Niveau, und auch die Arbeitslosigkeit aufgrund gesundheitlicher Vermittlungseinschränkungen steigt seit 2008 kontinuierlich.

Ein Drittel der unselbstständig erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren ist atypisch beschäftigt, d. h. entweder in Teilzeit, befristet oder nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Dieser Anteil ist seit 2012 weitgehend konstant geblieben. Bei der Teilzeitquote, der häufigsten Form atypischer Beschäftigung, liegt Österreich im europäischen Vergleich bei den Frauen deutlich über dem EU-Durchschnitt. Die gleichberechtigte Integration der weiblichen Bevölkerung in den Arbeitsmarkt bleibt daher eine vorrangige Aufgabe, vor allem um ihre finanzielle Absicherung und Unabhängigkeit zu gewährleisten. Vier von fünf Erwerbstätigen sind bei der Arbeit körperlichen Belastungen ausgesetzt, das sind sechs Prozentpunkte mehr als noch 2013. Eine deutliche Zunahme ist in den Kategorien „starke Anstrengung der Augen“ und „schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe“ zu beobachten, beides Belastungen, die auch mit der Zunahme von Büro- und Bildschirmarbeit einhergehen. Zwei von fünf Erwerbstätigen sind von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen, ein ähnlich hoher Wert wie 2013. Ein Fünftel aller unselbstständig Erwerbstätigen leistet Überstunden, wobei hier bei den Männern zwischen 2005 und 2019 ein deutlicher Rückgang zu beobachten ist. Zeitdruck, Arbeitsüberlastung und Überstunden wirken sich negativ auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aus.

Negative Entwicklungen sind auch bei den sozialen Beziehungen und Netzwerken zu beobachten. Im Vergleich zu 2010 ist eine deutliche Verschiebung in der Häufigkeit persönlicher sozialer Kontakte erkennbar: von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“. Österreich liegt damit aber nach wie vor über dem EU-Durchschnitt im europäischen Mittelfeld. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten ist hingegen nur geringfügig kleiner geworden. Durch die zunehmende Urbanisierung und Digitalisierung des Alltags (Stichwort Home-Office) scheinen persönliche soziale Kontakte zusehends zu schwinden. Zudem scheint bereits heute jede:r Zehnte sozial isoliert. Nur etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung rechnet (bei Bedarf) mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zu 2014 nicht verändert.

Verbesserungen sind in Österreich bei der Luftqualität zu beobachten: bei Stickstoffdioxid, Feinstaub und Ozon, wobei Letzteres seit 2017 wieder ansteigt. Im europäischen Vergleich

liegt Österreich damit im (oberen) Mittelfeld. In Hinblick auf Umweltbelastungen und Gesundheit wäre es jedoch notwendig, weitere Indikatoren im Gesundheitsmonitoring stärker zu berücksichtigen, um umfassendere Aussagen treffen zu können. Rund zwölf Prozent der Bevölkerung fühlen sich in an ihrem Wohnort stark bis sehr stark von Lärm belästigt. Jede:r Zweite nennt dabei Verkehrslärm als Hauptursache, gefolgt von Nachbarschaftslärm und Baulärm. Die Belastung durch Verkehrslärm hat seit 2007 abgenommen, während die Belastung durch Nachbarschaftslärm deutlich zugenommen hat.

Gesundheitsversorgung und -förderung

Österreich verfügt über ein gut ausgebautes Gesundheitssystem. Dennoch gibt es dort Bereiche, denen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Dazu zählen

- die Kaiserschnitttrate, die sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt hat und mit rund 30 Prozent im oberen Drittel der EU-Länder liegt,
- die Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, die zwar leicht ansteigt, aber nur von rund 15 Prozent genutzt wird,
- die Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten (Darmspiegelung, Vorsorge-mammografie, PAP-Abstrich), die zwar über dem EU-Durchschnitt liegt, aber seit 2014 nicht mehr gestiegen ist,
- der kontinuierliche Rückgang der Vertragsarztdichte bei Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und Fachärztinnen/ärzten sowie eine stagnierende Vertragsarztdichte bei Zahnärztinnen/-ärzten, denen eine deutliche Zunahme der Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte gegenübersteht, insbesondere im fachärztlichen Bereich,
- ein nach wie vor hoher Anteil potenziell inadäquater Medikation (PIM) bei den ab 70-Jährigen, der trotz positiver Entwicklung mit 37 Prozent auf einem auch im internationalen Vergleich hohen Niveau ist,
- die psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung, deren Kapazitäten vor allem im ambulanten Bereich, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Psychosomatik ausgebaut werden müssten,
- die Langzeitpflege und -betreuung, in deren Fall ebenfalls Kapazitätserweiterungen erforderlich wären, und
- die Hospiz- und Palliativversorgung, bei der in allen sechs Versorgungssegmenten ein Ausbaubedarf besteht.

Deutlich erkennbar ist auch eine manifeste Zunahme der Inanspruchnahme des ambulanten Sektors zugunsten einer Abnahme der stationären Versorgung.

Im Bereich der Gesundheitsförderung liegen mit den Gesundheitszielen Österreich und der Gesundheitsförderungsstrategie zwei wesentliche Strategien vor, die eine klare Richtung vorgeben. Darüber hinaus unterstützen Netzwerke sowie wichtige Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich Schulen, Betriebe, Gesundheitseinrichtungen, Gemeinden und Städte bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Initiativen. Belastbare Zahlen über die Anzahl durchgeführter Gesundheitsförderungsaktivitäten und deren Breitenwirkung gibt es allerdings nicht.

Die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) trägt mit ihren Schwerpunkten (Gute Gesundheitsinformation, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings, Bürger- und Patientenbeteiligung und Messung von Gesundheitskompetenz) zur Vernetzung relevanter Akteurinnen und Akteure und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch konkrete Strategiekonzepte, praxistaugliche Tools und Daten zur Identifikation relevanter Handlungsfelder bei.

Chancengerechtigkeit

Männer und Frauen weisen unterschiedliche Gesundheitsprofile auf: Frauen leben länger, verbringen aber mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen (Allergien, chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen und Depressionen), sind – auch aufgrund der höheren Lebenserwartung – häufiger im Alltag eingeschränkt und weisen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden auf. Männer hingegen haben eine um 4,7 Jahre geringere Lebenserwartung und verbringen dementsprechend weniger Zeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes betroffen, verletzen sich häufiger, sterben häufiger an Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs und begehen häufiger Selbstmord. Männer verhalten sich ungesünder, haben eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz und sind am Arbeitsplatz stärker von körperlichen Belastungen, ungünstigeren Arbeitsbedingungen, Arbeitsunfällen sowie von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen. Frauen hingegen haben häufiger höchstens einen Pflichtschulabschluss und sind stärker von Armut und Ausgrenzung betroffen. Sie sind seltener erwerbstätig und weisen – im Falle einer Erwerbstätigkeit – häufiger ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf.

Frauen nehmen etwas häufiger allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und nehmen häufiger ärztlich verschriebene sowie rezeptfreie Medikamente ein. Sie sind stärker von potenziell inadäquater Medikation betroffen, suchen häufiger niedergelassene Physio-

therapeutinnen/Physiotherapeuten auf und nehmen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiater in Anspruch. Im akutstationären Bereich werden Frauen häufiger wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie wegen Krankheiten des Urogenitalsystems behandelt. Frauen sind stärker in die informelle Pflege und Betreuung eingebunden, beziehen häufiger Pflegegeld und nehmen häufiger häusliche Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch. Männer hingegen gehen seltener zur Hausärztin / zum Hausarzt, zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten, zur Zahnärztin / zum Zahnarzt und nehmen seltener Medikamente ein. Im akutstationären Bereich werden Männer häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen behandelt und weisen insgesamt eine höhere, durch das Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf.

Als besonders gesundheitlich benachteiligt erweisen sich Personen mit geringer formaler Bildung und solche mit niedrigem Haushaltseinkommen. Personen mit geringer formaler Bildung haben eine geringere Lebenserwartung und verbringen mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit als Gleichaltrige anderer Bildungsgruppen. Personen mit niedrigem Bildungsstand und jene mit niedrigem Haushaltseinkommen sind häufiger chronisch krank, haben mehr Einschränkungen im Alltag und eine geringere Lebensqualität. Dieser Unterschied ist vor allem auf einen ungünstigeren Lebensstil, eine benachteiligte Lebenssituation und Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten und der medizinischen Versorgung zurückzuführen.

Schlussfolgerungen

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2022 zeigt deutlichen Handlungsbedarf auf, um die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu erhalten bzw. zu verbessern. Dabei gilt es sowohl beim Verhalten als auch bei den sozialen Determinanten von Gesundheit anzusetzen und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erhöhen. Dies kann nur gelingen, wenn verstärkt auf Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt wird, die Gesundheitsversorgung weiterentwickelt wird und auf allen Ebenen wirksame und koordinierte Maßnahmen gesetzt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbericht, Health in All Policies, soziale Determinanten der Gesundheit, Chancengerechtigkeit

Summary

Background

This report is an update of the first Austrian Health Report 2016 and was commissioned by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK) and prepared by Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). It characterises the health situation and health behaviour of the Austrian population as well as the Austrian health care system. In addition, the report examines the living conditions of the Austrian population and shows the relationship between these conditions and health. The report also provides a sound basis for health policy decisions and interventions in the areas of health promotion and prevention as well as for the further development of the Austrian health care system and supports the ‘health in all policies’ approach.

Methods

The structure of the report is based on a model that focuses on a comprehensive understanding of health – including well-being and functioning – followed by individual and social determinants of health.

The report is indicator-based and draws on a variety of data sources. Data are mainly presented graphically and briefly described in text. In the case of survey data, only significant results are discussed. Age-standardised results are based on the European population in 2013, unless otherwise stated. Regional comparisons are presented in the form of ranges of federal states (Bundesländer). Where possible, analyses are differentiated by gender and age groups, as well as by education and household income. Data refer to the year 2019 and show developments since 2005. In many areas, comparisons are also made with 2020 and 2021 – the COVID-19 years. Finally, the chapter on equal opportunities summarises the main differences by education, household income and gender.

Findings

Health status

Life expectancy for women and men in Austria has continued to increase since the last Austrian Health Report, until the COVID-19 pandemic. At the same time, however, two thirds

of the population suffer from chronic diseases and health problems that affect their physical and mental health and are largely related to unhealthy lifestyles and social determinants of health – especially musculoskeletal problems (chronic back and neck pain, osteoarthritis), diabetes, asthma, COPD, cancer, cardiovascular diseases, and depression. Despite positive developments in the incidence of cancer and cardiovascular diseases (myocardial infarction, ischaemic stroke, lung cancer in men, colorectal cancer, breast cancer in women), an increase can be observed in musculoskeletal health problems (chronic back and neck pain, osteoarthritis), while the prevalence of allergies, chronic headache, diabetes, asthma, COPD, and depression remained at about the same level as in 2014. In a European comparison, Austria is either at or above the EU average, depending on the disease (except for cancer). Overall, the burden of chronic diseases means that women currently spend 19.5 and men 16.4 years of their lives in fair to poor health.

Austria is also above the EU average for injuries, which have increased and are by far the most common cause of death among 15–29-year-olds, including poisoning. The 15–29 age group is particularly vulnerable to leisure and road traffic accidents (mostly men) and the over-60s to domestic accidents (mostly women).

One third of the Austrian population is affected by health-related limitations in everyday life, two in five by physical and/or sensory limitations and one in seven by memory and concentration problems. Among people aged 65 and over, one in five has limitations in activities of daily living (ADL) and two in five in instrumental activities of daily living (IADL). The situation is therefore like or slightly worse than in 2014. The need for additional support is already high for both ADL and IADL. In a European comparison, Austria is in line with the EU average; it is only in the case of IADL that it is below the average of the EU countries.

Deterioration is evident in social well-being. This dimension of quality of life is also the worst overall. Improvements can be seen in environmental quality of life and mental well-being, although the latter has suffered from the COVID-19 pandemic.

Health behaviour and health literacy

Except for the prevalence of daily smoking, there are no positive trends in health behaviour and overweight and obesity – obesity has increased, dietary and physical activity behaviour has tended to worsen, while alcohol consumption has remained the same. Apart from physical activity (where Austria is positively above the EU average), Austria is in line with the EU average for the prevalence of overweight and obesity, daily fruit and vegetable consumption, proportion of men smoking daily and alcohol consumption, and negatively above the

EU average for the prevalence of women smoking daily. Around one in two people have limited health literacy and have difficulty using health information and services. There are challenges in using digital information and sources and navigating the health system.

Social determinants of health

There are both positive and negative trends in the social determinants of health. The trend up to 2019 is positive for the risk of poverty and exclusion, particularly for the proportion of people living in material deprivation, which is more than halved in 2019 compared to 2008 but is expected to deteriorate due to the COVID-19 pandemic and high inflation. There has been little change in the housing situation. While the problem of overcrowding has decreased slightly since 2008, problems such as damp and mould and dark rooms remain. Except for dark rooms, Austria is below the EU average in all areas.

In terms of education, which is an important determinant of health, about 18 per cent of the Austrian population aged 25–64 have completed at least compulsory schooling, and one in three has completed secondary school or higher (Matura+). While the share of the population with Matura+ has increased and is in line with the EU average, the share of the population with at most compulsory schooling has remained constant, with a value clearly below the EU average.

Positive developments can be seen in unemployment and accidents at work, with Austria below the EU average for unemployment and above the EU average for accidents at work. However, there are problems with the (re-)integration of the long-term unemployed and people with health impairments into the labour market: Long-term unemployment increased significantly between 2013 and 2017 and has remained at a high level since then, and unemployment due to health impairments has also increased continuously since 2008.

One third of employed persons aged 15–64 is in atypical employment, i.e. either part-time, temporary or not subject to social security contributions. This share has remained broadly constant since 2012. In terms of part-time employment, the most common form of atypical employment, Austria is well above the EU average for women. The equal integration of the female population into the labour market therefore remains a priority task, in particular to ensure their financial security and independence. Four out of five employees are exposed to physical stress at work, which is six percentage points more than in 2013. There has been a significant increase in the categories of ‘severe eye strain’ and ‘difficult working postures and movements’, both of which are related to the increase in office and computer work. Two in five employees are affected by time pressure and work overload, a similar level to

2013. One-fifth of all employees work overtime, although there has been a significant decrease among men between 2005 and 2019. Time pressure, work overload and overtime have a negative impact on work-life balance.

Negative trends can also be seen in social relationships and networks. Compared to 2010, there is a clear shift in the frequency of personal social contacts: from the category 'several times a week to daily' to 'several times a month to once a week'. However, Austria is still above the EU average in the European midfield. On the other hand, the population group with the fewest social contacts has only slightly decreased. Due to increasing urbanisation and the digitalisation of everyday life (e.g. home office), personal social contacts seem to be decreasing. In addition, one in ten people seems to be socially isolated. Just over half of the population expects a high level of social support (if needed). This proportion has not changed since 2014.

Austria's air quality has improved for nitrogen dioxide, particulate matter as well as ozone, although the latter has been increasing since 2017. Austria thus ranks in the (upper) midfield in a European comparison. With regard to environmental pollution and health, however, it would be necessary to include more indicators in health monitoring to be able to make more comprehensive statements. About twelve per cent of the population feel very or extremely disturbed by noise in their place of residence. Every second person cites traffic noise as the main cause, followed by neighbourhood noise and construction noise. Traffic noise has decreased since 2007, while neighbourhood noise has increased significantly.

Healthcare

Austria has a well-developed health system. However, there are areas that should be given more attention. These include:

- the caesarean section rate, which has almost doubled in the last 20 years and, at around 30 per cent, is in the top third of EU countries,
- the uptake of health screening, which is increasing slightly but is only used by about 15 per cent of the population,
- the uptake of screening services (colonoscopy, screening mammography, PAP smear), which is above the EU average but has not increased since 2014,
- the continuing decline in the density of general practitioners and specialists and the stagnating density of dentists, which contrasts with a significant increase in the number of elective physicians, particularly specialists,

- a persistently high proportion of potentially inappropriate medication (PIM) among the 70-year-olds, which at 37 per cent is also high in an international comparison, despite the positive development,
- psychiatric, psychosomatic, and psychosocial care, where capacity needs to be expanded, especially in the outpatient sector, child and adolescent psychiatry and psychosomatics,
- long-term care and nursing, where capacity expansion would also be necessary, and
- hospices and palliative care, with a need for expansion in all six care segments.

There is also a clear increase in the use of outpatient care to the detriment of inpatient care.

In the field of health promotion, the Austrian Health Targets and the Austrian Health Promotion Strategy are two important strategies that provide a clear direction. In addition, networks and key players in the health sector support schools, companies, health institutions, municipalities and cities in implementing health promotion measures and initiatives. However, there are no reliable figures on the number of health promotion activities carried out and their overall impact.

The Austrian Health Literacy Alliance (ÖPGK) contributes to the networking of relevant actors and to the improvement of health literacy through its focus areas (high-quality health information, high-quality communication in health care, health literate organisations, empowerment of citizens and patients and measurement of health literacy) with concrete strategic concepts, practical tools and data for the identification of relevant fields of action.

Health equity

Men and women have different health profiles: Women live longer but spend more years in fair to poor health. They are more likely to suffer from chronic diseases and health problems (allergies, chronic back and neck pain, osteoarthritis, chronic headaches, and depression), have more limitations due to health problems – partly because of their higher life expectancy – and have lower levels of physical and mental well-being. Men, on the other hand, have a 4.7 year lower life expectancy and spend less time in fair to poor health. They have higher rates of cardiovascular disease, cancer and diabetes, more injuries, more deaths from injuries, cardiovascular disease and cancer, and more suicides. Men have more unhealthy behaviours, lower general health literacy and are more affected by physical stress, less favourable working conditions, work-related accidents, time pressure at work and work overload. Women, on the other hand, are more likely to have completed only

compulsory education and are more affected by poverty and exclusion. They are less likely to be employed and, if employed, more likely to be in atypical employment.

Women are more likely to have health screening and more likely to use prescription and over-the-counter drugs. They are more likely to be affected by potentially inappropriate medication and more likely to use physiotherapists and psychologists, psychotherapists and/or psychiatrists in private practice. In the acute inpatient sector, women are more likely to be treated for musculoskeletal and genitourinary disorders. Women are more involved in informal care and support, more likely to receive carer's allowance and more likely to use home care services. Men, on the other hand, are less likely to consult a general practitioner, a specialist in private practice or a dentist and are less likely to take medication. In the acute inpatient sector, men are more likely to be treated for cardiovascular diseases, injuries and poisonings, digestive diseases, and respiratory diseases. They also have a higher overall mortality rate, which can be influenced by the health care system.

People with low formal education and those with low household income are particularly disadvantaged in terms of health. People with low formal education have a lower life expectancy and spend more years in fair to poor health than their counterparts in other education groups. People with low levels of education and low household income are more likely to be chronically ill, have more limitations due to health problems and have a lower quality of life. This difference is mainly due to a less favourable lifestyle, a disadvantaged living situation and differences in the use of screening services and medical care.

Conclusions

The Austrian Health Report 2022 shows a clear need for action to maintain and improve the health of the Austrian population. In this context, it is important to address both behavioural and social determinants of health and to increase health equity. This can only be achieved through a stronger focus on health promotion and prevention, the further development of health care, and effective and coordinated action at all levels.

Keywords

health report, health in all policies, social determinants of health, health equity

Inhalt

Kurzfassung	3
Summary	10
1 Einleitung	20
1.1 Hintergrund, Ziele, Zielgruppen.....	20
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	21
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	24
1.4 Methodik.....	26
1.5 Datengrundlagen	28
2 Demografie	30
2.1 Bevölkerungsstand.....	30
2.2 Bevölkerungsstruktur	30
2.3 Bevölkerungsentwicklung.....	35
3 Gesundheitszustand	39
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit.....	39
3.1.1 Lebenserwartung	39
3.1.2 Lebenserwartung in Gesundheit	41
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	44
3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme	48
3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme	49
3.3.2 Verletzungen aufgrund von Unfällen.....	85
3.3.3 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten	91
3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	95
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag.....	96
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen	99
3.4.3 Kognitive Einschränkungen.....	105
3.4.4 Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL).....	108
3.4.5 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)	111
3.4.6 Krankenstände	114
3.5 Mundgesundheit.....	120
3.6 Lebensqualität	128
3.7 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre	135
3.7.1 Gesamtsterblichkeit.....	135

3.7.2	Vorzeitige Sterblichkeit und Sterblichkeit aufgrund ausgewählter Todesursachen	141
3.7.3	Suizid	144
4	Individuelle Gesundheitsdeterminanten	147
4.1	Körperliche Faktoren	147
4.1.1	Adipositas und Übergewicht.....	147
4.1.2	Bluthochdruck.....	152
4.1.3	Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride	156
4.2	Psychische Faktoren	159
4.2.1	Gesundheitskompetenz	160
4.3	Gesundheitsverhalten.....	164
4.3.1	Ernährung	164
4.3.2	Gesundheitswirksame Bewegung.....	169
4.3.3	Tabakkonsum.....	175
4.3.4	Alkoholkonsum	183
4.3.5	Konsum illegaler Drogen.....	189
5	Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten	192
5.1	Materielle Lebensbedingungen	192
5.1.1	Ökonomische Verhältnisse	192
5.1.2	Wohnsituation	210
5.2	Bildung	223
5.2.1	Bildungsniveau	224
5.2.2	Bildungsmobilität	229
5.2.3	Weiterbildung	234
5.2.4	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen	237
5.2.5	Schulklima	240
5.3	Arbeit und Beschäftigung	242
5.3.1	Erwerbsstatus: Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, Nichterwerbstätigkeit	245
5.3.2	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz	267
5.3.3	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	270
5.3.4	Arbeitsunfälle.....	272
5.3.5	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	277
5.3.6	Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	280
5.3.7	Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen.....	283
5.4	Soziale Beziehungen und Netzwerke.....	284
5.4.1	Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen	285
5.4.2	Sozialkontakte.....	287

5.4.3	Ausmaß sozialer Unterstützung.....	293
5.4.4	Soziales Vertrauen	295
5.5	Lebensraum und Wohnumfeld.....	301
5.5.1	Luftqualität.....	301
5.5.2	Lärmbelästigung.....	307
5.5.3	Kriminalität, Gewalt und Vandalismus	310
6	Gesundheitsförderung und -versorgung.....	314
6.1	Gesundheitsförderung.....	314
6.1.1	Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) / Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) / Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).....	315
6.1.2	Gesundheitsziele Österreich.....	317
6.1.3	Gesundheitsförderungsstrategie und weitere Strategien im Bereich Gesundheitsförderung	318
6.1.4	Gesundheitsförderungsstrukturen und ihre Aktivitäten: schulische, betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung.....	319
6.1.5	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).....	321
6.1.6	Selbsthilfe.....	321
6.2	Prävention.....	322
6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen	323
6.2.2	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	332
6.3	Ambulante Versorgung.....	335
6.3.1	Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich	335
6.3.2	Physio-, ergotherapeutische und logopädische Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	348
6.3.3	Spitalsambulante Versorgung.....	353
6.3.4	Pharmazeutische Versorgung.....	354
6.4	Akutstationäre Versorgung.....	360
6.5	Stationäre Rehabilitation.....	366
6.6	Langzeitpflege und -betreuung.....	368
6.6.1	Pflegegeldbezieher:innen	370
6.6.2	Formelle Angebote	371
6.6.3	COVID-19 und seine Auswirkungen auf den Bereich der Langzeitpflege und - betreuung.....	376
6.6.4	Österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“	377
6.6.5	Informelle Pflege- und Betreuungsleistungen.....	378
6.7	Gesundheitsberufe	379
6.8	Hospiz- und Palliativversorgung	382

6.8.1 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene	382
6.8.2 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene 391	
6.9 Ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität	395
6.9.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	395
6.9.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI).....	398
6.9.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall.....	400
6.9.4 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren.....	401
6.10 Spezifische Versorgungsbereiche	403
6.10.1 Schwangerschaft und Geburt	403
6.10.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung.....	411
6.10.3 Versorgung von Menschen, die eine Drogenproblematik aufweisen.....	434
7 Chancengerechtigkeit	436
7.1 Unterschiede nach Geschlecht	439
7.1.1 Gesundheitszustand	439
7.1.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	441
7.1.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten	442
7.1.4 Gesundheitsversorgung.....	445
7.2 Unterschiede nach Bildung.....	447
7.2.1 Gesundheitszustand	447
7.2.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	449
7.2.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten	450
7.2.4 Gesundheitsversorgung.....	452
7.3 Unterschiede nach Einkommen.....	453
7.3.1 Gesundheitszustand	453
7.3.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	455
7.3.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten	456
7.3.4 Gesundheitsversorgung.....	457
8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	460
Tabellenverzeichnis.....	479
Abbildungsverzeichnis.....	481
Literaturverzeichnis	494
Abkürzungen.....	513

1 Einleitung

1.1 Hintergrund, Ziele, Zielgruppen

Der *Österreichische Gesundheitsbericht 2022* (GBÖ 2022) charakterisiert die gesundheitliche Lage und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der österreichischen Bevölkerung sowie die Gesundheitsversorgung in Österreich. Zudem beleuchtet er die Lebensverhältnisse der in Österreich lebenden Bevölkerung und zeigt diesbezügliche Zusammenhänge mit ihrer Gesundheit auf.

Der Bericht liefert eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Interventionen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems und unterstützt die Idee „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies, HiAP), indem er Handlungsfelder aufzeigt, die sowohl für die Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at>), für die Zielsteuerung-Gesundheit als auch für die Erreichung der Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen (United Nations 2015a) relevant sind.

Der GBÖ 2022 ist ein Update des *Österreichischen Gesundheitsberichts 2016* (Griebler et al. 2017) und erfasst die Situation vor der COVID-19-Pandemie. Es ist demnach anzunehmen, dass sich die Lage in Österreich – durch das Pandemiegeschehen – noch weiter zugespitzt hat, vor allem was die Gesundheitsversorgung und die psychosoziale Gesundheit anbelangt. Im Bericht werden diesbezüglich (erste) Hinweise gegeben.

Die Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträger:innen diverser Ressorts auf Bundes- und Landesebene, die interessierte Fachöffentlichkeit sowie Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre.

Der GBÖ 2022 wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) finanziert und in Auftrag gegeben sowie von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) umgesetzt.

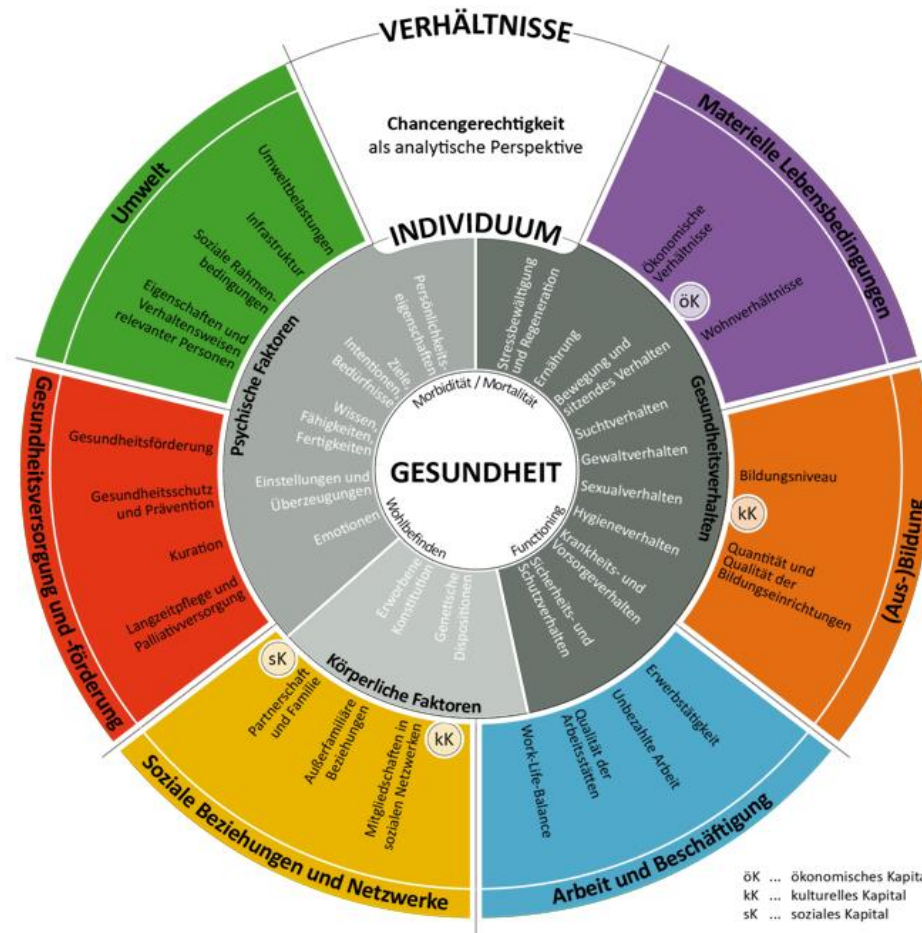
1.2 Determinanten der Gesundheit

Die Gesundheit der Bevölkerung ist das Ergebnis komplexer Wirkungszusammenhänge sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Faktoren, die in vielschichtigen Wechselwirkungen und kumulativen Prozessen die Gesundheit beeinflussen (Griebler/Dür 2009).

Zur Systematisierung gesundheitlicher Determinanten wurde an der GÖG ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten entwickelt, das Public Health Monitoring Framework (PHMF). Es kategorisiert individuelle und gesellschaftliche Determinanten der Gesundheit (s. Abbildung 1) und baut auf einem umfassenden Verständnis von Gesundheit auf.

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen und versucht deren Stärken zu kombinieren (Griebler 2018). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, bei denen einer verstärkten Determinantenorientierung auf Verhältnisebene Rechnung getragen wird (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes), und schafft einen Rahmen für ein breitangelegtes Gesundheitsmonitoring.

Abbildung 1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler 2018

Das Framework bildet ein modernes **Gesundheitsverständnis** ab, das durch nachstehende Merkmale gekennzeichnet ist:

1. Gesundheit wird als ein multidimensionales Konzept verstanden, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (s. Becker 2006; WHO 1948) wird unter Gesundheit
 - das Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,
 - eine uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005) und
 - ein umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial) verstanden.

Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Dieses Konzept beruht nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank, sondern auf einem Entwicklungskontinuum der Dimensionen Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs-/Handlungsfähigkeit.

2. Gesundheit geht aus dauerhaften und permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozessen hervor (Antonovsky, Aaron/Franke 1997; Pelikan, Jürgen M. 2007).
3. Gesundheit ist das Ergebnis mehr oder weniger gelungener Adaptions- und Reproduktionsprozesse unter Maßgabe individueller und „gesellschaftlicher“ Bedingungen (Becker 2001; Dubos 1959; Parsons 1981; Pelikan, Jürgen M. 2007).

Gemäß Punkt 3 unterscheidet das Framework zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten.

Verhältnisdeterminanten werden im Framework durch sechs Themenfelder abgebildet (s. Abbildung 1, äußerer Ring des Frameworks). Die darunter subsumierten Faktoren wirken sich entweder direkt (im Sinne einer Exposition) oder indirekt (vermittelt über individuelle Faktoren) auf die Gesundheit aus und stehen untereinander in komplexen Wechselwirkungen:

- materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- (Aus-)Bildung (Bildungsniveau, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- Arbeit und Beschäftigung (Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit, unbezahlte Arbeit (z. B. Pflege), Qualität der Arbeitsstätten, Work-Life-Balance)
- soziale Beziehungen und Netzwerke (Partnerschaft und Familie, außerfamiliäre Beziehungen, Mitgliedschaften in sozialen Netzwerken)
- Gesundheitsversorgung und -förderung (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung)
- Umwelt (Umweltbelastungen, Infrastruktur, soziale Rahmenbedingungen)

Die Themenfelder können mit speziellen Settings hinterlegt werden (z. B. Kindergarten, Schule, Universität, Betrieb, Familie, Peers, Gesundheitseinrichtungen, Gemeinde, Stadt, Community) und sind – im Sinne von HiAP – durch verschiedene Politikbereiche adressierbar (Soziales, Bildung, Wirtschaft, Jugend, Familie, Gesundheit, Umwelt).

Auf Ebene der *individuellen Determinanten* (s. Abbildung 1, grauer Ring des Frameworks) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch

das Risiko- und Vorsorgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert, können diese Verhaltensweisen als Lebensstile interpretiert werden (Siegrist 2003), die sowohl von individuellen Faktoren (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) als auch von gesellschaftlichen Faktoren geprägt und beeinflusst sind (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Wie bei den Verhältnisdeterminanten wird auch bei den individuellen Determinanten von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen. Die Mehrheit dieser Faktoren übt einen direkten Einfluss auf die Gesundheit aus (Griebler/Dür 2009).

Das Thema *Chancengerechtigkeit* gewinnt vor dem Hintergrund wachsender sozioökonomischer Unterschiede und der Erkenntnis, dass von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte sozioökonomisch Benachteiligte weniger oder kaum profitieren (Klein et al. 2015), gesundheitspolitisch zusehends an Bedeutung. Chancengerechtigkeit wird im PHMF der GÖG als eine analytische Kategorie geführt, die im vorliegenden Bericht durch eine systematische Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht dargestellt wird.

Trotz seiner klaren Systematik lässt das PHMF Gestaltungsspielräume offen – vor allem da zwischen einzelnen Themenfeldern inhaltliche Überschneidungen bestehen. Nach dem Settingansatz etwa können außerfamiliäre Beziehungen nicht nur unter dem Themenfeld „soziale Beziehungen und Netzwerke“, sondern auch unter „(Aus-)Bildung“, „Arbeit und Beschäftigung“ oder „Gesundheitsversorgung und -förderung“ thematisiert werden, sofern es sich um Beziehungen in der Schule, am Arbeitsplatz oder in der Gesundheitsversorgung handelt. Individuelle Faktoren wie z. B. Lesekompetenz (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) oder Arbeitsüberforderung (Emotionen) können nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern – im Sinne von Systemoutcomes – auch auf der Verhältnisebene angesprochen werden. Ihre Verortung ist deshalb eine Frage der Akzentuierung und Fokussierung.

Die Darstellung des Frameworks impliziert – was Größe und Positionierung der bunt- und graugefärbten Segmente anbelangt – weder eine Gewichtung (im Sinne der Größenverhältnisse) noch eine explizite Zusammengehörigkeit (im Sinne der aneinandergrenzenden Bereiche).

1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der GBÖ 2022 orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten PHMF (s. Abbildung 1). Da jedoch nicht für alle Teilaspekte des PHMF Daten vorliegen, können im

Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Gesundheitsrelevanz abgebildet werden.

Der Bericht ist in fünf große Kapitel gegliedert:

- Demografie
- Gesundheitszustand
- Individuelle Gesundheitsdeterminanten
- Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- Gesundheitsversorgung und -förderung
- Chancengerechtigkeit

Im Kapitel 2, Demografie, wird die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung anhand ausgewählter Indikatoren beschrieben. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit abgebildet. Im Bereich individuelle Gesundheitsdeterminanten (Kapitel 4) gibt es vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren und der Gesundheitskompetenz – auf zentrale Indikatoren des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol, illegale Substanzen) beschränkt. Verhältnisbezogene Determinanten (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Lebensraum/Wohnumfeld gegliedert. Auch der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung (Kapitel 6) ist – gemäß PHMF – als Verhältnisdeterminante zu sehen. Er liegt jedoch überwiegend im Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts und wird deshalb in einem eigenen Kapitel dargestellt. Hier geht es um Gesundheitsförderung und Prävention, um die ambulante und stationäre Versorgung, um Rehabilitation und um die Situation in der Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung. Zudem werden ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität thematisiert (s. Kapitel 6.9) sowie drei spezifische Versorgungsthemen aufgegriffen (s. Kapitel 6.10). In Kapitel 7 werden Ergebnisse in puncto Chancengerechtigkeit (Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit werden solche Ergebnisse auch in den Kapiteln 3 bis 6 dargestellt und grafisch illustriert. Die Schlussbetrachtung fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt den Bezug zu laufenden Strategien für mehr Gesundheit her.

1.4 Methodik

Der Bericht ist indikatoren- bzw. datenorientiert und verzichtet auf epische Breite. Lediglich für verhältnisbezogene Determinanten wird einleitend der Zusammenhang mit der Gesundheit illustriert. Die Datenanalysen werden großteils grafisch aufbereitet und textlich eher knapp beschrieben. Zentrale Informationen zu Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich in blau hinterlegten Boxen. Bei Befragungs- bzw. Stichprobenergebnissen wird nur auf signifikante Resultate eingegangen.

Altersstandardisierte Ergebnisse wurden – sofern nicht anders angegeben – auf die derzeit von Statistik Austria und Eurostat verwendete Europa-Standardbevölkerung 2013 standardisiert. Bei der Altersstandardisierung wird der Bevölkerung die Altersstruktur einer (fiktiven) Referenzbevölkerung unterstellt. Nach der Altersstandardisierung können Daten verschiedener Jahre oder Regionen ohne Verzerrungen durch unterschiedliche Altersstrukturen miteinander verglichen werden. Bei der Interpretation altersstandardisierter Morbiditäts- oder Mortalitätsraten ist jedoch zu beachten, dass es sich nicht um reale Daten – im Sinne empirisch beobachtbarer Daten – handelt. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Population wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2023)

Regionale Vergleiche werden auf Ebene der Bundesländer angestellt, indem die Maximal- und Minimalwerte angegeben werden (BL-Bandbreite). Sie liefern Anhaltspunkte dafür, welche Ziele in Österreich erreichbar sein sollten. Der österreichische Durchschnitt wird nur punktuell zum Vergleich herangezogen.

Die Daten referenzieren auf das Jahr 2019. Damit wird eine durchgängige Betrachtung über alle Themenbereiche und mithin eine Einschätzung der Gesamtsituation ermöglicht. Zeitliche Entwicklungen werden für die Jahre 2005–2019 beschrieben. Damit wird die Situation vor COVID-19 charakterisiert. Die Pandemie hat jedoch in vielen Bereichen zu Verschlechterungen und zu Krisen- und Ausnahmezuständen geführt (Haas et al. 2021; Statistik Austria 2023a). Diese werden mit einem Fokus auf das erste Pandemiejahr (2020) thematisiert. In einigen Fällen werden auch Daten aus dem Jahr 2021 präsentiert.

Chancengerechtigkeit wird – neben der Differenzierung nach Geschlecht – über die Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildung und Einkommen abgebildet (je nach Datenverfügbar-

keit). Beim Geschlecht sind derzeit nur Vergleiche für Frauen und Männer möglich, da Personen, die einer anderen Geschlechterkategorie angehören, aufgrund ihrer vergleichsweise geringen Anzahl nicht in den Analysen berücksichtigt werden können.

Die *Bildung* betreffend werden drei Kategorien (in Bezug auf den jeweils höchsten Bildungsabschluss einer Person) unterschieden:

- Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss (maximal Pflichtschulabschluss)
- Abschluss einer Lehre oder berufsbildenden mittleren Schule
- Abschluss einer höheren Schule (mit Matura), Fachhochschule oder universitären Ausbildung

Die ATHIS-Auswertungen nach Bildung beziehen sich allesamt auf die Bevölkerung ab 30 Jahren, da für Personen zwischen 15 und 29 Jahren noch nicht alle Bildungsabschlüsse gleichermaßen möglich sind, vor allem bei den jüngeren. In Ausnahmefällen wird eine andere Kategorisierung verwendet.

Die Stratifizierung nach *Einkommen* erfolgt nach Einkommensquintilen. Es handelt sich dabei um das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen, das in fünf Gruppen unterteilt ist. Das äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen ist das verfügbare monatliche Haushaltseinkommen, dividiert durch die Summe der Konsumäquivalente eines Haushalts. Dabei wird unterstellt, dass mit zunehmender Haushaltsgröße und abhängig vom Alter der Kinder eine Kostenersparnis erzielt wird. Demzufolge wird das Haushaltseinkommen mit der sogenannten EU-Skala (modifizierte OECD-Skala) gewichtet: Für jeden Haushalt wird ein Grundbedarf angenommen. Die erste erwachsene Person eines Haushalts erhält daher ein Gewicht von 1. Für jede weitere Person im Alter von 14 und mehr Jahren wird ein Gewicht von 0,5 und für Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3 angenommen. Auch die ATHIS-Auswertungen nach Einkommen beziehen sich auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Unterschiede nach *Migrationshintergrund* werden nicht in den Blick genommen, da für derartige Analysen eine umfassendere Datenbasis notwendig wäre. Eine simple Unterscheidung in „mit“ und „ohne“ Migrationshintergrund greift hier zu kurz und wird der Thematik nicht gerecht. Analysen zur (COVID-19-)Sterblichkeit nach Migrationshintergrund (Griebler 2021) machen aber deutlich, wie wichtig es wäre, dieses Thema zukünftig intensiver zu beleuchten.

1.5 Datengrundlagen

Der vorliegende Gesundheitsbericht verwendet eine Vielzahl von Quellen und Statistiken. Die wichtigsten Datenquellen aus dem Gesundheitsbereich werden in Bezug auf ihre Qualität, Vollständigkeit und Verlässlichkeit kurz dargestellt. Vorab ist festzuhalten, dass in Österreich zur Beschreibung von Mortalität und „stationärer Morbidität“ recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches Datendefizit besteht. Ein weiteres Defizit besteht darin, dass viele Datenquellen nicht routinemäßig mit sozioökonomischen Merkmalen verknüpft werden können. Solche Analysen sind fast ausschließlich auf die Österreichischen Gesundheitsbefragungen beschränkt.

Die **Todesursachenstatistik** liefert Informationen zu den Todesursachen aller in Österreich verstorbenen Personen. Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich erfasst. Die Todesursachenstatistik basiert auf einer medizinisch dokumentierten Vollerhebung, stratifiziert u. a. nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache, und bildet die Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung. Die Daten stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Bei hochaltrigen Menschen kann es sein, dass vermehrt nicht nach der Todesursache geforscht wird, sondern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben wird. Eine sinkende Obduktionsrate könnte – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten führen bzw. geführt haben.

In der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)** der österreichischen Krankenanstalten werden von allen stationären Aufenthalten neben individuellen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Wohnort Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 sowie medizinischen Einzelleistungen erfasst. Die Validität ist sehr hoch, doch in Bezug auf Inzidenz oder Prävalenz nur bei Krankheiten aussagekräftig, bei denen ein stationärer Aufenthalt nötig ist. In der DLD sind auch Verzerrungen durch eine hohe Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems möglich.

Die **Krebsstatistik** ist die Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). Sie erfasst Krebsneuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und

Tumorlokalisierung. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) bestehen regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit der Krebsstatistik regional und zeitlich sehr unterschiedlich. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend revidiert wird. Im vorliegenden Bericht sind die häufigsten und die durch Prävention gut adressierbaren Krebslokalisationen dargestellt.

Die Statistik Austria führt alle fünf Jahre eine umfassende **Gesundheitsbefragung** (ATHIS) durch, die auf einer europäischen Gesundheitsbefragung beruht und einen zusätzlichen nationalen Teil enthält. Die Stichprobe umfasst rund 15.000 über 15-jährige Personen in Österreich. Themen dieser Befragungen sind: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der sozioökonomische Hintergrund der Befragten. Seit 2014 werden die Interviewpartner:innen auch zu gesundheitlichen Aspekten der im Haushalt lebenden Kinder befragt. Die Art der Befragung ist nicht konsistent, wodurch zeitliche Vergleiche nur eingeschränkt interpretierbar sind. In den Jahren 2006/2007 und 2019 wurde die Österreichische Gesundheitsbefragung anhand persönlicher Interviews durchgeführt, im Jahr 2014 fand sie telefonisch statt, jeweils ergänzt um einen schriftlichen Fragebogen. Die ATHIS-Erhebung spielt auch für die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit eine wichtige Rolle und wird im vorliegenden Bericht für zahlreiche Indikatoren des Gesundheitszustands und insbesondere für individuelle Verhaltensweisen, aber auch für verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit herangezogen. Der ATHIS ist die wichtigste Datenquelle, um auch gesundheitliche Zusammenhänge mit der sozioökonomischen Situation der Menschen in Österreich herzustellen.

Die **HBSC-Studie** ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie und zählt sowohl in Österreich als auch in Europa zu den wichtigsten Informationsquellen in puncto Gesundheitszustand sowie Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen. Sie wird im Vierjahresrhythmus durchgeführt und basiert auf einem Fragebogen, den Schüler:innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe ausfüllen. Schulen stellen sich freiwillig für diese Befragung zur Verfügung. Von der Befragung ausgenommen sind sonder- und heilpädagogische Einrichtungen sowie Berufsschulen.

2 Demografie

Demografische Indikatoren sind in Gesundheitsberichten unerlässlich. Sie verdeutlichen die demografische Entwicklung einer Gesellschaft und geben – z. B. im Sinne einer immer älter werdenden Bevölkerung – Hinweise auf zukünftige gesundheitspolitische Herausforderungen (chronische Krankheiten, Pflegebedarf etc.; s. Kapitel 3).

2.1 Bevölkerungsstand

Im Jahr 2019 lebten in Österreich – laut der Statistik zum Bevölkerungsstand (Statistik Austria) – rund 8,86 Millionen Menschen (Jahresanfangswert). Gemessen an der Zahl der Einwohner:innen (EW), liegt Österreich damit im EU-Vergleich – laut Eurostat – auf Platz 14. Im Jahr 2021 zählte Österreich bereits 8,93 Millionen EW (Jahresanfangswert).

Die drei einwohnerstärksten Bundesländer sind Wien (2019: 1,90 Mio. EW; 2021: 1,92 Mio. EW), Niederösterreich (2019: 1,68 Mio. EW; 2021: 1,69 Mio. EW) und Oberösterreich (2019: 1,48 Mio. EW; 2021: 1,50 Mio. EW).

2.2 Bevölkerungsstruktur

Altersstruktur

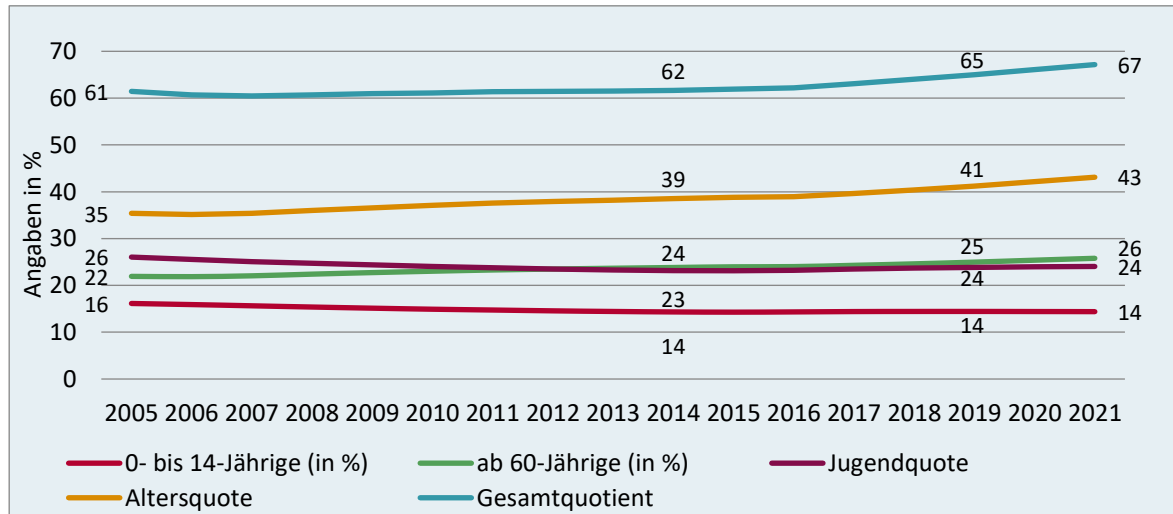
So stellte sich die Altersstruktur im Referenzjahr 2019 sowie im Jahr 2021 dar:

- 0- bis 14-Jährige: 2019 1,29 Mio. und 2021 1,29 Mio.,
- 15- bis 29-Jährige: 2019 1,57 Mio. und 2021 1,54 Mio.,
- 30- bis 44-Jährige: 2019 1,77 Mio. und 2021 1,80 Mio.,
- 45- bis 59-Jährige: 2019 2,03 Mio. und 2021 2,01 Mio.,
- 60- bis 74-Jährige: 2019 1,38 Mio. und 2021 1,46 Mio.,
- 75 und mehr Jahre: 2019 835.000 (davon 226.000 85 Jahre oder älter) und 2021 844.000 (davon 224.000 85 Jahre oder älter).

Damit besteht die Bevölkerung in Österreich zu rund 14 Prozent aus 0- bis 14-Jährigen (BL-Bandbreite: 13–16 %) zu 16 Prozent aus 60- bis 74-Jährigen (BL-Bandbreite 14–19 %) und zu 9,5 Prozent aus ab 75-Jährigen (BL-Bandbreite: 8–11 %). Das Durchschnittsalter der österreichischen Bevölkerung beträgt rund 43 Jahre (Frauen: 44 Jahre; Männer: 42 Jahre) und ist seit 2005 um 2,5 Jahre gestiegen. Im Jahr 2019 waren 50 Prozent der Bevölkerung 43 Jahre oder älter. Diese Anteile waren im Jahr 2021 etwa gleich hoch.

Der Anteil der unter 15-Jährigen nahm in Österreich seit 2005 um insgesamt 1,5 Prozentpunkte ab und lag 2019 bei 14 Prozent. Der Anteil der ab 75-Jährigen stieg hingegen stetig (seit 2005 um insgesamt 1,8 Prozentpunkte) und lag 2019 bei zehn Prozent. Dementsprechend sank der Jugendquotient (definiert als 0- bis 14-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen) und stieg der Altersquotient (definiert als ab 60-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen). Die Gesamtbelastung (bezogen auf die 15- bis 59-Jährigen) nimmt damit insgesamt zu (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der österreichischen Bevölkerung (in %), Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient 2005–2021



Jugendquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

Altersquotient: Bevölkerung 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

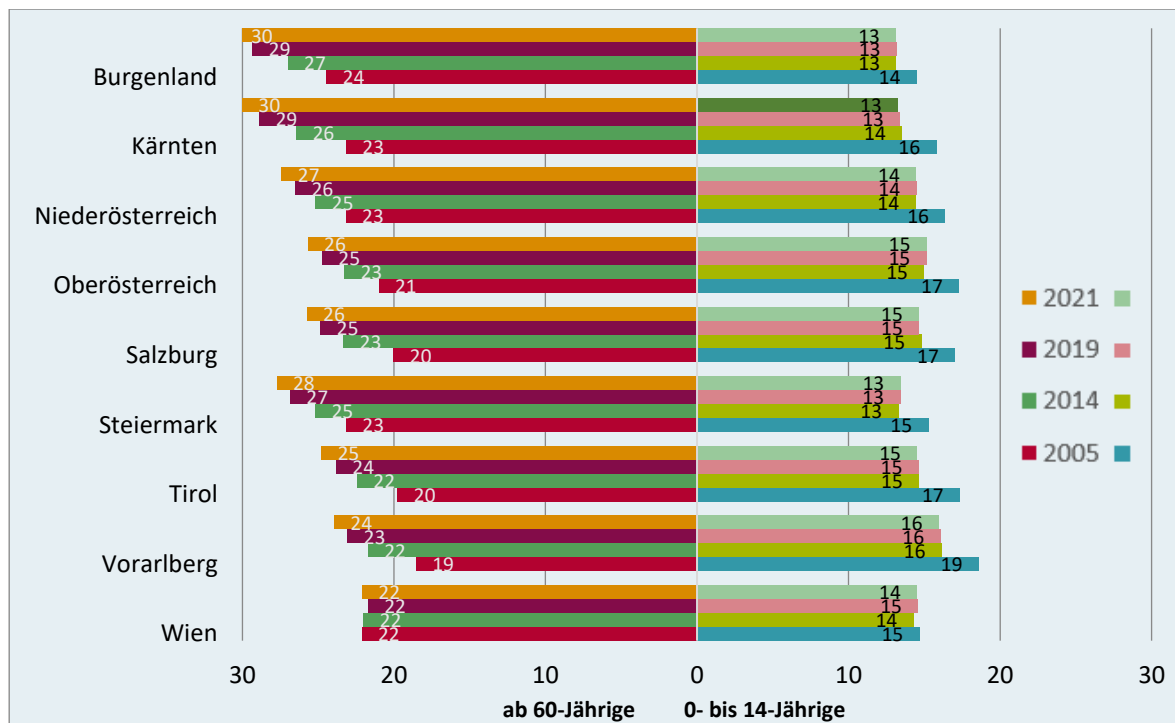
Gesamtquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre sowie 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen Bundesländern ist im Beobachtungszeitraum 2005–2019 der Anteil der jungen Bevölkerung rückläufig, während der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt oder – im Falle Wiens – konstant bleibt. Der Rückgang der unter 15-Jährigen liegt je nach Bundesland gerundet zwischen einem und drei Prozentpunkten, der Anstieg der ab 60-Jährigen bei vier bis sechs Prozentpunkten (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: 0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige (in %) im Bundesländervergleich 2005, 2014, 2019 und 2021



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005, 2014, 2019 und 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Geschlecht

51 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind Frauen. Der Frauenanteil variiert je nach Bundesland zwischen 50 und 51 Prozent. Bei den 0- bis 29-Jährigen sind rund 49 Prozent Mädchen bzw. Frauen, bei den 30- bis 59-Jährigen rund 50 Prozent. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen beträgt der Frauenanteil 53 Prozent, bei den ab 75-Jährigen 60 Prozent. Die ältere Bevölkerung ist demnach überproportional weiblich.

Seit dem Jahr 2018 haben – mit Anerkennung des dritten Geschlechts – auch intersexuelle Menschen das Recht auf eine entsprechende Eintragung im Personenstandsregister oder in Urkunden. All jene in Österreich wohnhaften Personen, deren biologisches Geschlecht nicht eindeutig „männlich“ oder „weiblich“ ist, haben die Option „inter“, „divers“, „offen“ oder seit 2020 die Möglichkeit „keinen Eintrag“ zu wählen. Meldungen dazu werden zwar erfasst, aber von der Statistik Austria aufgrund des geringen diesbezüglichen Anteils in der Bevölkerung (u. a. aus Datenschutzgründen) nicht ausgewiesen, sondern auf die beiden Kategorien „männlich“ und „weiblich“ aufgeteilt. Erst mit zunehmenden Meldungen wird eine dritte Kategorie ausgewiesen werden können.

Migrationshintergrund und nichtösterreichische Staatsbürgerschaft

Im Jahr 2019 wiesen rund 2,07 Mio. Menschen in Österreich einen Migrationshintergrund auf (definiert als: beide Eltern wurden im Ausland geboren). Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 24 Prozent (BL-Bandbreite: 12–45 %). Seit dem Jahr 2008 ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund um rund sechs Prozentpunkte gestiegen. 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind unter 15 Jahre alt, 68 Prozent zwischen 15 und 59 Jahren, und rund 15 Prozent sind 60 Jahre und älter. Menschen mit Migrationshintergrund sind demnach deutlich jünger als jene ohne Migrationshintergrund.

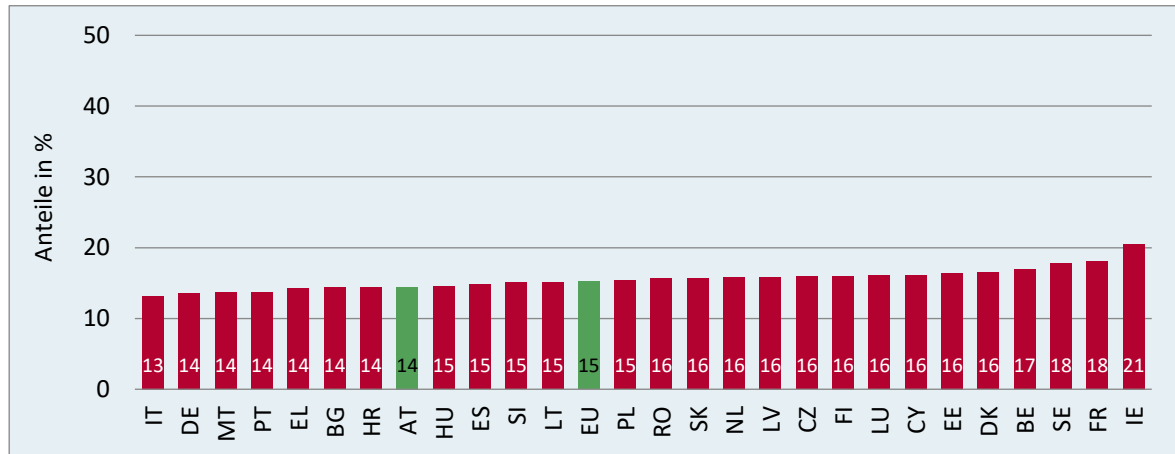
Der Anteil nichtösterreichischer Staatsbürger:innen ist zwischen 2008 und 2019 von zehn auf rund 16 Prozent gestiegen. Die im Jahr 2019 rund 1,4 Mio. Menschen in Österreich ohne österreichische Staatsbürgerschaft stammten vorwiegend aus nachstehenden Ländern (Reihenfolge absteigend sortiert): Deutschland, Serbien, Türkei, Rumänien, Bosnien und Herzegowina, Ungarn, Kroatien, Polen, Syrien und Afghanistan.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich beim Anteil der unter 15-Jährigen unter dem europäischen Durchschnitt und weist hier mit rund 14 Prozent den siebtgeringsten Anteil auf (EU-Bandbreite: 13–21 %; s. Abbildung 4). Bei den über 60-Jährigen rangiert Österreich mit rund 25 Prozent ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt und liegt im unteren Mittelfeld (EU-Bandbreite: rund 19–29 %; s. Abbildung 5). Bei den über 75-Jährigen liegt Österreich hingegen mit rund neun Prozent knapp über dem europäischen Durchschnitt (EU-Bandbreite: 6–12 %; s. Abbildung 6). Das Medianalter liegt in Österreich mit rund 43 Jahren im

EU-Durchschnitt (EU-Durchschnitt: 43 Jahre) bzw. im oberen Mittelfeld (EU-Bandbreite: 36–47 Jahre).

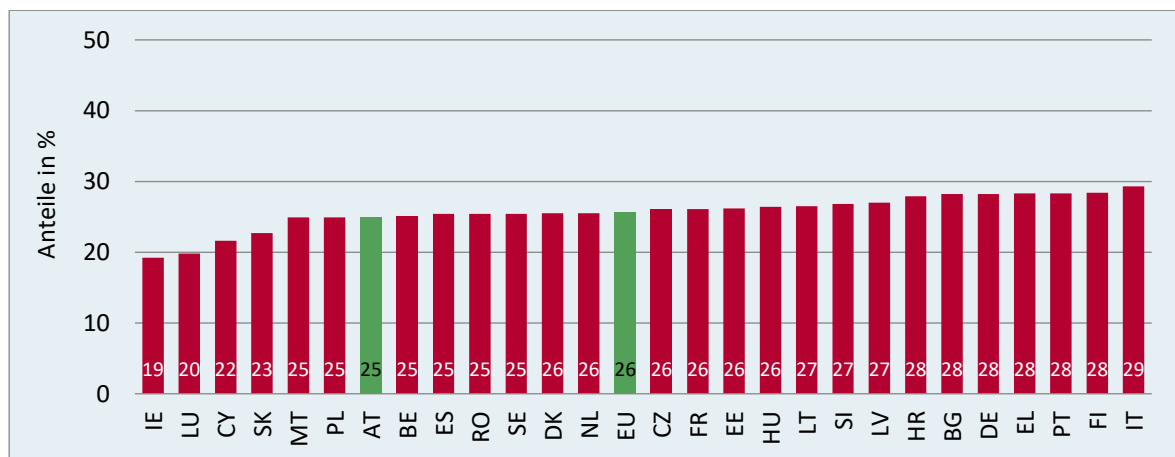
Abbildung 4: Unter 15-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

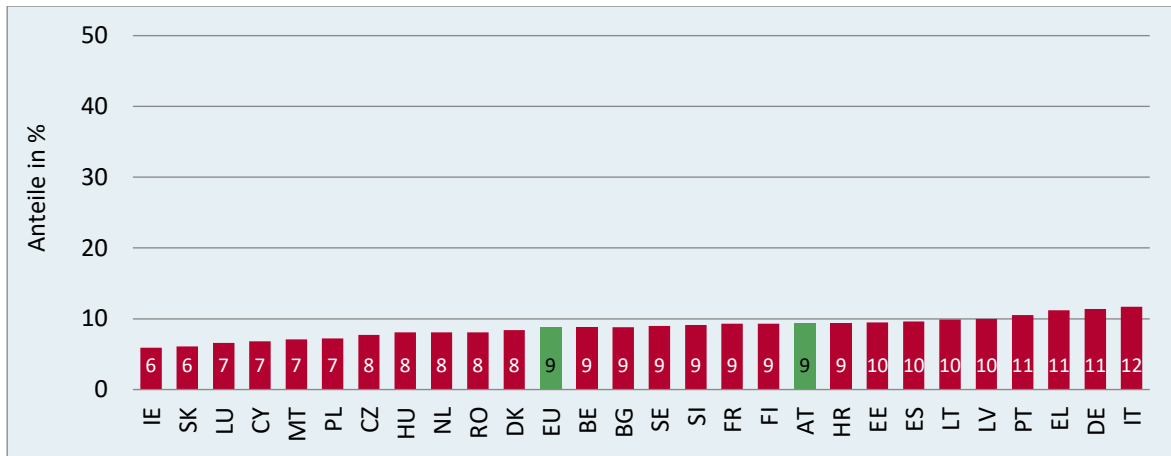
Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 20. 4. 2021);
Darstellung: GÖG

Abbildung 5: Über 60-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019



Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 20. 4. 2021);
Darstellung: GÖG

Abbildung 6: Über 75-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019



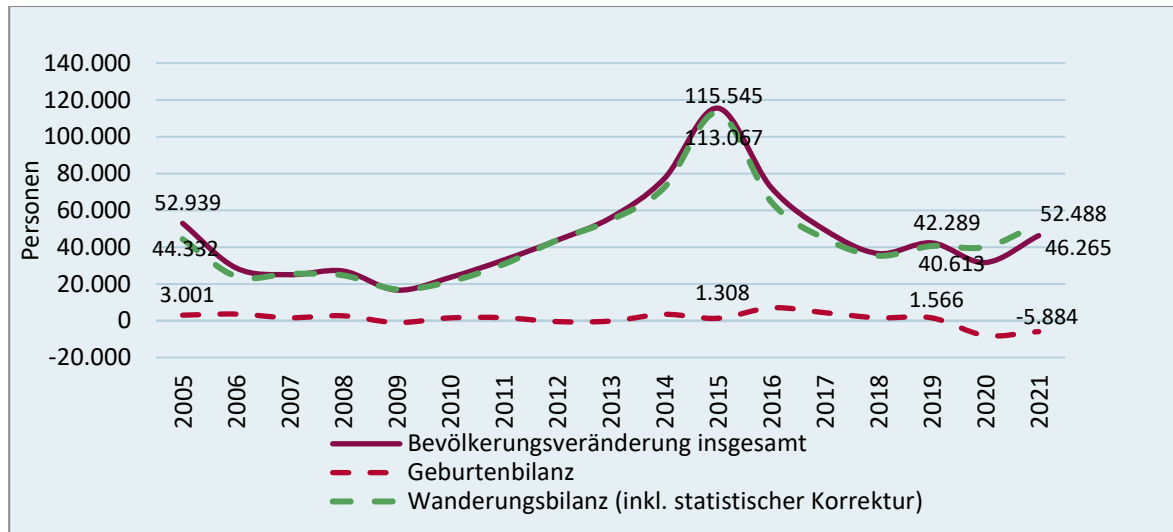
Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 20. 4. 2021);

Darstellung: GÖG

2.3 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2019 stieg in Österreich die Einwohnerzahl um acht Prozent (BL-Bandbreite: +0,4 bis +16 %). Seit 2009 ist dafür vor allem die Zuwanderung verantwortlich, die nach dem Höhepunkt in den Jahren 2014/2015 aber wieder stetig sank. Erst im Jahr 2021 zeichnete sich wieder eine merkliche Steigerung der Zuwanderung ab. Auch die Geburtenbilanz weist einen stabilen positiven Trend auf, lediglich in den letzten beiden Jahren (2020 und 2021) war sie deutlich negativ (−7.996 bzw. −5.884; s. Abbildung 7).

Abbildung 7: Bevölkerungsveränderung in Österreich 2005–2021

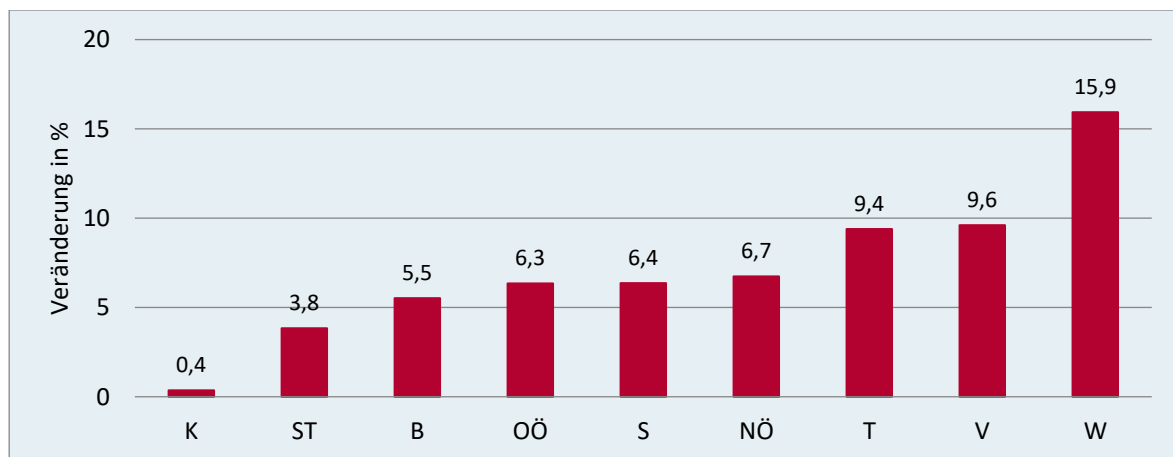


Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

In Österreich verzeichnen alle Bundesländer ein Bevölkerungswachstum. In drei Bundesländern beträgt der Bevölkerungszuwachs mehr als neun Prozent (Wien, Tirol und Vorarlberg). Kärnten verzeichnet hier mit 0,4 Prozent den geringsten Zuwachs (s. Abbildung 8).

Abbildung 8: Bevölkerungsveränderung (in %) im Bundesländervergleich 2019 versus 2005



B: Burgenland, K: Kärnten, NÖ: Niederösterreich, OÖ: Oberösterreich, S: Salzburg, ST: Steiermark, T: Tirol, V: Vorarlberg, W: Wien

Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

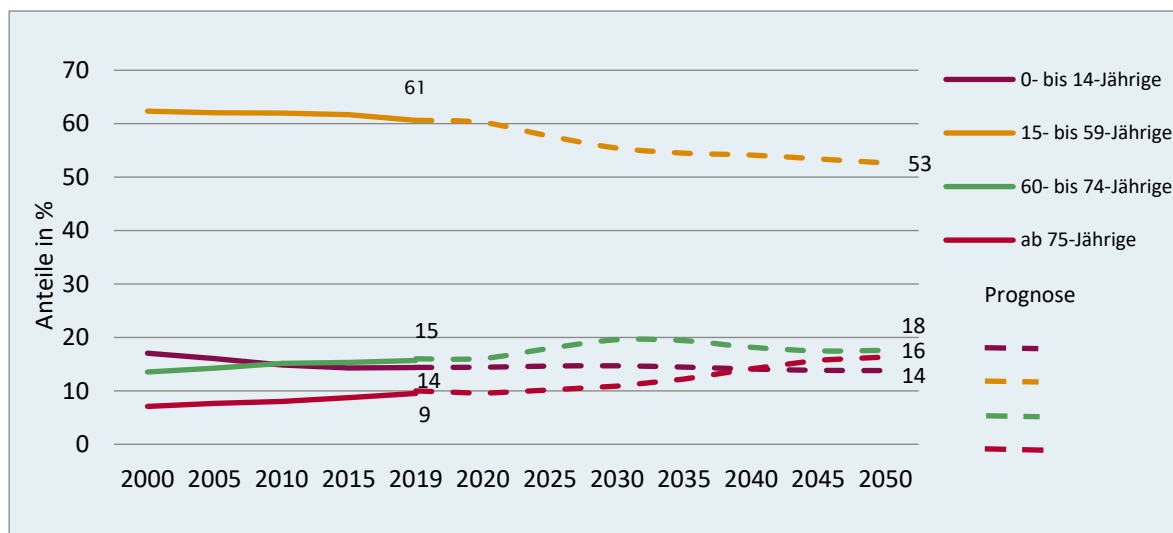
Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Hauptvariante) geht davon aus, dass die Bevölkerung in Österreich im Zeitraum 2019 bis 2050 – bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ungeachtet einer starken Zuwanderungsrate, wie sie etwa durch die starke Migrationsbewegung im Jahr 2015 verursacht wurde – um acht Prozent wachsen wird (von derzeit rund 8,88 Mio. auf 9,61 Mio.).

Für die Bevölkerungsstruktur würde das Folgendes bedeuten (s. Abbildung 9):

- Der Anteil der unter 15-Jährigen stagniert bei 14 Prozent.
- Der Anteil der 15- bis 59-Jährigen sinkt deutlich, nämlich um rund acht Prozentpunkte (von 61 % auf 53 %).
- Der Anteil der ab 60- bis 74-Jährigen steigt um zwei Prozentpunkte (von 16 % auf 18 %).
- Der Anteil der ab 75-Jährigen steigt um rund sieben Prozentpunkte (von rund 10 % auf rund 16 %).

Abbildung 9: Bevölkerungsprognose bis 2050 nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsprognose 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Jugendquotient = 0- bis 14-Jährige pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

Altersquotient = ab 60-Jährige pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

Gesamtquotient = 0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige pro 100 Personen zwischen 15 und 59 Jahren

Geburtenbilanz = Lebendgeborene minus Gestorbene; ein positiver Saldo wird als Geburtenüberschuss, ein negativer Saldo als Geburtendefizit bezeichnet.

Wanderungsbilanz = Differenz zwischen Zuzügen in die und Wegzügen aus der jeweils betrachteten Region; ein positiver Wanderungssaldo wird als Wanderungsgewinn, ein negativer Wanderungssaldo als Wanderungsverlust bezeichnet.

Die Ergebnisse beruhen auf der Statistik des Bevölkerungsstandes und der Bevölkerungsprognose 2019 (Statistik Austria) sowie der Bevölkerungsstatistik von Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

3 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung wird anhand der nachstehenden Indikatoren und Indikatorengruppen beschrieben:

- Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit
- selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
- Krankheiten und Beschwerden
- Verletzungen und Unfälle
- Leistungs- und Handlungsfähigkeit (inklusive Krankenstände)
- Mundgesundheit
- Lebensqualität
- (vorzeitige) Sterblichkeit (mit einem Exkurs zu Suizid)

3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

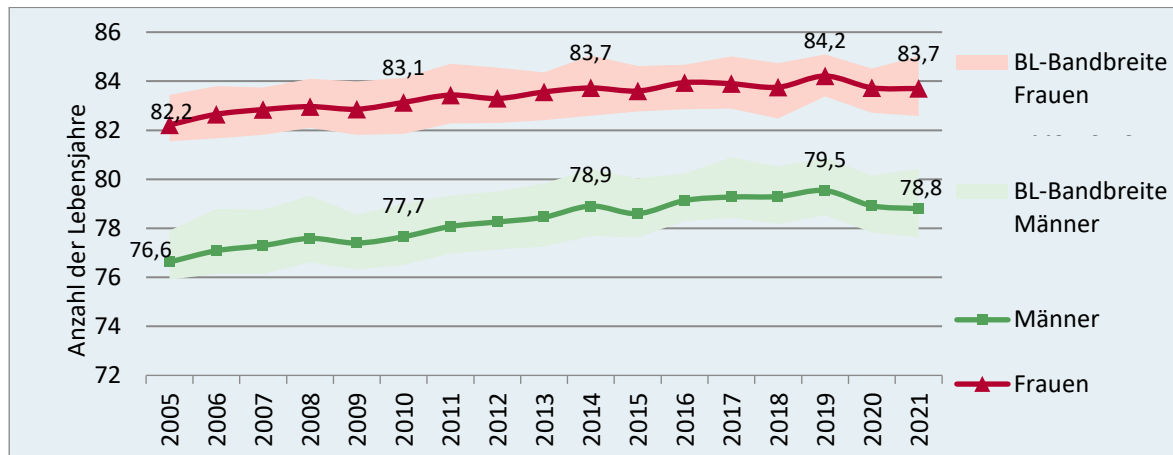
3.1.1 Lebenserwartung

Über den Zeitraum 2005 bis 2021 hinweg stieg die Lebenserwartung in Österreich – für Männer deutlicher und kontinuierlicher als für Frauen. Im Jahr 2021 konnten männliche Neugeborene mit 78,8 (das entspricht einem Zugewinn von 2,2 Jahren im Vergleich zu 2005) und weibliche Neugeborene mit 83,7 Lebensjahren (plus 1,5 Lebensjahre im Vergleich zu 2005) rechnen. Deutlich sichtbar ist der Rückgang der Lebenserwartung von 2019 auf 2020, also im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, und zwar bei Männern um 0,6 und bei Frauen um 0,5 Lebensjahre. Im zweiten Pandemiejahr war die Lebenserwartung auf ähnlichem Niveau wie im ersten Pandemiejahr. Auch von 2014 auf 2015 zeigte sich ein leichter zwischenzeitlicher Rückgang der Lebenserwartung, wenngleich schwächer als im ersten Pandemiejahr (s. Abbildung 10).

Der Unterschied nach Geschlecht verringert sich insgesamt weiterhin, auch wenn dieser Trend für die letzten drei Beobachtungsjahre nicht zutrifft. 2019 war die Lebenserwartung von Frauen um 4,7 Jahre höher als diejenige von Männern, 2021 betrug der Unterschied

4,9 Jahre. Die Unterschiede nach Bundesländern verändern sich nicht maßgeblich und folgen keinem Trend. Sie sind bei Männern (BL-Bandbreite 2021: 77,6–80,4 Jahre) fast immer deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (BL-Bandbreite 2021: 82,6–85,0 Jahre; s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2005–2021



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Weiters zeigt sich, dass die Lebenserwartung nach Bildungsniveau variiert. Im Jahr 2019 konnten in Österreich Männer mit der höchsten Bildungsstufe (Universitäts- oder Fachhochschulabschluss) mit 83,2 Lebensjahren rechnen, Männer mit der niedrigsten Bildungsstufe (maximal Pflichtschulabschluss) mit 76,7 Lebensjahren (6,5 Lebensjahre weniger). Bei den Frauen ist der Unterschied mit 82,7 vs. 86,4 Lebensjahren (Differenz 3,7 Lebensjahre) hier zwar geringer, hat sich aber gegenüber 2014 um fast ein Jahr vergrößert.

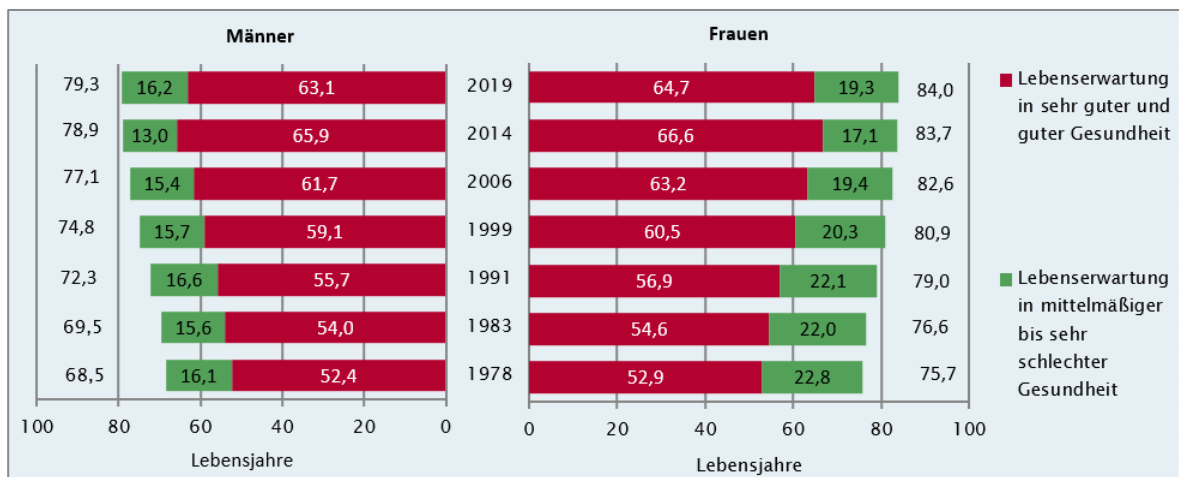
Europäischer Vergleich

Die Lebenserwartung ist in Österreich etwas höher als im Durchschnitt der 27 EU-Länder. Sie lag im Jahr 2020 bei den Männern um 1,4 Jahre (78,9 vs. 77,5 Lebensjahre) und bei Frauen um 0,4 Jahre höher (83,6 vs. 83,2 Lebensjahre). Österreich belegte damit Rang 12 bei den Männern und Rang 13 bei den Frauen. Im Jahr 2019 war der Unterschied zum EU-Durchschnitt noch etwas geringer: 1,2 Jahre bei Männern und 0,2 Jahre bei Frauen (Eurostat, Onlineabfrage am 17. 12. 2021).

3.1.2 Lebenserwartung in Gesundheit

Die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit stieg im langfristigen Trend in Österreich kontinuierlich. Trotzdem war der Anteil der in mittelmäßigem bis sehr schlechtem Zustand verbrachten Lebensjahre im internationalen Vergleich relativ hoch (Griebler et al. 2016). Dies war der Anlass, die Steigerung der Lebensjahre in Gesundheit in den Fokus der österreichischen Gesundheitsziele zu nehmen. Doch seit 2014 ist die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit zugunsten der Lebenserwartung in mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit gesunken – was aber einem Methodeneffekt geschuldet ist (s. Box „Definitionen und Daten“). Im Jahr 2019 konnten in Österreich Frauen mit 64,7 und Männer mit 63,1 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen (s. Abbildung 11; BL-Bandbreite: Frauen 62,6–71,5, Männer 60,4–67,5 Jahre). Frauen dürfen damit zwar 1,6 Lebensjahre mehr in guter oder sehr guter Gesundheit erwarten als Männer, verbringen jedoch – aufgrund der längeren Lebenserwartung – deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit (19,3 vs. 16,2 Jahre; s. Abbildung 11).

Abbildung 11: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Österreich nach Geschlecht 1978, 1983, 1991, 1999, 2006, 2014 und 2019

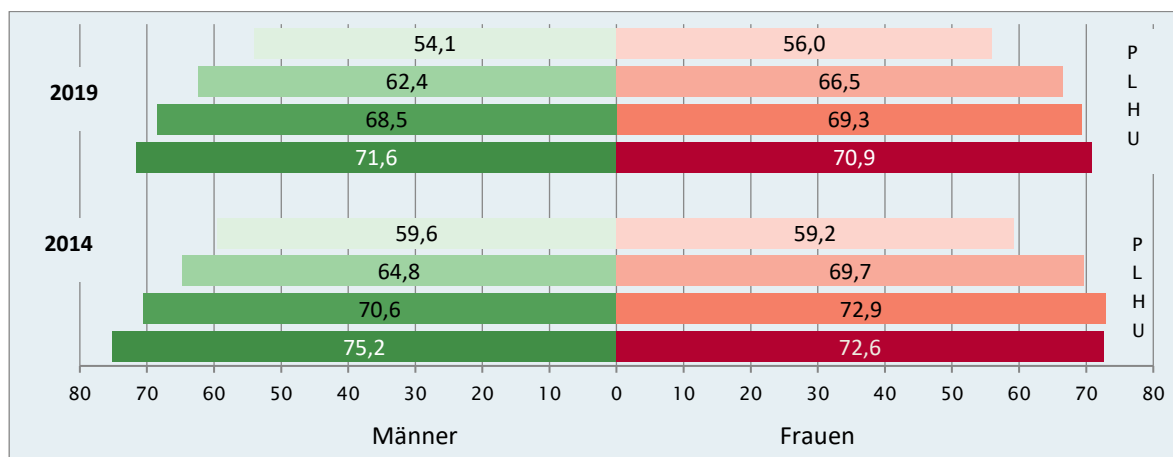


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1978–2019, Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die Unterschiede bei der Lebenserwartung in guter und sehr guter Gesundheit nach formaler Bildung sind deutlich. Im Jahr 2019 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe (Universitäts- oder Fachhochschulabschluss) mit 71,6 Lebensjahren in sehr guter oder guter Gesundheit, Männer der niedrigsten Bildungsstufe (maximal Pflichtschulabschluss) nur mit 54,1 Lebensjahren (17,5 Lebensjahre weniger) rechnen. Bei Frauen ist der Unterschied mit 70,9 vs. 56,0 Lebensjahren (Differenz 14,9 Lebensjahre) hier zwar etwas geringer, aber immer noch bemerkenswert groß. Zudem hat sich dieser Unterschied seit 2014 etwas vergrößert (s. Abbildung 12)

Abbildung 12: Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung in Österreich 2014 und 2019



höchster formaler Bildungsabschluss:

P = maximal Pflichtschule, L = Lehre oder mittlere (Fach-)Schule, H = höhere Schule, U = Universität/Fachhochschule

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014 und 2019, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2014 und 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die Lebenserwartung in Gesundheit, basierend auf der selbstberichteten Gesundheit, liegt etwas mehr als ein Jahr über dem Durchschnitt der europäischen Union. Österreich belegte hier im Jahr 2020 im Vergleich der 27 EU-Länder Rang 13 bei Männern und Rang 10 bei Frauen (Eurostat, Onlineabfrage am 17. 12. 2021).

Definitionen und Daten

Die *Lebenserwartung bei Geburt* gibt an, mit wie vielen Lebensjahren zum Zeitpunkt der Geburt im Durchschnitt gerechnet werden kann. Die Berechnungsbasis sind Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik. Sinkt die altersspezifische Mortalität, steigt die Lebenserwartung. Triftige Aussagen über sozioökonomisch bedingte Unterschiede in der Lebenserwartung können nur in Kombination mit Befragungsdaten getroffen werden. Sie sind damit auf die entsprechenden Erhebungsjahre limitiert (Klimont/Klotz 2016).

Die *Lebenserwartung in Gesundheit* gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt bei der Geburt gerechnet werden kann. Die Berechnungsbasis sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln (Klimont/Klotz 2016). Je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage ergeben sich unterschiedliche Varianten:

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

Im vorliegenden Bericht dient der ATHIS in Kombination mit der Frage nach der selbsteingeschätzten Gesundheit in der Ausprägung sehr gut und gut als Berechnungsgrundlage. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (ATHIS 2006/2007 und 2019: persönliche Interviews, ATHIS 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Für den internationalen Vergleich werden Eurostat-Daten verwendet, denen für die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit EU-SILC-Ergebnisse und die Kategorie sehr gute bis mittelmäßige Gesundheit zugrunde liegen. Diese Daten erlauben einen Vergleich zwischen den EU-Ländern. Die Anzahl der gesunden Lebensjahre ist aber nicht mit der nationalen Berechnungsmethode auf Basis des ATHIS vergleichbar.

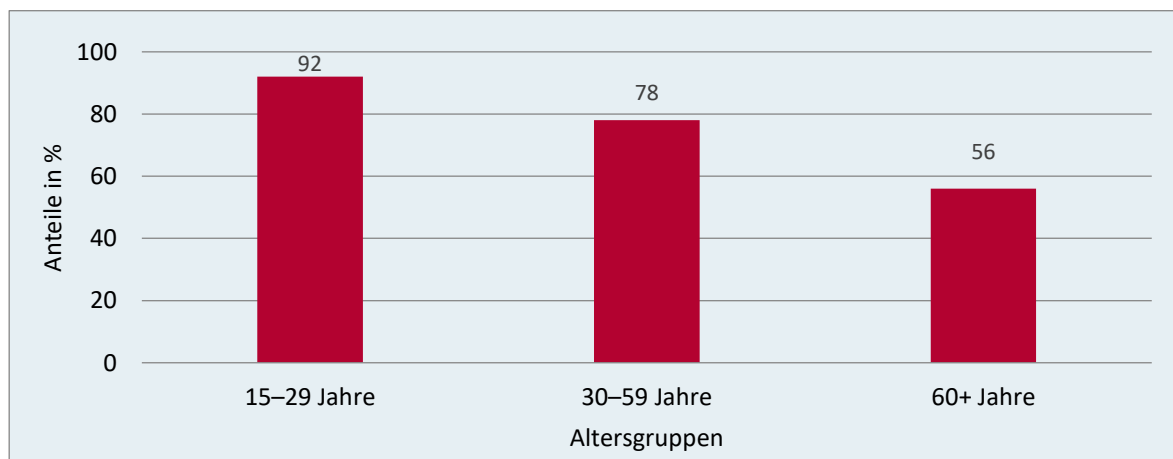
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

74 Prozent der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren) verfügen – laut ATHIS 2019 – über eine gute bis sehr gute Gesundheit (BL-Bandbreite: 71–82 %). Nur sechs Prozent bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 4–9 %). Nennenswerte Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich dabei nicht.

Gegenüber 2014 ist der Anteil sehr gesunder / gesunder Personen in Österreich etwas zurückgegangen, von 79 Prozent auf 74 Prozent, und liegt damit auf einem ähnlichen Niveau wie 2006/2007 bei der ersten ATHIS-Erhebung (76 %). Der höhere Wert von 2014 könnte aber einem Methodeneffekt geschuldet sein (s. Box „Definitionen und Daten“).

Der Anteil sehr gesunder und gesunder Personen in Österreich nimmt mit steigendem Alter deutlich ab (s. Abbildung 13): von 92 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 56 Prozent bei den ab 60-Jährigen. 30- bis 59-Jährige liegen mit 78 Prozent dazwischen.

Abbildung 13: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

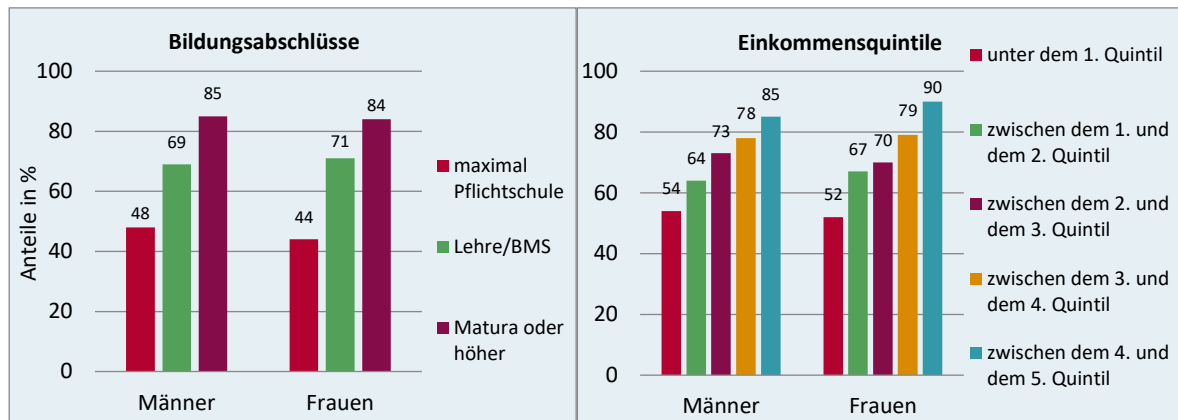
Unterschiede nach Bildung und Haushaltseinkommen

Die selbsteingeschätzte Gesundheit weist einen deutlichen Zusammenhang mit der formalen Bildung auf: Ab 30-Jährige mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss bewerten deutlich häufiger ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut (84 %) denn Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (70 %) oder jene mit maximal einem Pflichtschulabschluss (46 %). Dieser Zusammenhang findet sich sowohl in der weiblichen wie auch in der männlichen Bevölkerung (s. Abbildung 14). Umgekehrt schätzen rund 18 Prozent der ab 30-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein, während dies nur auf sieben Prozent der ab 30-Jährigen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss bzw. auf vier Prozent der ab 30-Jährigen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss zutrifft.

Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich hier nach dem Haushaltseinkommen (gemessen am Nettoäquivalenzeinkommen¹): Personen aus besserverdienenden Haushalten (Frauen wie Männer) schätzen ihre Gesundheit deutlich besser ein als jene aus schlechter verdienenden Haushalten (s. Abbildung 14). Der Anteil sehr gesunder / gesunder Personen steigt linear von 53 Prozent bei Personen aus dem untersten (ersten) Einkommensquintil (= 20 % der Haushalte mit dem geringsten Nettoäquivalenzeinkommen) auf 66 Prozent im zweiten, 71 Prozent im dritten und 79 Prozent im vierten Einkommensquintil bis auf 88 Prozent bei Personen, die dem obersten (fünften) Einkommensquintil zuzurechnen sind (= 20 % der Haushalte mit dem höchsten Nettoäquivalenzeinkommen).

¹ Das Nettoäquivalenzeinkommen beachtet das Haushaltseinkommen in Relation zur Größe und Zusammensetzung des Haushalts. Jeder Person im Haushalt wird dabei ein Gewicht zugeordnet (erste Person ab 18 Jahren = 1, jede weitere Person ab 14 Jahren = 0,5, Kinder unter 14 Jahren = 0,3). Das Äquivalenzeinkommen errechnet sich aus dem monatlichen Nettohaushaltseinkommen, dividiert durch die Summe der Personengewichte.

Abbildung 14: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



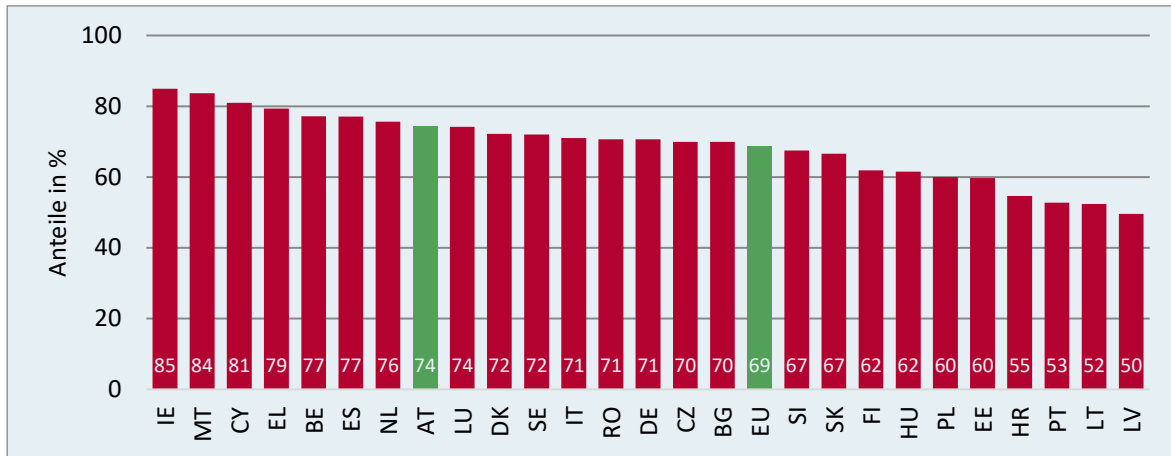
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich beim selbsteingeschätzten Gesundheitszustand – laut EHIS (European Health Interview Survey) – über dem europäischen Durchschnitt (EU exkl. Frankreich: 67 %) und weist mit rund 75 Prozent den achthöchsten Anteil jener Personen auf, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bewerten (EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 50–85 %; s. Abbildung 15).

Abbildung 15: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich²

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, EL: Griechenland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Erhebungen durch das IFES (Institut für empirische Sozialforschung) während der COVID-19-Pandemie (IFES 2022a; IFES 2022b) liefern ähnliche Ergebnisse zur selbsteingeschätzten Gesundheit wie die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS 2019). Demnach schätzten im Mai/Juni und im August 2022 rund 70–71 Prozent der ab 18-jährigen Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut ein (ATHIS 2019: 74 %), fünf Prozent bewerteten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (ATHIS 2019: 6 %). Der Anteil jener mit einem sehr guten Gesundheitszustand hat sich jedoch gegenüber dem ATHIS 2019 halbiert.

² Bei den EHIS-Indikatoren kann es vorkommen, dass für einzelne Länder keine Daten zur Verfügung stehen.

Definitionen und Daten

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

Die selbsteingeschätzte Gesundheit wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 beschrieben (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2006/2007 und 2014 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2006/2007 und 2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich.

Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Hier werden sowohl chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme, Verletzungen aufgrund von Unfällen, Aspekte der Mundgesundheit und übertragbare Erkrankungen thematisiert.

3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Generell gefragt³, gaben 2019 – laut ATHIS – rund 38 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 2,8 Mio. Personen) mindestens eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem an, dieser Wert steigt jedoch auf 66 Prozent (rund 4,9 Mio. Personen, BL-Bandbreite: 59–71 %), wenn man die im ATHIS konkret abgefragten chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme berücksichtigt. Der Unterschied von 28 Prozent in der Zwölf-Monats-Prävalenz mindestens einer dauerhaften Krankheit / eines chronischen Gesundheitsproblems ist darauf zurückzuführen, dass viele Menschen Allergien, erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck, chronische Kopfschmerzen, chronische Nacken- oder Rückenschmerzen für sich nicht als chronische Gesundheitsprobleme einordnen.

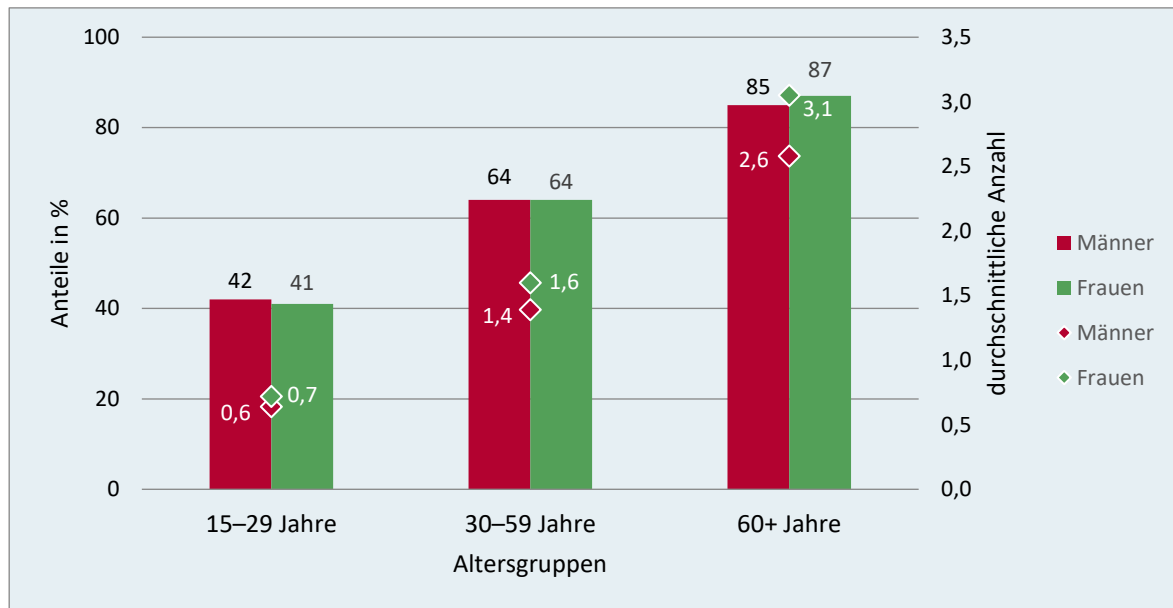
Im Vergleich zu 2014 ist die Zwölf-Monats-Prävalenz mindestens eines dauerhaften/chronischen Gesundheitsproblems von 62 Prozent auf 66 Prozent gestiegen. Der niedrigere Wert von 2014 könnte aber einem Methodeneffekt geschuldet sein (s. Box „Definitionen und Daten“).

Frauen ab 15 Jahren weisen nur eine geringfügig höhere Zwölf-Monats-Prävalenz mindestens eines dauerhaften/chronischen Gesundheitsproblems auf als Männer im entsprechenden Alter (67 % vs. 65 %). Ein deutlicherer Unterschied ist hingegen zu beobachten, wenn man die durchschnittliche Anzahl dauerhafter Krankheiten und chronischer Gesundheitsprobleme betrachtet (1,9 vs. 1,6). Die weibliche Bevölkerung ist demnach nicht häufiger, aber stärker von chronischen Gesundheitsproblemen betroffen als die männliche.

Die Zwölf-Monats-Prävalenz dauerhafter/chronischer Gesundheitsprobleme nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter deutlich zu: von rund 42 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen über 64 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf rund 86 Prozent bei den ab 60-Jährigen. Mit steigendem Alter nimmt auch die Anzahl dauerhafter/chronischer Gesundheitsprobleme zu, von durchschnittlich 0,7 auf 2,8 Gesundheitsprobleme. Dies zeigt sich sowohl bei der weiblichen wie auch bei der männlichen Bevölkerung (s. Abbildung 16).

³ Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? (Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.) ja – nein

Abbildung 16: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Mit steigender formaler Bildung ist eine abnehmende Prävalenz dauerhafter/chronischer Gesundheitsprobleme erkennbar, von 83 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 64 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (jeweils im Alter ab 30 Jahren). Auch die Anzahl dauerhafter bzw. chronischer Gesundheitsprobleme nimmt mit zunehmender formaler Bildung ab, von durchschnittlich 2,9 auf 1,4 Gesundheitsprobleme. Die Bevölkerung mit geringer formaler Bildung ist folglich häufiger und stärker von dauerhaften Erkrankungen und chronischen Gesundheitsproblemen betroffen als die Bevölkerung mit Matura oder einem höheren formalen Bildungsabschluss (s. Abbildung 17).

Auch mit steigendem Haushaltseinkommen (Nettoäquivalenzeinkommen) lässt sich eine abnehmende Krankheitslast feststellen: Sie sinkt von 80 Prozent mit mindestens einem dauerhaften/chronischen Gesundheitsproblem bzw. durchschnittlich 2,7 Gesundheitsproble-

men bei Menschen aus den 20 Prozent der Haushalte mit dem geringsten Nettoäquivalenzeinkommen (unterstes Einkommensquintil) auf 67 Prozent bzw. 1,4 Gesundheitsprobleme bei Menschen aus den 20 Prozent der Haushalte mit dem höchsten Nettoäquivalenzeinkommen (oberstes Einkommensquintil; jeweils bei Personen im Alter ab 30 Jahren; s. Abbildung 17).

Abbildung 17: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



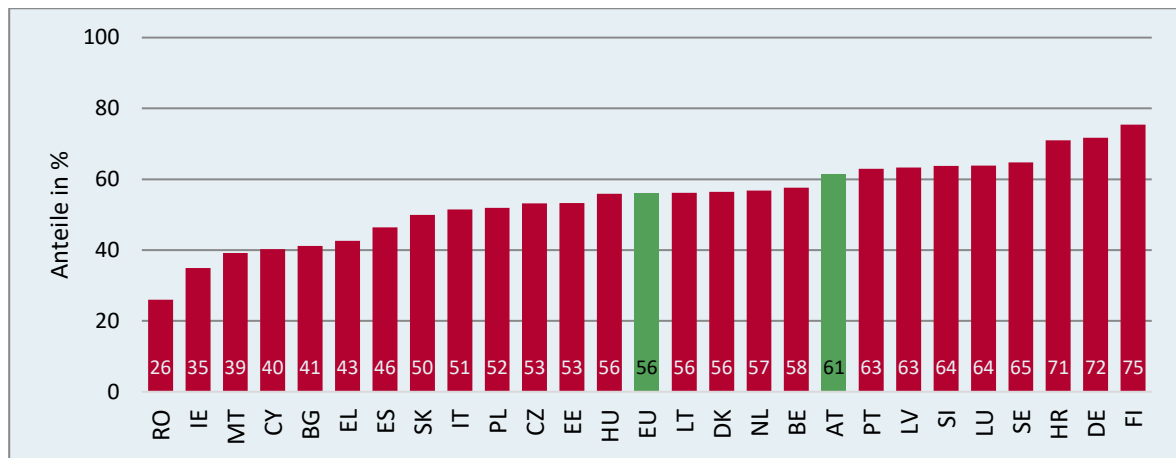
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Prävalenz selbstberichteter chronischer Erkrankungen mit 61 Prozent⁴ knapp über dem EU-Durchschnitt von 60 Prozent (exkl. Frankreich; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 26–76 %; s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Zumindest eine chronische Krankheit / ein Gesundheitsproblem bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

⁴ Der Wert für Österreich ist im EU-Vergleich etwas geringer als jener im Beschreibungstext oben (61 % vs. 66 %), weil in Österreich zusätzliche Erkrankungen abgefragt wurden (Kopfschmerzen, erhöhte Cholesterinwerte und chronisch entzündliche Darmerkrankungen), die im EU-Vergleich nicht mitberücksichtigt wurden.

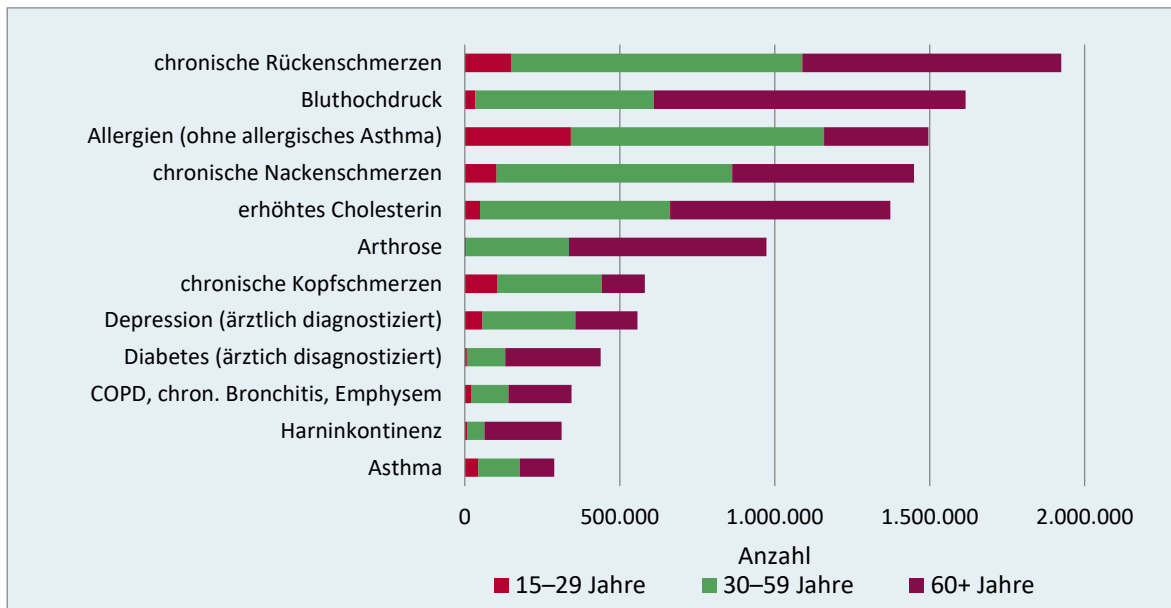
3.3.1.1 Überblick

Am häufigsten in der österreichischen Bevölkerung sind chronische Rücken- (26%, rund 1,9 Mio. Personen) und Nackenschmerzen (20 %, rund 1,45 Mio. Personen), Arthrosen (13 %, diagnostiziert, rund 973.000 Personen), Bluthochdruck (22 %, rund 1,62 Mio. Personen), erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride (19 %, rund 1,37 Mio. Personen)⁵ und Allergien (20 %, diagnostiziert, rund 1,5 Mio. Personen; s. Abbildung 19). Bis auf die Allergien handelt es sich ausnahmslos um dauerhafte/chronische Gesundheitsprobleme, die mit Bewegungsmangel und einer ungesunden Ernährungsweise assoziiert sind. Darauf folgen chronische Kopfschmerzen (8 %, rund 581.000 Personen), Diabetes (6 %, diagnostiziert, rund 438.000 Personen), Depressionen (6 %, diagnostiziert, rund 435.000 Personen), chronische Bronchitis / COPD (5 %, rund 344.000 Personen), Asthma (4 %, diagnostiziert, rund 289.000 Personen), Harninkontinenz (4 %, rund 313.000 Personen) und Erkrankungen mit einer Prävalenz unter vier Prozent (koronare Herzkrankheit oder Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Nierenprobleme, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Krebs).

Frauen (15 Jahre und älter) leiden häufiger an chronischen Nackenschmerzen (25 % vs. 14 %), Arthrosen (17 % vs. 10 %, diagnostiziert), Allergien (22 % vs. 19 %, diagnostiziert), chronischen Kopfschmerzen (10 % vs. 6 %) und Depressionen (8 % vs. 4 %, diagnostiziert) (s. nachfolgende Kapitel).

⁵ Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride werden in Kapitel 4, „Individuelle Gesundheitsdeterminanten“, (unter 4.1, „Körperliche Faktoren“) dargestellt.

Abbildung 19: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei fast allen abgefragten Gesundheitsproblemen ist ein Anstieg der Zwölf-Monats-Prävalenz mit dem Alter zu beobachten. Davon ausgenommen sind

- Allergien – sie kommen bei unter 60-Jährigen häufiger vor (rund 25–26 %) als bei der ab 60-jährigen Bevölkerung (17 %) –,
- Depressionen – hier wird vor allem ab einem Alter von 30 Jahren eine Zunahme der Diagnosen beobachtet – und
- Kopfschmerzen – sie sind bei 30- bis 59-Jährigen etwas prävalenter, vor allem in der weiblichen Bevölkerung.

Die fünf häufigsten dauerhaften/chronischen Gesundheitsprobleme für Männer und Frauen pro Altersgruppe sind in der nachstehenden Abbildung 20 ersichtlich.

Abbildung 20: Die fünf häufigsten dauerhaften/chronischen Gesundheitsprobleme pro Altersgruppe für Männer und Frauen in Österreich 2019

♂ 15-29	♂ 30-59	♂ 60+	♀ 15-29	♀ 30-59	♀ 60+
Allergien (diagnostiziert) 25 %	chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 24 %	Bluthochdruck (Hypertonie) 45 %	Allergien (diagnostiziert) 20 %	chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 26 %	Bluthochdruck (Hypertonie) 47 %
chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 10 %	Allergien (diagnostiziert) 20 %	chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 37 %	chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 10 %	chronische Nackenschmerzen 26 %	chronische Kreuzschmerzen / chronisches Rückenleiden 40 %
chronische Nackenschmerzen 5 %	erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette, Triglyceride 19 %	erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette, Triglyceride 31 %	chronische Nackenschmerzen 9 %	Allergien (diagnostiziert) 24 %	Arthrose (diagnostiziert) 36 %
chronische Kopfschmerzen 5 %	Bluthochdruck (Hypertonie) 18 %	Arthrose (diagnostiziert) 22 %	chronische Kopfschmerzen 9 %	erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette, Triglyceride 14 %	erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette, Triglyceride 34 %
Bluthochdruck (Hypertonie) 3 %	chronische Nackenschmerzen 14 %	chronische Nackenschmerzen 21 %	erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette, Triglyceride 4 %	Bluthochdruck (Hypertonie) 13 %	chronische Nackenschmerzen 32 %

ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der bereits oben beschriebene Zusammenhang einer steigenden Krankheitslast mit abnehmender formaler Bildung ist – mit wenigen Ausnahmen – auch auf Ebene der einzelnen Gesundheitsprobleme ersichtlich. Eine bekannte Ausnahme sind Allergien, die bei Menschen mit einer höheren formalen Bildung prävalenter sind (s. Kapitel 3.3.1.2). Kein linearer

Zusammenhang findet sich in puncto Asthma (s. Kapitel 3.3.1.5) und Kopfschmerzen (s. Kapitel 3.3.1.4), von beiden Gesundheitsproblemen sind Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger betroffen, während die anderen Bildungsgruppen eine ähnliche Prävalenz aufweisen. Menschen mit niedriger formaler Bildung sind damit systematisch von fast allen dauerhaften Krankheiten und chronischen Gesundheitsproblemen häufiger betroffen als Menschen mit einer höheren formalen Bildung.

Auch der bereits erwähnte Zusammenhang dauerhafter bzw. chronischer Gesundheitsprobleme mit dem Haushaltseinkommen bestätigt sich für 17 der 19 abgefragten Gesundheitsprobleme. In Sachen Asthma findet sich hingegen ein u-förmiger Zusammenhang (s. Kapitel 3.3.1.5), und die Prävalenz von Allergien ist in den 40 Prozent der einkommensstärksten Haushalte deutlich höher als in Haushalten mit einem geringeren Haushaltseinkommen (s. Kapitel 3.3.1.2).

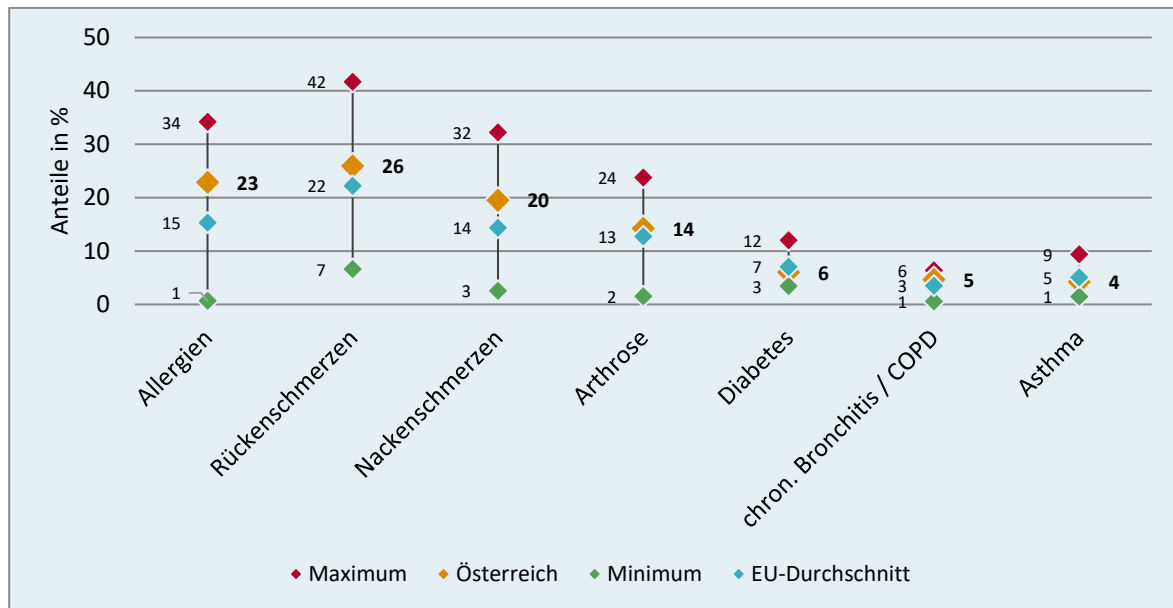
Europäischer Vergleich

Die österreichische Bevölkerung (ab 15 Jahren) ist im europäischen Vergleich häufiger von Allergien (rund 23 %, diagnostiziert 20 %; EU-Durchschnitt: 15 %; EU-Bandbreite: 1–34 %), chronischen Rückenschmerzen (26 %; EU-Durchschnitt: 22 %; EU-Bandbreite: 7–42 %) und chronischen Nackenschmerzen (20 %; EU-Durchschnitt: 14 %; EU-Bandbreite: 3–32 %) betroffen.

Im EU-Durchschnitt liegt Österreich bei Arthrosen (14 %, diagnostiziert 13 %; EU-Durchschnitt: 13 %; EU-Bandbreite: 2–24 %), Diabetes (6 %; EU-Durchschnitt: 7 %; EU-Bandbreite: 3–12 %), Bronchitis/COPD (Österreich: 5 %; EU-Durchschnitt: 4 %; EU-Bandbreite: 1–6 %) und Asthma (4 %; EU-Durchschnitt: 5 %; EU-Bandbreite: 1–9 %; s. Abbildung 21).

Zu Depressionen, Bluthochdruck und erhöhten Cholesterin-/Blutfett-/Triglyceridwerten siehe die Kapitel 3.3.1.9, 4.1.2 und 4.1.3.

Abbildung 21: Einzelne chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme im EU-Vergleich 2019



Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) wird zuerst – ganz allgemein – nach dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen gefragt (Krankheiten/Gesundheitsprobleme, die zumindest 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten zwölf Monate – 19 ausgewählte Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt (Klimont 2020). Für fast alle Krankheiten/Gesundheitsprobleme gibt es auch Vergleichsdaten aus dem ATHIS 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 allerdings nur eingeschränkt möglich.

Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

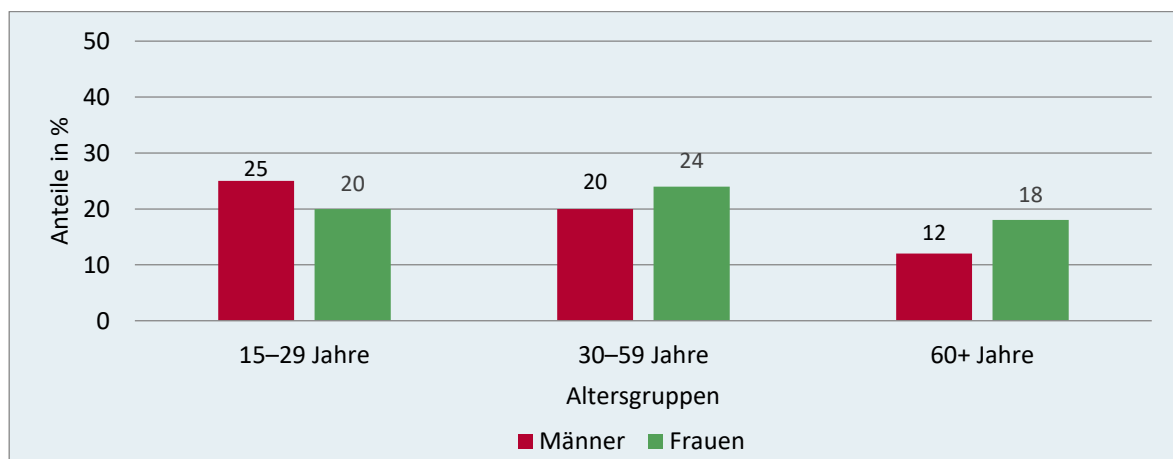
3.3.1.2 Allergien

20 Prozent der ab 15-jährigen Personen in Österreich sind – laut ATHIS 2019 – von irgendeiner Form von Allergie (diagnostiziert, ohne allergisches Asthma) betroffen (rund 1,5 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 16–23 %). Im Vergleich zu 2014 ist damit keine nennenswerte Veränderung in der Zwölf-Monats-Prävalenz erkennbar.

Ab 30-jährige Frauen weisen häufiger Allergien auf als Männer in diesem Alter (30- bis 59-Jährige: 24 % vs. 20 %, ab 60-Jährige: 18 % vs. 12 %). Ein Geschlechterunterschied zuungunsten der weiblichen Bevölkerung findet sich auch bei Frauen und Männern mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss. Kein Unterschied besteht hier hingegen zwischen Frauen und Männern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 23). Bei der jüngeren Bevölkerung (15 bis 29 Jahre) fallen hingegen die jungen Männer mit einer höheren Prävalenz auf (25 % vs. 20 %).

Die 15- bis 59-jährige Bevölkerung zeigt sich häufiger von Allergien betroffen (22–23 %) als die ab 60-jährige Bevölkerung (15 %). Mit Blick auf die einzelnen Altersgruppen zeigt sich, dass in der weiblichen Bevölkerung 30- bis 59-Jährige (24 %) und in der männlichen Bevölkerung 15- bis 29-Jährige (25 %) am stärksten von Allergien betroffen sind (s. Abbildung 22).

Abbildung 22: Allergien nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

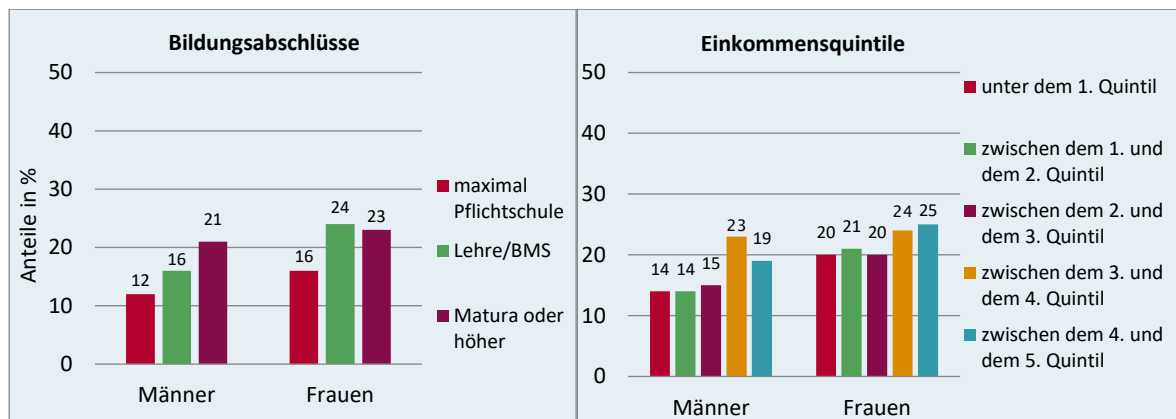
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

In der männlichen Bevölkerung ab 30 Jahren erhöht sich die Prävalenz von Allergien mit steigender formaler Bildung: von rund zwölf Prozent bei jenen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 21 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsgrad. In der weiblichen Bevölkerung (30+) beträgt die Allergieprävalenz rund 16 Prozent bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss und 23–24 Prozent bei jenen mit einem Lehr-/ BMS- oder höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 23). Für beide Geschlechter gilt, dass die Zwölf-Monats-Prävalenz bei Personen mit geringer formaler Bildung deutlich niedriger ausfällt.

In puncto Haushaltseinkommen zeigt sich, dass die Zwölf-Monats-Prävalenz von Allergien in den 40 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (gemessen am monatlichen Nettoäquivalenzeinkommen) etwas höher ist (22–23 %) als in Haushalten mit einem geringeren Haushaltseinkommen (18 %; s. Abbildung 23).

Abbildung 23: Allergien nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.3 Bewegungsapparat

Drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 abgefragten chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrosen. Alle drei Beschwerden sind vergleichsweise prävalent (s. Abbildung 24):

- 26 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren leiden unter chronischen Rückenschmerzen (rund 1,9 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 21–30 %).
- 20 Prozent sind von chronischen Nackenschmerzen betroffen (rund 1,45 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 13–24 %).
- 13 Prozent haben eine ärztlich diagnostizierte Arthrose (rund 973.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–18 %)

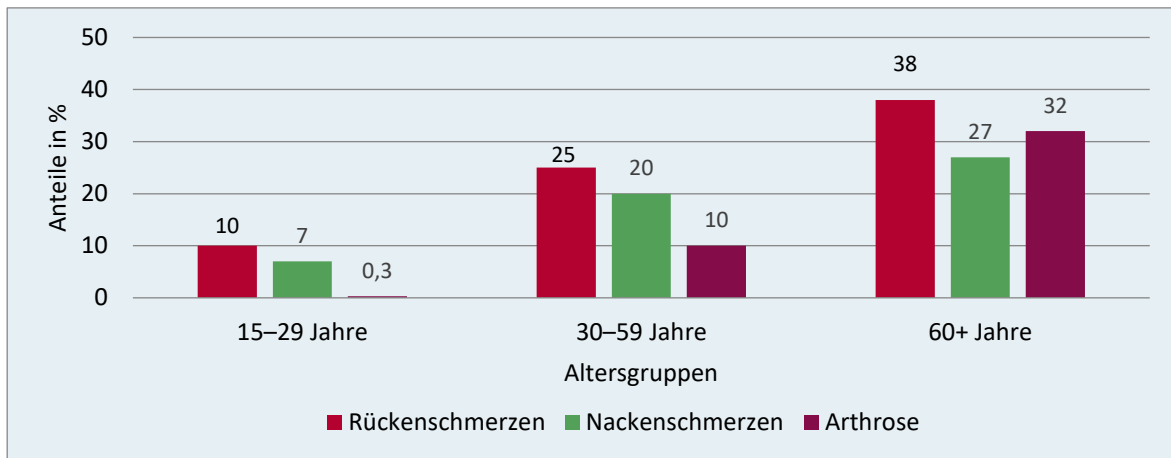
Gegenüber 2014 ist der Anteil betroffener Personen bei allen drei Gesundheitsproblemen leicht gestiegen.

Frauen leiden häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (27 % vs. 25 %), Nackenschmerzen (25 % vs. 14 %) und von Arthrosen betroffen (16 % vs. 10 %).

Alle drei Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu:

- Rückenschmerzen von zehn Prozent (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 38 Prozent (bei ab 60-Jährigen)
- Nackenschmerzen von sieben Prozent (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 27 Prozent (bei ab 60-Jährigen)
- Arthrosen von 0,3 Prozent (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 29 Prozent (bei ab 60-Jährigen) (s. Abbildung 24)

Abbildung 24: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

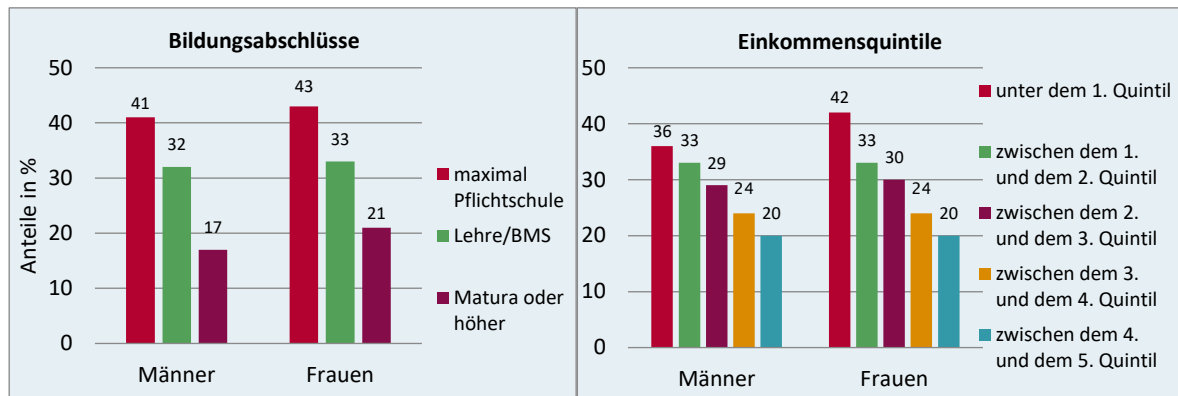
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Beschwerden des Bewegungsapparats nehmen mit zunehmender Bildung und steigendem Haushaltseinkommen ab:

- chronische Rückenschmerzen: von 42 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 19 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss und von 39 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 20 Prozent bei Personen aus dem obersten Einkommensquintil (s. Abbildung 25)

Abbildung 25: Chronische Rückenschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019

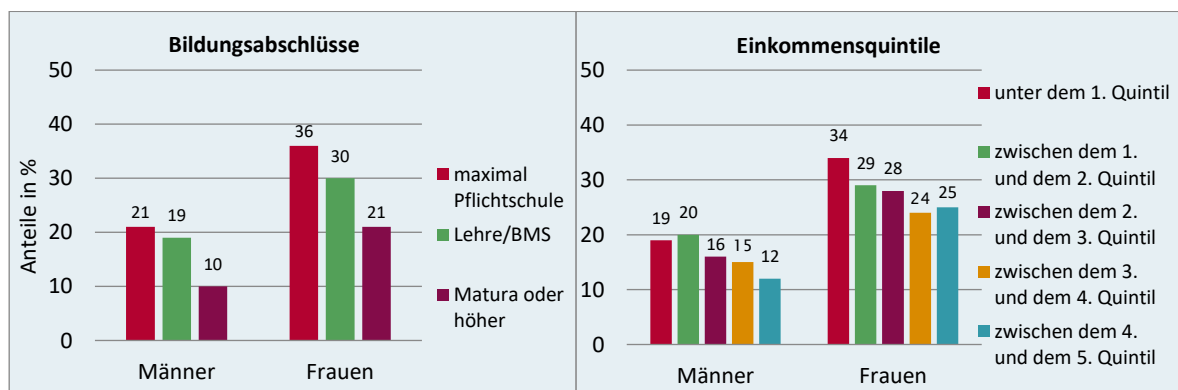


ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

- chronische Nackenschmerzen: von 31 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 16 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss und von 28 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 18 Prozent bei Personen aus dem obersten Einkommensquintil (s. Abbildung 26)

Abbildung 26: Nackenschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019

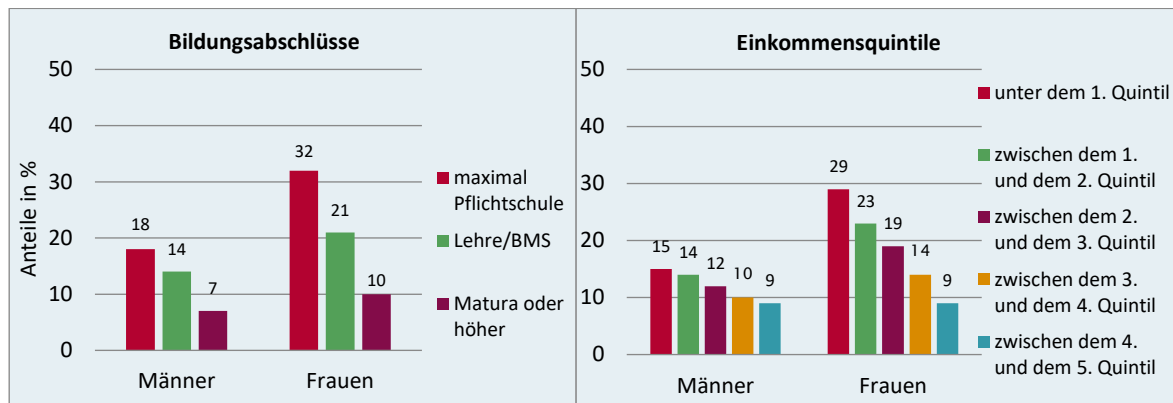


ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

- Arthrosen: von 27 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf neun Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss und von 24 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf neun Prozent bei Personen aus dem obersten Einkommensquintil (s. Abbildung 27)

Abbildung 27: Arthrose nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

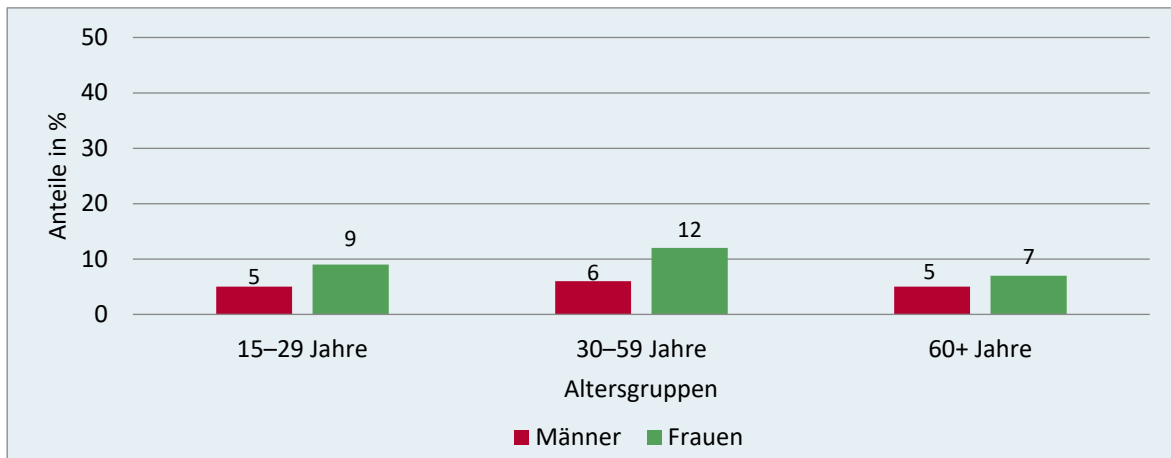
3.3.1.4 Kopfschmerzen

Acht Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich sind – laut ATHIS 2019 – von chronischen Kopfschmerzen betroffen (rund 581.000 Personen; BL-Bandbreite: 7–10 %), ähnlich viele wie 2014 (7 %).

Frauen berichten deutlich häufiger von chronischen Kopfschmerzen als Männer (10 % vs. 6 %). Dies gilt für fast alle Alters-, -Bildungs- und Einkommensgruppen (s. Abbildung 28 und Abbildung 29). Am deutlichsten fällt der Geschlechterunterschied bei den 30- bis 59-jährigen Frauen und Männern mit maximal Pflichtschulabschluss aus (17 % vs. 7 %).

Hinsichtlich der untersuchten Altersgruppen sind chronische Kopfschmerzen bei 30- bis 59-Jährigen prävalenter (s. Abbildung 28), vor allem in der weiblichen Bevölkerung mit rund zwölf Prozent.

Abbildung 28: Chronische Kopfschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



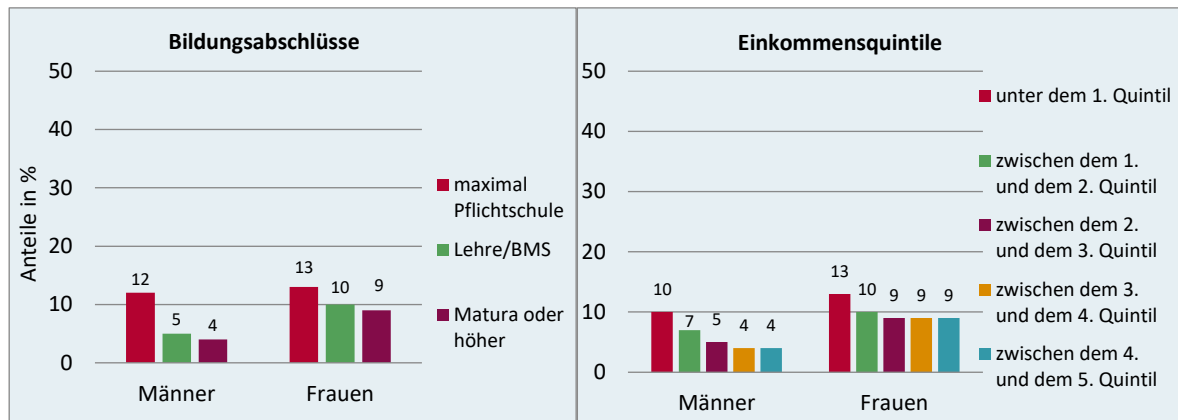
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Chronische Kopfschmerzen sind bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss und einem geringen Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil; 30 Jahre und älter) häufiger (12 %) als bei jenen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss bzw. mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (7 %) und als bei Personen aus den anderen Einkommensquintilen (6–8 %; s. Abbildung 29).

Abbildung 29: Chronische Kopfschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

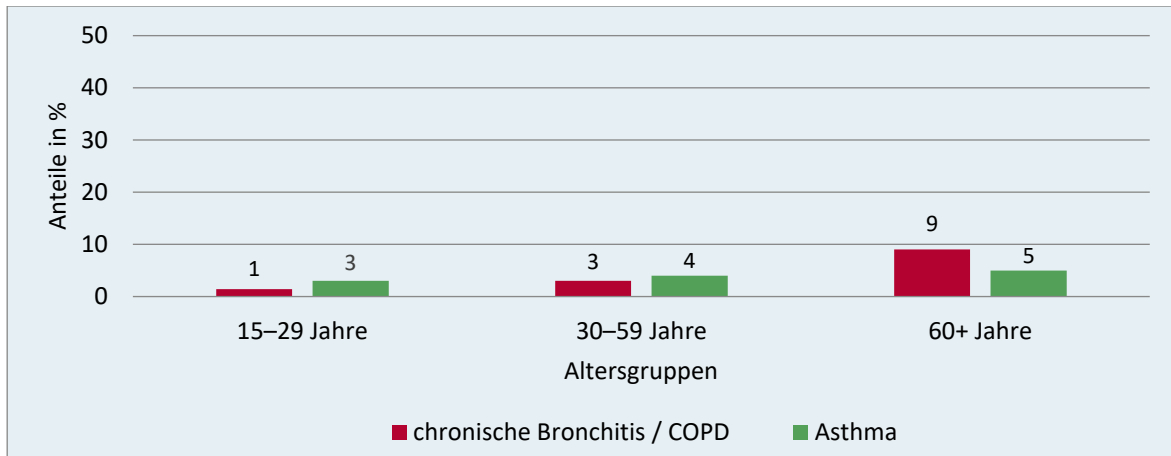
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.5 Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit / chronic obstructive pulmonary disease). Im Jahr 2019 litten – laut Österreichischer Gesundheitsbefragung (ATHIS) – rund vier Prozent der in Österreich lebenden Personen ab 15 Jahren an Asthma (diagnostiziert; rund 289.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–5 %) und je fünf Prozent an chronischer Bronchitis, einem Lungenemphysem oder COPD (rund 344.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–5 %). 2014 waren es jeweils vier Prozent.

Chronische Atemwegserkrankungen sind im fortgeschrittenen Alter häufiger als in jungen Jahren: Von den ab 60-Jährigen sind rund neun Prozent von chronischer Bronchitis / COPD und rund fünf Prozent von Asthma betroffen, von den 15- bis 29-Jährigen 1,4 bzw. drei Prozent. Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich hier nicht (s. Abbildung 30).

Abbildung 30: Atemwegserkrankungen nach Altersgruppen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

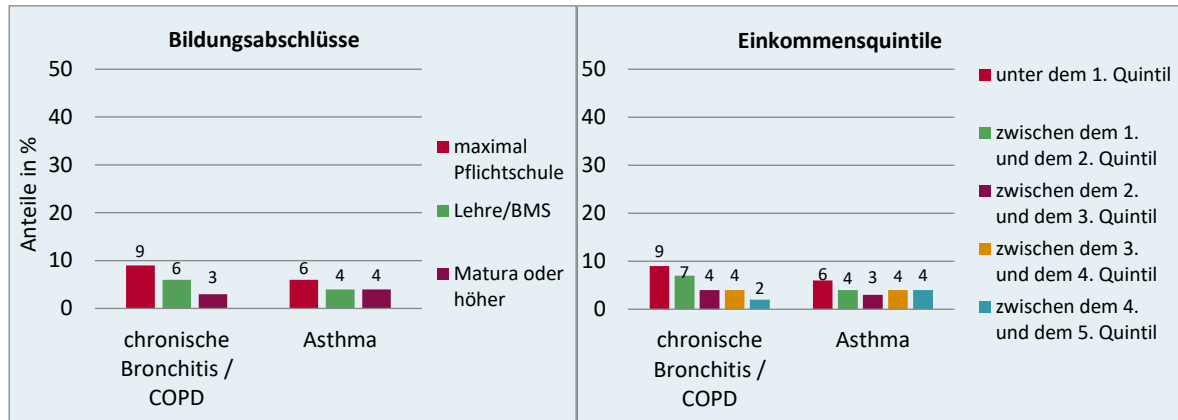
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) sind häufiger von Asthma betroffen als jene mit einem Lehr-/BMS-Abschluss oder höheren Bildungsabschluss (6 % vs. 4 %). Dies gilt auch für chronische Bronchitis / COPD, wobei hier mit steigender Bildung eine abnehmende Zwölf-Monats-Prävalenz zu beobachten ist – von neun Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf drei Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 31).

Auch Personen mit einem geringen Haushaltseinkommen sind häufiger von chronischer Bronchitis/COPD betroffen (9 % im untersten Einkommensquintil) als Personen aus den 20 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (2 %, oberstes Einkommensquintil). Das Gleiche trifft auch auf Asthma zu (6 % vs. 4 %).

Abbildung 31: Atemwegserkrankungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.6 Diabetes

Diabetes mellitus zählt – neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychischen Erkrankungen – zu den wichtigsten Public-Health-Themen des 21. Jahrhunderts (Griebler et al. 2013; Schmutterer et al. 2017).

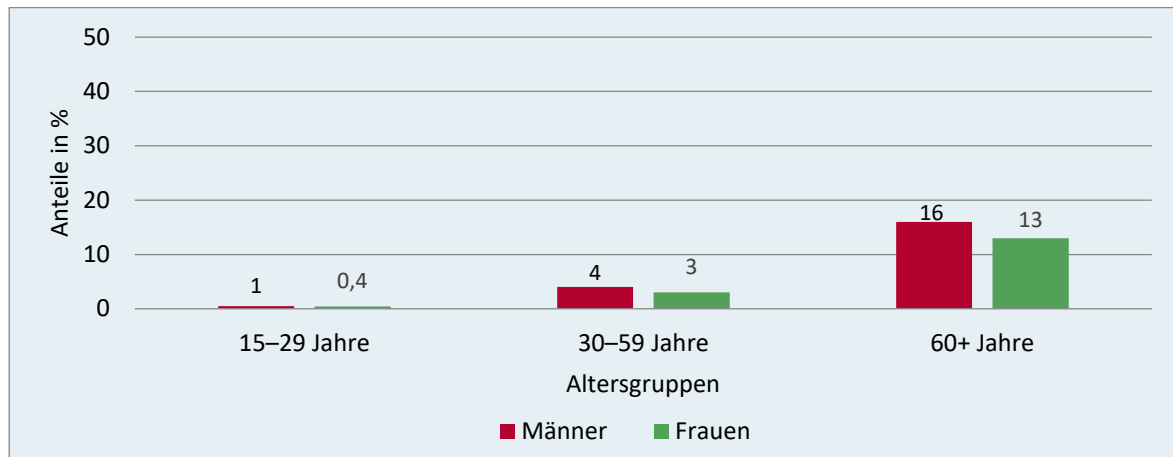
Zwölf-Monats-Prävalenz

Sechs Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren haben – gemäß ATHIS 2019 – eine diagnostizierte Diabeteserkrankung (rund 438.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–10 %). Im Jahr 2014 lag die Diabetesprävalenz bei rund fünf Prozent.

Männer, 60 Jahre oder älter, sind häufiger von Diabetes betroffen als Frauen in diesem Alter (16 % vs. 13 %). Auch finden sich Unterschiede in der Prävalenz von Diabetes bei Frauen und Männern mit einem Lehr-/BMS-Abschluss (9 % vs. 6 %) oder einem höheren Bildungsabschluss (4 % vs. 2 %), zuungunsten der männlichen Bevölkerung.

Die Diabetesprävalenz weist einen deutlichen Altersbezug auf: Sie steigt von unter einem Prozent bei den unter 30-Jährigen auf rund 14 Prozent bei den ab 60-Jährigen und beträgt bei den 30- bis 59-Jährigen rund drei Prozent (s. Abbildung 32).

Abbildung 32: Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

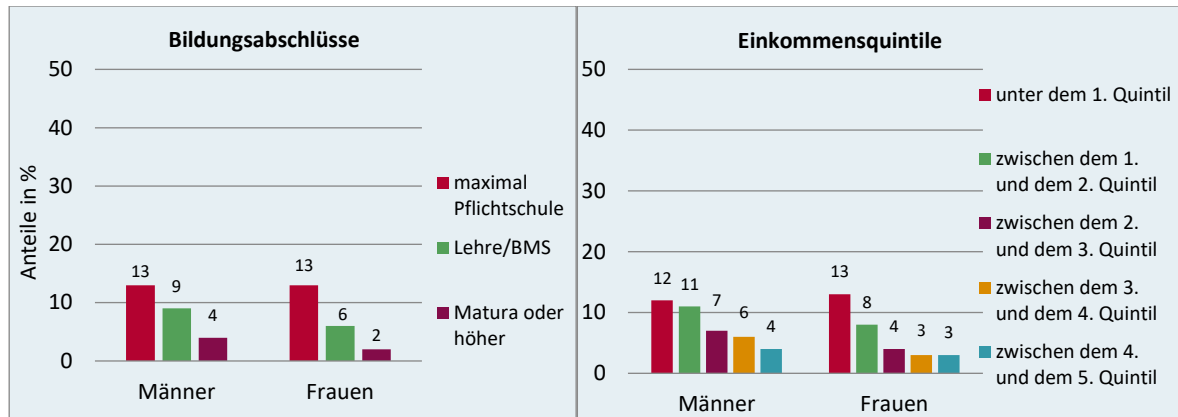
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Diabetesprävalenz nimmt mit steigender formaler Bildung ab: von 13 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf drei Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Dasselbe Muster zeigt sich auch in Bezug auf ein steigendes Haushaltseinkommen, mit einer ebenfalls abnehmenden Diabetesprävalenz: von zwölf Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf rund drei Prozent bei Personen aus den 20 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (oberstes Einkommensquintil; s. Abbildung 33).

Abbildung 33: Diabetes nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

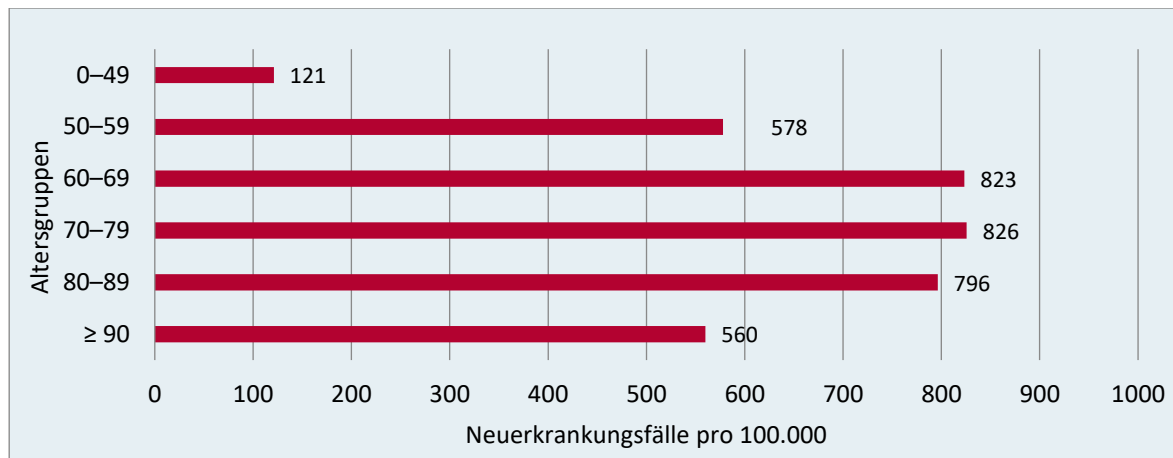
Diabetes-Typ-2-Inzidenz

Ergänzend zur Prävalenz kann aus Medikamentendaten die Diabetes-Typ-2-Inzidenz geschätzt werden (s. Definitionen und Daten). 2019 erkrankten in Österreich rund 32.000 Menschen an Typ-2-Diabetes. Das entspricht einer Inzidenzrate von 358 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 302–446). Die Diabetes-Typ-2-Inzidenz ist damit gegenüber dem Jahr 2012 gesunken, aber gegenüber 2018 leicht angestiegen (BMSGPK 2021e).

Die männliche Bevölkerung scheint häufiger an Typ-2-Diabetes zu erkranken (391 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW vs. 338; rohe Rate).

Die 60- bis 79-jährige Bevölkerung weist hier mit rund 823–826 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW (rohe Rate) die höchste Inzidenzrate auf (s. Abbildung 34).

Abbildung 34: Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen in Österreich 2019



Quelle: NÖGKK – LEICON-Datenbank 2019;

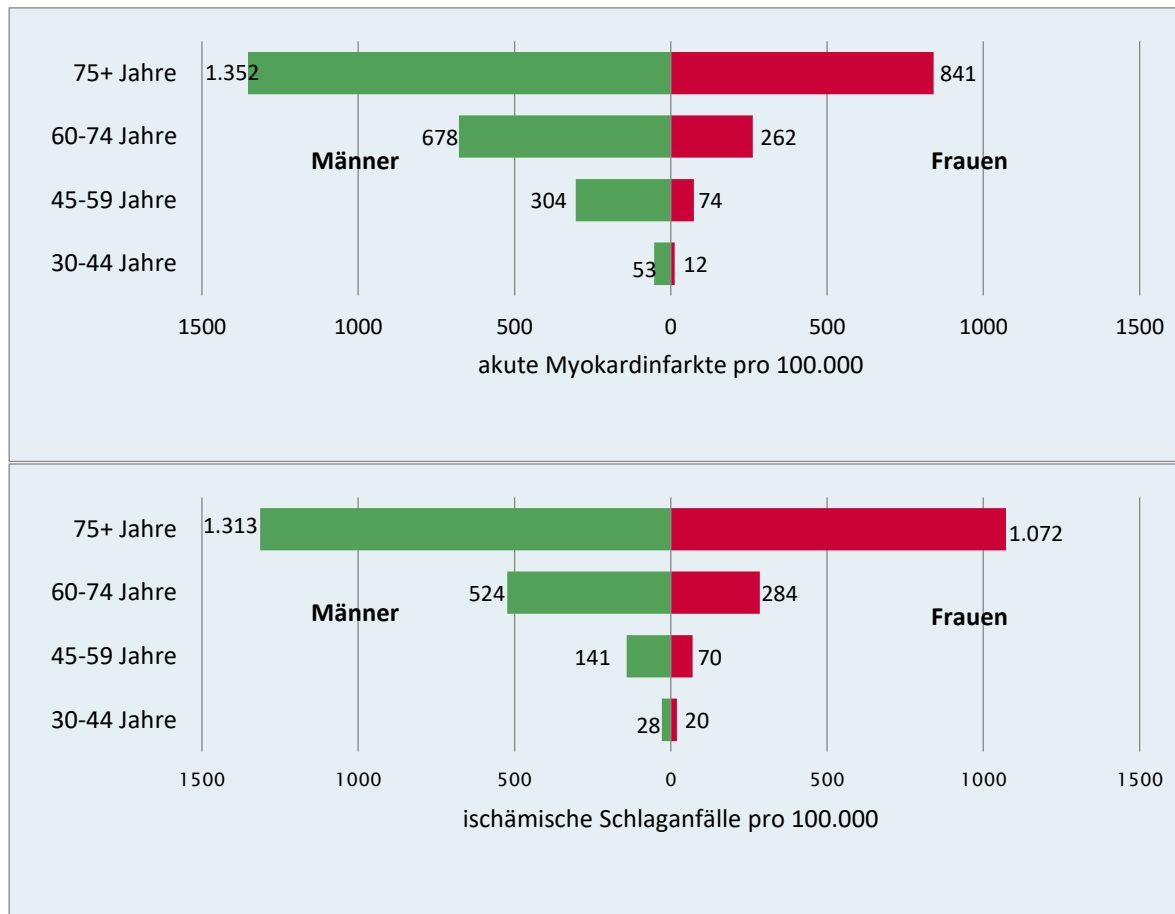
Darstellung: GÖG

3.3.1.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Griebler et al. 2021b).

Im Jahr 2021 erlitten in Österreich rund 18.200 Personen einen akuten *Myokardinfarkt* (ICD-10: I21–22), 6.300 Frauen und 11.900 Männer. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (pro 100.000 EW; Europa-Bevölkerung 2013) von 121 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 82–177) und von 287 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 218–395). Im Jahr 2019 lag die Rate mit 137 bei Frauen und 307 bei Männern noch etwas höher (jeweils pro 100.000). Die männliche Bevölkerung ist damit deutlich häufiger von einem akuten Myokardinfarkt betroffen als die weibliche (gilt für alle Altersgruppen). Die Inzidenz akuter Myokardinfarkte nimmt mit dem Alter deutlich zu und wird vor allem bei der ab 45-jährigen Bevölkerung epidemiologisch bedeutsam (s. Abbildung 35).

Abbildung 35: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht: Neuerkrankungsfälle pro 100.000 in Österreich 2019

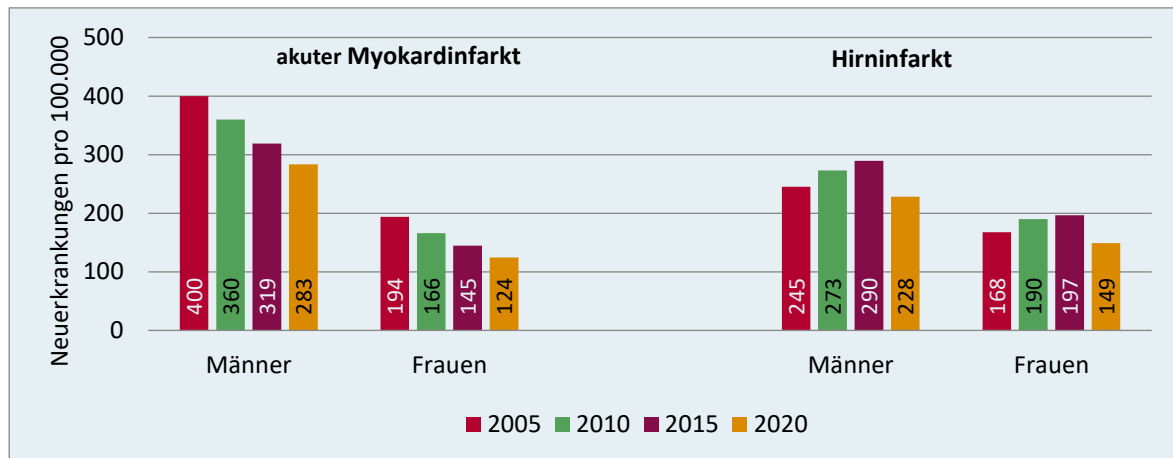


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2021, BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2021 bei Männern annähernd gleich geblieben und bei Frauen gesunken. Die altersstandardisierte Rate hat für beide Geschlechter abgenommen (um 2 % pro Jahr bei Männern und um 2,9 % bei Frauen). Damit hat sich der längerfristige Trend fortgesetzt (s. Abbildung 36).

Abbildung 36: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht in Österreich 2005–2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2020, BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2020;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen *ischämischen Schlaganfall* (ICD-10: I63; auch: Hirnininfarkt) erlitten im Jahr 2021 rund 17.250 Personen: 8.000 Frauen und 9.250 Männer. Die altersstandardisierte Rate (pro 100.000 EW) beträgt bei den Männern 229 (BL-Bandbreite: 185–271) und bei den Frauen 150 Neuerkrankungsfälle (s. Abbildung 36; BL-Bandbreite: 121–190). Im Jahr 2019 war die Rate mit 240 bei Männern und 163 bei Frauen noch etwas höher (jeweils pro 100.000). Auch ischämische Schlaganfälle sind in der männlichen Bevölkerung deutlich häufiger als in der weiblichen. Die Inzidenz ischämischer Schlaganfälle nimmt mit dem Alter zu und steigt ab einem Alter von 45 Jahren deutlich an (s. Abbildung 35).

Die Zahl der ischämischen Schlaganfälle stieg zwischen 2005 und 2013, sowohl absolut als auch in der altersstandardisierten Rate (um jeweils etwa 3 % pro Jahr). Zwischen 2014 und 2021 war sie allerdings rückläufig, die altersstandardisierte Rate sank bei Männern um 3,7 und bei Frauen um 4,1 Prozent. Insgesamt bedeutet dies für den Beobachtungszeitraum 2005–2021 bei Männern einen Rückgang um 0,3 Prozent pro Jahr, bei Frauen um 0,5 Prozent pro Jahr (s. Abbildung 36).

Definitionen und Daten

Akuter Myokardinfarkt (ICD-10-Codes: I21 und I22) und *ischämischer Schlaganfall* (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und Todesursachenstatistik geschätzt (s. BMG 2015a). Diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen.

In den Daten nicht enthalten sind:

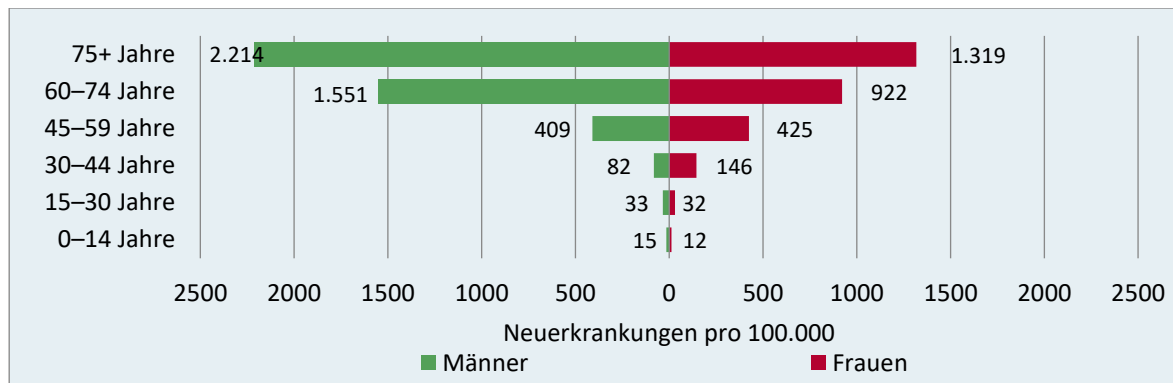
- klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als solche dokumentiert wurden
- Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind

3.3.1.8 Krebs

Etwas mehr als 40.000 Menschen erkrankten in den letzten Jahren in Österreich jährlich an Krebs (ICD-10: C00–C96 exkl. C44); im Jahr 2019 waren es rund 19.200 Frauen und 22.600 Männer. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (pro 100.000 EW; Europa-Bevölkerung 2013) von 395 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 328–495) und von 564 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 470–715). Ab einem Alter von 60 Jahren und älter erkranken Männer etwa 1,7-mal so häufig an Krebs wie Frauen, unter 60 Jahren ist die Inzidenz bei Frauen höher. Für beide Geschlechter gilt, dass die Krebsinzidenz mit dem Alter deutlich ansteigt.

Bei Frauen werden Krebserkrankungen bereits in jüngeren Jahren virulent und nehmen ab einem Alter von etwa 30 Jahren deutlich zu: von knapp 150 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW auf etwa 1.300 Fälle bei ab 75-Jährigen. Bei Männern wird die Inzidenz etwas später im Leben epidemiologisch bedeutsam, aber dafür umso deutlicher. In ihrem Fall steigt die Rate von 409 Fällen pro 100.000 EW bei 45- bis 59-Jährigen auf rund 2.200 Fälle bei ab 75-Jährigen (s. Abbildung 37).

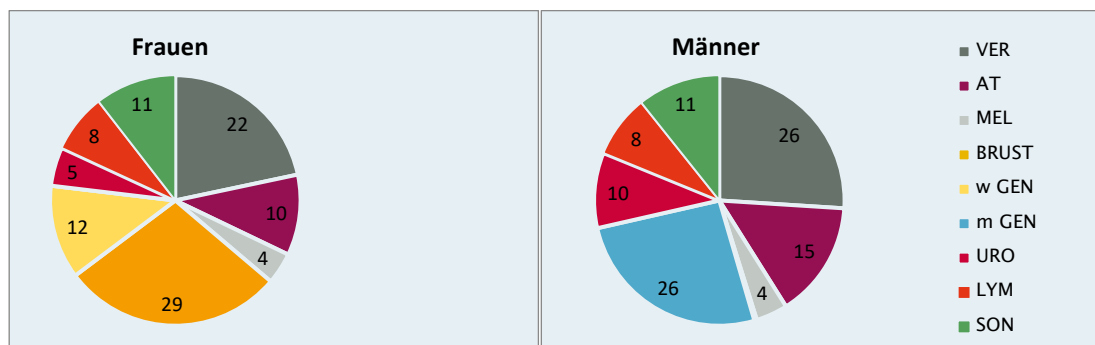
Abbildung 37: Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die häufigsten Lokalisationen einer Krebsneuerkrankung sind bei Frauen die Brust (29 %) und die Verdauungsorgane (22 %; Darm, gefolgt von Pankreas und Magen), bei Männern die Prostata (26 %) und die Verdauungsorgane (26 %; Darm, gefolgt von Pankreas, Leber und Magen). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane, die weiblichen Genitalorgane (v. a. Gebärmutterkrebs, gefolgt von Eierstockkrebs), Harnorgane (v. a. bei Männern), das lymphatische, blutbildende Gewebe sowie die Haut (s. Abbildung 38).

Abbildung 38: Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht: Neuerkrankungsfälle in Österreich (in %) im Durchschnitt der Jahre 2010–2019



ICD-10-Codes:

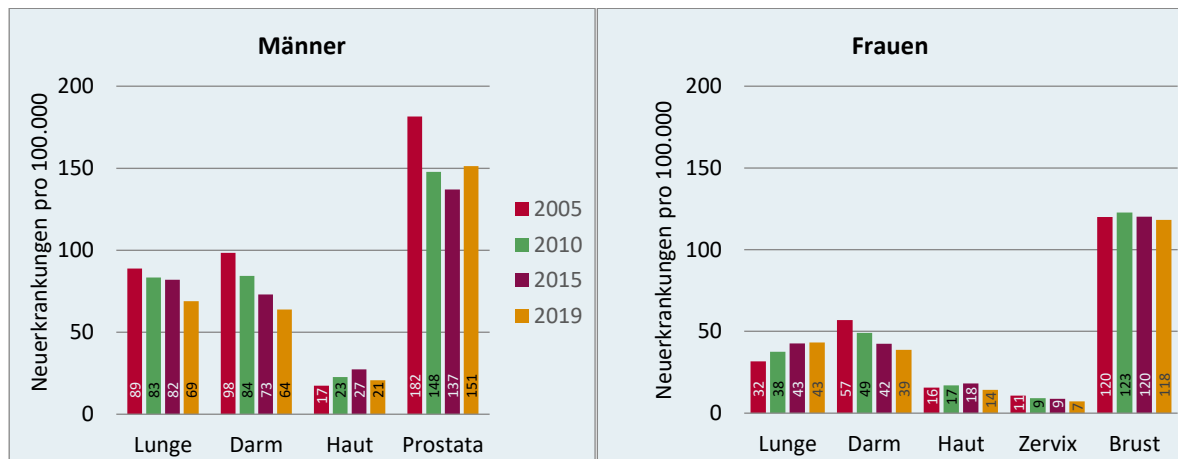
VER: C15–C26 bösartige Neubildungen (BN) der Verdauungsorgane; AT: C30–C39 BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe; MEL: C43 Melanom; BRUST: C50 BN der Brustdrüse; w GEN: C51–C58 BN der weiblichen Genitalorgane; m GEN: C60–C63 BN der männlichen Genitalorgane; URO: C64–C68 BN der Harnorgane; LYM: C81–C96 BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes; SON: sonstige Lokalisationen

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Zeitreihe der Jahre 2010–2019 zeigt, dass die Krebsinzidenz insgesamt rückläufig ist, sowohl bei Frauen als auch bei Männern um etwa neun Prozent. In Abbildung 39 sind häufige Lokalisationen über einen längeren Zeitraum dargestellt. Hier zeigt sich deutlich, dass die Krebsinzidenz bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen, bei Männern dominiert Prostatakrebs, bei Frauen Brustkrebs.

Die erfreulichste Entwicklung zeigt sich bei Darmkrebs: Die Inzidenz ist bei beiden Geschlechtern kontinuierlich rückläufig. Bei Männern ist auch Lungenkrebs rückläufig, doch bei Frauen noch immer steigend. Die Neuerkrankungsrate bei Prostatakrebs sank bis 2014, doch seit 2015 steigt sie wieder. Der steigende Trend bei bösartigen Melanomen ist seit 2015 wieder leicht rückläufig (s. Abbildung 39).

Abbildung 39: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen nach Geschlecht in Österreich 2005–2019



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Lunge: ICD-10 C33–C34; Darm: ICD-10 C18–C21; Haut: ICD-10 C43; Prostata: ICD-10 C61; Zervix: ICD-10 C53;

Brust: ICD-10 C50

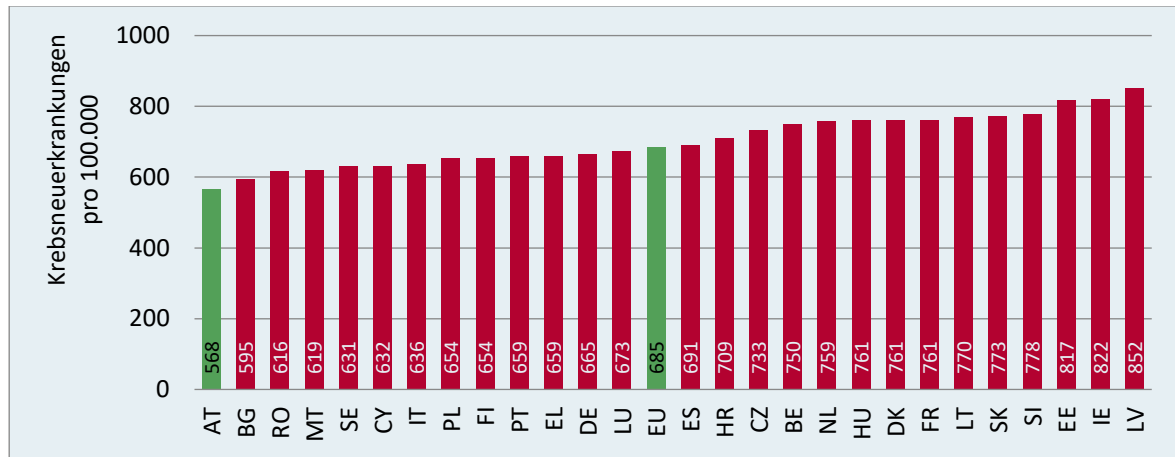
Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Das ECIS (European Cancer Information System) schätzt für das Jahr 2020 für Österreich unterdurchschnittliche Inzidenzwerte im Vergleich mit den anderen EU-Ländern, bei Männern den niedrigsten überhaupt, bei Frauen rangiert Österreich an siebter Stelle (s. Abbildung 40 und Abbildung 41). Große Rangunterschiede zwischen Männern und Frauen sowie auch zwischen Inzidenz und Mortalität sind jedoch ein Indiz dafür, dass die Datengrundlagen möglicherweise noch einer maßgeblichen Harmonisierung bedürfen.

Abbildung 40: Krebsinzidenz der Männer im EU-Vergleich 2020



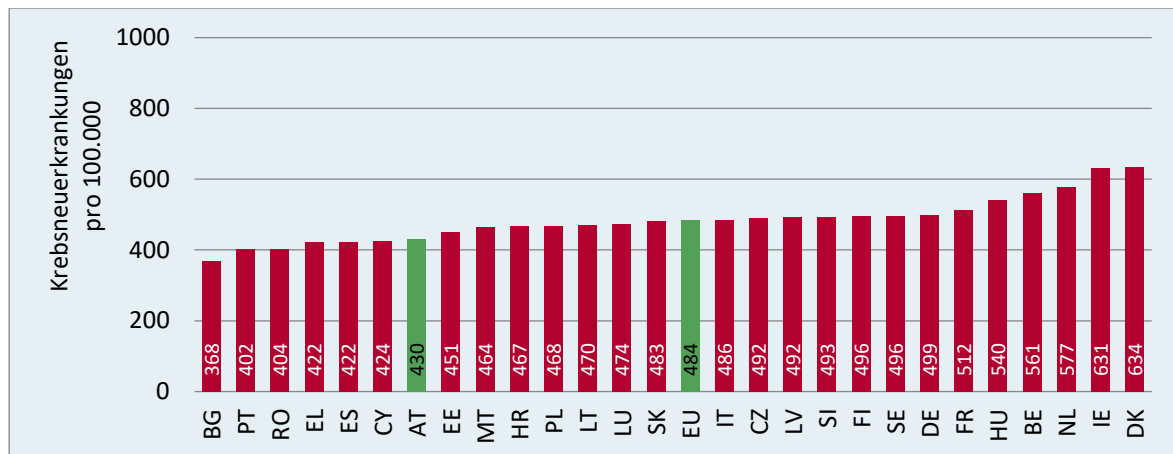
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2012

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: European Cancer Information System – Estimated incidence by country [online]. European Union. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> [Zugriff am 8. 12. 2022];

Darstellung: GÖG

Abbildung 41: Krebsinzidenz der Frauen im EU-Vergleich 2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2012

Quelle: European Cancer Information System – Estimated incidence by country [online]. European Union. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> [Zugriff am 8. 12. 2022];

Darstellung: GÖG

Die aktuelle Outcome-Messung im Gesundheitswesen stellt für vier ausgewählte Lokalisationen Vergleiche zwischen den europäischen Ländern an: für Lungen-, Darm-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs. Österreich lag im Jahr 2020 bei allen Diagnosen – mit einer Ausnahme – unter dem Durchschnitt der EU-Länder, ganz besonders deutlich im Falle von Darmkrebs. Nur die Lungenkrebsinzidenzrate bei Frauen lag über dem EU-Durchschnitt (BMSGPK 2021e).

Definitionen und Daten

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

3.3.1.9 Depression⁶

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind maßgeblich für gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen verantwortlich (Nowotny et al. 2018).

Diagnostizierte Depression innerhalb der letzten zwölf Monate

Laut ATHIS 2019 hatten rund sechs Prozent der in Österreich lebenden Personen (ab 15 Jahren) in den letzten zwölf Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression (rund 435.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–7 %). Weitere 1,7 Prozent waren eigenen Angaben zufolge von einer Depression betroffen (rund 123.000 Personen). Im Anteil entspricht dies in etwa den Werten von 2014.

Die weibliche Bevölkerung berichtet häufiger von einer ärztlich diagnostizierten Depression als die männliche (8 % vs. 4 %). Der beobachtete Geschlechterunterschied findet sich in zwei der drei untersuchten Altersgruppen (mit Ausnahme der 15- bis 29-Jährigen) und in allen untersuchten Bildungs- und Einkommensgruppen, wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst (BMASGK 2018) und auch durch Ergebnisse einer klinischen Studie über Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich bestätigt. Auch in dieser Untersuchung weisen Frauen eine höhere Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen auf als Männer (Wancata 2018).

In puncto Depressionsdiagnostik sollte allerdings ein zweifacher Gender-Bias in Betracht gezogen werden (BMASGK 2018):

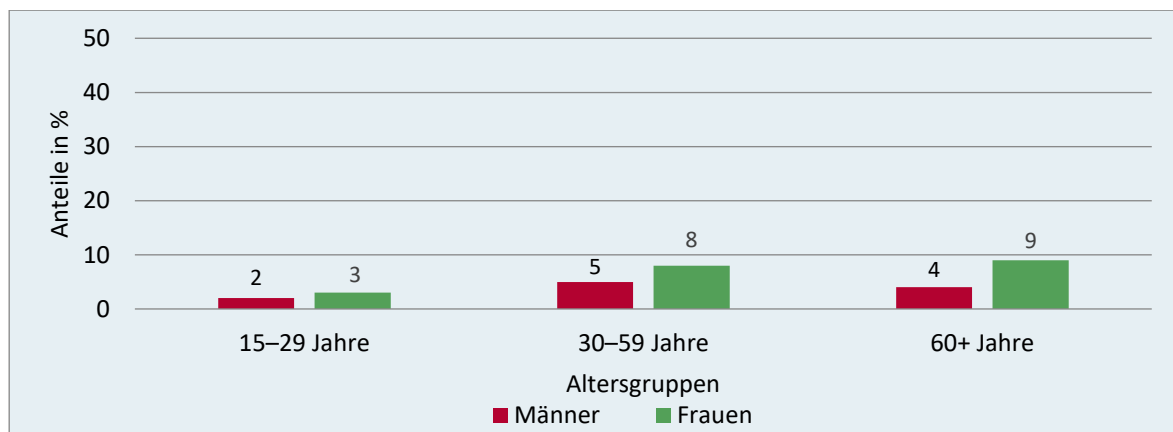
1. Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Depression gehen vom Prototyp der weiblichen Depression aus: Männliche Depressionssymptome bzw. Abwehrstrategien – z. B. Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Irritabilität, Aktivismus oder exzessiver Alkoholkonsum (Rihmer et al. 1995) – sind daher in den führenden Depressionsinventarien nicht adäquat repräsentiert. Dies führt dazu, dass depressive Erkrankungen bei einem Teil der betroffenen Männer nicht erkannt werden, und begünstigt solchermaßen Fehldiagnosen in Richtung antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit.

⁶ Anhand von Routinedaten können derzeit keine validen Aussagen über die Häufigkeit anderer psychischer Erkrankungen getroffen werden.

2. Geschlechterstereotype beeinflussen das Diagnosegespräch: Geschlechterstereotypische Erwartungshaltungen von Patientinnen und Patienten sowie von Ärztinnen und Ärzten begünstigen Depressionsdiagnosen bei Frauen (Überdiagnosen) und führen bei Männern eher zu Unterdiagnosen. Stereotype Vorstellungen traditioneller männlicher Rollen (u. a. Fokus auf Erfolg, Leistung und Kontrolle) widersprechen den typischen Depressionssymptomen (Gedrücktheit, Anhedonie, Antriebsverlust, Schwäche, Hilfsbedürftigkeit), wohingegen traditionelle Rollenvorstellungen betreffend Frauen (emotional, ängstlich, hilfsbedürftig) eine Depressionsdiagnose befördern.

Bei Männern wie bei Frauen nimmt die Prävalenz ärztlich diagnostizierter Depressionen ab einem Alter von 30 Jahren deutlich zu – bei Männern von zwei Prozent auf vier bis fünf Prozent und bei Frauen von drei Prozent auf acht bis neun Prozent (s. Abbildung 42).

Abbildung 42: Diagnostizierte Depressionen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

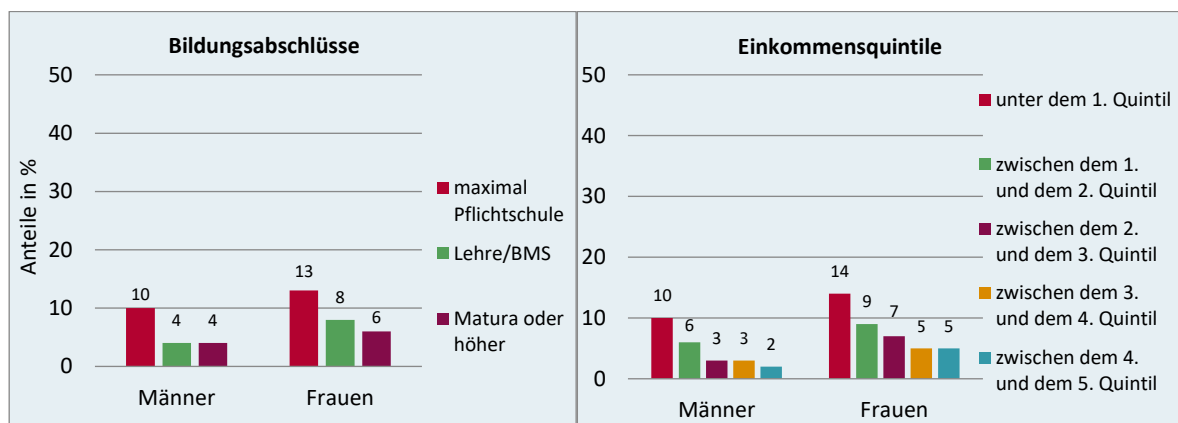
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Nach Bildungskategorien ist die ab 30-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss ungefähr doppelt so häufig von depressiven Erkrankungen betroffen (12 %) als die gleichaltrige Bevölkerung mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (6 %) oder mit Matura oder

einem höheren Bildungsabschluss (5 %). Dieses Muster gilt für Frauen wie für Männer (s. Abbildung 43).

Auch Personen mit einem geringen Haushaltseinkommen sind deutlich häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen (13 % im untersten Einkommensquintil), als dies für Personen aus den 20 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (oberstes Einkommensquintil) gilt (3 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Prävalenz diagnostizierter depressiver Erkrankungen mit steigendem Haushaltseinkommen leicht abnimmt: von sieben Prozent bei Personen aus dem zweiten Einkommensquintil auf rund drei Prozent bei Personen aus dem obersten Quintil (s. Abbildung 43).

Abbildung 43: Diagnostizierte Depressionen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

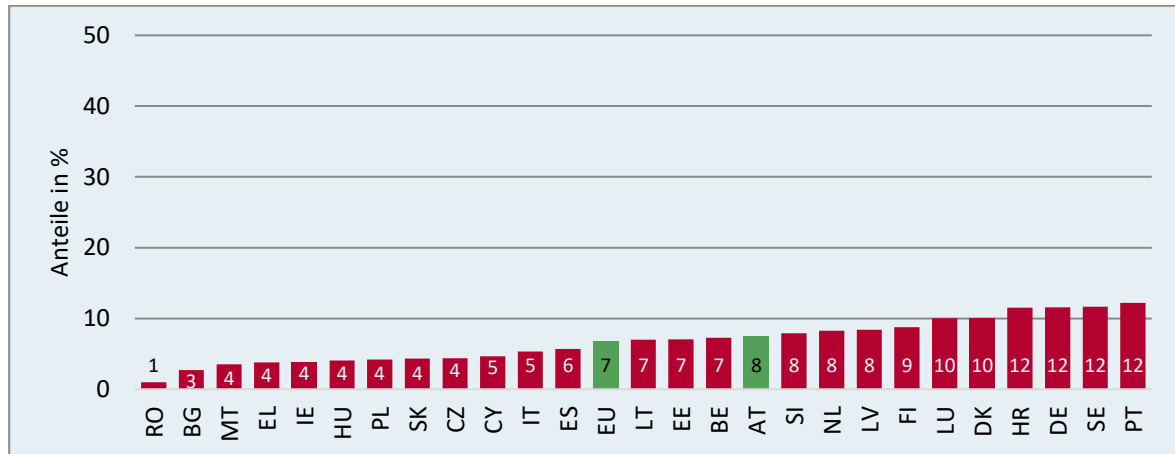
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die österreichische Bevölkerung ist im europäischen Vergleich – laut EHIS – etwas häufiger von Depressionen betroffen (rund 8 %, diagnostiziert 6 %; EU-Durchschnitt exkl. Frankreich:

7 %; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 1–12 %). Österreich liegt damit im Mittelfeld der EU-Länder (s. Abbildung 44).

Abbildung 44: Depressionen (Prävalenz) bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

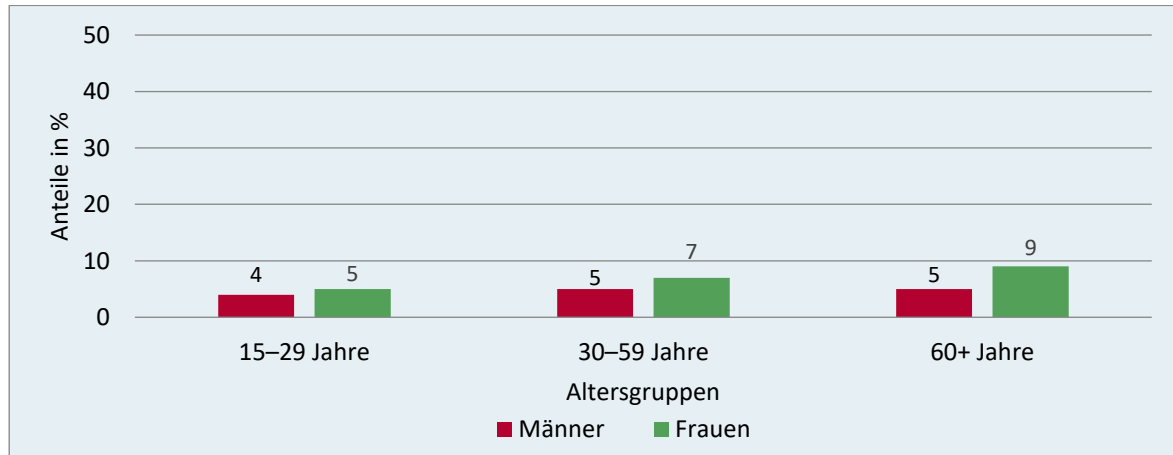
Depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen

Sechs Prozent der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre und älter) waren – laut ATHIS 2019 – innerhalb der letzten zwei Wochen (vor der Befragung) von einer Depression betroffen (rund 442.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–7 %), 2,2 Prozent von einer Major Depression (162.000 Personen). Gegenüber 2014 ist hier damit ein leichter Anstieg erkennbar.

Frauen ab 30 sind häufiger von Depressionen betroffen (7–9 % vs. 5 %). Der Geschlechterunterschied zuungunsten der weiblichen Bevölkerung besteht zudem quer über alle Bildungsgruppen hinweg (s. Abbildung 45).

In der weiblichen Bevölkerung steigt der Anteil depressiver Erkrankungen von fünf Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf rund neun Prozent bei den ab 60-Jährigen. Bei den Männern liegt der Anteil hingegen je nach Altersgruppe zwischen vier und fünf Prozent.

Abbildung 45: Akute depressive Symptomatik nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

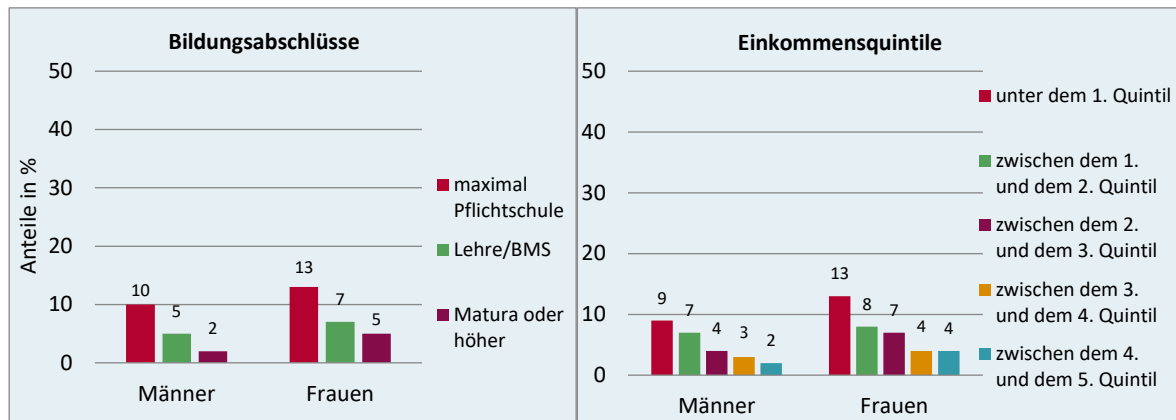
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die ab 30-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss ist deutlich häufiger von einer akuten depressiven Symptomatik betroffen (12 %) als die gleichaltrige Bevölkerung mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (6 %) oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (4 %) – dies gilt für Frauen wie Männer (s. Abbildung 46).

Die Prävalenz akuter depressiver Symptome ist zudem bei Personen mit einem geringen Haushaltseinkommen deutlich höher (11 % im untersten Einkommensquintil) als bei Personen aus den 20 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (3 % im obersten Einkommensquintil). Die Prävalenz akuter depressiver Symptome nimmt dabei mit steigendem Haushaltseinkommen ab (s. Abbildung 46).

Abbildung 46: Akute depressive Symptomatik nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Diagnose und Symptome

Kombiniert man die Daten einer Depressionsdiagnose innerhalb der letzten 12 Monate mit jenen einer akuten depressiven Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen (vor der Befragung), so zeigt sich, dass

- 3,5 Prozent der ab 15-jährigen Personen in Österreich eine Depressionsdiagnose erhalten haben, aber keine akute Depressionssymptomatik aufweisen (rund 260.000 Personen),
- 3,6 Prozent eine akute depressive Symptomatik aufweisen, aber keine Depressionsdiagnose in den letzten 12 Monaten erhalten haben (rund 267.000 Personen) und
- 2,4 Prozent sowohl eine Depressionsdiagnose erhalten haben als auch eine akute Depressionssymptomatik aufweisen (rund 175.000 Personen).

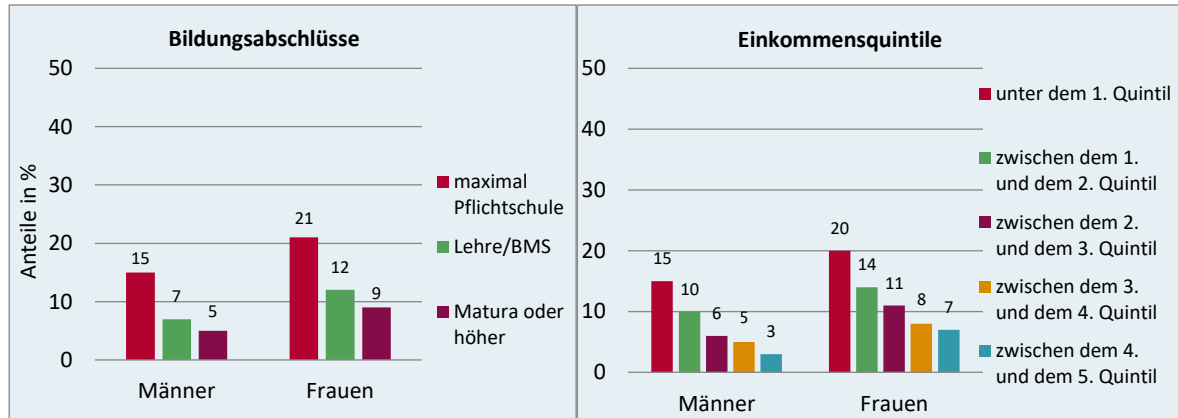
Ab 30-jährige Frauen weisen in allen genannten Kombinationen eine um ein bis drei Prozent höhere Prävalenz auf (s. auch die Abschnitte davor). Darüber hinaus zeigt sich, dass Frauen in allen untersuchten Bildungs- und Einkommensgruppen stärker betroffen sind.

In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen ist die Kombination „akute Symptome, aber keine Diagnose“ mit rund vier Prozent am prävalentesten. Dies trifft gleichermaßen auf junge Frauen (4 %) und junge Männer (3 %) zu.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Bevölkerung ab 30 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss kommt über alle Kombinationen hinweg auf eine Prävalenz von insgesamt 19 Prozent, die Bevölkerung mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf neun Prozent und jene mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss auf sieben Prozent (s. Abbildung 47). Die Prävalenz von Depressionsdiagnosen und/oder -symptomen steigt zudem mit sinkendem Haushaltseinkommen: von fünf Prozent bei Personen aus den 20 Prozent der einkommensstärksten Haushalte (oberstes Einkommensquintil) auf 18 Prozent bei Personen aus den 20 Prozent der einkommensschwächsten Haushalte (unterstes Einkommensquintil; s. Abbildung 47).

Abbildung 47: Depression: Diagnose und/oder Symptome nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) und werden mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Die Teilnehmer:innen wurden dabei gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten eine Depression hatten und, wenn ja, ob diese von einer Ärztin / einem Arzt diagnostiziert wurde. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 allerdings nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen hinsichtlich des Ausmaßes depressiver Symptome (bezogen auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung) werden im ATHIS 2014 und 2019 auf Basis des Personal Health Questionnaire (PHQ-8) getroffen – eines Selbstbeurteilungsinstrumentes, das zu Screeningzwecken in der klinischen Praxis und in Gesundheitssurveys eingesetzt wird. Depressive Symptome werden dabei gemäß den diagnostischen Kriterien nach DSM-IV erfragt. In seiner kategorialen Anwendung unterscheidet der PHQ-8 zwischen einer Major Depression und „anderen Formen“ einer depressiven Erkrankung (Kroenke et al. 2009).

3.3.2 Verletzungen aufgrund von Unfällen

Laut ATHIS 2019 waren rund 13 Prozent der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre und älter; ca. 972.000 Personen = 131 Personen pro 1.000 EW ab 15 Jahren) in den letzten zwölf Monaten aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt (BL-Bandbreite: 11–16 %), und zwar

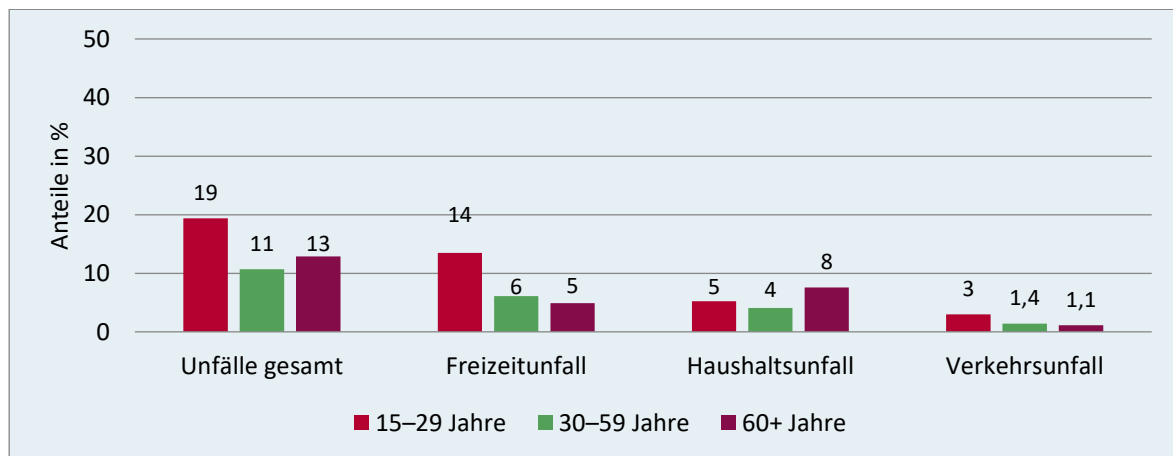
- sieben Prozent (535.000 Personen bzw. 72 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Freizeitunfalls (BL-Bandbreite: 6–10 %),
- fünf Prozent (394.000 Personen bzw. 53 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 3–7 %) und
- zwei Prozent (120.000 Personen bzw. 16 Verletzte pro 1.000 EW ab 15 Jahren) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1–3 %).

Das sind um zwei Prozentpunkte mehr als bei der ATHIS-Erhebung 2014, wofür ein Anstieg bei den Haushaltsunfällen hauptverantwortlich ist.

Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind häufiger von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Frauen (15 bis 29-Jährige: 23 % vs. 16 %, 30 bis 59-Jährige: 12 % vs. 10 %). Dies betrifft vor allem Verletzungen aufgrund von Freizeitunfällen (15 bis 29-Jährige: 17 % vs. 10 %, 30 bis 59-Jährige: 7 % vs. 5 %). In der Altersgruppe 60 und mehr Jahre verletzten sich hingegen Frauen häufiger als Männer (15 % vs. 10 %), vor allem bei Haushaltsunfällen (10 % vs. 5 %).

Vermehrt treten Verletzungen bei den 15- bis 29-Jährigen auf (bedingt durch Freizeit- und Straßenverkehrsunfälle, s. Abbildung 48). Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen sind bei ab 60-Jährigen häufiger.

Abbildung 48: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Altersgruppen und Unfallart in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

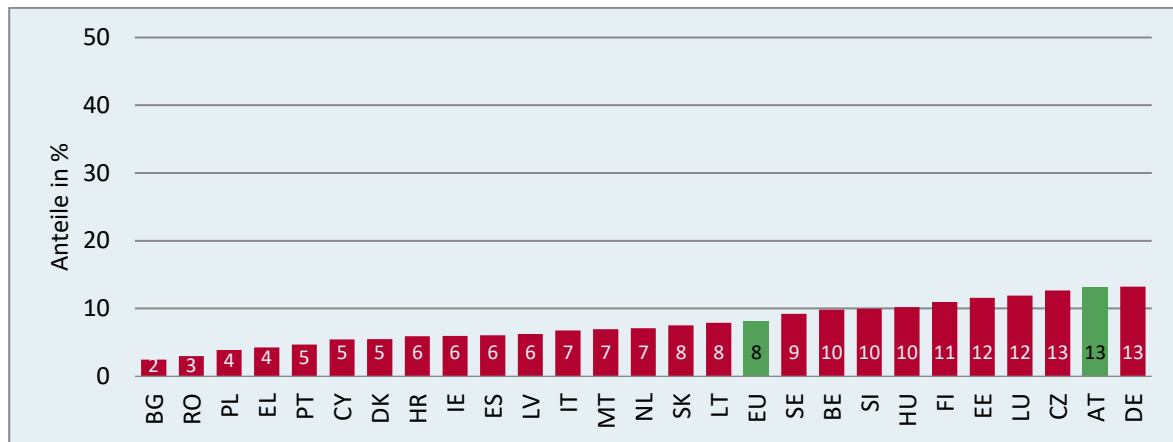
In der männlichen Bevölkerung ist ein leichter Anstieg unfallbedingter Verletzungen mit steigender formaler Bildung erkennbar: von neun Prozent bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 13 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. In der weiblichen Bevölkerung hingegen sind Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss mit rund 15 Prozent häufiger von unfallbedingten Verletzungen betroffen als jene mit einem Lehr-/BMS-Abschluss oder einer höheren formalen Bildung mit elf bis zwölf Prozent.

Ein ganz ähnlicher Zusammenhang findet sich auch in Bezug auf das Haushaltseinkommen, wonach ab 30-jährige Männer, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind, und ab 30-jährige Frauen, die dem untersten Einkommensquintil angehören, mit rund 15 bzw. 13 Prozent häufiger unfallbedingte Verletzungen aufweisen als jene der jeweils anderen Einkommensquintile (10–11 %).

Europäischer Vergleich

Laut EHIS liegt Österreich bei der Unfallprävalenz mit rund 13 Prozent deutlich über dem EU-Durchschnitt (exkl. Frankreich; 13 % vs. 8 %; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 2–13 %; s. Abbildung 49). Dabei liegt das Unfallgeschehen in allen drei Bereichen – Haushalt, Freizeit und Straßenverkehr – über dem europäischen Schnitt.

Abbildung 49: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate (in der Freizeit, im Straßenverkehr und im Haushalt) in der ab 15-jährigen Bevölkerung 2019 im EU-Vergleich*



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Medizinisch versorgte Unfälle

Drei von vier Personen (15 Jahre und älter; rund 735.000 Personen) mussten in Österreich 2019 aufgrund einer unfallbedingten Verletzung durch einen Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfall medizinisch versorgt werden (BL-Bandbreite: 65–83 %):

- 43 Prozent (414.000 Personen) ambulant (BL-Bandbreite: 37–52 %),
- 19 Prozent (180.000 Personen) stationär (BL-Bandbreite: 14–24 %)
- 15 Prozent (141.000 Personen) im niedergelassenen Bereich (durch Ärztin/Arzt, Sanitäter:in etc.; BL-Bandbreite: 9–22 %).

Bei verletzten Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (76 % bzw. 307.000 Personen) sowie im Alter von 60 und mehr Jahren (83 % bzw. 235.000 Personen) ist eine medizinische Versorgung häufiger notwendig als bei verletzten Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren (67 % bzw. 194.000 Personen). Die stationäre Versorgung von Verletzungen nimmt mit dem Alter

stark zu (von 9 % bei den 15- bis 29-Jährigen und 14 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 34 % bei verletzten Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren).

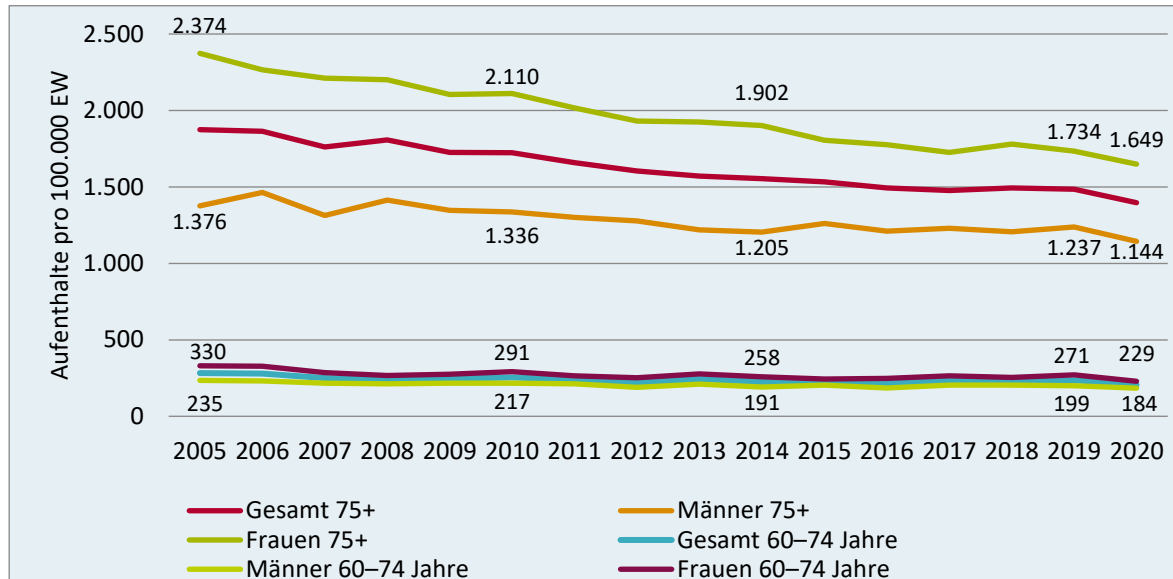
Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens

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

In Österreichs Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2019 bei ab 75-Jährigen rund 12.500 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 1.486 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.309–1.743). Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren verzeichnen rund 3.200 Aufenthalte bzw. 235 Aufenthalte pro 100.000 EW aufgrund sturzbedingter Frakturen (BL-Bandbreite: 208–275). Im Jahr 2020 waren es bei den ab 75-Jährigen rund 12.100 solcher Aufenthalte (1.397 pro 100.000), bei den 60- bis 74-Jährigen rund 2.800 (206 pro 100.000).

Im Zeitraum von 2005 bis 2019 sank die Häufigkeit stationärer Aufenthalte in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen bei Männern stetig bis zum Jahr 2014 (mit leichten Schwankungen) und stagnierte dann. Bei Frauen zeigte sich ein stetiges Sinken bis zum Jahr 2017 mit anschließender Stagnation. Auch in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen zeigte sich für beide Geschlechter zunächst ein abnehmender Trend mit anschließender Stagnation (s. Abbildung 50).

Abbildung 50: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht: Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich 2005–2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Frauen werden in der Altersgruppe ab 75 Jahren deutlich häufiger aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens stationär behandelt. Im Jahr 2019 fanden in dieser Altersgruppe bei Männern 1.237 und bei Frauen 1.734 diesbezügliche Aufenthalte pro 100.000 EW statt. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen sind die Geschlechterunterschiede geringer ausgeprägt.

Definitionen und Daten

Verletzungen aufgrund von Unfällen schließen auch Vergiftungen oder durch Tiere verursachte Verletzungen ein. Vorsätzliche Verletzungen durch andere Personen sind hier nicht gemeint.

- Verkehrsunfälle sind alle Unfälle, die sich auf öffentlichen Straßen, öffentlichen oder privaten Parkplätzen unter Involvierung eines Transportmittels ereignen. Unfälle zu Wasser, im Zug oder Flugzeug sind hier nicht gemeint.

- Haushaltsunfälle bezeichnen hier alle Unfälle, die sich zu Hause oder im Garten ereignen, unabhängig von der Aktivität, die dort verrichtet wurde.
- Freizeitunfälle umfassen hier alle Unfälle, die sich während der Freizeit ereignen, ausgenommen Haushalts- und Straßenverkehrsunfälle.

Zu Arbeitsunfällen siehe Kapitel 5.3.4.

Angaben zur medizinischen Versorgung von Unfällen beziehen sich bei mehrfachen Verletzungen auf den schwerwiegendsten Fall. Er muss durch medizinisches Fachpersonal versorgt worden sein. Wurde jemand von der Rettung versorgt, ohne ins Krankenhaus gebracht worden zu sein, zählt dies als Versorgung im niedergelassenen Bereich.

Verletzungen aufgrund von Unfällen und ihre medizinische Versorgung werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Sturzbedingte peritrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10: S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) berichtet. Nicht alle Brüche sind einem Sturz geschuldet.

3.3.3 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen gehören in Österreich zu den häufigsten meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (s. Abbildung 51). Am häufigsten treten Erkrankungen durch *Campylobacter* auf. Die diesbezügliche Inzidenz ist steigend, bewegte sich in den Jahren 2010 bis 2018 von 53 auf 91 Erkrankungsfälle pro 100.000 EW (das sind zwischen 4.400 und 8.000 Fälle pro Jahr). In den Jahren 2019 und 2020 wurden allerdings deutlich weniger Fälle gemeldet: 6.600 (bzw. 74 pro 100.000) im Jahr 2019 und 5.400 im ersten Pandemiejahr (bzw. 61 pro 100.000 EW). Im Jahr 2021 erkrankten ca. 6.000 Menschen in Österreich an *Campylobacter* (67 pro 100.000 EW).

Etwa 1.700 *Salmonelleninfektionen* pro Jahr wurden zwischen 2010 und 2019 registriert (s. Abbildung 51). Das entspricht einer Inzidenz von etwa 20 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW. Im ersten Pandemiejahr 2020 haben sich die Neuerkrankungsfälle im Vergleich zu 2019 mehr als halbiert, was einer Inzidenz von 9 (2020) vs. 21 (2019) gleichkommt.

Die Fallzahlen von *Clostridium difficile*, *STEC/VTEC* und *Yersiniosen* sind auf niedrigerem Niveau. *Yersiniosen* kommen bei einem weitgehend gleichbleibenden Trend zwischen 80- und 140-mal im Jahr vor, doch bei den beiden Ersteren – insbesondere *Clostridium difficile* – gibt es Hinweise auf einen steigenden Trend. *Clostridium difficile* wurde im Jahr 2010 110-mal dokumentiert, im Jahr 2019 waren 454 und 2021 schon 571 solcher Fälle zu verzeichnen. Die Inzidenz stieg somit von 1,3 auf 6,4. *Noroviren* waren seit 2014 auch stark im Steigen begriffen (308 im Jahr 2014, 1.900 im Jahr 2019), doch gleichzeitig mit dem Auftreten von COVID-19 haben sich die Fallzahlen halbiert (868 im Jahr 2020), um im Jahr 2021 wiederum etwas anzusteigen (1322 Neuerkrankungen; s. Abbildung 51).

Während für *Meningokokken* durch breitangelegte Impfaktionen gegen den Serotyp C (und im privaten Bereich gegen Typ B) ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen berichtet werden kann (80 Fälle im Jahr 2010, 24 Fälle im Jahr 2019, 8 Fälle im Jahr 2020 und 2 im Jahr 2021), ist bei den ebenfalls impfpräventablen *Pneumokokken* leider kein derartiger Trend feststellbar. Hier sind die Fallzahlen bis 2019 deutlich gestiegen (615 bzw. 6,9 pro 100.000) und, wie auch bei einigen anderen Infektionskrankheiten, mit Ausbruch der Coronapandemie deutlich gesunken (356 Fälle im Jahr 2020 und 404 im Jahr 2021). Damit lag die Inzidenz zuletzt bei 4,5 Fällen pro 100.000 EW.

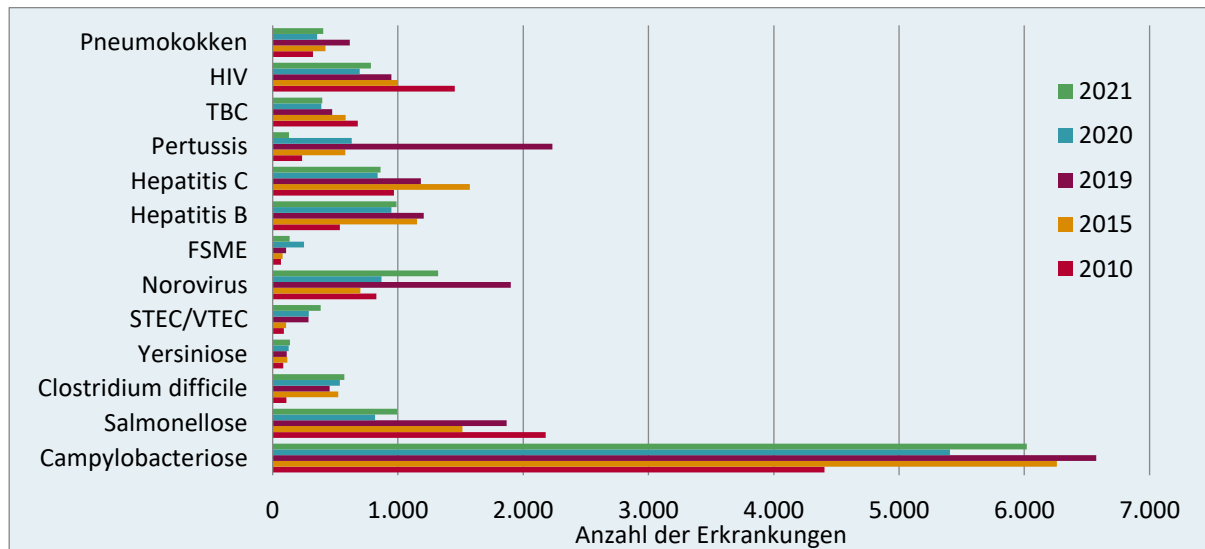
Die *Hepatitis-C*-Inzidenz ist nach einem zwischenzeitlichen Höhepunkt im Jahr 2014 mit 1.827 Fällen (bzw. 21,5 pro 100.000) wieder deutlich rückläufig. Im Jahr 2019 wurden 1.183 diesbezügliche Neuerkrankungen gemeldet (Inzidenz: 13,4 pro 100.000), die sich im ersten Pandemiejahr nochmals deutlich auf 839 Fälle (Inzidenz: 9,4 pro 100.000) reduzierten. 2021 lag sie bei 860 Fällen bzw. 9,6 pro 100.000. Auch *Hepatitis-B* – zwischen 2013 und 2019 auf etwa gleichbleibendem Niveau (zwischen 13 und 15 Neuerkrankungen pro 100.000) – ist 2020 und 2021 deutlich gesunken: auf 948 bzw. 988 Neuerkrankungen (9 bzw. 10 Fälle pro 100.000; s. Abbildung 51).

Bei *Tuberkulose* (TBC) ist in Österreich seit 2011 ein langsamer Rückgang zu verzeichnen, nämlich von 690 Fällen im Jahr 2011 auf 470 Fälle im Jahr 2019 und je rund 390 in den

Jahren 2020 und 2021; s. Abbildung 51). Das entspricht einer deutlichen Abnahme der Inzidenz: von 8,2 Neuerkrankungsfällen 2011 über 5,4 im Jahr 2019 auf 4,4 pro 100.000 EW in den Jahren 2020 und 2021.

Die Entwicklung von *FSME-Neuerkrankungen* in Österreich zeigt (im Vergleichszeitraum 2010–2021) einen steigenden Trend mit einem zwischenzeitlichen Rückgang im Jahr 2019, in dem 106 Fälle gemeldet wurden, und einem Höhepunkt von 250 Fällen im Jahr 2020. Für das Jahr 2021 sind 135 Fälle dokumentiert, was einer Inzidenz von 1,5 pro 100.000 EW entspricht (s. Abbildung 51).

Abbildung 51: Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten: Erkrankungsfälle in Österreich 2010–2021



Quellen: BMSGPK – Jahresausweise der meldepflichtigen Infektionskrankheiten 2010–2021, AGES – Tuberkulose-Jahresberichte 2010–2021; Darstellung: GÖG

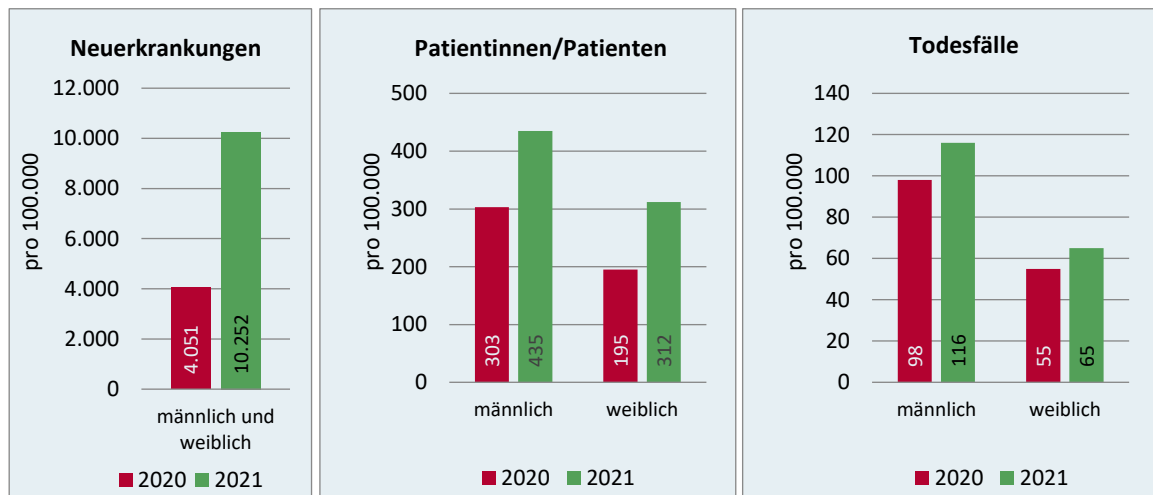
COVID-19

In den Jahren 2020 und 2021 wurden in Österreich rund 1,3 Mio. COVID-19-Neuerkrankungen dokumentiert. Davon waren rund 30.000 Männer und rund 25.600 Frauen (ausschließlich in Österreich wohnhafte Personen) zumindest einmal in diesen beiden Jahren mit der Hauptdiagnose COVID-19 hospitalisiert. In Österreich sind in diesen beiden Jahren 7.664 Männer und 6.690 Frauen an COVID-19 verstorben .

Der Vergleich der beiden Pandemiejahre zeigt, dass sich der eklatante Unterschied bei den Neuerkrankungsfällen zwischen 2020 und 2021 nicht so deutlich in den Hospitalisierungsraten und schon gar nicht in der Mortalität widerspiegelt (s. Abbildung 52). Die Gefährlichkeit bzw. Schwere der Krankheit hat also deutlich abgenommen.

Männer mussten wegen einer COVID-19-Erkrankung deutlich häufiger stationär aufgenommen werden als Frauen (367 vs. 252 Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert). Sie verstarben auch 1,8-mal so häufig an COVID-19 (107 vs. 60 Todesfälle pro 100.000 EW).

Abbildung 52: COVID-19-Neuerkrankungen: COVID-19-Hospitalisierungen und -Todesfälle in Österreich 2020 und 2021



Patientinnen/Patienten und Todesfälle sind altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013.

Quellen: BMSGPK – Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria), BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2020 und 2021, Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2020 und 2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen, ist gesetzlich geregelt. Als Datenquellen fungieren dabei das Epidemiologische Meldesystem (EMS) und Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen. Das EMS dient dazu, meldepflichtige Infektionskrankheiten in Österreich zu überwachen. Das Auftreten von Infektionskrankheiten kann damit zeitlich wie räumlich mit einer minimalen Verzögerung beobachtet werden. Zudem bietet das EMS eine Planungsgrundlage für präventive

Maßnahmen. In erster Linie werden dort Neuerkrankungsfälle erfasst, daher ist dieses Meldesystem besser zur Beobachtung von Inzidenzen (Neuerkrankungen pro Jahr) als zur Beobachtung von Prävalenzen (Gesamtzahl der Erkrankten) geeignet. Durch die seit Anfang 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Labor-daten im EMS schneller und umfassender verfügbar.

3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

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

Die nachstehenden Punkte beleuchten unterschiedliche Aspekte der Leistungs- und Handlungsfähigkeit (Böhm et al. 2009; Klimont/Baldaszi 2015; Winkler et al. 2012):

- Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag geben Auskunft darüber, ob und inwieweit Personen mindestens ein halbes Jahr lang aus gesundheitlichen Gründen bei Tätigkeiten des normalen Lebens eingeschränkt waren.
- Körperliche und sensorische Beeinträchtigungen betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie bewirken eine Verminderung der Lebensqualität und stellen einen Risikofaktor dar, z. B. in Hinblick auf Unfälle.
- Kognitive Einschränkungen betreffen das Erinnerungs- und Konzentrationsvermögen und erschweren den Alltag.
- Activities of daily living (ADL) beziehen sich auf die Fähigkeit, unterschiedliche Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung selbstständig durchführen zu können.
- Instrumental activities of daily living (IADL) umfassen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb des Haushalts. Sie sind ein Maß für die Möglichkeit einer selbstständigen Haushaltsführung.
- Krankenstände dokumentieren Abwesenheiten im Erwerbsalltag.

3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

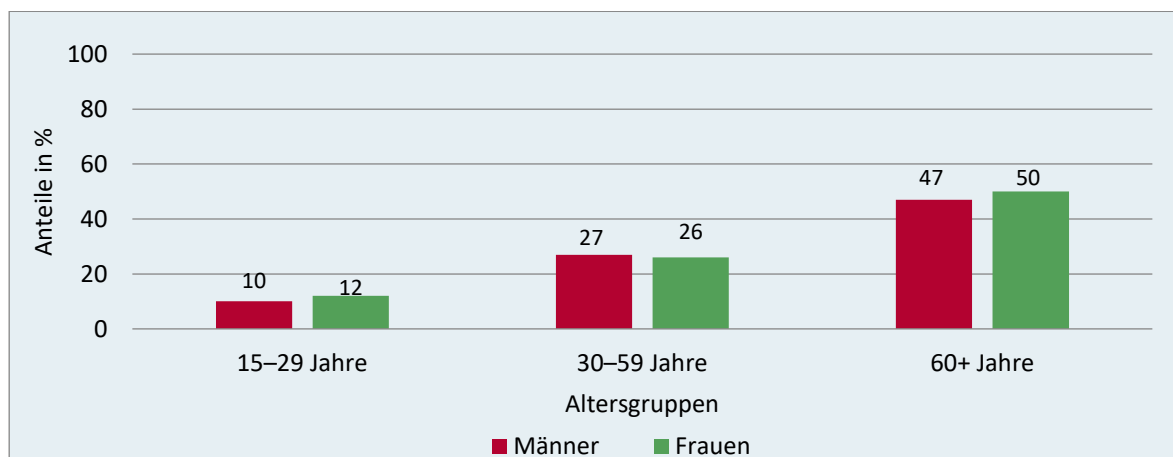
30 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 2,22 Mio. Personen) waren – laut ATHIS 2019 – mindestens ein halbes Jahr lang aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 26–34 %), 21 Prozent etwas eingeschränkt (rund 1,55 Mio. Personen), neun Prozent stark eingeschränkt (rund 664.000 Personen).

Seit 2014 ist der Anteil im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen in etwa gleich geblieben.

Frauen sind insgesamt etwas häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen als Männer (31 % vs. 29 %).

Der Anteil im Alltag eingeschränkter Personen in Österreich nimmt mit dem Alter deutlich zu: von elf Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen bis auf 49 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 53).

Abbildung 53: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

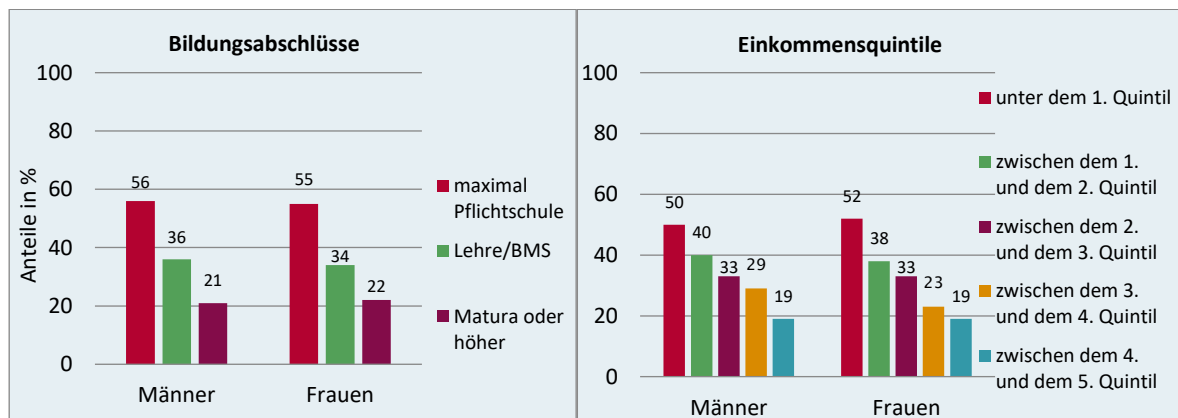
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) weisen häufiger gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf (55 %) als jene mit einem Lehr-/BMS-Abschluss (35 %) oder Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (22 %; s. auch Abbildung 54).

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (s. Abbildung 54): Personen aus finanziell schlechtergestellten Haushalten sind häufiger gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt (51 % im untersten Einkommensquintil) als jene aus finanziell bessersituierten Haushalten (19 % im obersten Einkommensquintil; s. Abbildung 54). Einschränkungen im Alltag können aber nicht nur bildungs- und einkommensbedingt sein, sondern auch zu verminderten Bildungs- und Einkommenschancen führen.

Abbildung 54: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



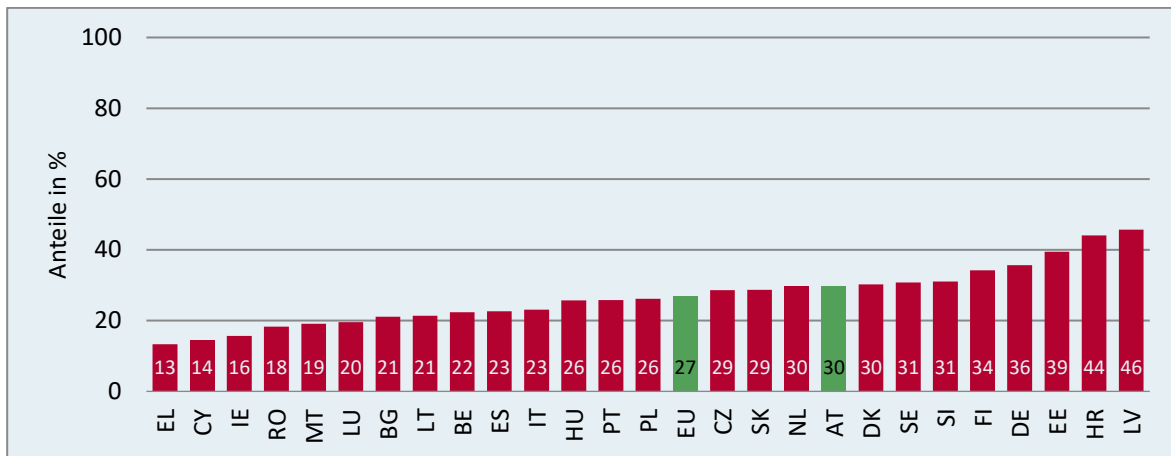
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die Bevölkerung in Österreich ist – laut EHIS – häufiger im Alltag aus gesundheitlichen Gründen für mindestens ein halbes Jahr eingeschränkt als die EU-Bevölkerung im Durchschnitt (exkl. Frankreich; 30 % vs. 27 %; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 13–46 %; s. Abbildung 55).

Abbildung 55: Gesundheitsbedingte Einschränkungen der ab 15-Jährigen im Alltag im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag sind Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Lebens, die zumindest ein halbes Jahr lang andauern. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

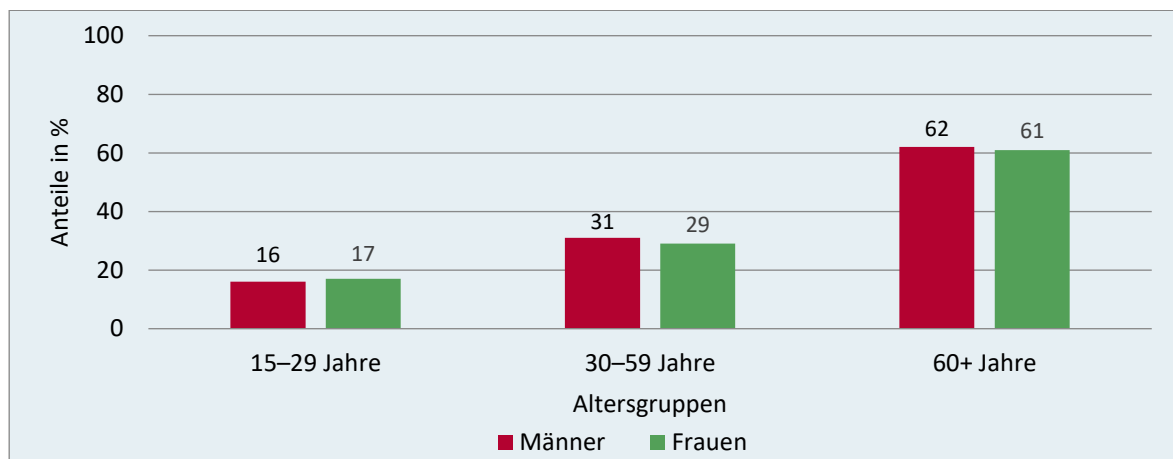
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind – laut ATHIS 2019 – 37 Prozent der in Privathaushalten lebenden Personen in Österreich betroffen (rund 2,72 Mio. Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; BL-Bandbreite: 28–41 %), Frauen und Männer in etwa gleich häufig.

Im Vergleich zu 2014 (40 %) ist dieser Anteil leicht gesunken, allerdings könnte dies mit unterschiedlichen Befragungsmethoden im Zusammenhang stehen (s. Box „Definitionen und Daten“).

Mit zunehmendem Alter ist ein deutlicher Anstieg körperlicher/sensorischer Einschränkungen zu beobachten (ATHIS 2019): von 16 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 62 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 56) bzw. von durchschnittlich 0,2 Einschränkungen auf 1,3 Einschränkungen.

Abbildung 56: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

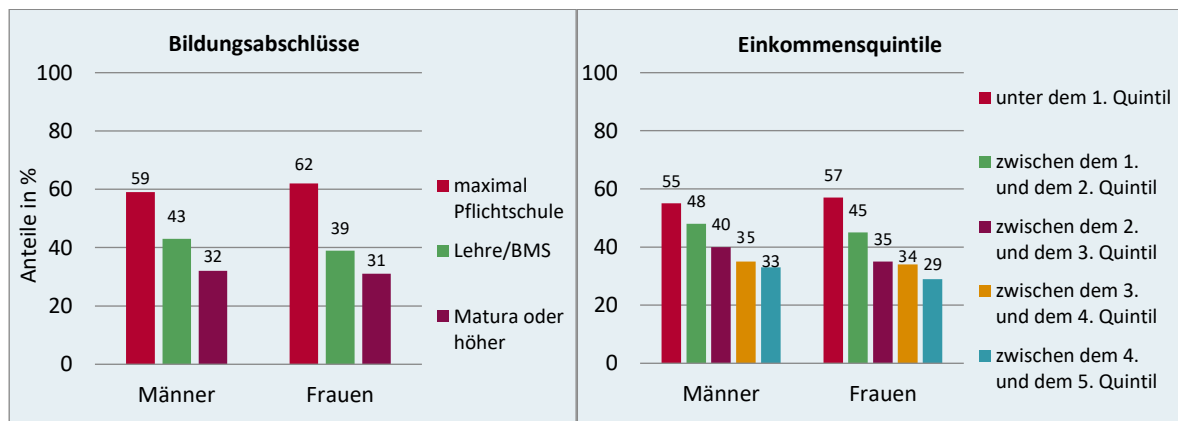
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ab 30-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss sind beinahe doppelt so häufig von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen betroffen (61 %) als solche mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (31 %). Sie sind im Durchschnitt von 1,5 körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen betroffen – versus 0,5 Einschränkungen bei Menschen mit höherer formaler Bildung (s. Abbildung 57).

Eine Zunahme körperlicher und/oder sensorischer Einschränkungen ist auch mit sinkendem Haushaltseinkommen beobachtbar: von 31 Prozent bzw. 0,4 Einschränkungen bei Personen aus dem obersten Einkommensquintil auf 56 Prozent bzw. 1,2 Einschränkungen bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil (s. Abbildung 57).

Abbildung 57: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



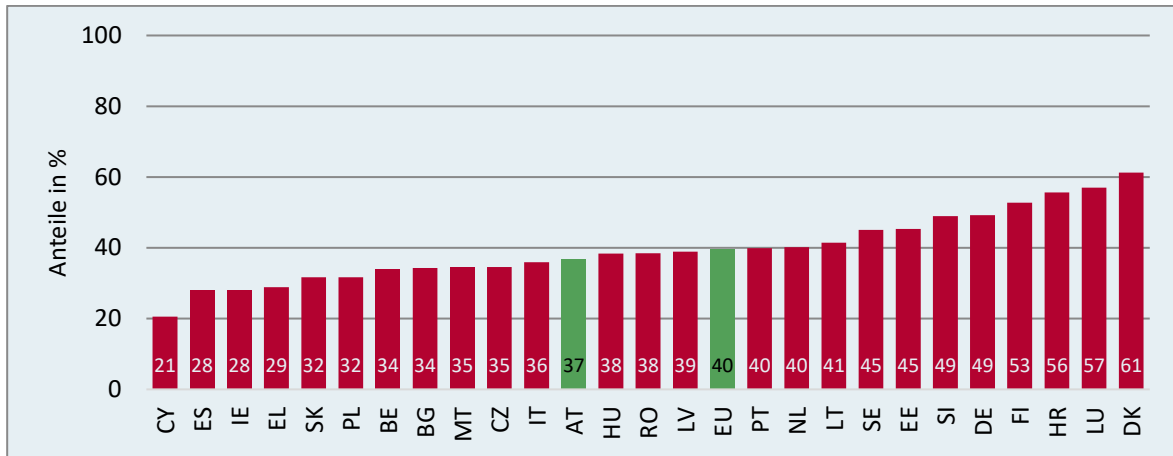
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen ist die österreichische Bevölkerung – laut EHIS – mit rund 37 Prozent weniger betroffen als die EU-Bevölkerung im Durchschnitt (exkl. Frankreich, 40 %; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 21–61 %; s. Abbildung 58).

Abbildung 58: Körperliche und sensorische Einschränkungen der ab 15-Jährigen im Alltag im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

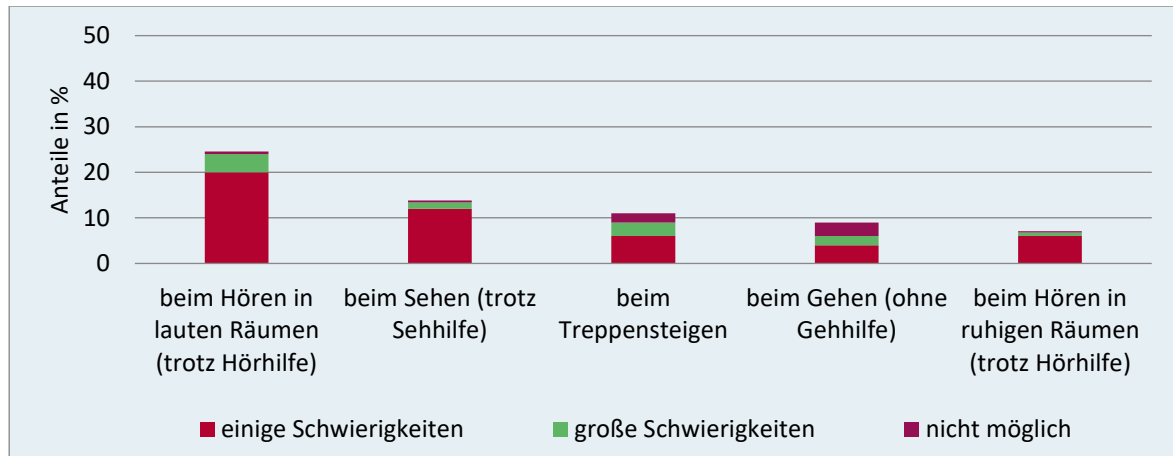
AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2.1 Überblick

Am häufigsten ist die österreichische Bevölkerung beim Hören (bei Gesprächen in lauten Räumen; 25 %) und beim Sehen eingeschränkt (14 %; s. Abbildung 59).

Abbildung 59: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2.2 Schwierigkeiten beim Sehen

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) hatten im Jahr 2019 14 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 10–18 %). Zwölf Prozent (rund 909.000 Personen) hatten einige Schwierigkeiten, rund zwei Prozent (131.000 Personen) große Schwierigkeiten oder sind gar nicht in der Lage zu sehen. Im Vergleich zu 2014 blieb der Anteil damit in etwa gleich.

Sehprobleme trotz Sehhilfe fanden sich 2019 bei Frauen etwas häufiger als bei Männern (15 % vs. 13 %; bei den ab 60-Jährigen: 22 % vs. 16 %) und nehmen mit dem Alter zu: von acht Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 19 % bei den ab 60-Jährigen.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) sind häufiger von Sehproblemen betroffen (25 %) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (14 %) bzw. mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (13 %).

Auch Personen aus dem untersten Einkommensquintil (gemessen am monatlichen Netto-äquivalenzeinkommen; 22 %) sind hiervon deutlich häufiger betroffen als Personen aus den obersten Einkommensquintilen (11–13 %).

3.4.2.3 Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe sind bei Gesprächen in ruhigen Räumen sieben Prozent der in Österreich wohnhaften Personen ab 15 Jahren betroffen (rund 535.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–8 %), bei Gesprächen in lauten Räumen 25 Prozent (rund 1,83 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 17–29 %). Ein Prozent (rund 83.000 Personen) hat in ruhigen und fünf Prozent (rund 350.000 Personen) haben in lauten Räumen große Hörschwierigkeiten oder sind gar nicht in der Lage zu hören. Dies entspricht in etwa den Größenordnungen von 2014.

Geschlechterspezifische Unterschiede sind nur bei Hörproblemen in lauten Räumen festzustellen: Männer ab 30 Jahren sind davon häufiger betroffen als Frauen (30- bis 59-Jährige: 20 % vs. 17 %, ab 60-Jährige: 50 % vs. 43 %).

Die Probleme beim Hören nehmen mit dem Alter deutlich zu: Hörprobleme in ruhigen Räumen steigen von zwei Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 17 Prozent bei den ab 60-Jährigen, in lauten Räumen von neun Prozent auf 46 Prozent.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Nach Bildungsgruppen sind Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) stärker von Hörproblemen in ruhigen Räumen betroffen (18 %) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (8 %) oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (4 %). Auch Hörprobleme in lauten Räumen nehmen mit sinkender Bildung zu: von 21 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss auf 40 Prozent bei Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss.

Ein entsprechender Zusammenhang zeigt sich hier auch mit dem Einkommen. Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt die Prävalenz von Hörproblemen bei Gesprächen in ruhigen bzw. lauten Räumen von 14 bzw. 37 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf drei bzw. 22 Prozent bei Personen des obersten Einkommensquintils.

3.4.2.4 Schwierigkeiten beim Treppensteigen

Schwierigkeiten, eine Treppe mit zwölf Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, hatten im Jahr 2019 elf Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 839.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–13 %); fünf Prozent hatten dabei große Schwierigkeiten oder waren dazu nicht in der Lage. Gegenüber 2014 (9 % bzw. 3 %) zeigt sich hier eine etwas höhere Prävalenz.

Ab 60-jährige Frauen sind häufiger von Schwierigkeiten beim Treppensteigen betroffen als Männer in diesem Alter (33 % vs. 22 %).

Die ältere Bevölkerung erweist sich hier häufiger als eingeschränkt denn die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der diesbezügliche Anteil bei 28 Prozent, bei den 30- bis 59-Jährigen bei sechs Prozent und bei der jüngeren Bevölkerung (15 bis 29 Jahre) bei rund einem Prozent.

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungsabschlüssen sind Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) rund sechsmal so häufig von Schwierigkeiten beim Treppensteigen betroffen (35 %) wie gleichaltrige Personen mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (6 %) und rund dreimal so häufig wie gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (12 %).

Schwierigkeiten beim Treppensteigen nehmen mit sinkendem Haushaltseinkommen zu. Ab 30-Jährige, die dem untersten Einkommensquintil zuzurechnen sind, sind mit 27 Prozent rund neunmal so häufig von Schwierigkeiten beim Treppensteigen betroffen wie jene aus dem obersten Einkommensquintil (3 %).

3.4.2.5 Schwierigkeiten beim Gehen

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, hatten im Jahr 2019 neun Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 675.000 Personen; BL-Bandbreite: 7–11 %); fünf Prozent hatten dabei große Schwierigkeiten oder waren dazu nicht in der Lage. Gegenüber 2014 (7 % bzw. 4 %) bedeutet dies einen leichten Anstieg.

Die ab 60-jährigen Frauen sind deutlich häufiger von Geheinschränkungen betroffen als Männer in diesem Alter (27 % vs. 19 %), desgleichen die ältere Bevölkerung gegenüber der jüngeren: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bei 24 Prozent, bei den 30- bis 59-Jährigen bei vier Prozent und bei der jüngeren Bevölkerung (15 bis 29 Jahre) bei rund einem Prozent.

Unterschiede nach Bildung

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) berichten siebenmal so häufig von Schwierigkeiten beim Gehen (28 %) wie gleichaltrige Personen mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (4 %) und dreimal so häufig wie gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (9 %).

Schwierigkeiten beim Gehen nehmen mit steigendem Haushaltseinkommen kontinuierlich ab. Ab 30-Jährige, die dem untersten Einkommensquintil angehören, sind mit rund 21 Prozent rund siebenmal häufiger von Geheinschränkungen betroffen als jene aus dem obersten Einkommensquintil (3 %).

Definitionen und Daten

Körperliche und sensorische Einschränkungen betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

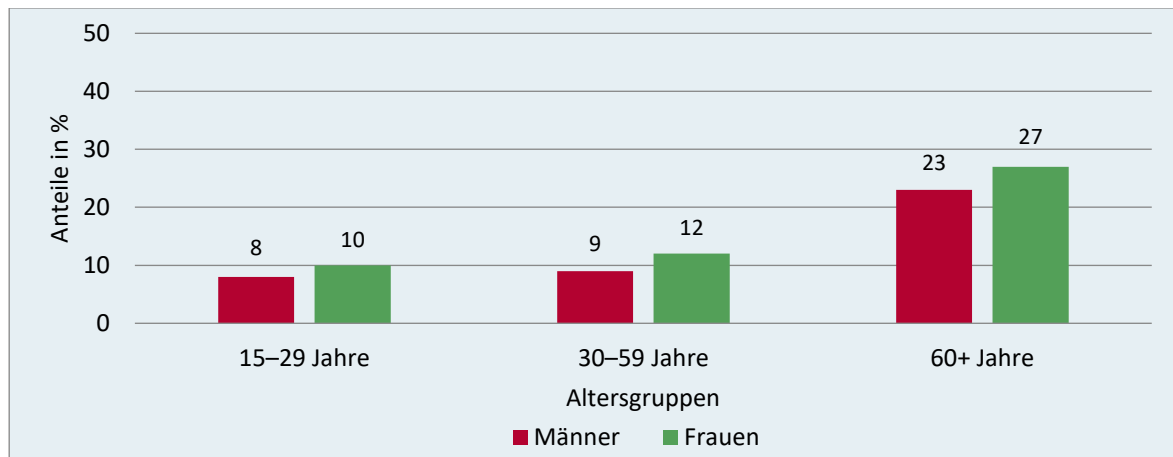
3.4.3 Kognitive Einschränkungen

Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder sich zu konzentrieren – damit sind hier keine vorübergehenden Probleme gemeint – hatten 2019 rund 15 Prozent der in Österreich wohnhaften Menschen ab 15 Jahren (rund 1,08 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 11–18 %). 2,3 Prozent (rund 170.000 Personen) wiesen diesbezüglich große Schwierigkeiten auf oder waren dazu gar nicht in der Lage.

Die weibliche Bevölkerung ab 30 Jahren ist davon etwas häufiger betroffen als die männliche (30- bis 59-Jährige: 12 % vs. 9 %, ab 60-Jährige: 27 % vs. 23 %).

Vermeehrt treten Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten in der älteren Bevölkerung, d. h. bei Personen ab 60 Jahren, auf (25 %). Aber auch in der jüngeren Bevölkerung (15 bis 29 Jahre) sind Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten mit neun Prozent durchaus prävalent (s. Abbildung 60).

Abbildung 60: Kognitive Einschränkungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

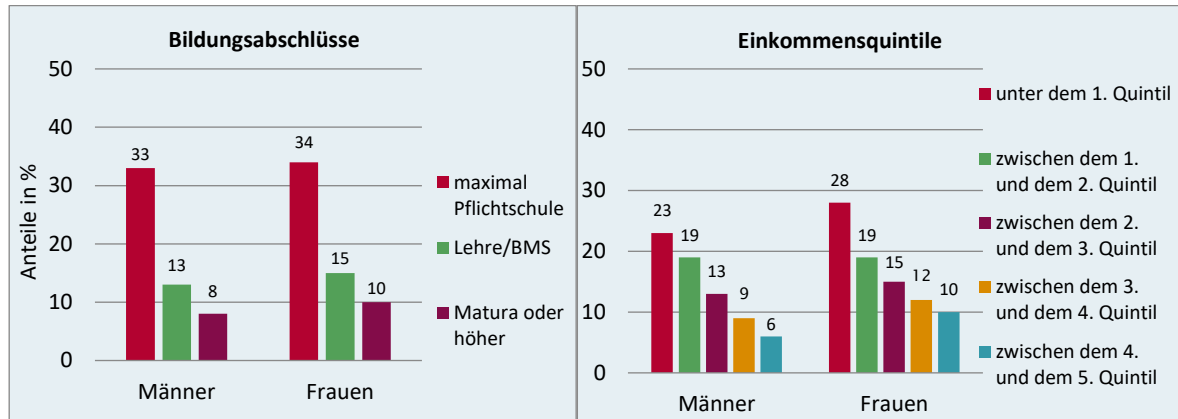
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ab 30-jährige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind stärker von Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten betroffen (34 %) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (14 %) oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (9 %; s. auch Abbildung 61).

Ein deutlicher Gradient zeigt sich hier auch in puncto Einkommen. Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt die Prävalenz von Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten

von 26 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf acht Prozent bei Personen des obersten Einkommensquintils (s. Abbildung 61).

Abbildung 61: Kognitive Einschränkungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Kognitive Einschränkungen betreffen das Erinnerungs- und Konzentrationsvermögen. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und fokussieren auf anhaltende Einschränkungen und nicht auf vorübergehende Probleme. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

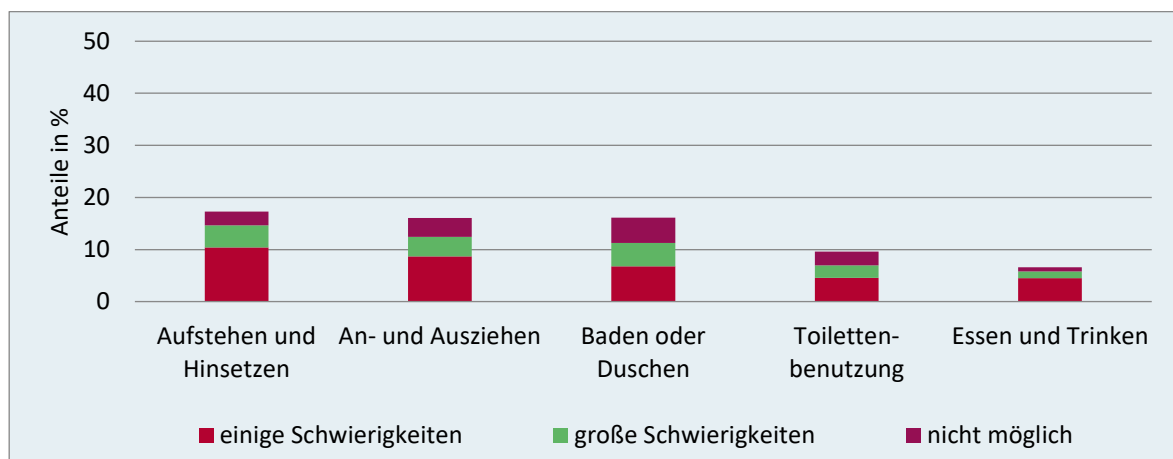
3.4.4 Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)

Von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person sind – laut ATHIS 2019 – 22 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich betroffen (rund 363.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–28 %). Gegenüber 2014 (16 %) ist dies ein deutlicher Anstieg, wobei auch hier Methodenunterschiede bei den beiden Erhebungen mitzudenken sind (s. Box „Definitionen und Daten“).

Am häufigsten hat die ab 65-jährige Bevölkerung Schwierigkeiten beim Aufstehen und Hinsetzen (17 %), beim An- und Ausziehen (16 %) und beim Baden oder Duschen (ebenfalls 16 %; s. Abbildung 62).

Frauen ab 65 sind deutlich häufiger von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen als Männer (26 % vs. 18 %).

Abbildung 62: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Personen 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ab 65-jährige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen (35 %) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (17 %) oder mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (13 %).

Des Weiteren zeigt sich, dass Personen, die dem untersten Einkommensquintil angehören (65+), doppelt so häufig mit Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person leben (28 %) wie Personen, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind (14 %). Personen der anderen Einkommensquintile liegen mit 18–21 Prozent dazwischen.

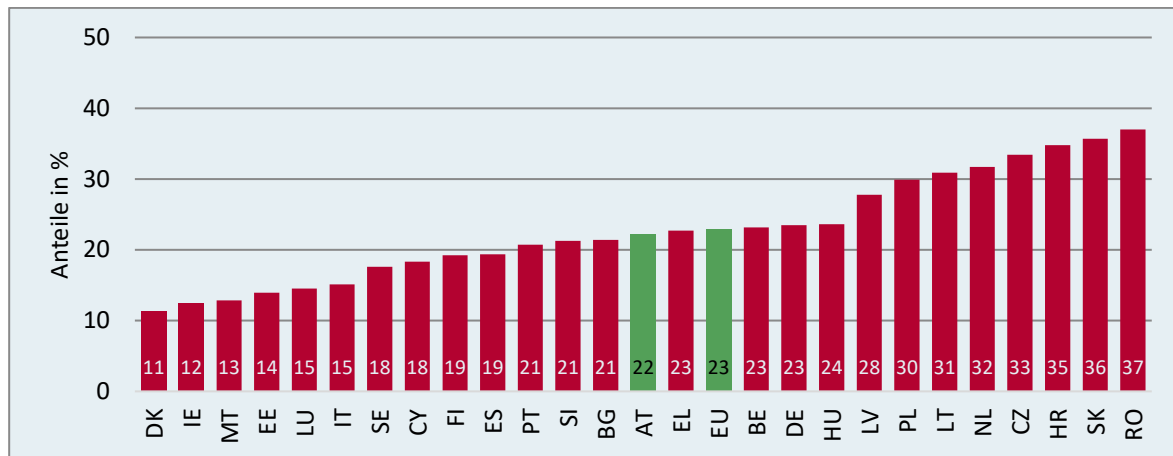
Hilfe bei Basisaktivitäten

73 Prozent der bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Eigenversorgung eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer ADL (rund 264.000 Personen; BL-Bandbreite: 57–83 %): 81 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis (rund 213.000 Personen), 48 Prozent nutzen technische Hilfsmittel (rund 128.000 Personen), und 40 Prozent wird durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal geholfen (rund 106.000 Personen; Kombinationen dieser drei Kategorien sind möglich). Mehr Hilfe für zumindest eine ADL benötigen 27 Prozent der Betroffenen (rund 74.000 Personen; BL-Bandbreite: 12–42 %). 14 Prozent dieser Gruppe erhalten bisher noch keine Hilfe (rund 14.000 Personen).

Europäischer Vergleich

Im EU-Durchschnitt sind 23 Prozent der ab 65-Jährigen (exkl. Frankreich; EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 11–37 %) von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen. Österreich liegt hier mit 22 Prozent folglich im Durchschnitt (s. Abbildung 63).

Abbildung 63: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



* ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Aktivitätseinschränkungen bei ADL (activities of daily living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) berichtet und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (65 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

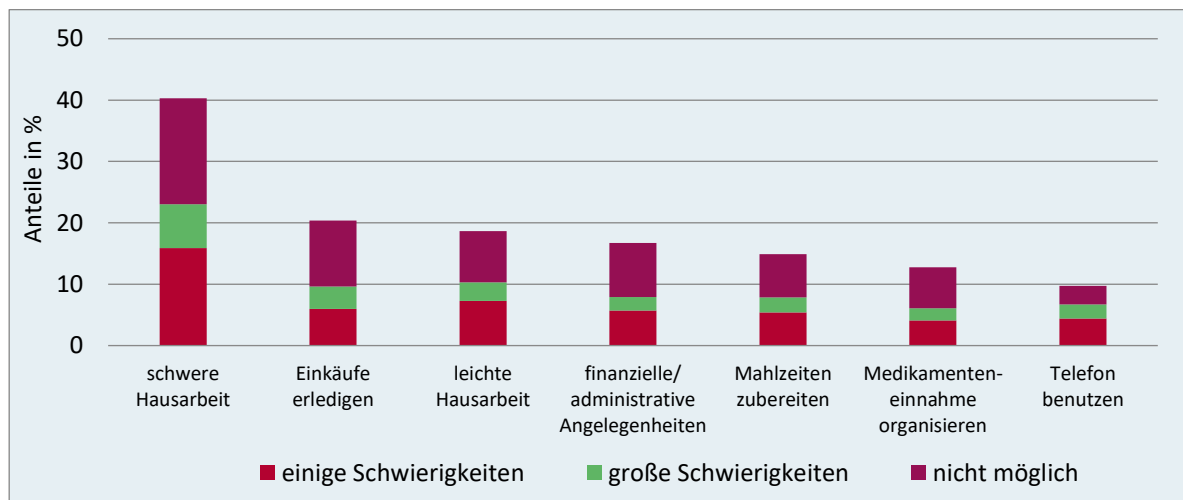
3.4.5 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts weisen – laut ATHIS 2019 – 43 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich auf (rund 706.000 Personen; BL-Bandbreite: 35–48 %). Gegenüber 2014 (16 %) ist dies ein deutlicher Anstieg, wobei auch hier Methodenunterschiede bei den beiden Erhebungen mitzudenken sind (s. Box „Definitionen und Daten“).

Am häufigsten hat die ab 65-jährige Bevölkerung Schwierigkeiten bei der Erledigung schwerer Hausarbeiten (40 %) und beim Einkaufen (20 %; s. Abbildung 64).

Frauen ab 65 Jahren sind häufiger von Einschränkungen in der Haushaltsführung betroffen als Männer (50 % vs. 34 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei bereits berücksichtigt.

Abbildung 64: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Personen 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ab 65-jährige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts betroffen (62 %) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (37 %) oder mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (28 %).

Zudem besteht hier auch ein deutlicher Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen. Personen aus dem untersten Einkommensquintil (65+) sind deutlich häufiger mit Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts konfrontiert (53 %) als Personen aus dem obersten Einkommensquintil (29 %). Personen der anderen Einkommensquintile liegen mit 37–42 Prozent dazwischen.

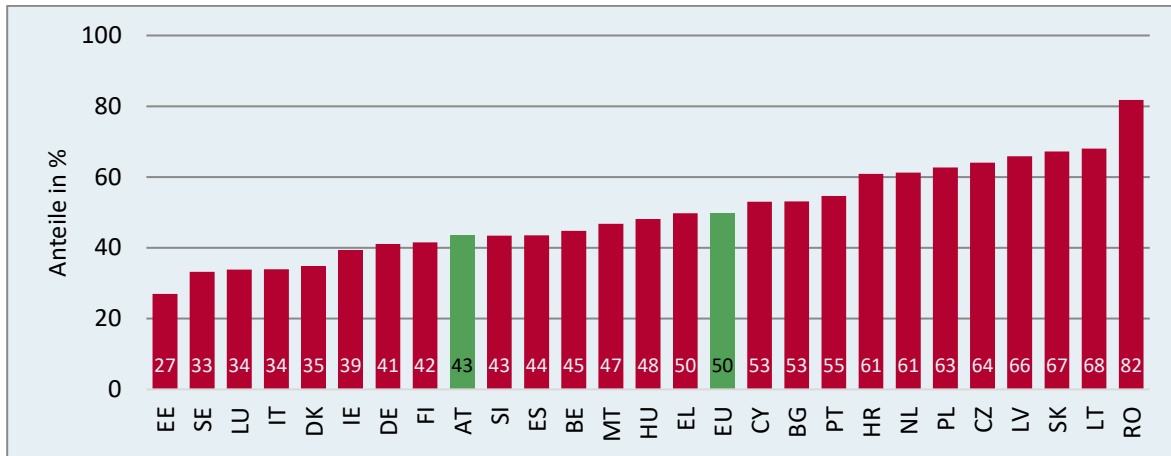
Hilfe bei Erledigungen des Haushalts

77 Prozent der bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer IADL (rund 546.000 Personen; BL-Bandbreite: 64–87 %): 90 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis (rund 491.000 Personen), 26 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (rund 140.000 Personen), und 14 Prozent nutzen technische Hilfsmittel (rund 76.000 Personen; Kombinationen dieser drei Kategorien sind möglich). Mehr Hilfe bei zumindest einer IADL benötigen 19 Prozent der Betroffenen (rund 134.000 Personen; BL-Bandbreite: 10–35 %). 15 Prozent dieser Gruppe erhalten bisher noch gar keine Hilfe (rund 20.000 Personen).

Europäischer Vergleich

Jede zweite Person ab 65 Jahren ist in der EU von Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts betroffen (EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 27–82 %). Österreich liegt hier mit 43 Prozent folglich deutlich unter dem EU-Durchschnitt (exkl. Frankreich; s. Abbildung 65).

Abbildung 65: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



* ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Aktivitätseinschränkungen bei IADL (instrumental activities of daily living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (65 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

3.4.6 Krankenstände

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

Im Jahr 2019 wurden in Österreich rund 4,7 Mio. Krankenstandsfälle bei erwerbstätigen Personen dokumentiert⁷, die nach ASVG und BVA versichert sind. Das entspricht einer Rate von 1,3 Krankenstandsfällen je 1.000 versicherte Personen. Rund 53 Prozent (2,49 Mio. Fälle) davon betreffen Männer, rund 47 Prozent (2,21 Mio. Fälle) Frauen. Dieser Unterschied erklärt sich vor allem durch die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken (Leoni 2020). Die Krankenstandsfälle sind im Zeitraum 2005 bis 2019 absolut von rund 3.065.500 auf rund 4.734.600 gestiegen (ein Anstieg um 54 %), bei erwerbstätigen Frauen stärker als bei erwerbstätigen Männern (Anstieg von 2005 auf 2019 um 61 % versus 48 %)⁸. Die Zunahme der Anzahl der Frauen am Arbeitsmarkt macht sich mithin auch in den Krankenstandszahlen bemerkbar. Gleichzeitig kam es in den vergangenen Jahrzehnten zu einer stärkeren Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungssektor und zu technologischen und organisatorischen Veränderungen im Güterproduktionssektor (Leoni 2020).

Die rund 4,7 Mio. Krankenstandsfälle verursachen in Österreich rund 46 Millionen Krankenstandstage. Versicherte verbrachten im Jahr 2019 durchschnittlich 13,3 Kalendertage im Krankenstand (BL-Bandbreite: 11,2–14,8). Gegenüber dem Jahr 2005 (insgesamt 35.172.049 Krankenstandstage) ist die Anzahl der Krankenstandstage *absolut* um 31 Prozent gestiegen (2019: 46.081.242 Krankenstandstage), bei Frauen um 40 Prozent und bei Männern um 23 Prozent. 2019 wurde mit rund 46 Mio. Krankenstandstagen das höchste absolute Niveau in der Entwicklung der Krankenstandstage seit 1980 erreicht, allerdings bei einem Versichertenstand, der um 40 Prozent höher lag als damals.

⁷ Im Jahr 2020 waren es 3,7 Mio. Krankenstandsfälle. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Gegenmaßnahmen weicht das Krankenstandsgeschehen 2020 deutlich von jenem der vorangegangenen Jahre ab.

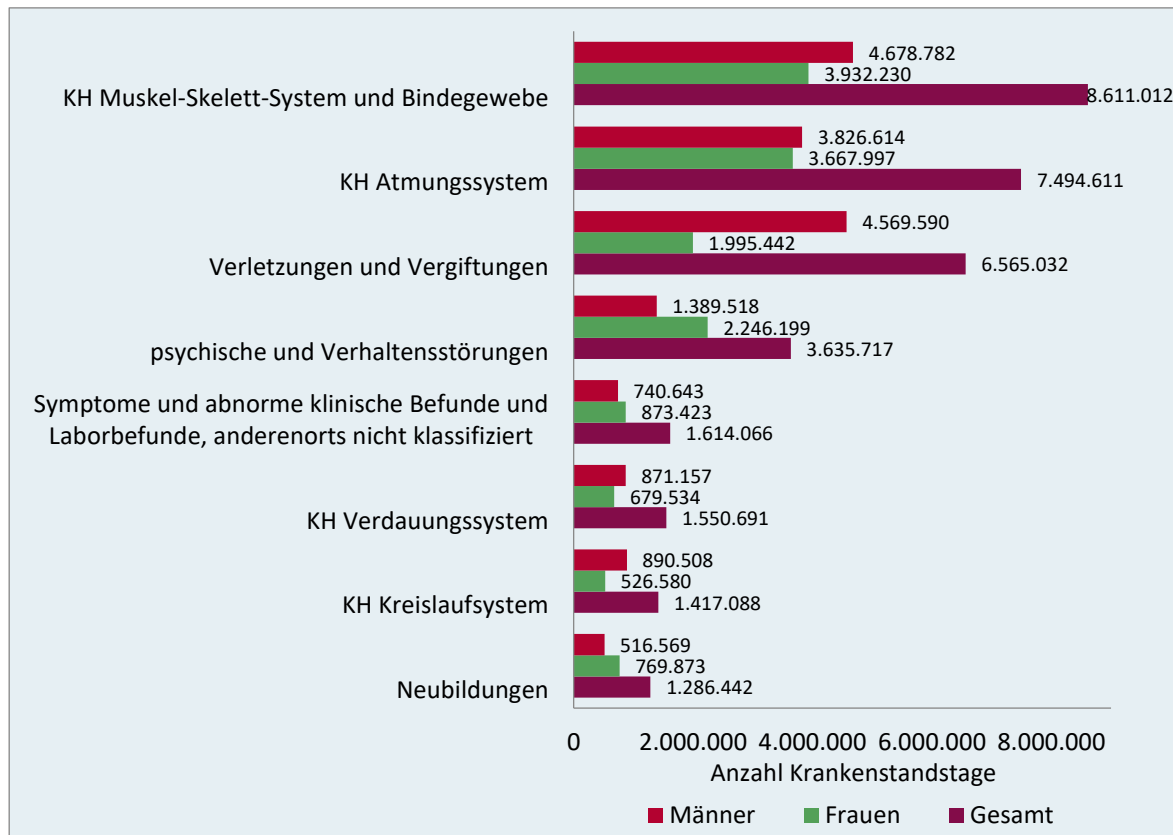
⁸ Bezugnahme auf alle im Berichtsjahr des Dachverbands abgeschlossenen, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen ärztlich bestätigten Krankenstandsfälle (ohne normal verlaufene Entbindungen) von Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten (ohne pragmatisierte Bedienstete). Erfasster Personenkreis ab 2000 ohne Präsenzdienner und Kinderbetreuungsgeldbeziehende

Die Krankenstandsquote⁹, ein Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, blieb seit 2005 (nahezu) konstant bei 3,6 Prozent (2005: 3,5 %) (HVB 2020). Die Krankenstandstage pro Erwerbsperson betragen bei Männern sowohl im Jahr 2005 als auch im Jahr 2019 12,9 (mit einer minimalen Schwankungsbreite von 12,0–13,1 Tagen in den Jahren dazwischen). Bei Frauen stieg die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro erwerbstätige Person von 12,2 im Jahr 2005 auf 13,8 im Jahr 2019.

Mehrheitlich gehen Arbeitnehmer:innen wegen Krankheiten des Atmungssystems (37 % aller Krankenstandsfälle), infektiöser/parasitärer Krankheiten (16 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (13 %) in Krankenstand. Acht Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen (s. Abbildung 66). Gemessen an den Krankenstandstagen, machen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes den größten Anteil aus (21 %). Dann folgen Krankheiten des Atmungssystems (20 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (16 %).

⁹Die Krankenstandsquote (in %) ist die Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten, multipliziert mit 365 Kalendertagen).

Abbildung 66: Krankenstandstage bei ausgewählten Krankheitsgruppen nach Geschlecht in Österreich 2019



KH = Krankheiten

Anm.: Im Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung werden die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten aus der Krankenstandsstatistik ausgeschlossen. Ebenso nicht erfasst werden dort Personen mit geringfügiger Beschäftigung und freien Dienstverträgen.

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandsstatistik 2019;

Berechnungen: WIFO; Darstellung: GÖG

Psychisch bedingte Krankenstände (123.600 Fälle bzw. 35,7 Fälle je 1.000 versicherte Personen) machten im Jahr 2019 rund drei Prozent aller Krankenstandsfälle aus. Aufgrund der in diesem Fall überdurchschnittlichen Krankheitsdauer beträgt ihr Anteil an den Krankenstandstagen neun Prozent. Die Anzahl der psychisch bedingten Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2019 um 142 Prozent gestiegen (von rund 51.100 auf 123.600 Fälle), bei Frauen um 145 Prozent, bei Männern um 137 Prozent (s. Abbildung 67). Die Krankenstandsfälle je 1.000 versicherte Personen sind von 18,3 im Jahr 2005 auf 35,9 im Jahr 2019 gestiegen. Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem

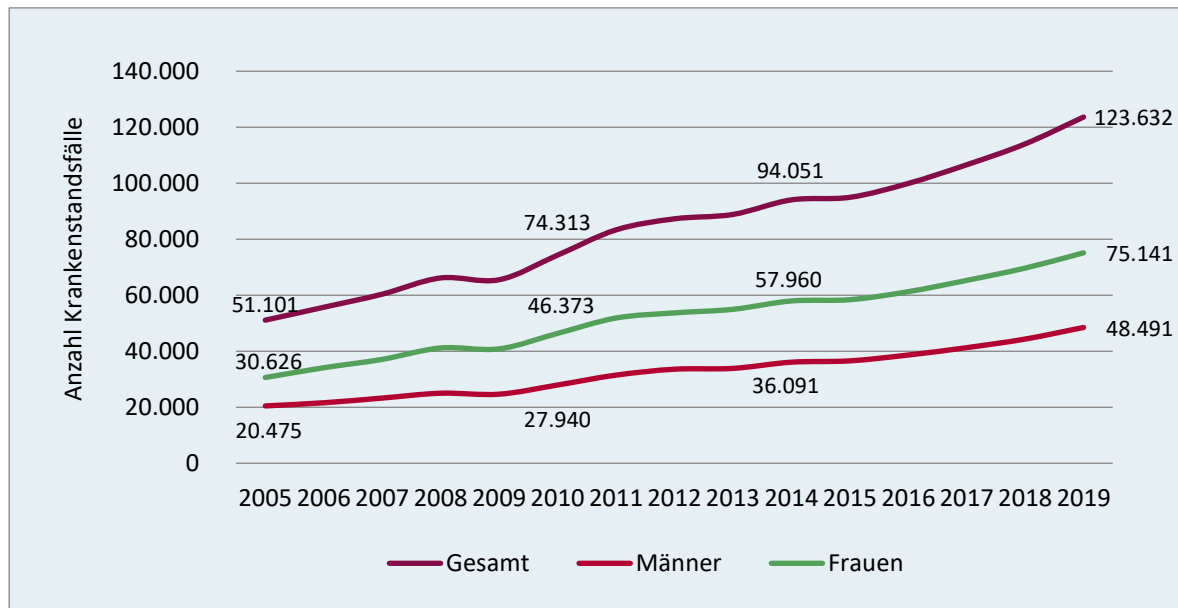
Trend bei den Krankenständen insgesamt – zugenommen: Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Dauer 30 Tage, im Jahr 2019 42 Tage.

Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Anzahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, mehr als verdreifacht. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in Deutschland beobachtbar. Damit einhergehend erhöhte sich der Anteil dieser Krankheitsgruppe am gesamten Fehlzeitenvolumen (Leoni 2020). Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20 bis 25 Prozent der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von psychisch bedingten Erkrankungen betroffen sind. Etwa fünf Prozent der Bevölkerung weisen eine schwere psychische Störung auf, während weitere 15 Prozent von einer leichten bis moderaten Störung gekennzeichnet sind (OECD 2015)¹⁰.

Frauen sind häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen im Krankenstand als Männer: (2019: rund 75.000 versus 48.500 Fälle). Während es im Jahr 2019 auf 100 Männer im Schnitt 2,5 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich fast fünf Fälle. Die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl von Krankenstandstagen ist bei Frauen pro Kopf demnach fast doppelt so hoch wie bei Männern, die durchschnittliche Krankenstandsdauer liegt hier jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei rund 42 Tagen.

¹⁰ Die OECD bezieht sich hierbei auf nationale Gesundheitserhebungen. Die Selbsteinschätzungen der Befragten zu ihrer psychischen Gesundheit, die mit validierten Instrumenten zur psychischen Gesundheit erhoben werden (z. B. mittels der Kessler Psychological Distress Scale – K10), werden mit Arbeitsmarktinformationen kombiniert.

Abbildung 67: Psychisch bedingte Krankenstandsfälle nach Geschlecht in Österreich 2005–2019



Anm.: Im Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung werden die pragmatisierten Be-
 diensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffent-
 lich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten aus der Krankenstandsstatistik aus-
 genommen. Ebenso nicht erfasst werden dort Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienst-
 verträgen.

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandsstatistik 2005–2019;
 Berechnungen: WIFO; Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Maßnahmen (Homeoffice, Lockdowns, Hygienemaßnahmen etc.) weicht das Krankenstandsgeschehen 2020 deutlich von jenem der vorangegangenen Jahre ab. Pandemie und Maßnahmen haben das berufs-
 bedingte Infektions- und Unfallrisiko und damit das Krankenstandsgeschehen reduziert. Die
 Zahl der Krankenstandstage sank mit 6,3 Prozent deutlich stärker als die Zahl der Versiche-
 rten, die um 2,1 Prozent zurückging. Die unselbstständig Beschäftigten verbrachten durch-
 schnittlich 12,7 Kalendertage im Krankenstand, um 4,2 Prozent weniger als 2019 (13,3 Tage).
 (Mayrhuber/Bittschi 2021)

Definitionen und Daten

Die Basis für die Erfassung der *Krankenstandsfälle und -tage* ist die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch eine Ärztin bzw. einen Arzt. Datenbereitsteller ist der Dachverband der Sozialversicherungen. Da die Statistik nach Krankenkassen differenziert, können für regionale Analysen nur die Daten der Versicherten der jeweiligen Gebietskrankenkasse herangezogen werden. Eine Untererfassung besteht auch insofern, als in vielen Unternehmen erst ab dem dritten Tag eine ärztliche Bestätigung vorzulegen ist und Krankenstände, die nur einen Tag oder zwei Tage dauern, nicht in die Statistik eingehen.

Die Statistik des Dachverbands der Sozialversicherungen unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt. Infolgedessen ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die Summe der in der Realität verloren gegangenen Arbeitstage. Der erfasste Personenkreis schließt alle Angestellten sowie Arbeiterinnen und Arbeiter (nichtpragmatisierte Bedienstete) mit ein.

Der Indikator *Krankenstand* spiegelt nicht immer unmittelbar den Gesundheitsstatus der (erwerbstätigen) Bevölkerung wider. Krankenstände werden von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbstständigen Beschäftigung (Anteil ältere versus jüngere Versicherte¹¹, Frauen-/Männeranteil, Branchentätigkeit etc.) auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und haben gesamtwirtschaftliche Effekte zur Folge (z. B. schlägt sich der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen vorteilhaft in der Krankenstandsstatistik nieder). Zum anderen sind die Krankenstände vor dem Hintergrund des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt zu sehen. Arbeitsplatzunsicherheit und hoher Leistungsdruck können das Meldeverhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie z. B. ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation (Leoni 2020).

¹¹ Mit steigendem Alter steigt die Krankenstandsquote (Leoni 2020).

3.5 Mundgesundheit

Gute Mundgesundheit bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- sowie Beschwerdefreiheit aller Strukturen des Zahn-, Mund- und Kiefersystems und ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sich gesund und wohl zu fühlen.

Karies ist die häufigste nichtübertragbare Krankheit und entsteht, wenn z. B. das Bakterium *Streptococcus mutans* die sauren Stoffwechselprodukte aus dem Abbau von Nährstoffen (z. B. Kohlenhydraten) an den Zahnbelag (Plaque) abgibt. Durch das saure Milieu auf der Zahnoberfläche weicht der Zahnschmelz auf. Die darunter liegenden Zahnstrukturen lösen sich in weiterer Folge auf. Unzureichende Mundhygiene und ein zahnschädigendes Ernährungsverhalten (z. B. häufiger Konsum von Zucker, Schokolade, Chips und Mehlprodukten) fördern die kariöse Zerstörung der Zähne. Karies ist jedoch durch gezielte Vorbeugemaßnahmen (regelmäßige, effiziente Mundhygiene mit Fluoriden, zahnfremde Ernährung und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen) zu einem Großteil vermeidbar (Bodenwinkler et al. 2012).

Das Zahngesundheitsprogramm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) postulierte, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei sein sollten. Zwölfjährige Kinder sollten bis 2020 maximal 1,5 von Karies geschädigte Zähne aufweisen. In der Altersgruppe der 18-Jährigen zielte die WHO darauf, dass es keine wegen Karies extrahierten Zähne gibt. In der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen sollten maximal 15 Zähne durch Karies geschädigt sein, und in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen sollten maximal zehn Prozent völlig zahnlos sein.

Im Mai 2020 beschloss die World Health Assembly (WHA) die Erarbeitung einer globalen Mundgesundheitsstrategie und eines Aktionsplans bis 2030. Der Aktionsplan liegt in einem Entwurf vor und soll bei der nächsten WHA im Mai 2023 endgültig beschlossen werden.¹²

Eine schlechte Mundgesundheit hat vielfältige Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes) und das Wohlbefinden (vgl. Oral health in Europe 2022). In die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) wurden daher zwei Fragen im Bereich Mundgesundheit aufgenommen. Einerseits wurde nach der subjektiven Einschätzung der Mundgesundheit (Zustand der Zähne und des

¹² [Draft Global Oral Health Action Plan \(2023–2030\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-2023-2030)

Zahnfleischs) gefragt, andererseits wurde erhoben, ob funktionelle Einschränkungen beim Beißen und Kauen bestehen, Letzteres aber nur bei Personen ab 55 Jahren.

Subjektive Einschätzung der Mundgesundheit

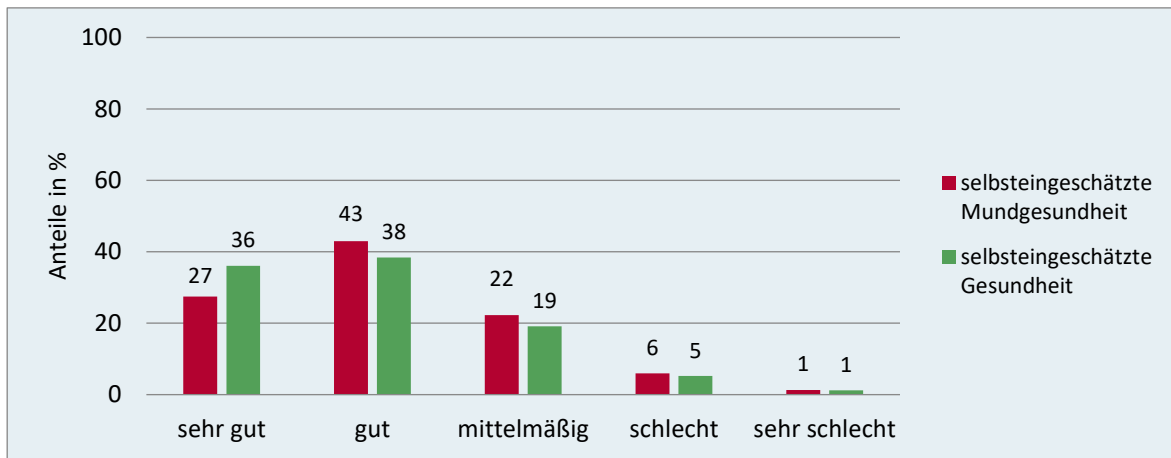
Der Großteil der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren) schätzt seine Mundgesundheit als sehr gut oder gut ein (70 %; BL-Bandbreite: 66–74 %), Frauen etwas häufiger als Männer (72 % vs. 69 %). 22 Prozent (ca. 1,65 Mio. Personen) beschreiben ihre Mundgesundheit als mittelmäßig und rund sieben Prozent als schlecht oder sehr schlecht (ca. 540.000 Personen).

Geschlechterunterschiede zuungunsten der Männer zeigen sich in allen Bildungsgruppen (s. Abbildung 68) und vor allem bei den 30- bis 59-Jährigen. Männer schneiden in dieser Altersgruppe mit rund 68 Prozent (sehr) guter Mundgesundheit etwas schlechter ab als Frauen in diesem Alter mit rund 73 Prozent.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der in Österreich lebenden Personen mit einem (sehr) guten Mundgesundheitszustand ab: von 85 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 60 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Im Vergleich zum allgemeinen Gesundheitszustand schätzt die österreichische Bevölkerung ihre Mundgesundheit schlechter ein als ihre Gesundheit insgesamt (s. Abbildung 68).

Abbildung 68: Selbsteingeschätzte Mundgesundheits im Vergleich zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Funktionelle Einschränkungen beim Beißen und Kauen

22 Prozent der über 54-Jährigen haben – laut ATHIS 2019 – Schwierigkeiten beim Beißen oder Kauen fester Nahrung (ca. 637.000 Personen; BL-Bandbreite: 15–27 %). Rund 15 Prozent haben diesbezüglich einige Probleme (ca. 406.000 Personen), 4,3 Prozent große Probleme (ca. 122.000 Personen), und für 3,6 Prozent (ca. 102.000 Personen) ist Beißen und Kauen fester Nahrung gar nicht mehr möglich.

Frauen ab 55 Jahre sind etwas häufiger von Einschränkungen beim Beißen und Kauen fester Nahrung betroffen als Männer in diesem Alter (24 % vs. 21 %).

Probleme beim Beißen und Kauen nehmen mit dem Alter deutlich zu, vor allem bei Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren. In dieser Gruppe berichtet fast ein Viertel von einigen Schwierigkeiten beim Kauen (22 %), zwölf Prozent haben große Schwierigkeiten, und knapp elf Prozent sind überhaupt nicht mehr in der Lage, in einen harten Apfel zu beißen (Männer 75+: 26 %, 5 % und 4 %).

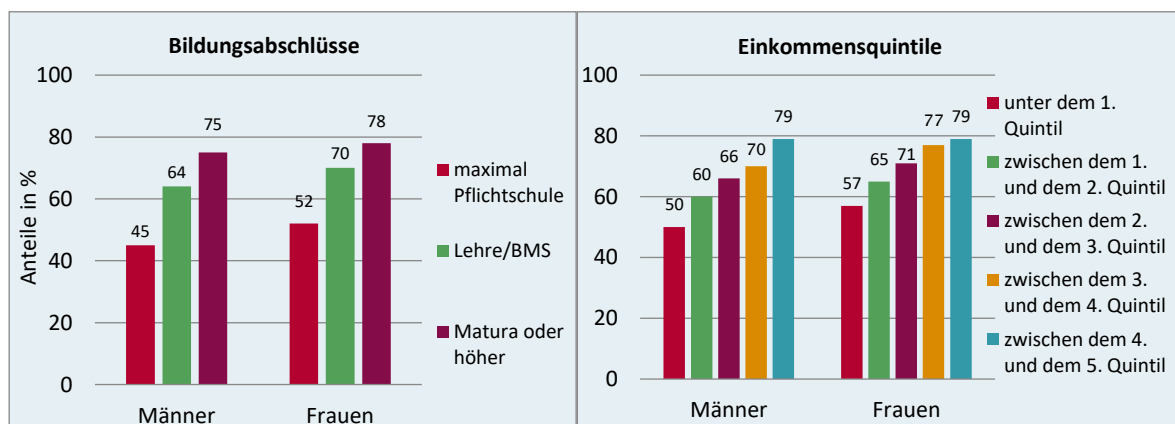
Die an der GÖG angesiedelte Kompetenzstelle Mundgesundheit führte 2021 (zum 2. Mal nach 2010) eine Erhebung zur Mundgesundheit der ab 35-jährigen Bevölkerung durch, bei

der ebenfalls die Auswirkungen der Mundgesundheit auf die Lebensqualität abgefragt wurden (Schwarz/Schulze 2022). Da die Ergebnisse dieser Befragung außerhalb des Beobachtungszeitraums dieses Berichts liegen (2021), werden sie hier aber nicht wiedergegeben.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der Anteil der Bevölkerung (30 Jahre und älter), der über sehr gute oder gute Mundgesundheit verfügt, nimmt mit sinkender formaler Bildung ab: von 77 Prozent bei Personen mit mindestens einem Maturaabschluss auf 50 Prozent bei jenen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 69). Umgekehrt sinkt der Anteil mit (sehr) schlechter Mundgesundheit mit steigender Bildung von 17 Prozent (maximal Pflichtschulabschluss) auf fünf Prozent (Matura+). Ein entsprechender Zusammenhang zeigt sich auch in Bezug auf das Haushaltseinkommen. Der Anteil ab 30-Jähriger mit einer (sehr) guten Mundgesundheit steigt mit zunehmendem Haushaltseinkommen (von 54 % im untersten Einkommensquintil auf 79 % im obersten Quintil; s. Abbildung 69), während der Anteil jener mit (sehr) schlechter Mundgesundheit mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt (von 16 % im untersten Einkommensquintil auf 4 % im obersten Einkommensquintil).

Abbildung 69: Sehr gute bis gute Mundgesundheit nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019

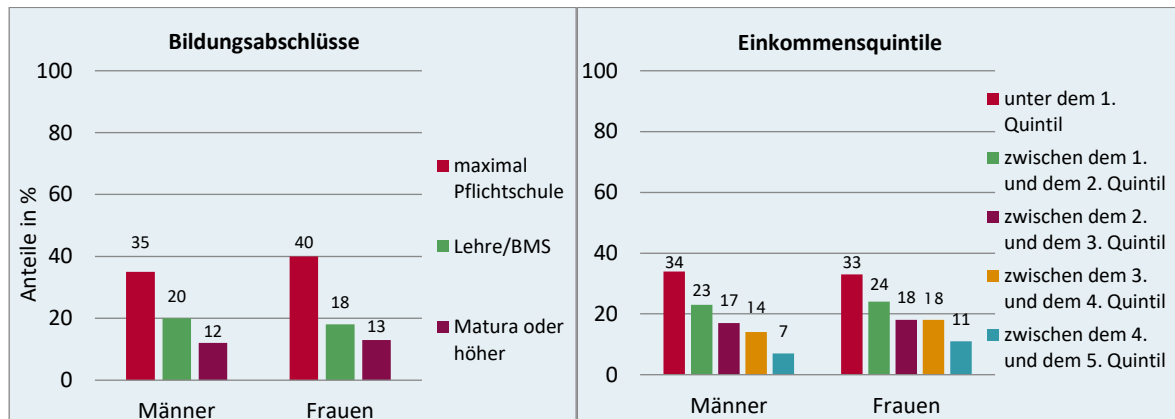


ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch Schwierigkeiten beim Beißen oder Kauen fester Nahrung folgen einem sozioökonomischen Gradienten und nehmen mit sinkender formaler Bildung (von 12 % auf 38 %) und mit abnehmendem Haushaltseinkommen (von 8 % auf 33 %) zu (s. auch Abbildung 70).

Abbildung 70: Schwierigkeiten ab 55-jähriger Personen beim Beißen oder Kauen nach Bildung und Haushaltseinkommen 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (55 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Zahnstatus sechsjähriger Kinder

Gemäß WHO-Definition verfügten im Jahr 2016 55 Prozent der Sechsjährigen über ein kariesfreies Milchgebiss, 45 Prozent der untersuchten Sechs- bis Siebenjährigen hatten bereits Karieserfahrung (BL-Bandbreite: 45–71 %). Seit 2011 ist der Anteil kariesfreier Sechsjähriger österreichweit nur geringfügig, d. h. nur um drei Prozentpunkte, gestiegen. Mädchen haben geringfügig häufiger ein kariesfreies Gebiss als Burschen (56 % vs. 54 %).

Im Durchschnitt weisen sechsjährige Kinder in Österreich 4,8 kariös geschädigte Zahnflächen bzw. zwei kariös geschädigte Milchzähne auf (Burschen: 4,9 bzw. 2,1; Mädchen: 4,6 bzw. 1,9; s. Tabelle 1).

Österreichweit hat ein Drittel der Sechsjährigen Behandlungsbedarf – mit einem deutlichen Ost-West-Gefälle (von 46 % Behandlungsbedarf in Wien und dem Burgenland über 23 bzw. 22 % in Salzburg, der Steiermark und Vorarlberg bis zu 11 % in Tirol).

Zahnstatus zwölfjähriger Kinder

Der Zahnstatus bei den Zwölfjährigen wurde zuletzt 2012 erhoben. Demnach waren rund 68 Prozent von ihnen nach WHO-Definition kariessfrei (BL-Bandbreite: 59–84 %). Seit 2007 ist dieser Anteil damit um 20 Prozentpunkte gestiegen. Sie wiesen im Durchschnitt einen kariös geschädigten Zahn auf (BL-Bandbreite: 0,6–1,4 Zähne; s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Kariesprävalenz bei Sechs- und Zwölfjährigen in Österreich

	Sechsjährige 2016/2017						
	Burschen	Mädchen	ohne	mit	Eltern	Eltern	Gesamt
			Migrationshin- tergrund ¹⁾	Migrationshin- tergrund ¹⁾	ohne	mit	
					Matura ²⁾	Matura ²⁾	
kariessfrei nach WHO	53,5	56,4	64,4	39,4	42,1	61,7	54,9
Kinder mit völlig gesundem Gebiss	41,5	44,2	51,7	28,1	31,9	48,4	42,8
Kinder mit Behandlungsbedarf	32,9	32,4	22,1	50,0	45,0	25,9	32,6
durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zahnflächen (d ₃ mfs)	5,0	4,6	2,9	7,8	7,2	3,5	4,8
durchschnittliche Anzahl kariös geschädigter Zähne (D ₃ MFT)	2,1	1,9	1,3	3,1	2,9	1,5	2,0

Zwölfjährige 2012/2013							
	Burschen	Mädchen	ohne Migrations- hintergrund ¹⁾	mit	Eltern ohne Matura ²⁾	Eltern mit	Gesamt
kariesfrei nach WHO	68,0	67,6	71,6	59,7	62,3	71,4	67,7
Kinder mit völlig gesundem Gebiss	32,6	32,4	37,9	21,1	23,0	38,7	32,5
Kinder mit Behandlungsbedarf	11,4	14,0	9,0	20,6	17,4	9,0	12,8
D ₃ MFT	1,0	1,0	0,8	1,3	1,2	0,8	1,0

¹⁾ Migrationshintergrund ist dann gegeben, wenn die Kinder und/oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurden.

²⁾ mit Matura: Mindestens ein Elternteil hat eine höhere Schule abgeschlossen.

Quelle: Bodenwinkler et al. (2014), Bodenwinkler et al. (2017);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Verbreitung von Karies zeigen sich bei den Sechsjährigen deutliche Unterschiede nach Migrationshintergrund und Bildung (s. Tabelle 1):

- 40 Prozent der Sechsjährigen mit Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil wurde im Ausland geboren), jedoch 64 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 7,9 bzw. 3,1, Kinder ohne Migrationshintergrund 2,9 kariös geschädigte Zahnflächen bzw. 1,3 kariös geschädigte Milchzähne. Dabei ist die Ungleichheit in der Kariesprävalenzrate vor allem auf Unterschiede im Bereich der kavitierten kariösen Milchzahnflächen (Kinder ohne Migrationshintergrund: 1,4 kariöse Zahnflächen; Kinder mit Migrationshintergrund 4,7) zurückzuführen.
- Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 50 Prozent ein unsaniertes Gebiss, von den Kindern ohne Migrationshintergrund 22 Prozent.

- Kinder, deren Eltern keine Matura aufweisen, haben im Durchschnitt 7,2 kariös geschädigte Zahnflächen bzw. 2,9 kariös geschädigte Zähne, Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss haben, 3,5 kariös geschädigte Zahnflächen bzw. 1,5 geschädigte Zähne.
- Von Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 45 Prozent ein unsaniertes Gebiss, bei Kindern aus „Maturahaushalten“ 26 Prozent.

Auch bei den zwölfjährigen Kindern bestätigt sich der aus der Literatur bekannte Migrations- und Bildungszusammenhang (Schneller et al. 2006):

- 60 Prozent der Zwölfjährigen mit Migrationshintergrund, jedoch 72 Prozent von ihnen ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 1,3, Kinder ohne Migrationshintergrund 0,8 kariös geschädigte Zähne.
- Kinder mit Migrationshintergrund weisen zu 21 Prozent, Kinder ohne Migrationshintergrund zu neun Prozent ein unsaniertes Gebiss auf.
- 62 Prozent der Zwölfjährigen mit Eltern ohne Matura sind nach WHO kariesfrei, hingegen 71 Prozent der Kinder, deren Eltern mindestens einen Maturaabschluss aufweisen.
- Zwölfjährige mit Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,2 geschädigte Zähne, Zwölfjährige mit Eltern mit Matura 0,8 geschädigte Zähne.
- Der Anteil der Zwölfjährigen mit unsaniertem Gebiss beträgt 17 Prozent bei jenen, deren Eltern keine Matura aufweisen, und neun Prozent bei jenen aus „Maturahaushalten“.

Europäischer Vergleich

Laut WHO weisen in Europa 20 bis 90 Prozent der sechsjährigen Kinder ein kariöses Gebiss auf. Zwölfjährige haben im Schnitt 0,5 bis 3,5 geschädigte Zähne. In Europa zeichnet sich hier ein starker Unterschied zwischen Nord/Süd und Ost/West ab. Der Anteil kariesfreier sechsjähriger Kinder liegt in nördlichen Staaten bei teilweise 80 Prozent und darüber, bei Staaten im Osten bei unter 50 Prozent. Österreichs Anteil sechsjähriger Kinder ohne Karies ist mit 52 Prozent etwa vergleichbar mit jenem Deutschlands (BMSGPK 2021e).

Definitionen und Daten

Kariesfrei nach WHO bedeutet, dass bei der Zahninspektion (klinische Untersuchung mithilfe eines Mundspiegels und einer WHO-CPI-Sonde) keine kariösen

Dentidefekte (Kavität = d3, Füllung = f oder wegen Karies extrahierter Zahn = m) im Gebiss sichtbar sind. Der d3mft/D3MFT muss also 0 sein. Ein „völlig gesundes Gebiss“ haben Menschen, wenn ihre Zähne keinerlei kariöse Spuren aufweisen.

d3mft-/D3MFT-Index: durchschnittliche Anzahl der aktiv kariösen (decayed), wegen Karies gezogenen (missing) oder gefüllten (filled) Zähne (teeth). Der d3mft-Index gilt für das Milchgebiss, der D3MFT-Index für das bleibende Gebiss.

Die Zahnstatusdaten stammen aus den Länder-Zahnstatuserhebungen 2016/2017 und 2012/2013 (Bodenwinkler et al. 2014; Bodenwinkler et al. 2017). Bei den Sechsjährigen wurde eine repräsentative Stichprobe von 4.330 Kindern, bei den Zwölfjährigen eine Stichprobe von 3.504 Kindern untersucht. Die Stichproben repräsentieren rund 78.000 Sechsjährige bzw. 83.000 Zwölfjährige. Die Vergleichszahlen stammen aus den Zahnstatuserhebungen 2011 und 2007 (Bodenwinkler et al. 2009; Bodenwinkler et al. 2012).

Die WHO-Vergleichsdaten stammen von der WHO-Website:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>

Die selbsteingeschätzte Mundgesundheit sowie Schwierigkeiten beim Beißen und Kauen fester Nahrung werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.6 Lebensqualität

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

Die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren beurteilt ihre allgemeine Lebensqualität mit durchschnittlich 77 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 75–81 Punkte). Bei den einzelnen Kategorien erreicht die in Österreich lebende Bevölkerung im Bereich der umweltbezogenen Lebensqualität mit rund 81 Punkten den höchsten (BL-Bandbreite: 79–84 Punkte) und beim sozialen Wohlbefinden mit rund 77 Punkten den niedrigsten Wert (BL-Bandbreite: 74–79 Punkte). Das körperliche und das psychische Wohlbefinden liegen mit jeweils 80 Punkten dazwischen (kWB: BL-Bandbreite: 78–82 Punkte; pWB: BL-Bandbreite: 77–82 Punkte).

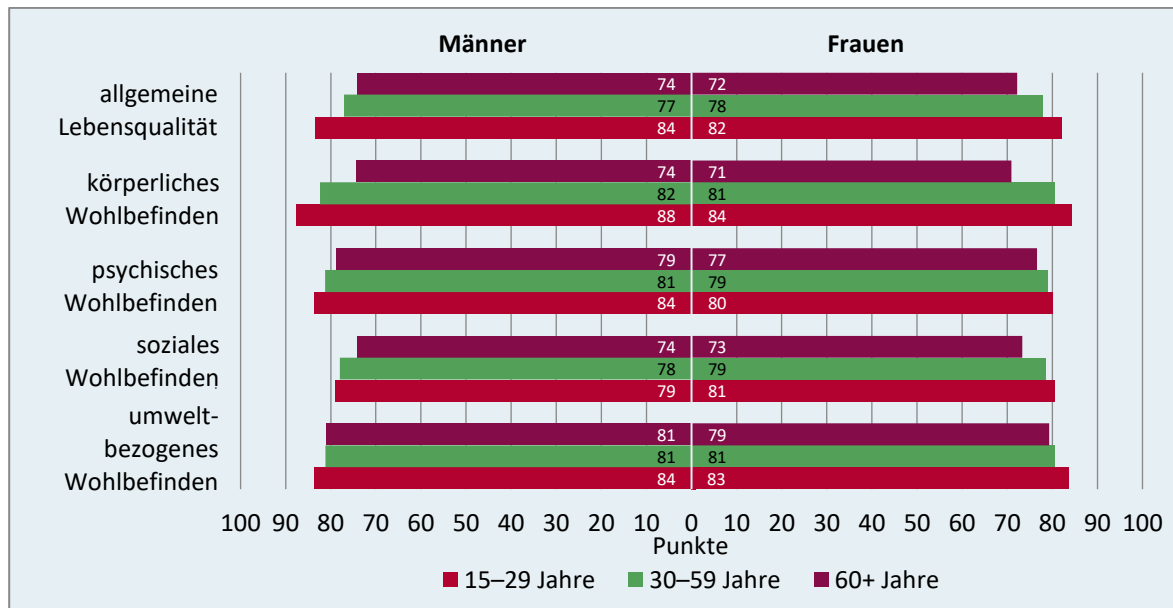
Gegenüber 2006/2007 und 2014 ist ein Anstieg in der Lebensqualität erkennbar, und zwar im Bereich des psychischen (80 vs. 77–78 Punkte) und des umweltbezogenen Wohlbefindens (81 vs. 76–77 Punkte). Das körperliche Wohlbefinden ist hingegen mit rund 80 Punkten in etwa gleich geblieben. Schlechtere Werte als 2006/2007 finden sich – wie schon 2014 – beim sozialen Wohlbefinden. Hier schneidet vor allem die männliche Bevölkerung deutlich schlechter ab (77 vs. 80 Punkte). Die positive Entwicklung beim psychischen Wohlbefinden wurde höchstwahrscheinlich durch die COVID-19-Pandemie abgeschwächt oder zunichtegemacht. Die nächste ATHIS-Erhebung wird diesbezüglich Aufschluss geben.

Frauen beurteilen ihre Lebensqualität sowohl allgemein als auch in den einzelnen Lebensqualitätsbereichen schlechter als Männer. Kein diesbezüglicher Unterschied findet sich nur bei den 15- bis 29-Jährigen im Bereich der umweltbezogenen Lebensqualität und bei den 15- bis 59-Jährigen in Bezug auf das soziale Wohlbefinden sowie die allgemeine Lebensqualität (s. Abbildung 71).

Die Lebensqualität der Bevölkerung in Österreich nimmt außerdem mit dem Älterwerden stetig ab (s. Abbildung 71), mit zwei Ausnahmen:

- Das soziale Wohlbefinden sinkt bei Männern erst ab einem Alter von 60 Jahren.
- Die umweltbezogene Lebensqualität nimmt bei Männern ab dem 30 Lebensjahr ab und bleibt danach in etwa gleich.

Abbildung 71: Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht: Mittelwerte 2019



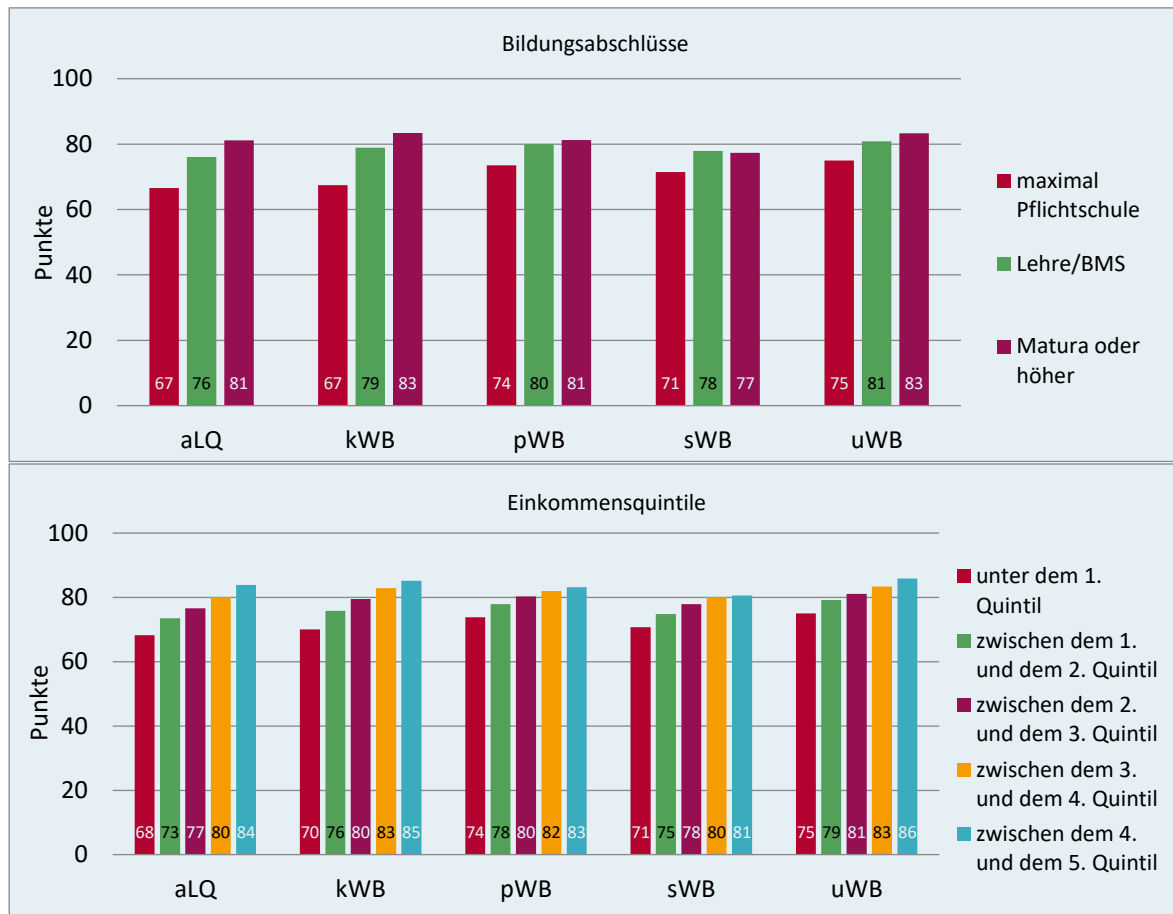
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) schätzen – quer über alle Lebensqualitätsbereiche – ihre Lebensqualität als deutlich besser ein denn jene mit maximal einem Pflichtschulabschluss. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen (s. Abbildung 72). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen: Personen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Lebensqualität demnach deutlich höher ein als jene aus schlechter verdienenden Haushalten. Auch dieser Zusammenhang findet sich bei beiden Geschlechtern für und alle Lebensqualitätsdimensionen (s. Abbildung 72).

Abbildung 72: Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen: Mittelwerte 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden;
sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

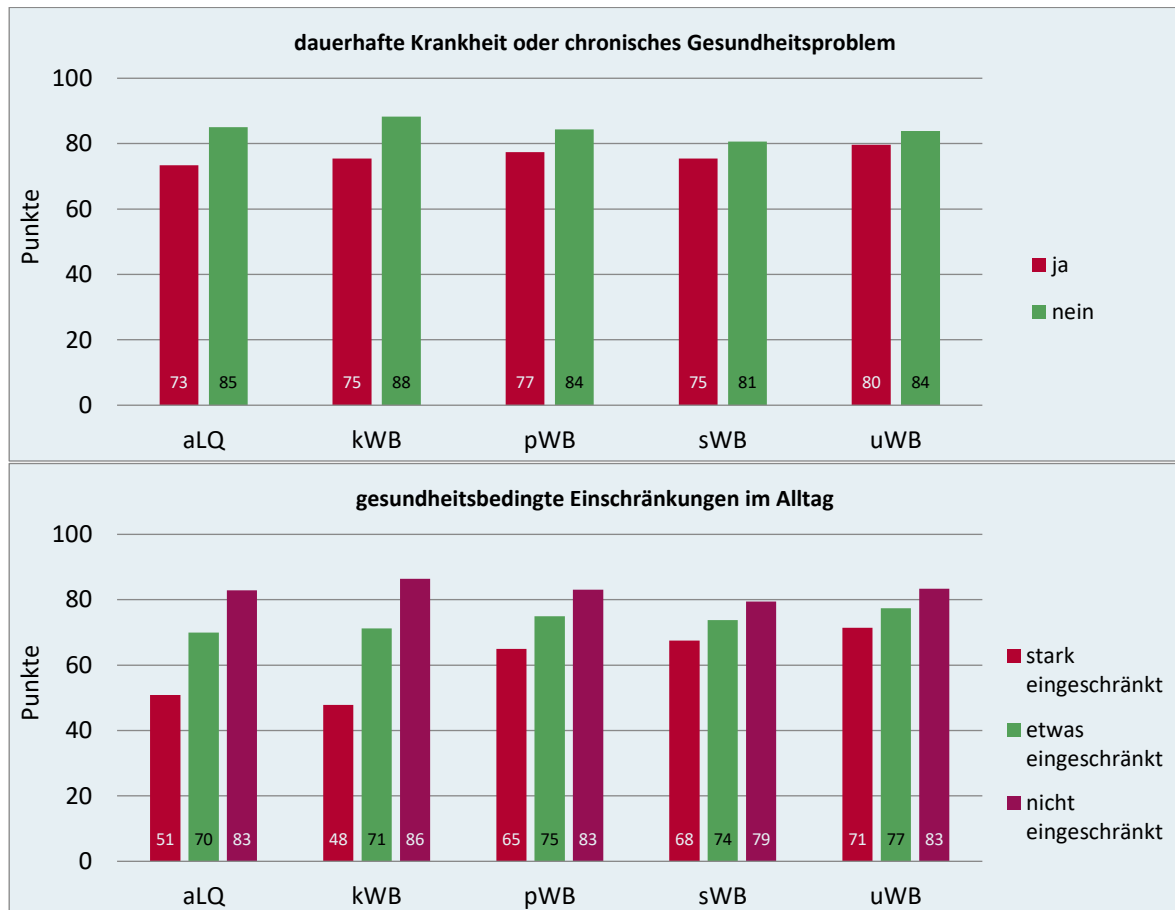
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen

Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen bewerten ihre Lebensqualität schlechter denn Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag vorliegen.

Gesundheitlich eingeschränkte Personen schätzen ihre Lebensqualität (insgesamt und in allen Subdomänen) als wesentlich schlechter ein, denn davon nichtbetroffene Personen. Der Unterschied nimmt mit dem Grad der Einschränkung zu (s. Abbildung 73).

Abbildung 73: Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen: Mittelwerte 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden;
sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen kann anhand ihrer Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden. Sie wurde im Jahr 2018 von Österreichs 11-, 13- und 15-Jährigen mit 7,7 von 10 möglichen Punkten bewertet, von Burschen höher als von Mädchen (8,0 vs. 7,4 Punkte).

Zwischen 2006 und 2010 ist die Lebenszufriedenheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen gesunken (von 7,8 auf 7,6) und zwischen 2010 und 2014 wieder gestiegen (von 7,6 auf 8,0). 2018 lag die Lebenszufriedenheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen in etwa wieder auf dem Niveau von 2006 und 2010. Die Folgen der COVID-19-Pandemie sind hier noch gar nicht mitberücksichtigt (BMSGPK 2023).

Österreichs Kinder und Jugendliche lagen damit 2018 in etwa im europäischen Durchschnitt (Antosik et al. 2021; Inchley et al. 2020).

Definitionen und Daten

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

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

- körperliches Wohlbefinden (Schmerzen, Angewiesensein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben)
- psychisches Wohlbefinden (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle)

- soziales Wohlbefinden (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde)
- umweltbezogene Lebensqualität (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen) (Ellert/Kurth 2013; Klimont/Baldaszi 2015)

Die Lebensqualität wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (A-THIS) 2019 beschrieben (Klimont 2020) und kann zwischen 0 und 100 variieren (100 = bestmögliche Lebensqualität). Ein Vergleich ist mit Ergebnissen von 2006/2007 und 2014 möglich (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

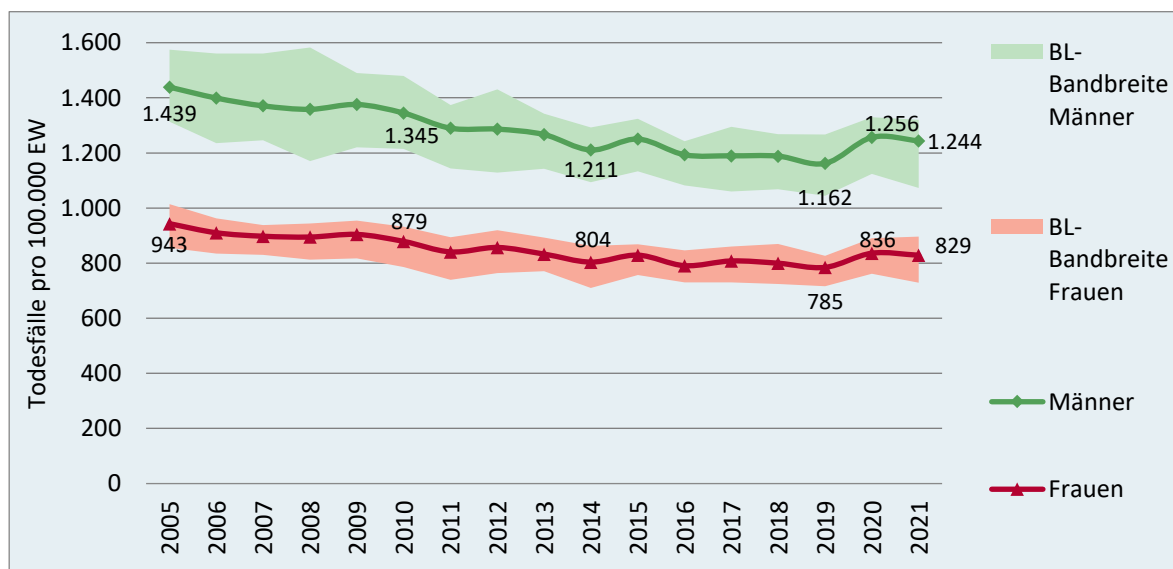
Die *Lebenszufriedenheit* gibt Auskunft über die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens. Sie wird im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study mithilfe der Cantril Ladder erhoben, die eine Bewertung zwischen 0 (das schlechteste Leben, das für dich in deiner Situation möglich wäre) und 10 (das bestmögliche Leben) ermöglicht (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben kommen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige.

3.7 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

3.7.1 Gesamtsterblichkeit

In Österreich starben im Jahr 2021 rund 92.000 Menschen – bedingt durch die COVID-19-Pandemie rund 8.000 mehr als in den Jahren davor –, 2019 waren es ca. 83.400. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) lag im Jahr 2021 für Männer bei rund 1.244 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.073–1.320) und für Frauen bei rund 829 (BL-Bandbreite: 729–896). Innerhalb des Beobachtungszeitraums (2005–2021) hat die Mortalitätsrate beider Geschlechter trotz zwischenzeitlicher Anstiege (insbesondere im ersten Pandemiejahr) abgenommen, für Männer um 13,5 Prozent, für Frauen um 12,1 Prozent. Hätte sich der Trend bis 2019 auch in den Jahren 2020 und 2021 fortgesetzt, wäre der Rückgang noch deutlicher gewesen. Auch an der Sterblichkeit als Pendant zur Lebenserwartung zeigt sich, dass der geschlechtsspezifische Unterschied tendenziell geringer geworden ist – wiederum mit Ausnahme des ersten Pandemiejahres 2020, in dem die Sterblichkeit von Männern stärker gestiegen ist als jene der Frauen (s. Abbildung 74).

Abbildung 74: Gesamtsterblichkeit in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021

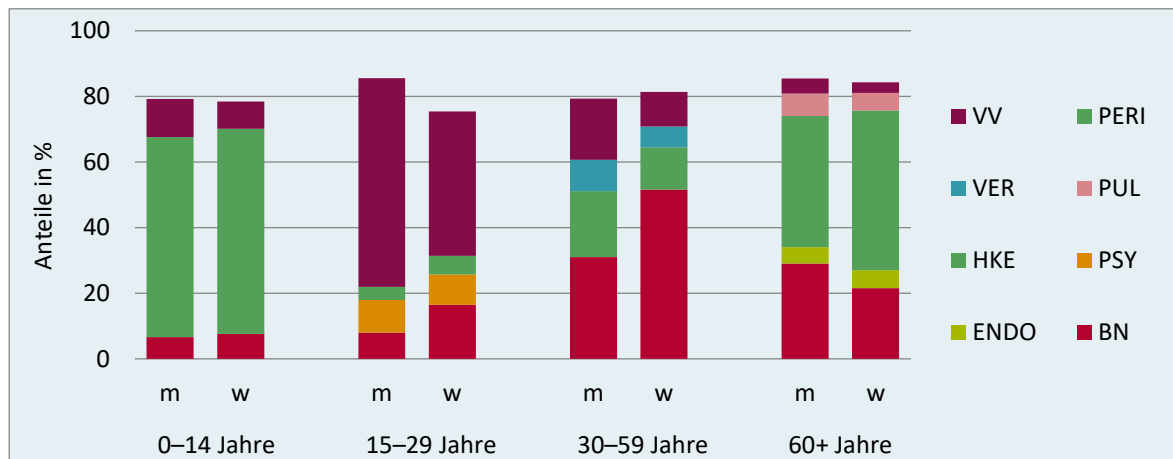


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei den 15- bis 29-Jährigen sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (64 % bei Männern und 44 % bei Frauen). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen führen Krebserkrankungen am häufigsten zum Tod (bei 31 % der verstorbenen Männer und 52 % der verstorbenen Frauen), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die Altersgruppe ab 60 Jahren stirbt hauptsächlich an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (40 % der Männer und 49 % der Frauen) sowie an Krebserkrankungen (29 % der Männer und 22 % der Frauen; s. Abbildung 75).

Abbildung 75: Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen 2005–2021



ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; ENDO: E00–E90 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00–F99 psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; PERI: P00–P96 bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, und Q00–Q99 angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;

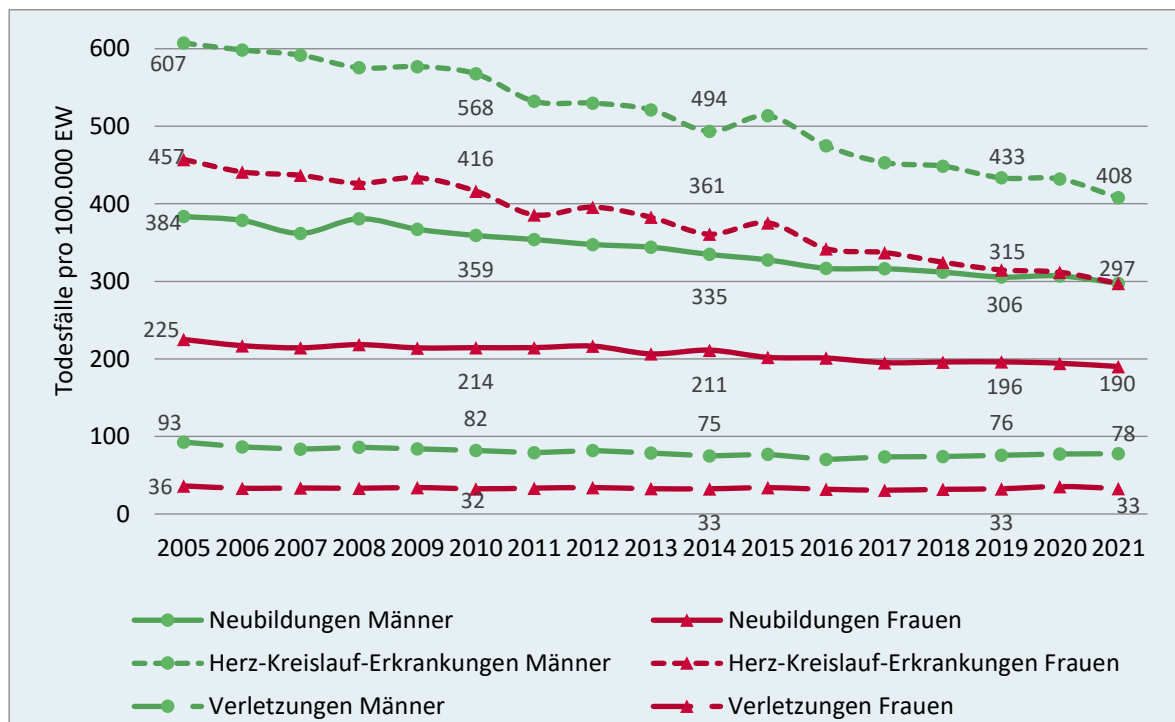
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der mit Abstand häufigsten Todesursache (auf ICD-10-Kapitel-Ebene), ist nach wie vor rückläufig, wenngleich nicht mehr so deutlich wie um die Jahrtausendwende (bei Männern seit 2005 um durchschnittlich 2,4 % pro Jahr, bei Frauen um 2,6 %), sie lag 2021 bei rund 400 Todesfällen pro 100.000 bei Männern und bei rund 300 bei Frauen. Auch die zweithäufigste Todesursache, die Krebssterblichkeit war, dem langfristigen Trend folgend, seit 2005 leicht rückläufig, bei Männern um

durchschnittlich 1,6 % pro Jahr, bei Frauen um 1,1 % pro Jahr. Die altersstandardisierte Rate betrug zuletzt bei Männern rund 300 und bei Frauen knapp 200 (Todesfälle pro 100.000, altersstandardisiert). Deutlich werden in Abbildung 76 vor allem drei Aspekte:

- Der deutlichste Rückgang zeigt sich nach wie vor bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei den tödlichen Verletzungen hat sich seit 2005 kaum etwas verändert.
- Die Sterblichkeit von Männern ist nach wie vor deutlich höher als jene von Frauen.
- Die Unterschiede nach Geschlecht werden tendenziell geringer.

Abbildung 76: Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in Österreich 2005–2021



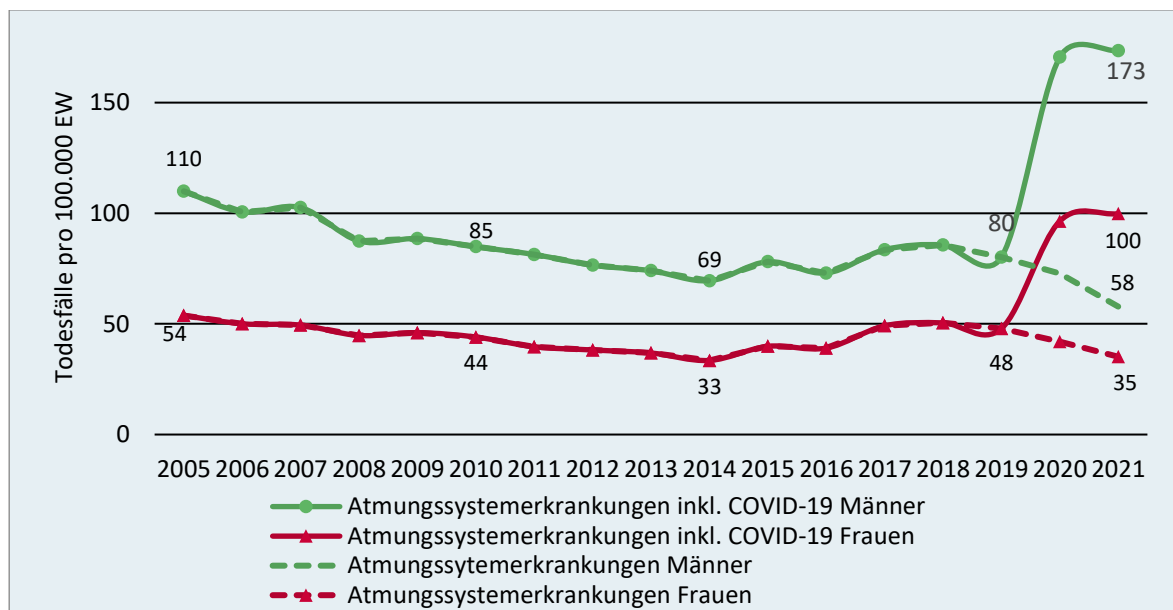
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Rückläufig sind seit 2005 auch tödlich endende Krankheiten des Verdauungssystems (und zwar bei Männern um durchschnittlich 1,8 % und bei Frauen um 1,6 % pro Jahr) sowie endokrinologische, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (jährlicher Rückgang seit 2010 bei Männern um 0,7 % und bei Frauen um 2,0 %). Die Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen ist v. a. grippebedingt stärkeren jährlichen Schwankungen unterworfen, sie sank

insgesamt bis 2014 und stieg danach bis zum Ausbruch der Pandemie wieder etwas an. Ein steigender Trend zeigt sich bei COPD-Todesfällen bei Frauen, jedenfalls bis 2019, also vor Ausbruch der Pandemie. Die Mortalität aufgrund von COVID-19 wird in einem eigenen ICD-10-Kapitel codiert und wirkt sich massiv auf die Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen aus (s. Abbildung 77). Ein stark steigender Trend zeigt sich darüber hinaus im ICD-10-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ aufgrund der Demenzerkrankungen.

Abbildung 77: Sterblichkeit aufgrund von Atmungssystemerkrankungen und COVID-19 in Österreich nach Geschlecht 2005–2021



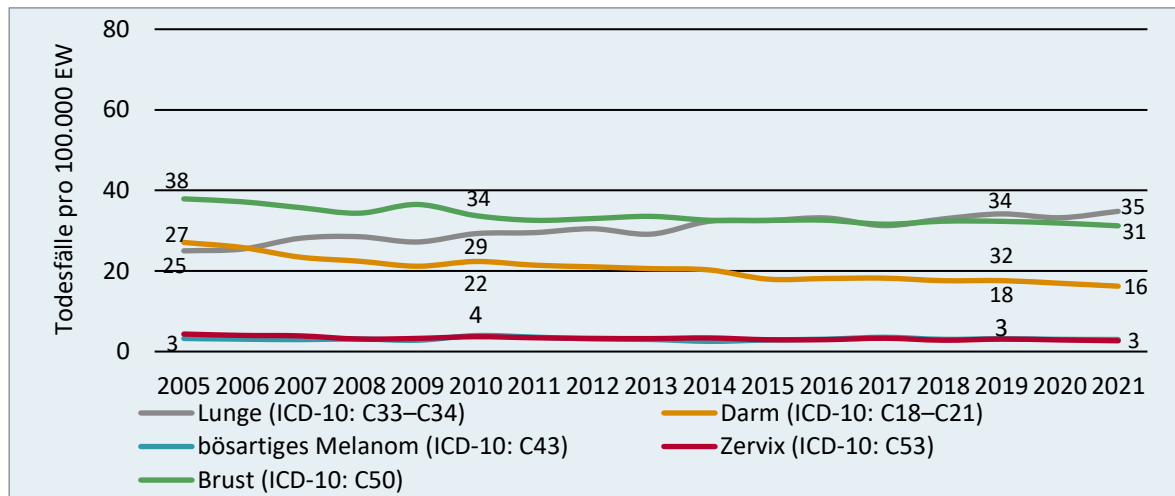
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei der Krebsmortalität ist nicht zuletzt aufgrund guter und diverser Präventionsmöglichkeiten ein Blick auf einzelne Lokalisationen lohnend. Es zeigt sich hier im Wesentlichen eine Fortsetzung des langfristigen Trends:

- nach wie vor steigende Lungenkrebsmortalität bei Frauen
- weitgehend gleichbleibende Mortalität aufgrund von Brust- (seit 2010) und Zervixkarzinom sowie bösartiger Melanome
- sinkende Darmkrebsmortalität und – wenngleich auch mit zwischenzeitlichen Steigerungen – Prostatasterblichkeit (s. Abbildung 78 und Abbildung 79)

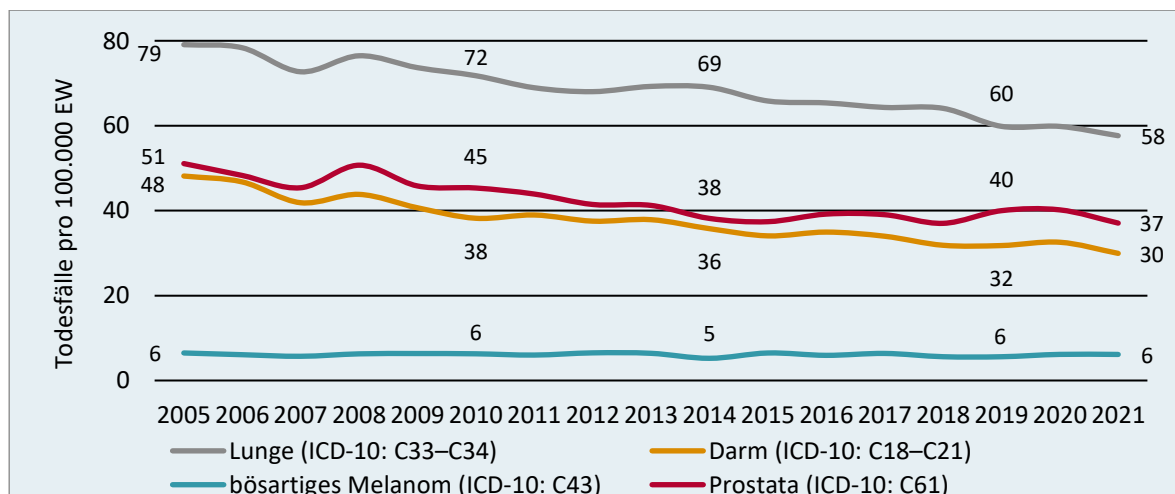
Abbildung 78: Krebssterblichkeit bei Frauen in Österreich für ausgewählte Lokalisationen 2005–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 79: Krebssterblichkeit bei Männern in Österreich für ausgewählte Lokalisationen 2005–2021

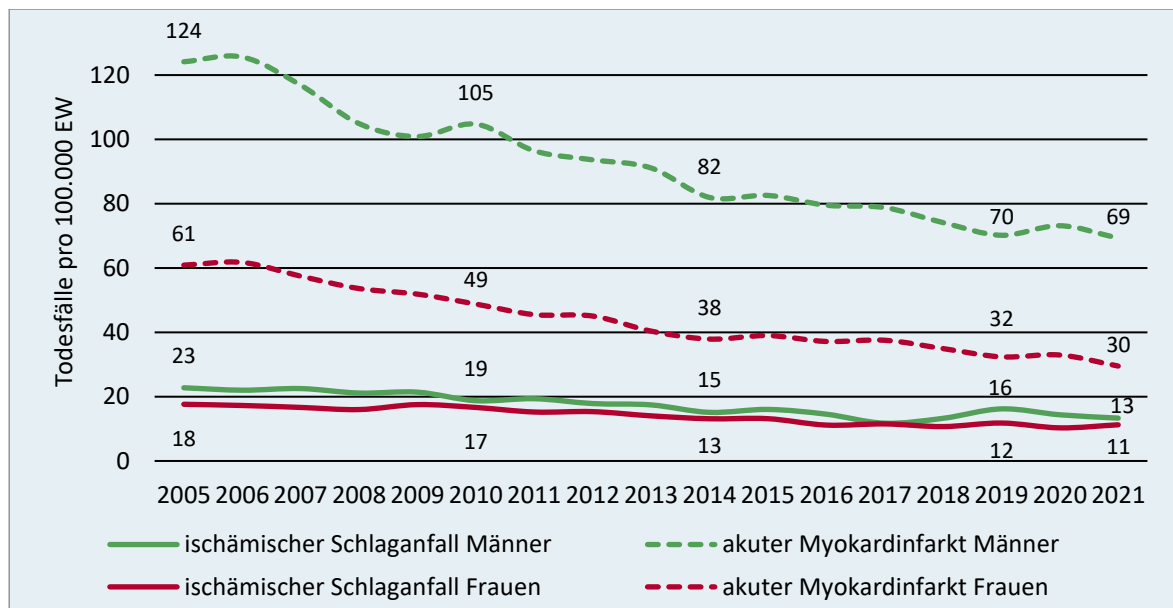


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei den beiden Hauptindikationen der Herz-Kreislauf-Todesfälle zeigt sich ein anhaltender sinkender Trend. Im Zeitraum 2005–2021 sank die Mortalität aufgrund eines akuten Myokardinfarkts bei Männern um durchschnittlich 3,7 Prozent p. a. und bei Frauen um 4,7 Prozent p. a. Die Mortalität aufgrund eines ischämischen Schlaganfalls war um 3,0 Prozent p. a. bei Männern und um 2,9 Prozent p. a. bei Frauen rückläufig (s. Abbildung 80).

Abbildung 80: Sterblichkeit von Frauen und Männern aufgrund eines Myokardinfarkts oder eines ischämischen Schlaganfalls 2005–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

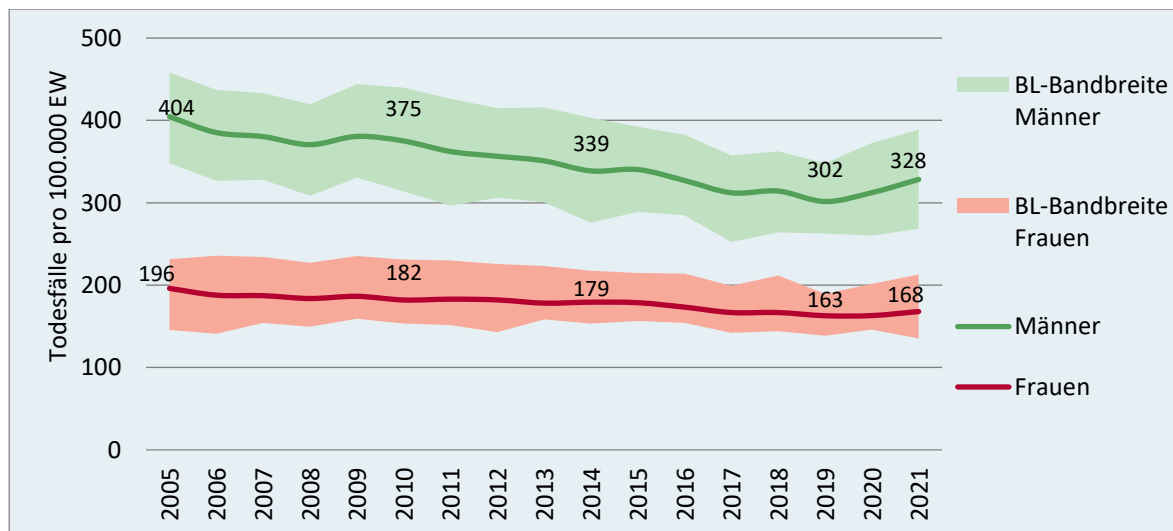
Die *Sterblichkeit* oder *Mortality* wird der Todesursachenstatistik (Statistik Austria) entnommen und ist das Pendant zur Lebenserwartung. Sie wird in der Regel als *Todesfälle pro 100.000 EW* der jeweils beobachteten Bevölkerungsgruppe angegeben und – sofern in der Auswertung nicht differenziert – alters- und geschlechtsstandardisiert berechnet. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt,

könnte es jedoch in diesem Bereich – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten gekommen sein.

3.7.2 Vorzeitige Sterblichkeit und Sterblichkeit aufgrund ausgewählter Todesursachen

Im Jahr 2021 starben rund 19.600 Menschen in Österreich vor ihrem 70. Geburtstag, 2019 waren es rund 17.800. Altersstandardisiert entspricht dies 328 Männern und 168 Frauen pro 100.000 EW bzw. im Jahr 2019 302 Männern und 163 Frauen. Damit sind nicht nur die absoluten Todesfälle, sondern auch die Mortalitätsraten im Vergleich zu den Vorjahren gestiegen. Der langfristig sinkende Trend der vorzeitigen Sterblichkeit ist zumindest vorläufig unterbrochen, und auch in dieser Altersgruppe (< 70 Jahre) zeigen sich die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Über den gesamten Beobachtungszeitraum 2005–2021 hinweg hat die vorzeitige Sterblichkeit trotzdem deutlich abgenommen, bei Männern um 19 Prozent und bei Frauen um 14 Prozent (s. Abbildung 81).

Abbildung 81: Sterblichkeit der unter 70-Jährigen in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

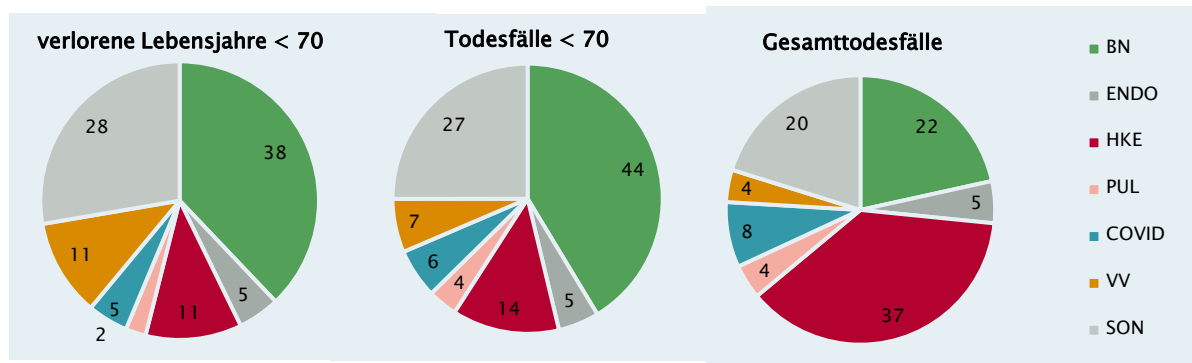
Hauptursachen für vorzeitige Sterblichkeit und für verlorene Lebensjahre nach Geschlecht

Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit der unter 70-jährigen Frauen in Österreich sind nach wie vor Krebserkrankungen, wenngleich deren Bedeutung dafür in den letzten Jahren kleiner wurde. Im Jahr 2021 starben 44 Prozent der Frauen, die nicht 70 Jahre alt wurden, an Krebs. Bei etwa 14 Prozent führten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei sieben Prozent Verletzungen und Vergiftungen zum Tod. Auch der Anteil von COVID-19 ist hier nicht unerheblich: Sechs Prozent der weiblichen Todesfälle vor dem 70. Lebensjahr waren der Infektionskrankheit zuzuschreiben. Gemessen an den verlorenen Lebensjahren, büßen Krebserkrankungen etwas an Bedeutung ein, repräsentieren aber nach wie vor die Hauptursache für die verlorenen Lebensjahre unter 70-jähriger Frauen (38 %). Jeweils elf Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie auf Verletzungen und Vergiftungen (s. Abbildung 82).

Auch bei unter 70-jährigen Männern sind Krebserkrankungen (30 %) nach wie vor die Hauptursachen für die vorzeitige Sterblichkeit (und auch bei Männern war dieser Anteil vor zehn Jahren noch deutlich höher), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (20 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (12 %). Acht Prozent der Todesfälle von Männern unter 70 Jahren waren im Jahr 2021 auf COVID-19 zurückzuführen. Zusammen machen die hier genannten Punkte rund 70 Prozent aller Todesursachen aus (s. Abbildung 83).

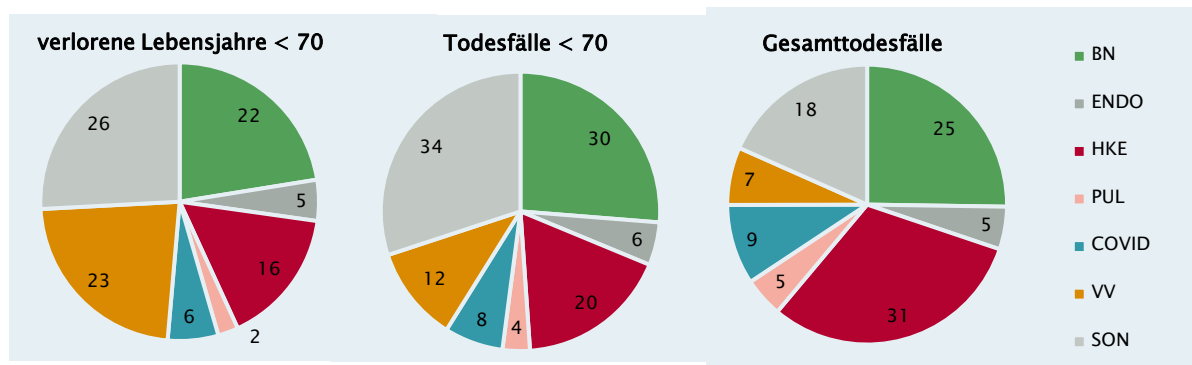
Bei den verlorenen Lebensjahren gewinnen Verletzungen und Vergiftungen massiv an Bedeutung, weil sie vielfach in jungen Jahren und insbesondere bei Männern zum Tod führen. Verletzungen und Vergiftungen sind die Ursache für 23 Prozent der verlorenen Lebensjahre bei Männern und für elf Prozent bei Frauen. Umgekehrt relativiert diese Betrachtungsweise die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 16 Prozent der verlorenen Lebensjahre von Männern und elf Prozent derjenigen von Frauen sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (s. Abbildung 82 und Abbildung 83).

Abbildung 82: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Frauen 2021 nach Haupttodesursachen in Prozent



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 83: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Männern 2021 nach Haupttodesursachen in Prozent



ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; ENDO: E00–E90 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten;
HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems;
VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen;
COVID: U00–U99 Schlüsselnummern für besondere Zwecke; SON: sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *vorzeitige Sterblichkeit* gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an. Je nach Lebenserwartung können unterschiedliche Altersgrenzen für die Berechnung

dieses Indikators herangezogen werden. Im vorliegenden Bericht beschreibt die *vorzeitige Sterblichkeit* die Sterblichkeit der unter 70-Jährigen. Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich die Unklarheiten in Bezug auf die Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

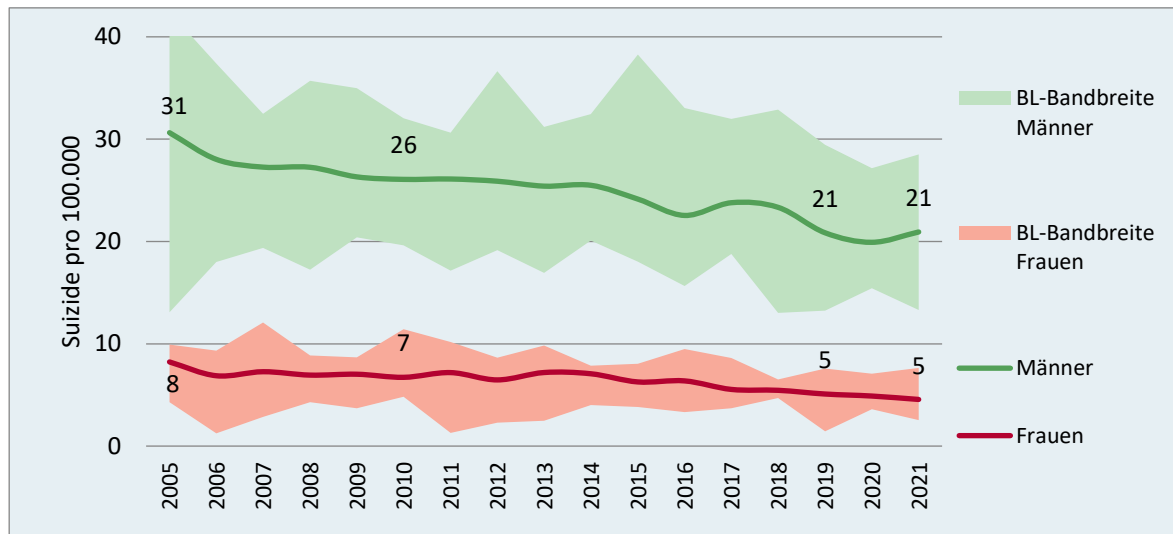
Auch die *verlorenen Lebensjahre (potential years of life lost, PYLL)* sind ein Maß für die vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben wären, multipliziert werden. Dadurch fallen etwa Unfalltodesfälle mehr ins Gewicht als Herz-Kreislauf-Todesfälle, weil sie häufiger in jüngeren Jahren auftreten.

3.7.3 Suizid

In Österreich begingen in den Jahren 2019 bis 2021 jeweils rund 1.100 Menschen Suizid. Knapp 80 Prozent von ihnen waren Männer. Die Suizidrate betrug im Jahr 2021 bei Männern (altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013) rund 21 und bei Frauen fünf Todesfälle pro 100.000 EW.

Langfristig ist die Suizidrate deutlich zurückgegangen, in Österreich seit Anfang der 1980er-Jahre um fast 60 Prozent. Im Beobachtungszeitraum dieses Berichts – 2005 bis 2021 – hat sich dieser Abwärtstrend bei beiden Geschlechtern fortgesetzt, wenngleich im Jahr 2021 etwas mehr Suizide von Männern verzeichnet wurden als 2020. Bei den Männern ist die Schwankungsbreite nach Bundesländern deutlich größer als bei den Frauen (s. Abbildung 84).

Abbildung 84: Suizidrate in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021



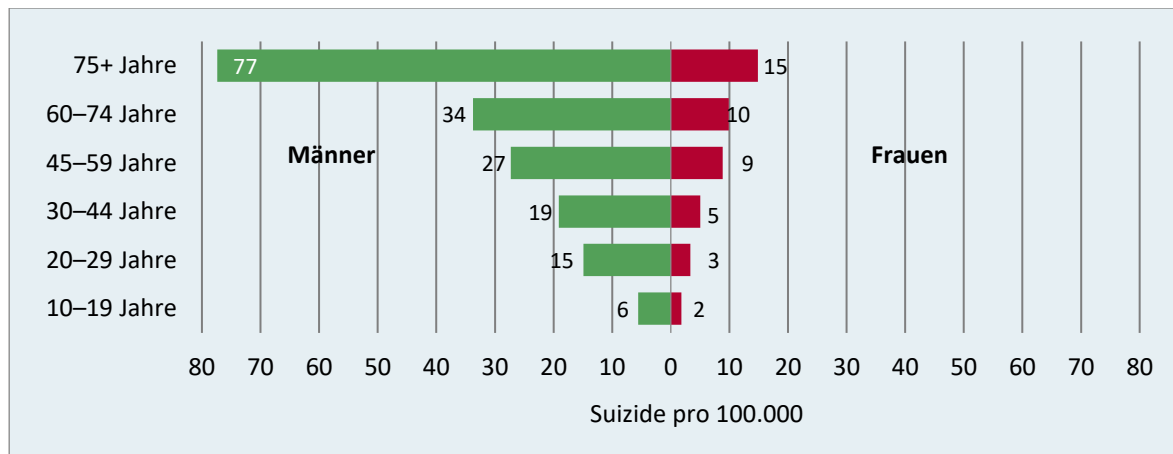
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Gefahr eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt¹³. Insbesondere ältere Männer weisen in dieser Hinsicht ein sehr hohes Risiko auf. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen begingen im Zeitraum 2005–2021 rund 77 von 100.000 Männern Suizid, bei den gleichaltrigen Frauen 15 von 100.000 (s. Abbildung 85). Die Zahl der Suizidversuche, von Frauen häufiger unternommen als von Männern, dürfte um das Zehn- bis Dreißigfache höher sein (BMSGPK 2021f).

¹³ Im gesamten Zeitraum 2010–2021 machten fast 70 Prozent aller Todesfälle bei 15- bis 19-jährigen Burschen Verletzungen und Vergiftungen aus – zu rund einem Drittel im Zuge von Suiziden.

Abbildung 85: Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht 2005–2021



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Laut Eurostat-Datenbank (Zugriff am 5. 12. 2022) liegt Österreich bezüglich der Suizidrate über dem Durchschnitt der EU, insbesondere bei Männern. Im Jahr 2019 bedeutete dies Rang 17 bei Männern (20,9 Todesfälle pro 100.000 in einer EU-Bandbreite von 7,2–42,8; Malta bzw. Litauen) und Rang 15 bei Frauen (5,1 Todesfälle pro 100.000 in einer EU-Bandbreite von 0,4–10,0; Malta bzw. Schweden).

Die Ergebnisse in Hinblick auf die Suizidrate sollten allerdings mit Zurückhaltung interpretiert werden, da es in Europa Unterschiede hinsichtlich der Todesursachenerfassung „“ sowie der Obduktionsrate gibt.

Definitionen und Daten

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

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die individuellen Gesundheitsdeterminanten werden gemäß Public Health Monitoring Framework (s. Kapitel 1.2) in drei Bereiche unterteilt:

- körperliche Faktoren wie Übergewicht, Adipositas, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride
- psychische Faktoren wie Gesundheitskompetenz, gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, problematische Körperwahrnehmung)
- Gesundheitsverhalten wie Ernährung, Bewegung, Rauchen, Konsum von Alkohol und illegaler Substanzen

Im folgenden Kapitel werden Indikatoren zu diesen Bereichen dargestellt.

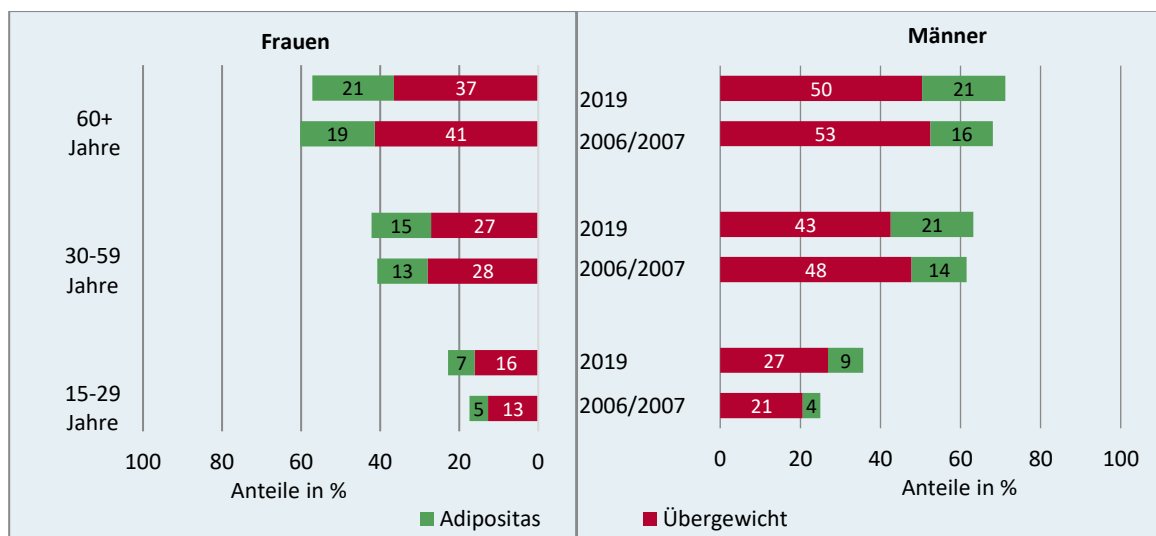
4.1 Körperliche Faktoren

4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht repräsentieren weltweit steigende Gesundheitsprobleme, bedingt durch einen hochkalorienhaltigen Ernährungsstil sowie mangelnde körperliche Bewegung. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren bei zahlreichen Gesundheitsproblemen wie Bluthochdruck, hohem Cholesterin, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmten Krebserkrankungen. Adipositas ist außerdem ein identifizierter Risikofaktor für Komplikationen bei einer COVID-19-Erkrankung (OECD 2020b). Es kommt dabei – unabhängig von Alter, Geschlecht und Komorbiditäten – vermehrt zu Krankenhauseinweisungen, Intensivbehandlungen, Beatmungspflichtigkeit und Todesfolgen (Gerlach 2021). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen (Flodmark et al. 2004).

Rund 34 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung in Österreich sind – laut ATHIS 2019 – übergewichtig (rund 2,54 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 32–38 %), knapp 17 Prozent adipös (knapp 1,22 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 13–22 %). Männer sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen (59 % vs. 42 %). Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen nimmt mit dem Alter deutlich zu, bei Männern wie bei Frauen (s. Abbildung 86).

Abbildung 86: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2006/2007 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2006/2007 sind folgende Entwicklungen zu beobachten (s. Abbildung 86):

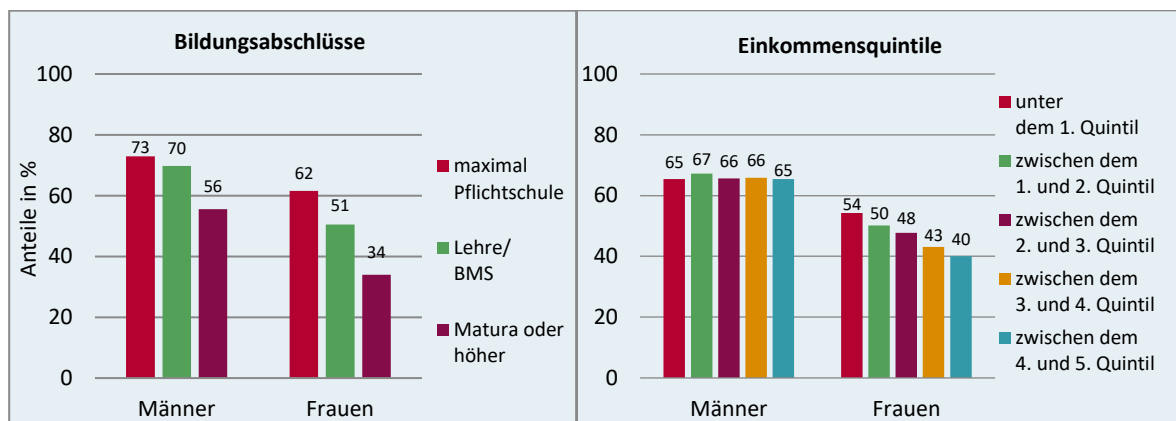
- Bei den 15- bis 29-Jährigen stieg der Anteil übergewichtiger und adipöser Männer und Frauen, der Anteil adipöser Männer erfuhr sogar eine Verdopplung.
- Bei den 30- bis 59-Jährigen verringerte sich der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen, der Anteil adipöser Männer und Frauen erhöhte sich leicht.
- Bei den ab 60-Jährigen sank der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen, der Anteil adipöser Männer und Frauen wuchs deutlich an.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen in Österreich (30 Jahre und älter) sinkt mit steigender Bildung – von 65 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 44 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Beim Haushaltseinkommen zeigt sich dieser gegenläufige Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas nur bei den Frauen: Im untersten Einkommensquintil sind 54 Prozent übergewichtig oder adipös, im obersten Einkommensquintil 40 Prozent. Bei der männlichen Bevölkerung sind diese Unterschiede nicht zu beobachten (s. Abbildung 87).

Abbildung 87: Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



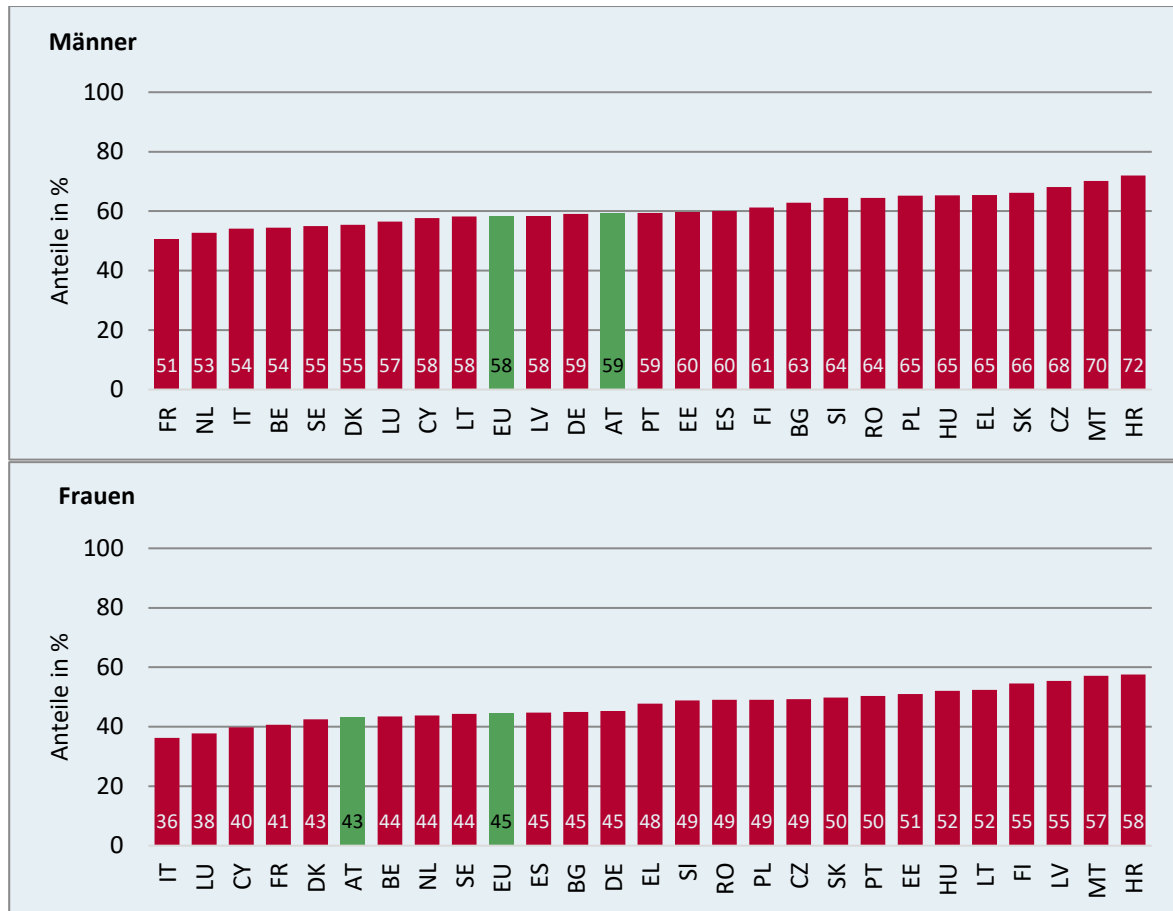
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich in puncto Übergewicht/Adipositas – laut EHIS 2019 – sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen unter dem EU-Durchschnitt (exkl. Irland): Der Anteil übergewichtiger und adipöser Männer ist der siebtniedrigste (EU-Bandbreite exkl. Irland: 55–72 %), der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen der sechsniedrigste in der Europäischen Union (EU-Bandbreite exkl. Irland: 36–58 %; s. Abbildung 88).

Abbildung 88: Übergewicht und Adipositas bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Irland

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen können anhand der „Health Behaviour in School-aged Children“- (HBSC-) Studie eingeschätzt werden, der zufolge im Jahr 2018 14 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen übergewichtig und 3,4 Prozent von ihnen adipös waren, Burschen häufiger als Mädchen (Übergewicht: 16 % vs. 12 %, Adipositas: 4,4 % vs. 2,3 %) (Felder-Puig et al. 2019).

Seit 2006 hat sich der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher – laut HBSC-Studie – erhöht (von 13 % auf 17 %).

Gemäß den gemessenen Daten aus der „Childhood Obesity Surveillance“- (COSI-) Studie (Weghuber/Maruszczyk 2023) unterschätzen die selbstberichteten Daten der HBSC-Studie aber vermutlich das tatsächliche Ausmaß. Im Jahr 2019 waren 25 Prozent der achtjährigen Kinder übergewichtig, adipös oder extrem adipös (Antosik et al. 2021).

In Sachen Übergewicht und Adipositas liegen Österreichs Kinder und Jugendliche bei den Elf- und 13-Jährigen im Mittelfeld, bei den 15-Jährigen über dem europäischen Durchschnitt (Inchley et al. 2020).

Definitionen und Daten

Der Body-Mass-Index (kurz BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Klassifikation von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in Kilogramm) und der quadrierten Körpergröße (in Metern). Obwohl die Messung des Körperfettanteils verlässlichere Aussagen betreffend Übergewicht und Adipositas ermöglicht, ist der BMI kosteneffizienter und einfacher zu erheben. Zudem besteht zwischen BMI und Körperfettanteil ein enger Zusammenhang (Falaschetti et al. 2010).

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert (WHO 2000). Personen mit einem BMI < 18,50 werden geschlechtsunabhängig als untergewichtig, mit Werten zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig bzw. mit Werten ≥ 30 als adipös eingestuft.

Die Ergebnisse in puncto Adipositas/Übergewicht werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2006/2007 und 2014 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der Bevölkerungssegmente 15 Jahre und älter versus 18 Jahre und älter hat keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis erbracht.

Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb Ergebnisse für die Bevölkerung 15 Jahre und älter berichtet.

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen werden auf Basis der „Health Behaviour in School-aged Children“- (HBSC-) Studie berichtet (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige. Die Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas wurden nach Cole et al. 2000 definiert (Griebler et al. 2016).

Die „Childhood Obesity Surveillance“-Daten stammen aus dem Bericht zur Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2020 (Weghuber/Maruszczyk 2023) und beruhen auf gemessenen Daten von Kindern der 3. Schulstufe (Grundschule). Primäre Zielgruppe der COSI waren acht- und neunjährige Mädchen und Burschen.

4.1.2 Bluthochdruck

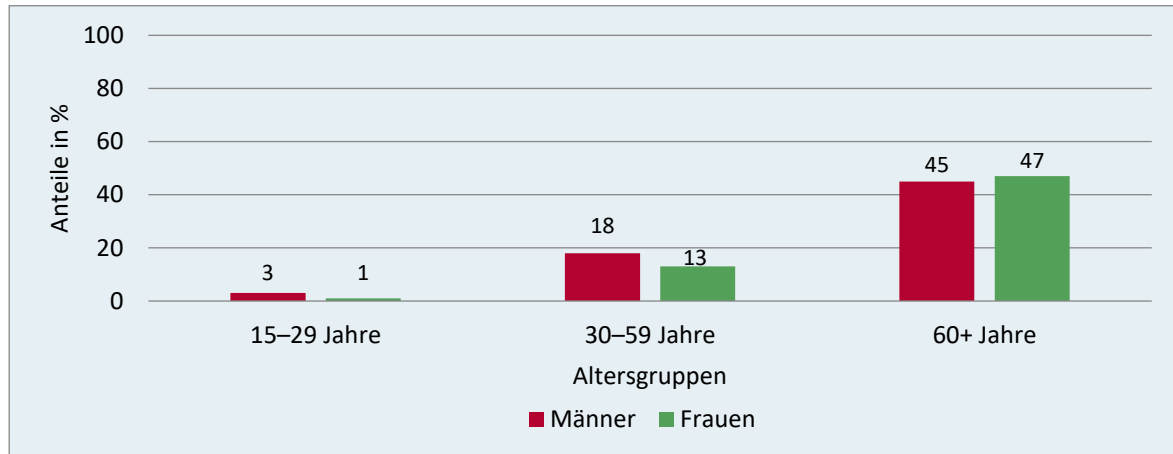
Bluthochdruck oder Hypertonie ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) sowie Niereninsuffizienz. Bluthochdruck zählt (vor allem in den Industrienationen) zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken und steht mit Übergewicht und Adipositas im Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2015).

Rund 22 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 1,62 Mio. Personen) sind – laut ATHIS 2019 – von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 18–30 %). In der Größenordnung entspricht das in etwa dem Wert von 2014.

30- bis 59-jährige Männer haben häufiger Bluthochdruck als gleichaltrige Frauen (18 % vs. 13 %).

Die Prävalenz von Bluthochdruck nimmt mit dem Alter zu: von zwei Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 46 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 89).

Abbildung 89: Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

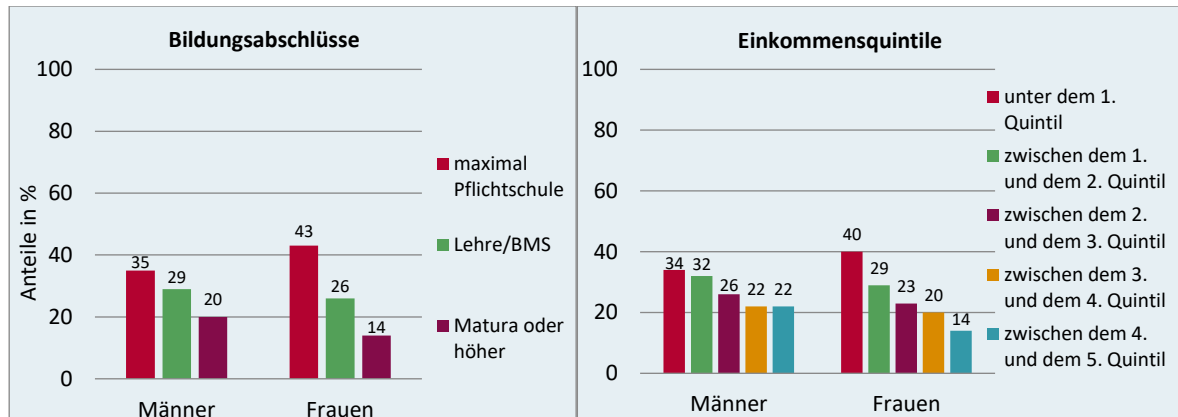
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Bluthochdruckprävalenz sinkt mit steigender Bildung (s. Abbildung 90): von 40 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) auf 17 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Ein ebenfalls deutlicher Gradient findet sich hier in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil der Personen, die von Bluthochdruck betroffen sind, von 38 Prozent im untersten Einkommensquintil auf 18 Prozent im obersten Quintil ab (s. Abbildung 90).

Abbildung 90: Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

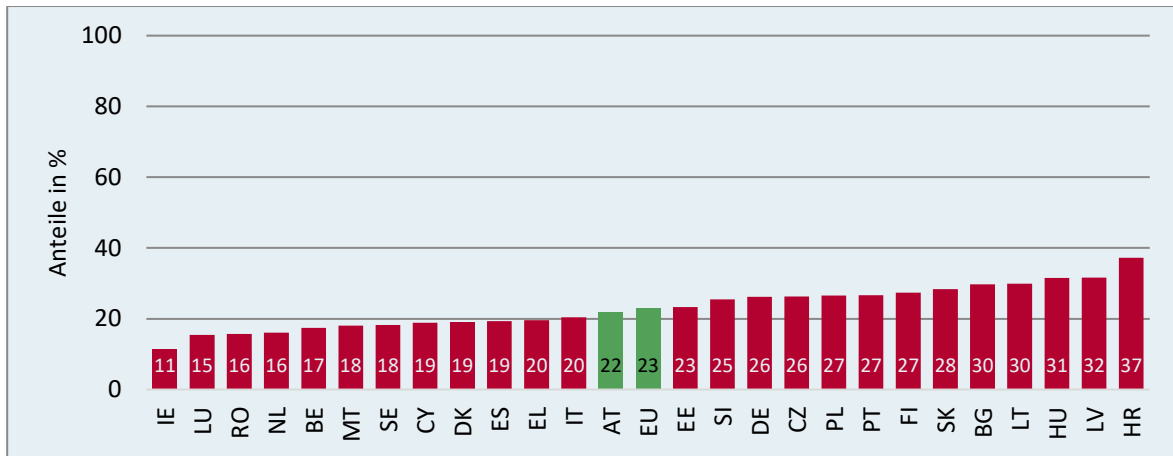
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Etwa 23 Prozent der EU-Bevölkerung (exkl. Frankreich) ab 15 Jahren leiden unter Bluthochdruck. Die Bevölkerung in Österreich liegt mit 22 Prozent damit genau im EU-Durchschnitt (EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 11–37 %; s. Abbildung 91).

Abbildung 91: Bluthochdruck bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Liegt der Blutdruck regelmäßig über den definierten Normwerten, spricht man von Bluthochdruck (Hypertonie). Bluthochdruck wird bezüglich seiner Ursachen in zwei Gruppen unterteilt: Die primäre (essenzielle) Hypertonie entsteht durch Wechselwirkung von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und ungünstigem Lebensstil. Die deutlich seltenere sekundäre Hypertonie ist eine Folge bereits bestehender Erkrankungen, z. B. der Niere.

Die Bluthochdruckergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) berichtet und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.1.3 Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride

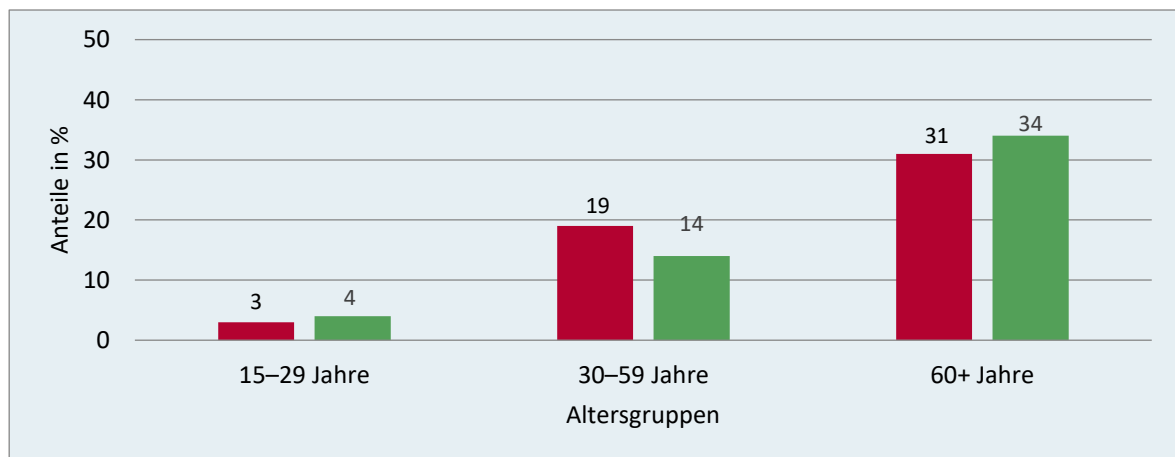
Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride sind ein Risikofaktor für zahlreiche Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie können zu Arteriosklerose, einer koronaren Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall und einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) führen (Griebler et al. 2021b).

Rund 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 1,37 Mio. Personen) sind – laut ATHIS 2019 – von erhöhten Cholesterinwerten/Blutfetten/Triglyceriden betroffen (rund 1,37 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 13–23 %).

30- bis 59-jährigen Männern weisen häufiger erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride auf als gleichaltrige Frauen (19 % vs. 14 %). Bei der ab 60-jährigen Bevölkerung sind hingegen Frauen etwas häufiger davon betroffen als Männer (34 % vs. 31 %).

Die Prävalenz erhöhter Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nimmt mit dem Alter deutlich zu: von drei Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 33 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 92).

Abbildung 92: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

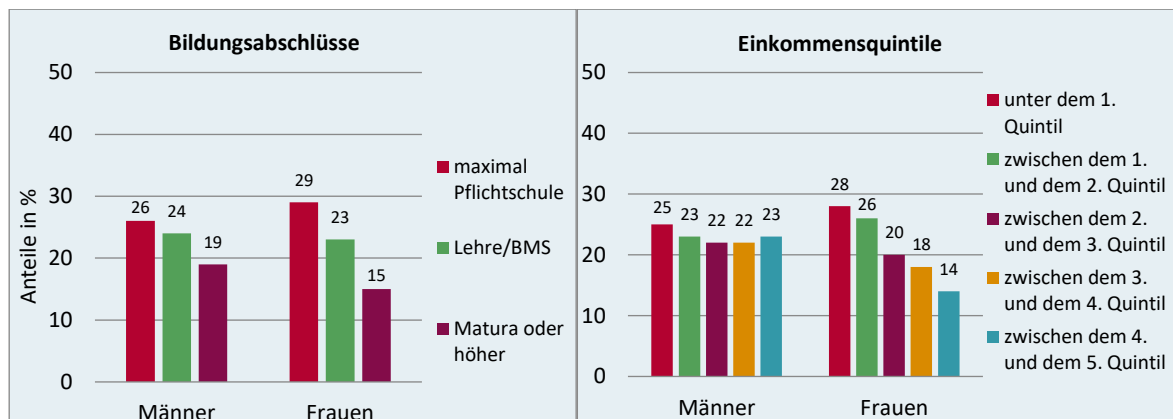
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ein Anstieg der Prävalenz erhöhter Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride ist auch mit abnehmender formaler Bildung erkennbar: von 17 Prozent bei ab 30-jährigen Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss auf 28 Prozent bei Personen gleichen Alters mit maximal Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 93).

Ein ebenfalls deutlicher Gradient findet sich hier in Bezug auf das Haushaltseinkommen, allerdings nur für die weibliche Bevölkerung: Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil der ab 30-jährigen Frauen mit erhöhten Cholesterinwerten/Blutfetten/Triglyceriden von 28 Prozent im untersten Einkommensquintil auf 14 Prozent im obersten Quintil ab (s. Abbildung 93). In der männlichen Bevölkerung zeigt sich dieser Zusammenhang nicht. In allen Einkommensgruppen beträgt die Prävalenz rund 22–25 Prozent.

Abbildung 93: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nach Bildung und Einkommen in Österreich 2019



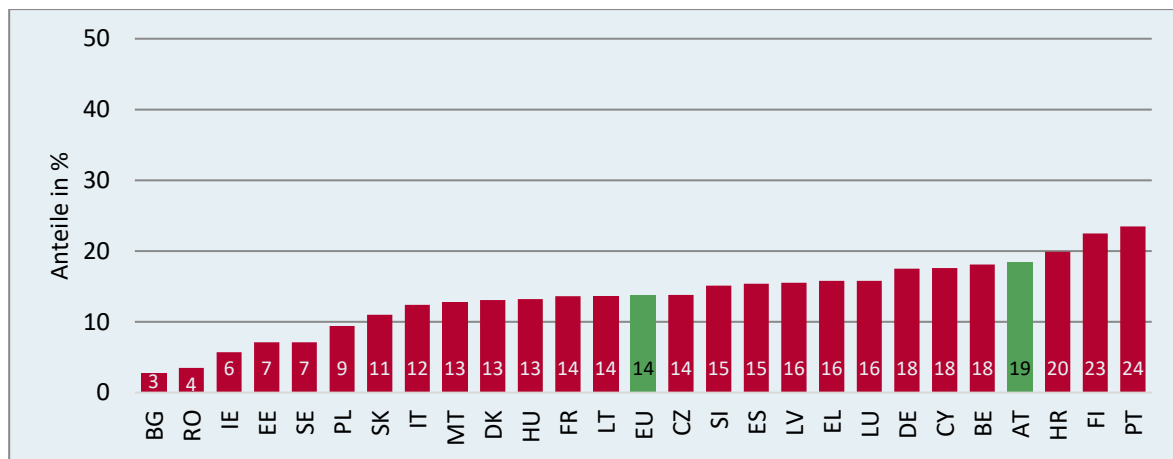
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Etwa 14 Prozent der EU-Bevölkerung ab 15 Jahren (exkl. Niederlande) weisen erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride auf. Die Bevölkerung in Österreich liegt hier mit 19 Prozent folglich deutlich über dem EU-Durchschnitt (EU-Bandbreite exkl. Niederlande: 3–24 %; s. Abbildung 94).

Abbildung 94: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Niederlande

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Prävalenz erhöhter Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) berichtet. Vergleichsdaten aus den anderen beiden Gesundheitsbefragungen (ATHIS 2006/2007 und 2014) liegen in diesem Bereich nicht vor. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.2 Psychische Faktoren

Psychische Faktoren – damit sind Grundhaltungen (Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungshaltungen), Kompetenzen (z. B. Gesundheitskompetenz) und Persönlichkeitseigenschaften gemeint – determinieren nachweislich das Gesundheitsverhalten, das körperliche und psychische Stressniveau und damit die Gesundheit (Conner/Norman 2005; Griebler/Dür 2009; Lazarus 1999).

Besonders von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten *Meta- bzw. Zugangsressourcen*, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura, Albert 1977; Bandura, A. 1997), das Hardiness-Konzept¹⁴ (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder der von Antonovsky definierte „sense of coherence“¹⁵ (Antonovsky, Aaron 1979; Antonovsky, H./Sagy 1986; Antonovsky, Aaron/Franke 1997). Diese Konzepte sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie diese mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgehen können.

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsfördernde, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu fällen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und der Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

Verhaltensbezogene Einstellungen und Überzeugungen informieren über Grundhaltungen und Werte, die sowohl normkonform als auch normwidrig sein können. Sie verweisen auf

¹⁴ Hardiness ist die Fähigkeit, belastende Situationen als Herausforderung bzw. als steuer- und bewältigbar zu betrachten.

¹⁵ Sense of coherence (Kohärenzgefühl) ist „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, Aaron/Franke 1997, S. 36) Das Kohärenzgefühl ist demnach durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gekennzeichnet.

die Priorität und Dringlichkeit gesundheitsrelevanter Themen und geben Auskunft über die zugrunde liegende Motivlage und über das zur Verfügung stehende Wissen (Conner/Norman 2005).

Ebenfalls zu den psychischen Faktoren zählen *Einstellung und Haltung zum eigenen Körper*. Beide beeinflussen sowohl das Verhalten als auch die psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008).

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen zu den psychischen Einflussgrößen (mehrheitlich) keine entsprechenden Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und auf die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

4.2.1 Gesundheitskompetenz

In Sachen allgemeine Gesundheitskompetenz (GK) erreicht die österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren – laut der Österreichischen GK-Befragung 2020 (HLS₁₉-AT) – durchschnittlich rund 85 von 100 Punkten (Griebler et al. 2021a).

Besondere Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen bestehen bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen, generell beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention.

Ein näherungsweise Vergleich mit den Ergebnissen der ersten österreichischen GK-Befragung 2011 (HLS-EU) lässt einen leichten Anstieg in der allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten – von 48 Prozent mit ausreichender bis exzellenter GK auf 53 Prozent (Griebler et al. 2021a). Verbesserungen im Informationsmanagement sind im Bereich Gesundheitsförderung sowie beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen erkennbar.

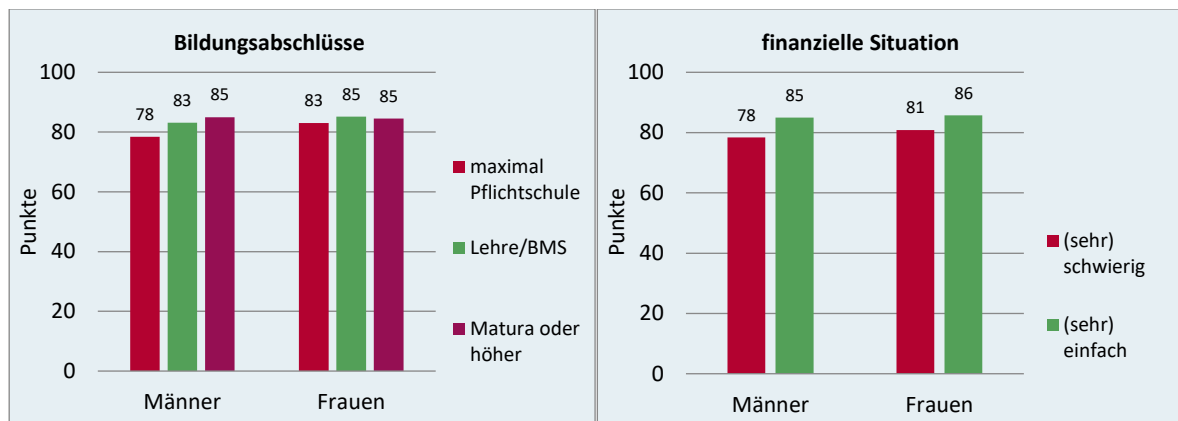
Männer berichten im Vergleich zu Frauen (84 vs. 86 Punkte) und Menschen im mittleren Alter (zw. 30 und 59 Jahren; 83 Punkte) im Vergleich zur jüngeren und älteren Bevölkerung von größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Menschen mittleren Alters vermutlich, weil in dieser Lebensphase unterschiedliche Herausforderungen in

Sachen Gesundheit zusammenkommen (Kinder und deren Gesundheit, erste eigene chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme, Pflege und Betreuung Angehöriger).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) sowie Menschen in finanziell prekären Situationen berichten eine geringere allgemeine GK als jene mit höherer formaler Bildung und keinen finanziellen Sorgen (s. Abbildung 95).

Abbildung 95: Allgemeine Gesundheitskompetenz (GK-Score) nach Bildung und finanzieller Situation in Österreich 2020: Mittelwerte



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (Bildung: 30 Jahre und älter; finanzielle Situation: 18 Jahre und älter)

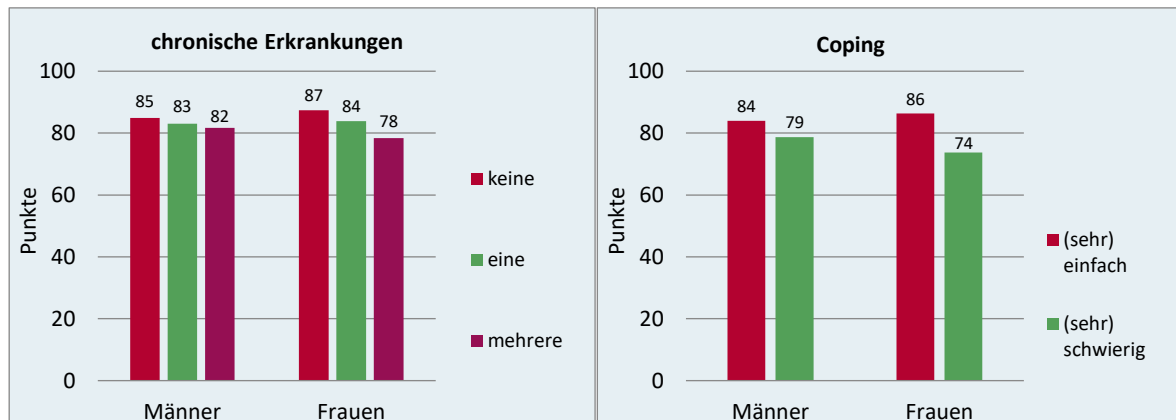
Quelle: GÖG – Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitskompetenz und chronische Erkrankungen

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen und vor allem jene, die Schwierigkeiten im Handling dieser gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen eine geringere allgemeine GK auf als jene ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen (s. Abbildung 96).

Abbildung 96: Allgemeine Gesundheitskompetenz (GK-Score) nach chronischen Erkrankungen und diesbezüglichen Copingschwierigkeiten in Österreich 2020: Mittelwerte



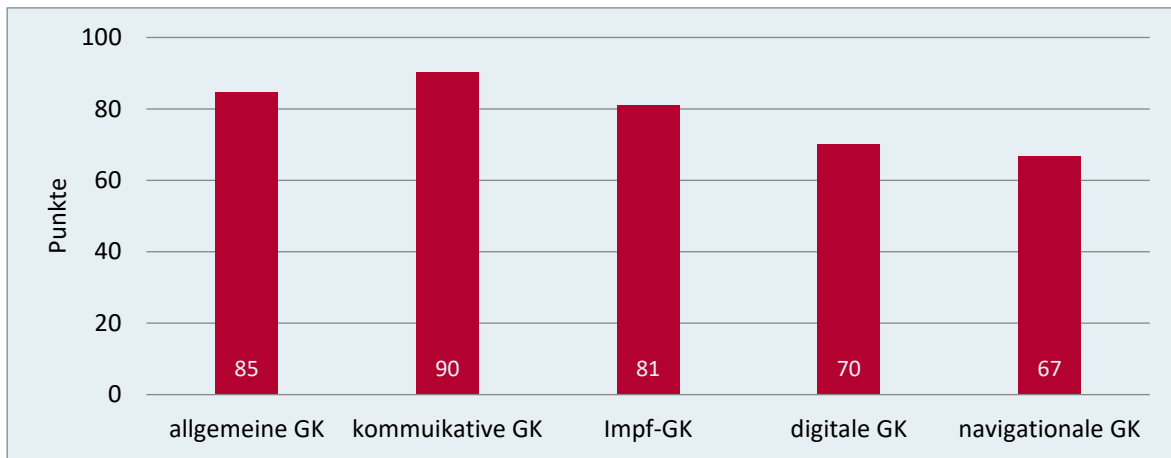
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (18 Jahre und älter)

Quelle: GÖG – Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Spezielle Bereiche der Gesundheitskompetenz

Im Rahmen des HLS₁₉-AT wurden erstmals auch Daten zu spezifischen Gesundheitskompetenzen gesammelt (digitale GK, Navigationskompetenz, Gesundheitskompetenz in Bezug auf Impfentscheidungen, kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche). Im Vergleich zur allgemeinen GK zeigt sich, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) (Griebler et al. 2022) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz (Umgang mit Onlineinformationen) (Straßmayr et al. 2022) bestehen (s. Abbildung 97).

Abbildung 97: Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich (GK-Scores) in Österreich 2020: Mittelwerte



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (18 Jahre und älter)

GK = Gesundheitskompetenz

Quelle: GÖG – Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Unter *Gesundheitskompetenz* (health literacy) wird die Fähigkeit verstanden, im Alltag gesundheitsfördernde, präventive und die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu fällen: Sie basiert auf der allgemeinen Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen, relevante Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können (Sørensen et al. 2012), wobei die individuelle Kompetenz immer in Relation zu den gestellten Anforderungen zu sehen ist (Brach et al. 2012; Parker 2009).

Triftige Aussagen über die Gesundheitskompetenz können in Österreich auf Basis des European Health Literacy Survey (HLS-EU) und des Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS₁₉) (HLS₁₉ Consortium 2021) getroffen werden.

Für die repräsentative österreichische Erhebung (HLS₁₉-AT) wurden 2020 in Österreich rund 3.000 ab 18-Jährige telefonisch befragt. In der Erhebung wurden neben

der allgemeinen GK auch spezielle Bereiche der GK (digitale GK, Navigationskompetenz im Gesundheitssystem, kommunikative GK im Rahmen ärztlicher Gespräche und GK in puncto Impfentscheidungen) abgefragt (Griebler et al. 2021a). Zu allen Gesundheitskompetenzbereichen wurden Scores zwischen 0 und 100 berechnet, wobei 100 den bestmöglichen Wert repräsentiert.

4.3 Gesundheitsverhalten

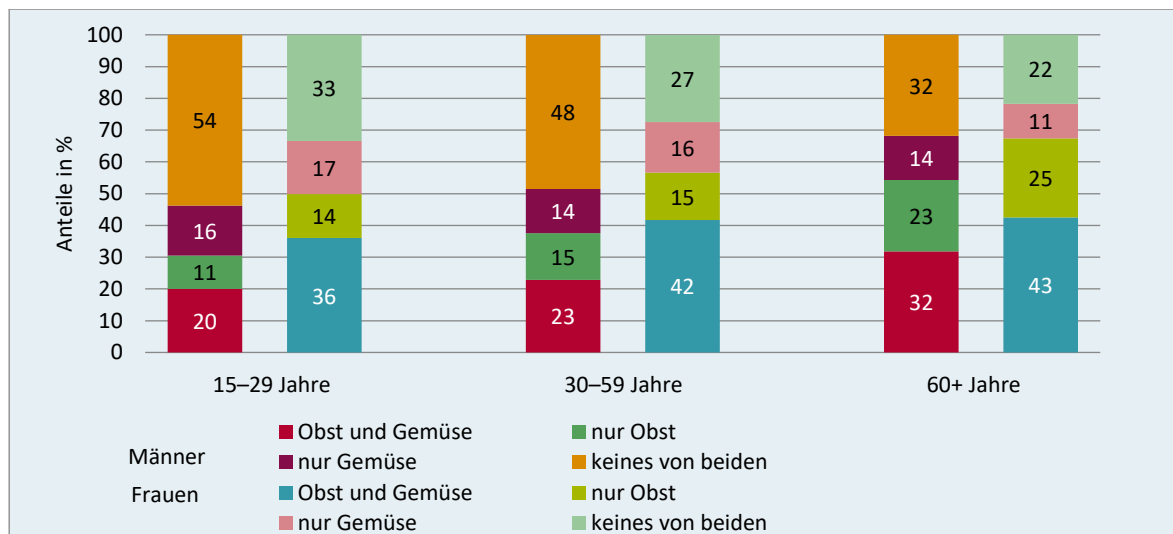
4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis von wenig gesundheitsfördernden (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsfördernden Lebensmitteln (z. B. Obst, Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte), bei dem das Hauptgewicht auf Ersterem liegt, kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Vor allem beim Fleischverzehr zeigt sich eine deutliche Abweichung zwischen dem Sollbereich von 43 bis 64 Gramm pro Tag und den Istwerten – sowohl bei Frauen als auch bei Männern, bei denen der Wert sogar dreimal über der empfohlenen Tagesmenge liegt (Antosik/Griebler 2021). Als besonders wichtig erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb einen täglichen Obst- und Gemüseverzehr (s. www.oege.at).

In Österreich essen 33 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung täglich Obst und Gemüse (ATHIS 2019; BL-Bandbreite: 26–41 %); Frauen aller Altersgruppen häufiger als Männer (41 % vs. 25 %). 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren essen täglich Obst (aber kein Gemüse), 15 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 36 Prozent verspeisen weder das eine noch das andere auf einer täglichen Basis. Die ab 60-jährige Bevölkerung isst am häufigsten täglich Obst und/oder Gemüse, die 15- bis 29-jährige Bevölkerung am seltensten (s. Abbildung 98).

Im Vergleich mit 2014 zeigt sich, dass der Anteil der ab 15-jährigen Bevölkerung, die täglich Obst und Gemüse isst, leicht zurückging (um zwei Prozentpunkte), hier vor allem bei den Frauen (von 44 % auf 41 %). Täglich Obst (aber kein Gemüse) aßen 2019 deutlich weniger Personen als noch 2014 (21 % vs. 17 %). Der tägliche Gemüsekonsum hingegen ist seit 2014 um drei Prozentpunkte gestiegen.–

Abbildung 98: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019

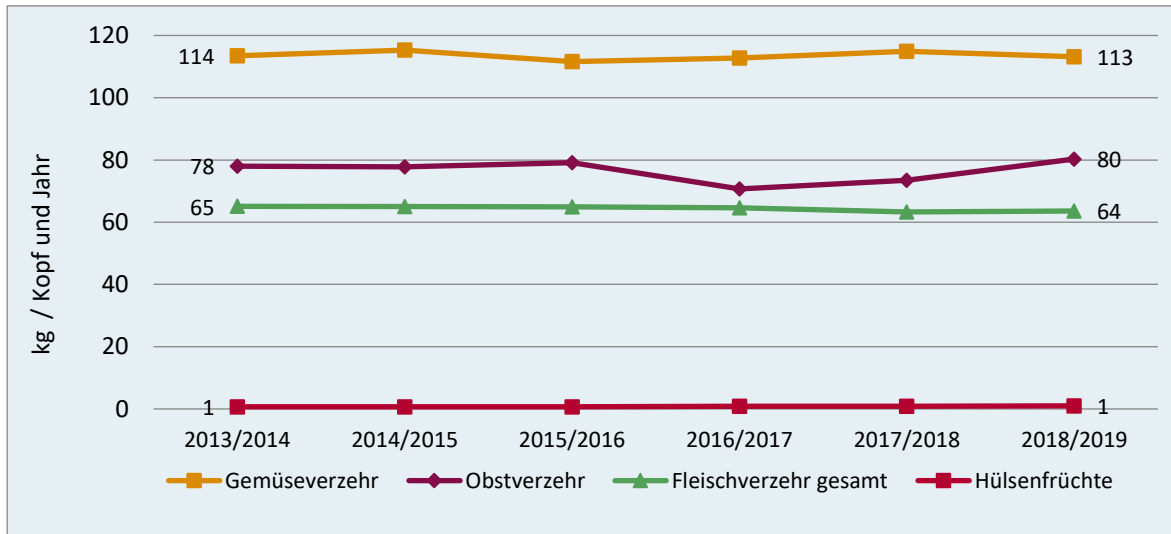


ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei Betrachtung der Verzehrdaten in kg pro Kopf und Jahr zeigt sich im Trend deutlich, dass sich das Ernährungsverhalten sowohl bei gesundheitsfördernden als auch bei nichtgesundheitsfördernden Lebensmitteln seit 2013/2014 kaum verändert hat (s. Abbildung 99).

Abbildung 99: Verzehr von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Fleisch in kg pro Kopf und Jahr im Trend in Österreich 2013/2014–2018/2019

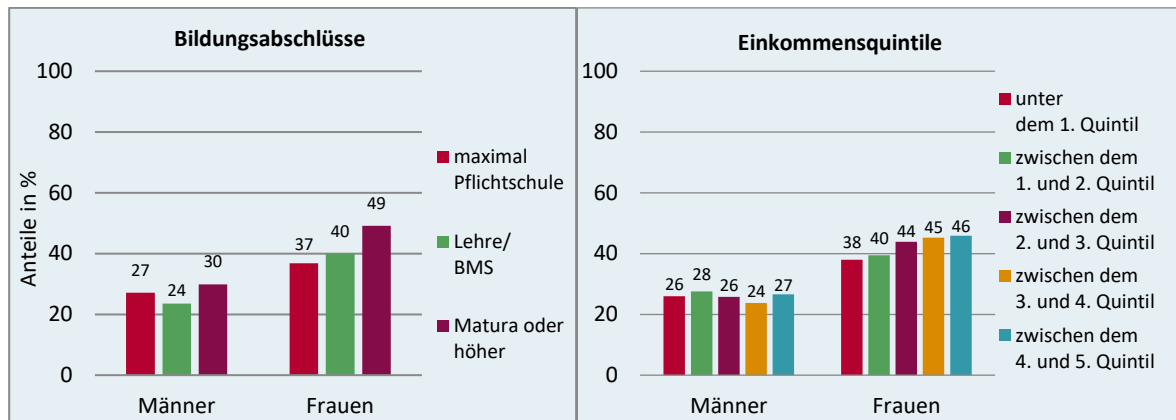


Quelle: Statistik Austria: Versorgungsbilanz 2013/2014–2018/2019 und bei Fleisch 2014–2019;
Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

In der weiblichen Bevölkerung (30 Jahre und älter) steigt der tägliche Obst- und Gemüseverzehr sowohl mit höherer Bildung (von 37 % mit maximal Pflichtschulabschluss auf 49 % mit Matura oder einem höheren Abschluss) als auch mit steigendem Haushaltseinkommen (von 38 % im untersten Einkommensquintil auf 46 % im obersten Quintil; s. Abbildung 100). Der Einkommenseffekt ist dabei eher flach. Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss essen etwas häufiger täglich Obst und Gemüse als jene mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss (30 % vs. 24–27 %). Ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen zeigt sich hier bei der männlichen Bevölkerung – wie auch schon bei Übergewicht und Adipositas – nicht (s. Abbildung 100).

Abbildung 100: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



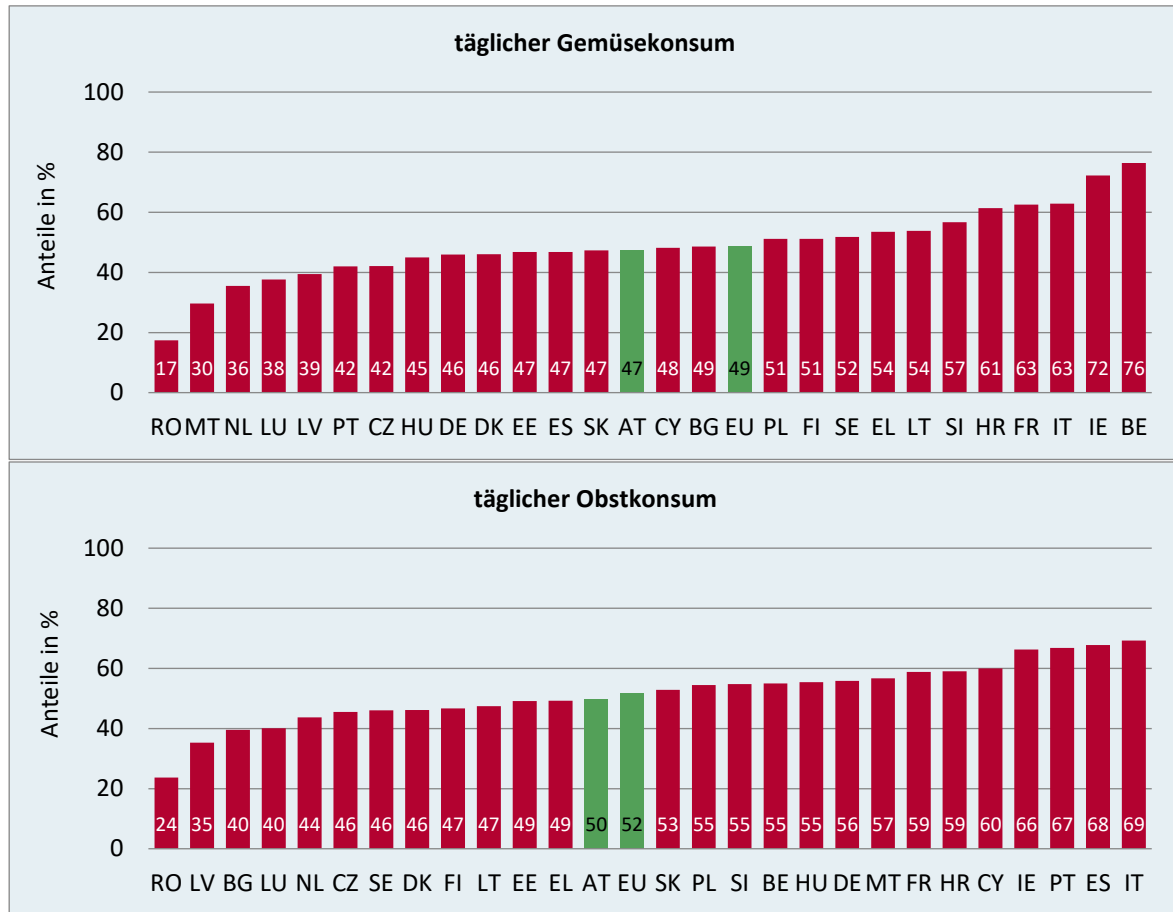
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2019 – sowohl beim täglichen Obst- (50 %; EU-Bandbreite: 24–67 %) als auch beim täglichen Gemüsekonsum (47 %; EU-Bandbreite: 17–76 %) im europäischen Durchschnitt (52 % bzw. 49 %; s. Abbildung 101).

Abbildung 101: Täglicher Obst- und täglicher Gemüsekonsum der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen kann der Obst- und Gemüsekonsum anhand der HBSC-Studie eingeschätzt werden, der zufolge 2018 rund 25 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen täglich zu Obst und Gemüse griffen, Mädchen häufiger als Burschen (30 % vs. 19 %) (Antosik et al. 2021).

Seit 2006 ist der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse seitens Kindern und Jugendlicher – bei beiden Geschlechtern – deutlich gestiegen (von insgesamt 12 % auf 25 %).

Beim Obstkonsum liegen Österreichs 11- und 13-jährige Kinder und Jugendliche deutlich über dem europäischen Durchschnitt, die 15-Jährigen jedoch darunter. Beim Gemüsekonsum liegen die 13-Jährigen im Mittelfeld, die 11- und 15-jährigen Kinder und Jugendlichen deutlich unter dem europäischen Durchschnitt (Inchley et al. 2020).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse bezüglich des Ernährungsverhaltens werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Die Angaben zum täglichen Fleischkonsum beziehen sich auf den Ernährungsbericht 2017 (Rust et al. 2017), bei den Verzehrdaten in kg pro Kopf und Jahr wurde die von der Statistik Austria jährlich verfasste Versorgungsbilanz herangezogen (Antosik/Griebler 2021; Statistik Austria 2023b).

Der Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen wird auf Basis der „Health Behaviour in School-aged Children“- (HBSC-) Studie berichtet (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige.

4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben einem „gesunden“ Ernährungsverhalten, dem Nichtrauchen und sozialen Kontakten) zu den bedeutendsten Faktoren zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung

sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmter Krebserkrankungen sowie das Demenzrisiko und trägt langfristig zu einer höheren Lebensqualität und Lebenserwartung bei (FGÖ 2020). Das Bewegungsverhalten wird einerseits von individuellen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Bewegungskompetenz), andererseits von der physischen Umwelt und deren Gestaltung beeinflusst (BMLVS 2013).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen ab 18 Jahren)

- ein wöchentliches Ausmaß von 150 Minuten bis 300 Minuten ausdauerorientierter Bewegung bei mittlerer Intensität und
- muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (FGÖ 2020) (FGÖ 2020).

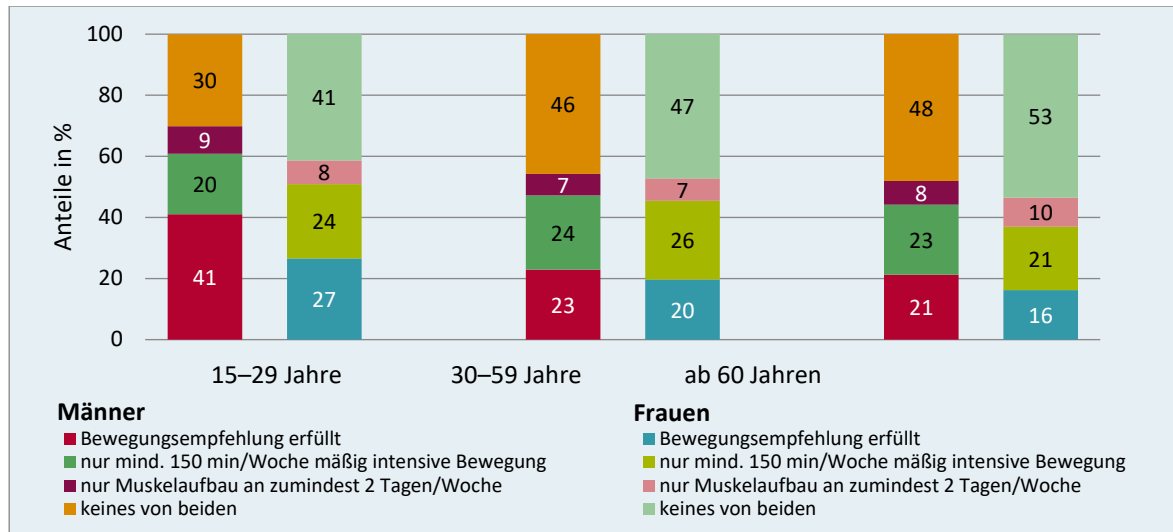
Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert. Vermieden werden sollte langandauerndes Sitzen.

Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Punkt 1 und 2 der Bewegungsempfehlungen) erfüllen – laut ATHIS 2019 – rund 23 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 20–28 %), Männer häufiger als Frauen (26 % vs. 20 %). Während rund 41 Prozent der 15- bis 29-jährigen Männer die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen, sinkt der entsprechende Anteil bei den 30- bis 59-Jährigen auf etwas unter ein Viertel und bei den ab 60-Jährigen auf ein Fünftel. Bei den Frauen erfüllt rund ein Viertel der 15- bis 29-Jährigen die Bewegungsempfehlungen. Mit dem Alter sinkt der Anteil von noch 20 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 16 Prozent in der Altersgruppe 60+ (s. Abbildung 102).

150 Minuten pro Woche mäßig intensiver Bewegung gehen rund 47 Prozent der ab 15-Jährigen nach (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 43–57 %), Frauen etwas seltener als Männer (44 % vs. 49 %), 15- bis 29-Jährige häufiger als Personen ab 30 (56 % vs. 40–46 %).

An mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen (Punkt 2 der Bewegungsempfehlungen) führen 31 Prozent der ab 15-Jährigen aus (BL-Bandbreite: 28–33 %), Frauen seltener als Männer (28 % vs. 34 %), 15- bis 29-Jährige häufiger als jene ab 30 (42 % vs. 27–29 %). Gegenüber 2014 zeigen sich hier damit keine nennenswerten Änderungen.

Abbildung 102: Bewegungsverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

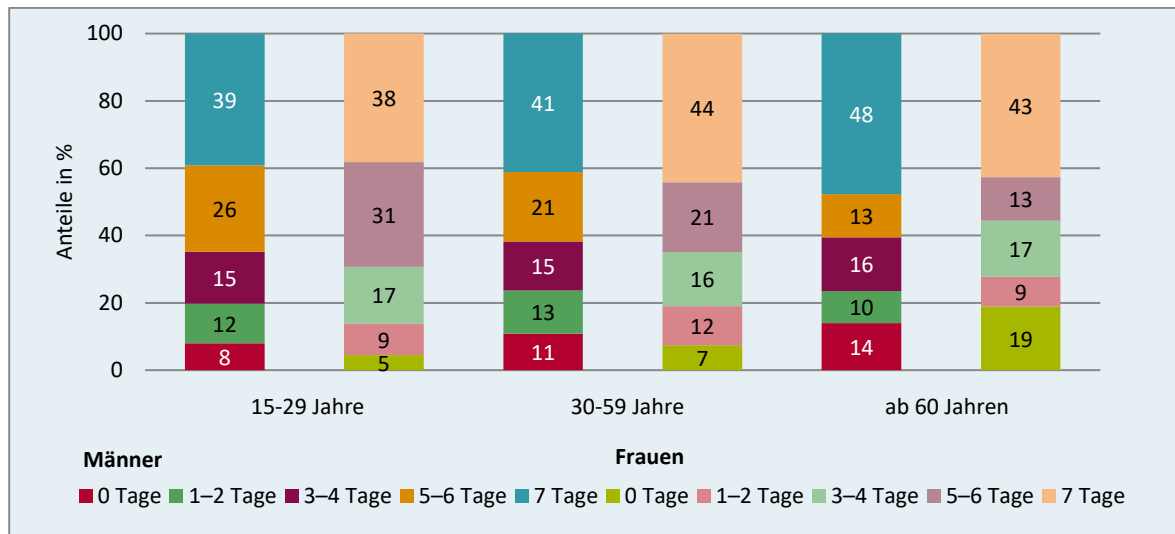
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Alltagsbewegung

Alltagswege von mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung legen Personen in Österreich ab 15 Jahren – laut ATHIS 2019 – an 4,8 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück (BL-Bandbreite: 4,3–5,4 Tage pro Woche), Männer etwa genauso häufig wie Frauen (s. Abbildung 103). Andere Fortbewegungsmittel wie Inlineskates, Roller und Ähnliches wurden allerdings nicht abgefragt.

Mit einem Durchschnittswert von 4,9 bzw. 4,8 Tagen pro Woche legen 15- bis 29-Jährige und 30- bis 59-Jährige ihre Alltagswege etwas häufiger zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück als die ab 60-jährige Bevölkerung (4,6 Tage pro Woche). Elf Prozent der ab 15-Jährigen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 6–15 %), 43 Prozent täglich (BL-Bandbreite: 34–52 %).

Abbildung 103: Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



*mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß oder mit dem Fahrrad

ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

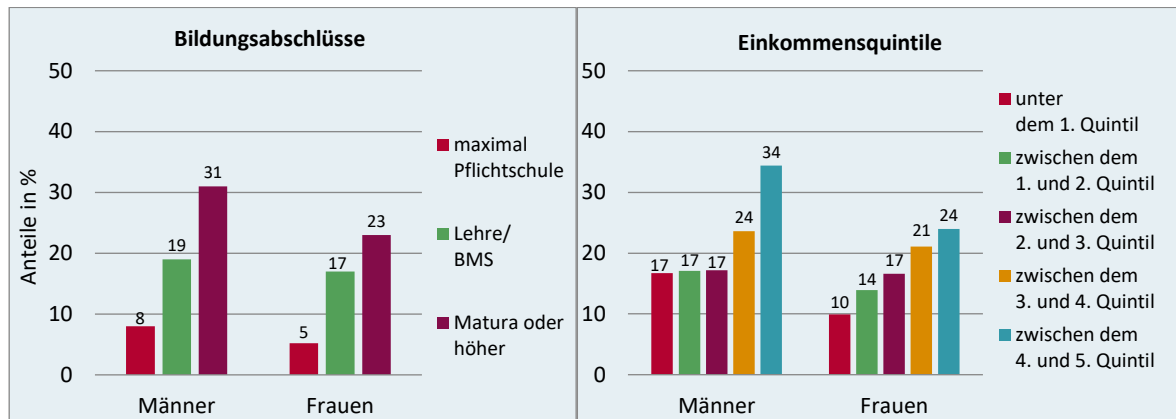
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als jene mit maximal einem Pflichtschulabschluss (27 % vs. 18 %). Dieser Bildungsgradient gilt für Männer und Frauen gleichermaßen (s. Abbildung 104). Unterschiede in der Alltagsbewegung finden sich sowohl für die männliche als auch für die weibliche Bevölkerung entsprechend dem zuvor genannten Muster.

Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang zeigt sich hier in Bezug auf das Haushaltseinkommen: Personen aus finanziell bessergestellten Haushalten erfüllen die österreichischen Bewegungsempfehlungen häufiger als jene mit einem geringen Haushaltseinkommen (s. Abbildung 104). Der Gradient bewegt sich von 29 Prozent zu 13 Prozent. Während in der weiblichen Bevölkerung ein deutlich linearer Zusammenhang zwischen dem Haushaltseinkommen

men und dem Einhalten der Bewegungsempfehlungen besteht, setzen sich bei den Männern in dieser Hinsicht nur die beiden oberen Einkommensquintile positiv von den anderen Einkommensgruppen ab.

Abbildung 104: Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



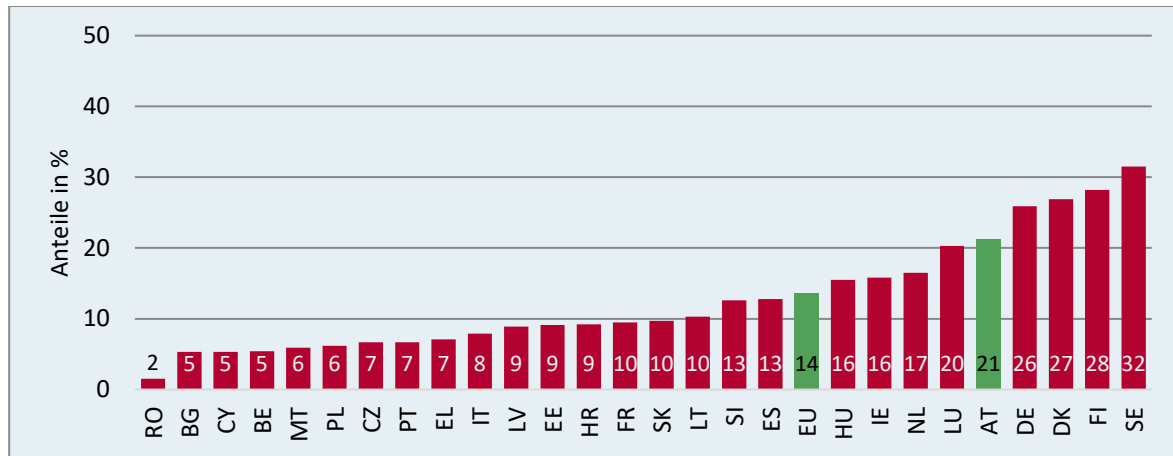
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die Bewegungsempfehlungen (mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche und an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen) erfüllen – laut EHIS 2019 – 13 Prozent der EU-Bevölkerung (EU-Bandbreite: 2–31 %). Österreich rangiert hier mit 21 Prozent auf Rang 5 (s. Abbildung 105).

Abbildung 105: Gesundheitswirksame Bewegung der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Entsprechend den österreichischen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, die jenen der Erwachsenen sehr ähnlich sind (FGÖ 2020), bewegen sich – laut HBSC-Studie 2018 – rund 20 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen täglich 60 Minuten oder mehr, Burschen häufiger als Mädchen (25 % vs. 15 %) (Antosik et al. 2021).

Zwischen 2010 und 2014 sowie zwischen 2014 und 2018 hat die Zahl täglich aktiver Kinder und Jugendlicher abgenommen (von 25 % auf 22 % und von 22 % auf 20 %).

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Elf- bis 15-Jährige leicht über dem EU-Mittelwert von 16 Prozent (Inchley et al. 2020).

Definitionen und Daten

Körperliche Aktivität wird als „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruheenergiebedarf hinaus steigert“ (Europäische Kommission 2008) definiert. Sie sollte zumindest zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

Als *muskelkräftigende Übungen* werden Krafttraining, Pilates oder Yoga bezeichnet, weil diese die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Bewegungsapparats, der Skelettmuskeln, Gelenke, Knochen, Sehnen und Bänder fördern (Klimont 2020).

Die Ergebnisse in Hinblick auf das Bewegungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2019) (Klimont 2020) berichtet und mit jenen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2018 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 und 2014 verglichen (Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf 11-, 13- und 15-Jährige, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige.

4.3.3 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und ist ein bedeutendes Gesundheitsrisiko (RKI 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall (s. dazu auch Kapitel 3.3.1.7), Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma (s. 3.3.1.5) und bösartige Neubildungen (s. 3.3.1.8) wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

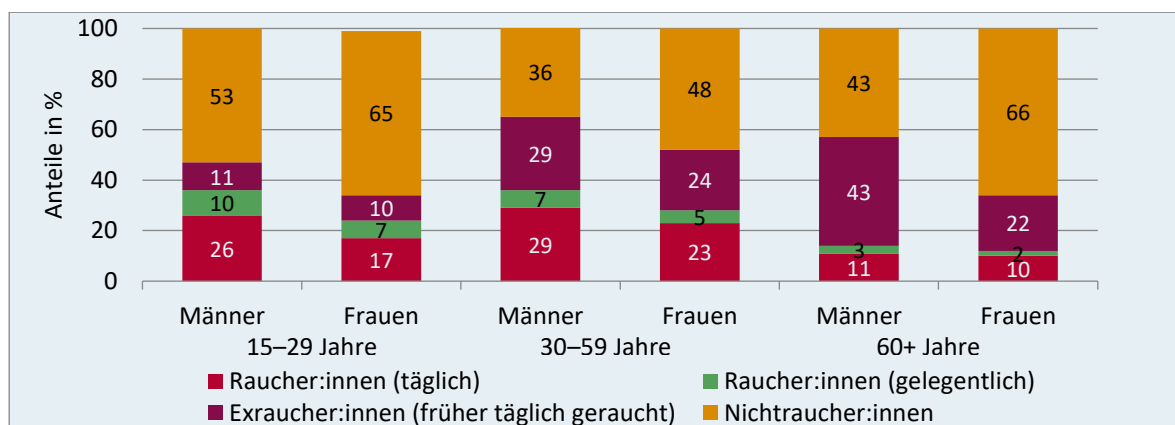
Laut ATHIS 2019 rauchen rund 21 Prozent der Personen ab 15 Jahren in Österreich (rund 1,53 Mio. Personen) täglich (BL-Bandbreite: 18–23 %), rund sechs Prozent gelegentlich (rund 416.000 Personen). 49 Prozent der ab 15-Jährigen haben noch nie in ihrem Leben täglich geraucht. Der Anteil der täglich rauchenden Frauen ist zwischen 2006/2007 und 2014 leicht angestiegen (um zwei Prozentpunkte) und 2019 wieder gesunken (um vier Prozentpunkte), während der Anteil der täglich rauchenden Männer zwischen 2006/2007 und 2014 stabil geblieben und 2019 gesunken ist (um drei Prozentpunkte).

58 Prozent der Gelegenheitsraucher:innen (3 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) und 34 Prozent der aktuell Nichtraucher:innen (25 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) haben – laut ATHIS 2019 – früher täglich geraucht und ihr Verhalten geändert.

Die männliche Bevölkerung raucht nach wie vor häufiger täglich als die weibliche (24 % vs. 18 %). Zudem rauchen Männer häufiger 21 oder mehr Zigaretten pro Tag als Frauen (16 % der täglich rauchenden Männer vs. 6 % der täglich rauchenden Frauen). Täglich rauchende Männer rauchen im Durchschnitt 17 Zigaretten, täglich rauchende Frauen 13 Zigaretten pro Tag.

Der Anteil der täglich Rauchenden ist mit 26 Prozent bei 30- bis 59-Jährigen am höchsten und mit elf Prozent in der Gruppe der ab 60-Jährigen am geringsten. Der Anteil der Gelegenheitsraucher:innen nimmt mit dem Alter ab: von neun Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf drei Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Abbildung 106: Raucherstatus nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

2014 war der Anteil der täglich Rauchenden noch in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen am höchsten, was darauf hindeutet, dass in den jüngeren Generationen inzwischen seltener täglich geraucht wird.

Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

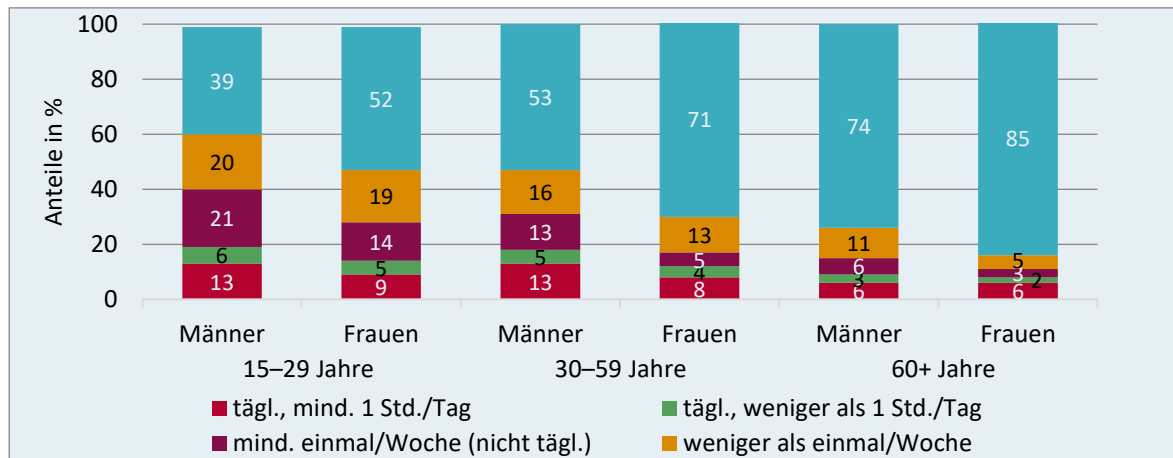
36 Prozent der täglich rauchenden Frauen und Männer in Österreich (15 Jahre und älter; rund 697.000 Personen) haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (BL-Bandbreite: 29–41 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig.

Der Anteil der täglich Rauchenden, die im letzten Jahr versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nimmt mit steigendem Alter ab: von 38 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 33 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Passivrauchen

Neun Prozent der ab 15-Jährigen (rund 679.000 Personen) sind täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt (BL-Bandbreite: 7–14 %), weitere vier Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (BL-Bandbreite: 3–5 %). Dies gilt für Männer häufiger als für Frauen (s. Abbildung 107). Bei der ATHIS-Erhebung 2014 waren es noch 15 Prozent, die angaben, täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt zu sein. Der Anteil der Passivraucher:innen nimmt mit dem Alter ab (s. Abbildung 107).

Abbildung 107: Passivrauchexposition nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Konsum von E-Zigaretten und anderer elektronischer Produkte

Rund ein Prozent der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre und älter; rund 50.000 Personen) nutzt laut ATHIS 2019 täglich E-Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte (BL-Bandbreite: 0,1–1,5 %). Weitere zwei Prozent tun dies gelegentlich (rund 138.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–3 %). Männer konsumieren E-Zigaretten und Co etwa doppelt so häufig auf einer täglichen Basis wie Frauen (1 % vs. 0,5 %), Personen unter 60 Jahren häufiger als Personen ab 60 (0,8 % bzw. 0,9 % vs. 0,2 %).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

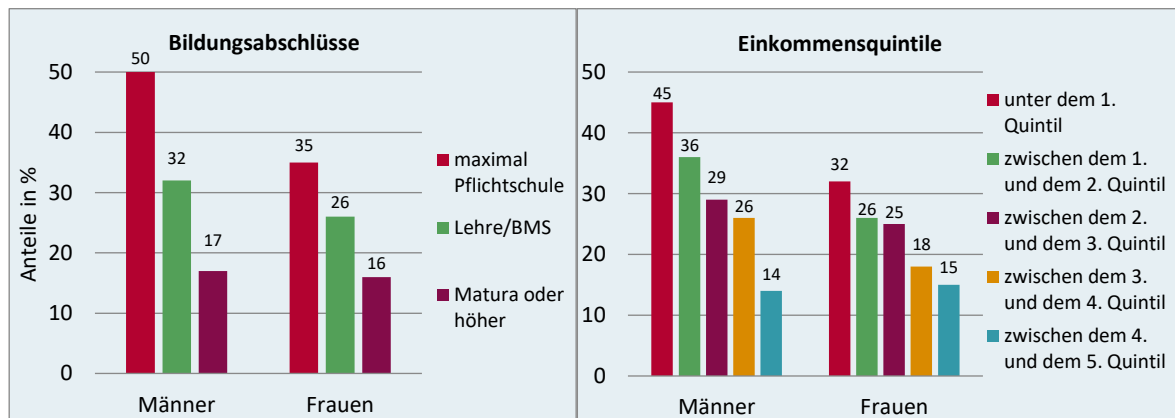
Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss zählen häufiger zur Gruppe der täglich Rauchenden – dies zeigt sich am stärksten in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen. Hier rauchen 41 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschule, 29 Prozent mit Lehre oder BMS und 17 Prozent mit Matura oder einem höheren Abschluss täglich (s. Abbildung 108). Der Anteil täglich Rauchender, die im letzten Jahr versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, ist höher, je niedriger ihr Bildungsabschluss ist (Bevölkerung 30+: 39 % vs. 36 % vs. 33 %).

Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss sind häufiger Passivrauch ausgesetzt. In der Altersgruppe 30+ sind zwölf Prozent der Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss und zehn Prozent der Bevölkerung mit einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss, aber nur fünf Prozent der Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt.

In der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen werden E-Zigaretten und andere elektronische Produkte doppelt so häufig von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder Lehre/BMS als von Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss konsumiert.

Ähnlich wie bei der Bildung zeigt sich hier auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens, dass Personen der obersten Einkommensgruppen (30 Jahre und älter) seltener täglich rauchen als jene aus dem mittleren bzw. den unteren Einkommensquintilen (s. Abbildung 108). Ein deutlicher Gradient findet sich bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. Er verläuft von 15 Prozent beim obersten Einkommensquintil bis 38 Prozent im untersten Quintil. Ein identisches Muster findet sich auch bei der Passivrauchexposition.

Abbildung 108: Tägliche Raucher:innen der Altersgruppe 30–59 Jahre nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



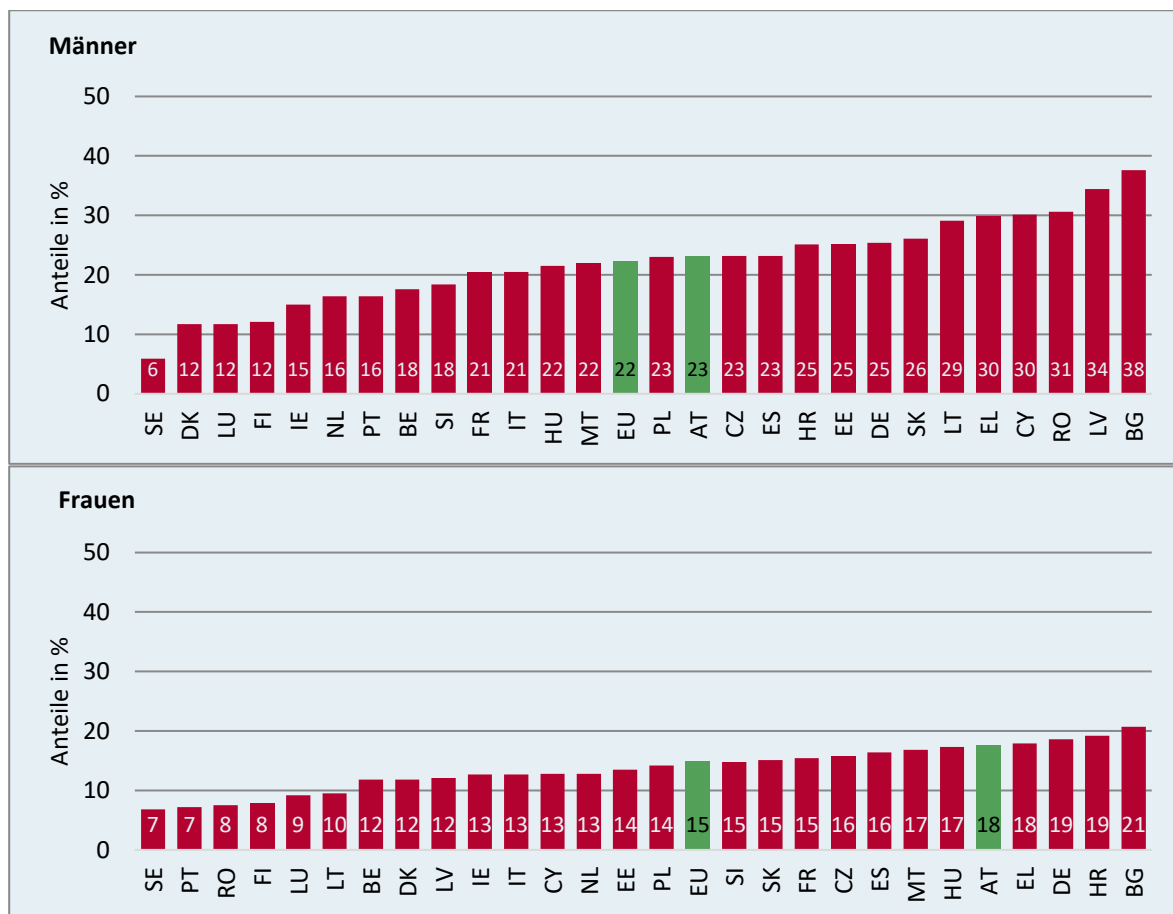
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2019 – bei den täglich rauchenden Männern mit 23 Prozent genau im EU-Durchschnitt (EU-Bandbreite: 6–38 %) und bei den täglich rauchenden Frauen mit 18 Prozent deutlich über dem EU-Durchschnitt (15 %, EU-Bandbreite: 7–21 %, s. Abbildung 109).

Abbildung 109: Tägliche Raucher:innen unter den ab 15-Jährigen im EU-Vergleich 2019



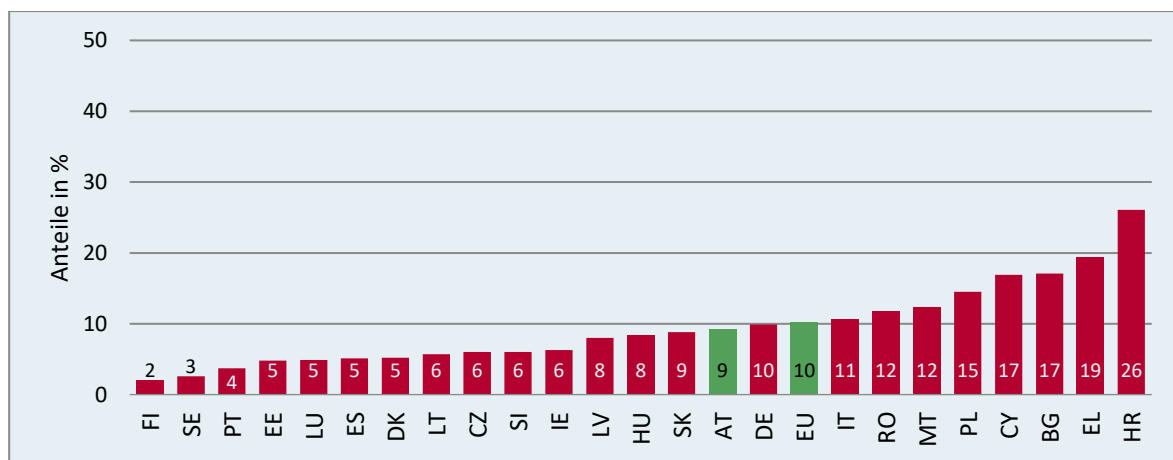
AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Darstellung GÖG

Bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) rangiert Österreich mit neun Prozent (EU-Bandbreite exkl. Belgien, Frankreich und Niederlande: 2–26 %) knapp unter dem europäischen Durchschnitt von zehn Prozent (exkl. Belgien, Frankreich und Niederlande; s. Abbildung 110). Beim EHIS 2014 lag Österreich hier noch deutlich über dem europäischen Durchschnitt.

Abbildung 110: Passivrauchexposition (mind. 1 Stunde tgl.) der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Belgien, Frankreich und Niederlande

AT: Österreich, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, EL: Griechenland, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabakkonsum Jugendlicher

Laut HBSC-Befragung 2018 rauchen rund sieben Prozent der 15-Jährigen in Österreich täglich, Burschen und Mädchen in etwa gleich häufig. Zum Vergleich: Bei der ESPAD-Befragung 2019 wurden zwölf Prozent täglich Rauchende in diesem Alter ermittelt (Hojni et al. 2020).

Der Anteil der täglich Rauchenden hat sich bei den 15-Jährigen seit 2010 mehr als halbiert. Auch in der ESPAD-Studie konnte hier seit 2007 ein Rückgang um die Hälfte beobachtet

werden. Im europäischen Vergleich liegt Österreich in dieser Hinsicht damit nach wie vor über dem Durchschnitt (ESPAD Group 2020; Inchley et al. 2020).

Tabakkonsum im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie

Pandemiebedingt dürfte es im Jahr 2020 zu keinen Änderungen bei der Prävalenz täglicher Raucher:innen gekommen sein. Personen, die ihren Konsum krisenbedingt reduziert, und solche, die ihn krisenbedingt gesteigert haben, dürften sich die Waage halten. Zu diesen Ergebnissen kommt eine Befragung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021). Auch die Zigarettenverkaufszahlen inkl. Dunkelzifferschätzungen sprechen hier für eine gleichbleibende Menge (Schmutterer 2021).

Im Rahmen des Austrian Corona Panel Project zeigte sich bei Rauchenden während des ersten Lockdowns 2020 eine leichte Zunahme des Konsums, die vermehrt Frauen, aber auch Menschen auf Arbeitssuche sowie jene, die einsam waren, betraf (Schiestl 2020).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in puncto Tabakkonsum und Passivrauchen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 und 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2006/2007 und 2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über das Rauchverhalten Jugendlicher werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2018 berichtet und mit Ergebnissen von 2006, 2010 und 2014 verglichen (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige.

4.3.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe gesundheitlicher Probleme führen. Zu seinen möglichen Folgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen des Verdauungstrakts (Feuerlein 1979; Singer et al. 2011).

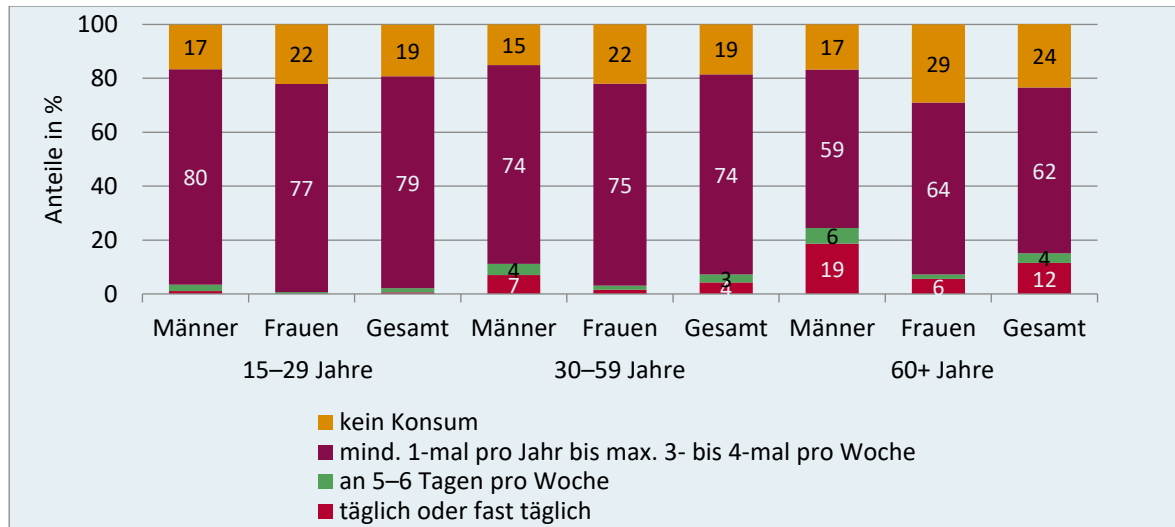
Sechs Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich (rund 419.000 Personen) konsumieren täglich oder fast täglich Alkohol (ATHIS 2019; BL-Bandbreite: 4–7 %), weitere drei Prozent (rund 209.000 Personen) an fünf bis sechs Tagen pro Woche. Wöchentlich bis täglich nehmen rund 40 Prozent alkoholische Getränke zu sich. 20 Prozent (rund 1,49 Mio. Personen) trinken keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 17–23 %). Dabei muss jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. weiter unten). Gegenüber 2014 hat es keine nennenswerten Veränderungen im Konsumverhalten gegeben.

Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen (täglich oder fast täglich: 9 % vs. 3 %; an 5–6 Tagen pro Woche: 4 % vs. 1,4 %). Wöchentlich bis täglich greifen rund 52 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen zu alkoholischen Getränken (s. Abbildung 111).

Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumierenden (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nimmt mit dem Alter zu: von zwei Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 15 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 111). Der wöchentliche bis tägliche Konsum steigt von 33 Prozent auf 43 Prozent.

Bei der österreichweiten Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (2020), bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums unter Einbezug von Verkaufszahlen, Alkoholikerinnen/Alkoholikern und deren Konsummenge korrigiert wird (Strizek et al. 2021), wird für 18 Prozent der ab 15-Jährigen ein täglicher oder fast täglicher (an 5–6 Tagen pro Woche) Alkoholkonsum errechnet (Männer: 25 %, Frauen: 12 %). In diesen Berechnungen sind geschätzte fünf Prozent Alkoholiker:innen (Männer: 7,5 %, Frauen: 2,5 %) enthalten.

Abbildung 111: Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

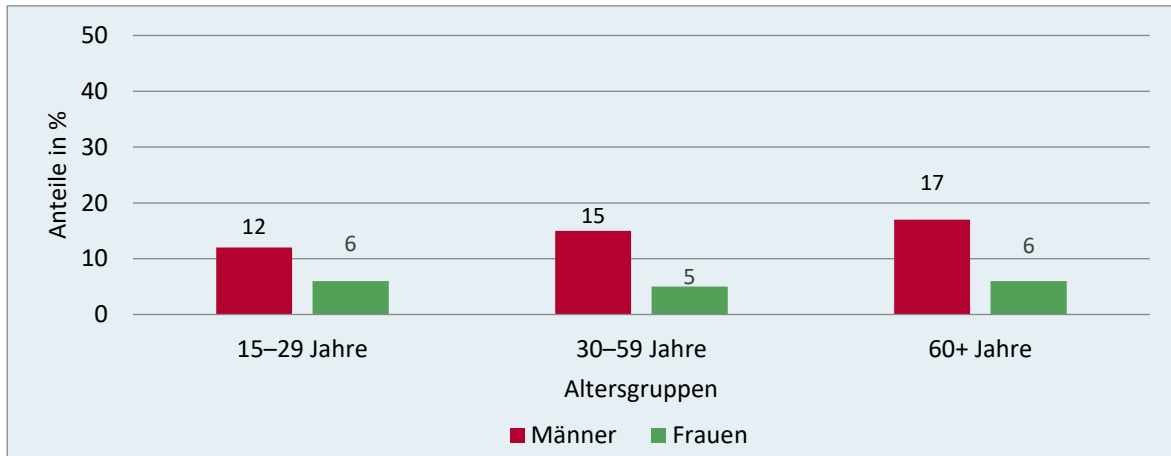
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Riskanter Alkoholkonsum

Zehn Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich (rund 736.000 Personen) weisen – laut ATHIS 2019 – einen riskanten Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 8–12 %). Dies entspricht weitgehend den Ergebnissen von 2014.

Männer pflegen rund dreimal so häufig einen riskanten Alkoholkonsum als Frauen (15 % vs. 5 %). Zudem zeigt sich, dass der riskante Alkoholkonsum bei Männern mit dem Älterwerden zunimmt: von zwölf Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 17 Prozent bei den ab 60-Jährigen (s. Abbildung 112). Bei den Frauen ist hier hingegen keine Altersassoziation erkennbar.

Abbildung 112: Riskanter Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

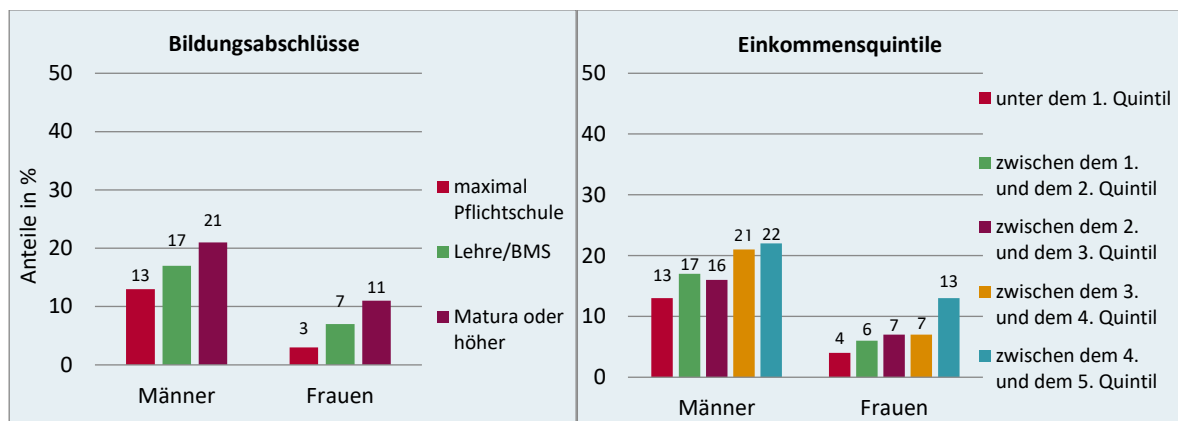
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der Konsum alkoholischer Getränke (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) nimmt bei ab 30-jährigen Frauen mit steigender Bildung zu: von drei Prozent bis vier Prozent bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf sieben Prozent bei Frauen mit Matura oder einer höheren formalen Bildung. Dasselbe Muster zeigt sich hier auch beim riskanten Alkoholkonsum, der von drei auf sieben Prozent steigt. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf das Haushaltseinkommen. Auch in diesem Fall zeigt sich, dass Frauen, die dem obersten Einkommensquintil angehören, häufiger regelmäßig Alkohol trinken (7 % vs. 4–5 % bei den anderen Einkommensgruppen) und dass ein riskanter Alkoholkonsum mit steigendem Haushaltseinkommen zunimmt (von 4 % im untersten Einkommensquintil auf 7 % im obersten Quintil).

Bei den Männern ist ein Bildungszusammenhang mit dem Alkoholkonsum nur bei den ab 60-Jährigen erkennbar. In dieser Altersgruppe nimmt sowohl der regelmäßige als auch der riskante Konsum von Alkohol mit zunehmender formaler Bildung zu: von 23 auf 29 Prozent beim regelmäßigen und von 13 auf 21 Prozent beim riskanten Alkoholkonsum (bei ab 60-jährigen Frauen: von 4 % auf 16 % bzw. von 3 % auf 11 %; s. Abbildung 113). In puncto Haushaltseinkommen findet sich nur beim riskanten Alkoholkonsum ein Zusammenhang: Dieser

nimmt bei den ab 60-jährigen Männern von 13 Prozent im untersten Einkommensquintil auf rund 22 Prozent im obersten Quintil zu (bei ab 60-jährigen Frauen: von 4 % auf 13 %; s. Abbildung 113). Bei den 30- bis 59-jährigen Männern trinken solche ohne Matura oder einen höheren Bildungsabschluss (15–16 %), Personen aus den unteren Einkommensschichten (15–16 %), aber auch Personen aus der obersten Einkommensschicht (20 %) häufiger in riskanten Mengen Alkohol.

Abbildung 113: Riskanter Alkoholkonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen der ab 60-Jährigen in Österreich 2019



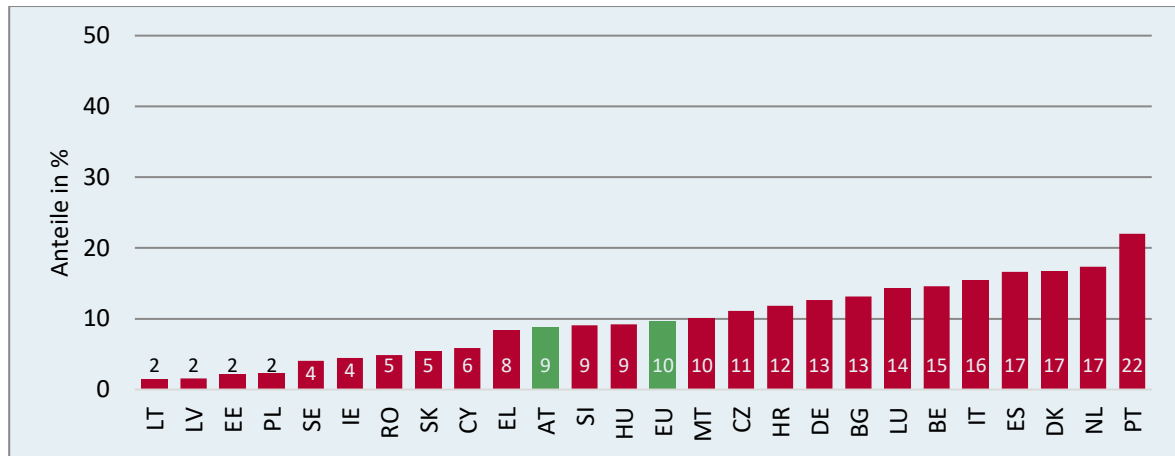
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung 60 Jahre und älter

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EHIS 2019 – bei den (fast) täglich Alkoholkonsumierenden (s. Abbildung 114) im europäischen Durchschnitt (EU-Bandbreite exkl. Finnland und Frankreich: rund 2–22 %; EU-Durchschnitt exkl. Finnland und Frankreich: 10 %).

Abbildung 114: (Fast) täglicher Alkoholkonsum der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich und Finnland

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Alkoholkonsum Jugendlicher

Laut HBSC-Befragung 2018 trinken rund 25 Prozent der 15-Jährigen in Österreich mindestens einmal pro Woche Alkohol, Burschen häufiger als Mädchen (26 % vs. 23 %). Zum Vergleich: Bei der ESPAD-Befragung 2019 gaben 37 Prozent der 15-Jährigen an, in den letzten sieben Tagen Alkohol getrunken zu haben (Hojni et al. 2020).

26 Prozent der 15-Jährigen waren der HBSC-Befragung zufolge in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken (Burschen: 26 %, Mädchen: 25 %), laut ESPAD-Befragung 2019 waren es 17 Prozent (Hojni et al. 2020).

Zwischen 2010 und 2014 hat der wöchentliche bis tägliche Konsum von Alkohol gemäß der HBSC-Befragung bei den 15-Jährigen um die Hälfte abgenommen. Zwischen 2014 und 2018 ist er wieder etwas gestiegen. Bei den ESPAD-Daten zeigt sich zwischen 2007, 2015 und 2019 der gleiche Trend (von 52 % auf 34 % und von 34 % auf 37 %) (Hojni et al. 2020).

Auch Trunkenheitserfahrungen haben zwischen 2010 und 2014 stark abgenommen und zwischen 2014 und 2018 wieder zugenommen (HBSC). Bei der ESPAD-Befragung zeigte sich hier ebenfalls eine sinkende Prävalenz zwischen 2007 und 2015. Zwischen 2015 und 2019 ist der Anteil hingegen in etwa gleich geblieben (Hojni et al. 2020).

Im europäischen Vergleich liegt Österreich beim Alkoholkonsum Jugendlicher deutlich über dem europäischen Durchschnitt (Inchley et al. 2020).

Alkoholkonsum im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie

Die pandemiebedingten Einschränkungen haben insgesamt zu einem relevanten Rückgang des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums von Alkohol in Österreich geführt. Es bestehen aber Indizien für einen diesbezüglichen Anstieg bei Frauen, bei Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss sowie bei Personen, die ohnehin schon in erhöhtem Maße Alkohol getrunken haben. Zu diesen Ergebnissen kommt die Repräsentativbefragung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021).

Im Rahmen des Austrian Corona Panel Project zeigte sich während des ersten Lockdowns 2020 eine leichte Abnahme des Alkoholkonsums. Tendenziell eher mehr getrunken als zuvor haben laut dieser Befragung Personen in Kurzarbeit, Menschen auf Arbeitssuche sowie Einsame (Schiestl 2020).

Definitionen und Daten

Mit riskantem Alkoholkonsum ist der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 16 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen (wöchentliche Konsummenge, durch 7 dividiert).

Die Ergebnisse in Hinblick auf den Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter) werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Daten aus dem Jahr 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden (2019: persönliche Interviews, 2014: telefonische Interviews) ist ein Vergleich mit 2014 nur eingeschränkt möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen über den Alkoholkonsum Jugendlicher werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2018 berichtet und mit Ergebnissen von 2006, 2010 und 2014 verglichen (Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben stammen von 15-jährigen Burschen und Mädchen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben. Für die Trendanalyse wurden alle Stichproben gleich gewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,333 % Elfjährige, 33,333 % 13-Jährige, 33,333 % 15-Jährige.

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung führen zu einer Unterschätzung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von Alkoholikerinnen und Alkoholikern, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft (Strizek/Uhl 2016; Uhl et al. 2009).

4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Wiederholter Drogenkonsum kann zu Abhängigkeit und anderen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen führen.

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum (Konsum mehrerer Drogen oder Drogenarten) mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) die zentrale Rolle (Anzenberger et al. 2020a).

Schätzungen für die Jahre 2018 und 2019 zufolge gibt es in Österreich zwischen 31.000 und 37.000 Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums. Das entspricht einer rohen Rate von 523 bis 630 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 201-1.330). 40 Prozent von ihnen leben in Wien, drei Viertel sind männlich. 35 Prozent sind zwischen 25 und 34 Jahre alt, weitere 58 Prozent über 34 Jahre (Anzenberger et al. 2019; Anzenberger et al. 2020a). Der Anteil der unter 25-jährigen Risikokonsumentinnen und -konsumenten wird für das Jahr 2019 auf sieben Prozent geschätzt, während es im Jahr 2005 noch 38 Prozent waren. Das bedeutet, dass es inzwischen weniger Einsteiger:innen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Anzenberger et al. 2020a).

Etwa 9.300 bis 14.800 Personen konsumieren illegale Drogen (hauptsächlich Opiate) vorwiegend intravenös.

Europäischer Vergleich

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen unterscheiden sich die Länder der EU nach den Substanzen, die in erster Linie konsumiert werden. Wie bereits eingangs erwähnt, spielt in Österreich im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die bedeutsamste Rolle. Ein Vergleich mit anderen Ländern der EU ist daher schwierig. Noch heikler wird der Vergleich dadurch, dass der Anteil der risikoreichen Opiatkonsumentinnen und -konsumenten auf Schätzungen beruht, nur als Range angegeben werden sollte und viele Länder der EU (ca. die Hälfte) derartige Daten aktuell gar nicht zur Verfügung stellen. Von den 16 EU-Ländern, deren diesbezügliche aktuelle Daten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) vorliegen (Schätzungen für die Jahre 2017, 2018 oder 2019), rangiert Österreich an vierter Stelle (EMCDDA 2022).

Risikoreicher Konsum illegaler Drogen während der COVID-19-Pandemie

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Personen mit einer Suchterkrankung führen. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen. (Anzenberger et al. 2021a)

Definitionen und Daten

Unter risikoreichem Drogenkonsum wird hier der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013).

Die Daten des risikoreichen Opiatkonsums beruhen auf Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis pseudonymisierter Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und auf Anzeigen wegen Opioiden (einem von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht empfohlenen komplexen statistischen Verfahren zur Dunkelzifferschätzung).

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2020 (Horvath et al. 2020b) sowie den Epidemiologiebericht Sucht (Anzenberger et al. 2020a).

5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Entsprechend dem Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Kapitel 1.2) werden verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten für folgende Bereiche dargestellt:

- materielle Lebensbedingungen
- (Aus-)Bildung
- Arbeit und Beschäftigung
- soziale Beziehungen und Netzwerke
- Umwelt

Der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung wird ebenfalls als verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminante betrachtet, aber in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6).

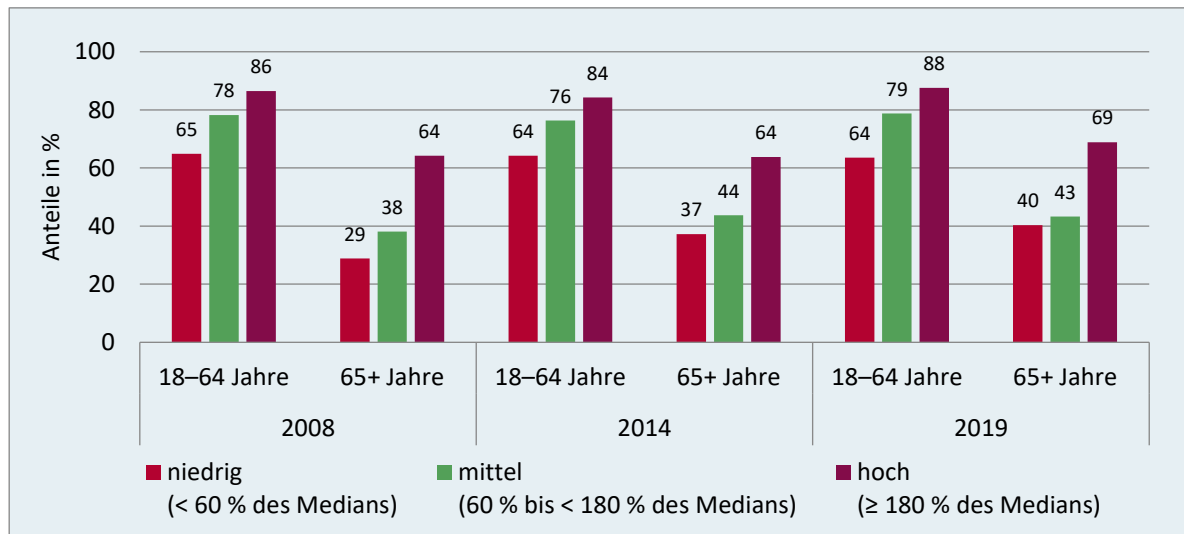
5.1 Materielle Lebensbedingungen

5.1.1 Ökonomische Verhältnisse

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert et al. 2005; Lampert/Kroll 2010; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht eine schlechte Gesundheit oder eine Krankheit das Risiko zu verarmen (soziale Selektionsthese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont et al. 2008; Klimont et al. 2016; Klimont/Prammer-Waldhör 2020; Klimont 2020).

Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit demonstriert werden. In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen und insbesondere in jener der über 64-Jährigen steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 115). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht dabei der Gruppe der Armutsgefährdeten.

Abbildung 115: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019



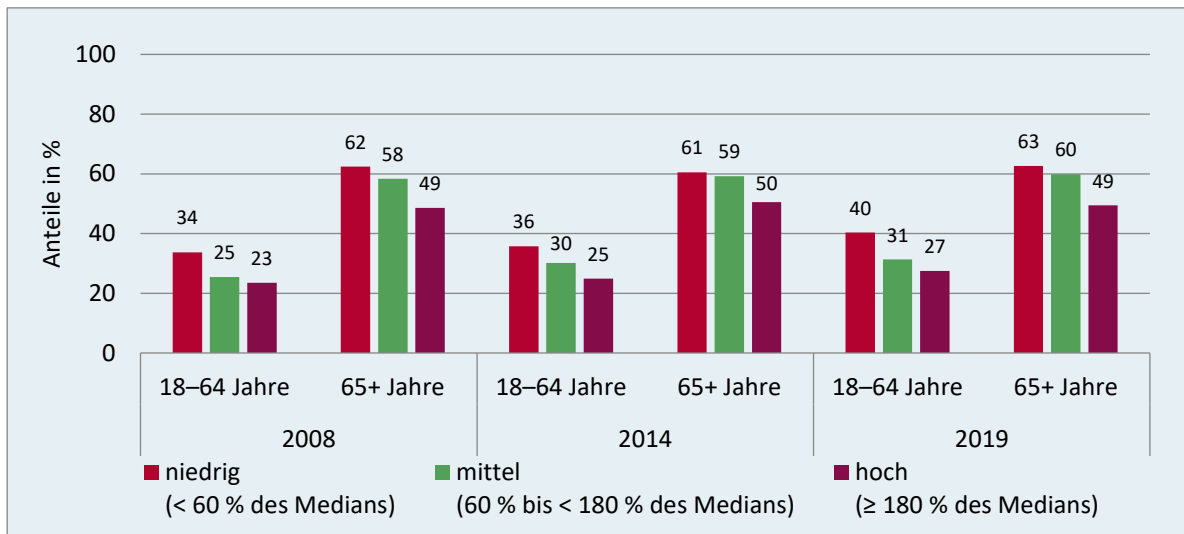
*Nettoäquivalenzeinkommen in Gruppen
 < 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008, 2014, 2019;
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Ebenso wie für den allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich auch für chronische Krankheiten ein deutlicher Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen erkennen. Im Jahr 2019 waren in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen 40 Prozent der Armutsgefährdeten, aber „nur“ 27 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe chronisch krank – Tendenz steigend. In der Altersgruppe der über 64-Jährigen ist der Unterschied – auf höherem Niveau – genauso beachtlich: 63 Prozent der Armutsgefährdeten und 49 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe leiden unter einer chronischen Krankheit (s. Abbildung 116).

Abbildung 116: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019

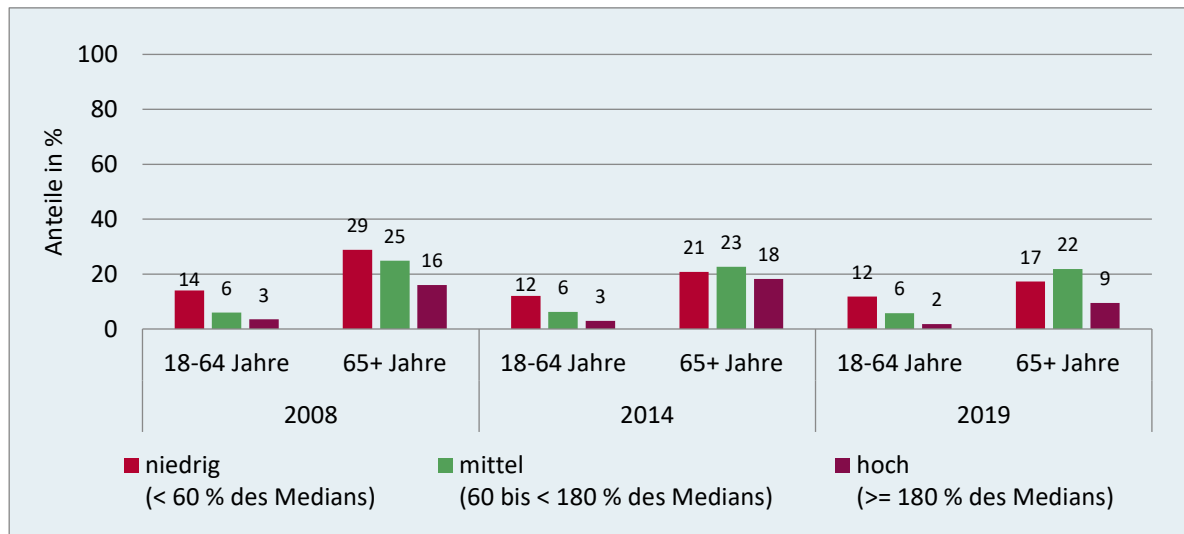


*Nettoäquivalenzeinkommen in Gruppen; < 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008, 2014, 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Armutsgefährdete Menschen sind in ihrem Alltag häufiger durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt als Menschen mit hohem Einkommen. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (12 % vs. 2 %; s. Abbildung 117).

Abbildung 117: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019



*Nettoäquivalenzeinkommen in Gruppen; < 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

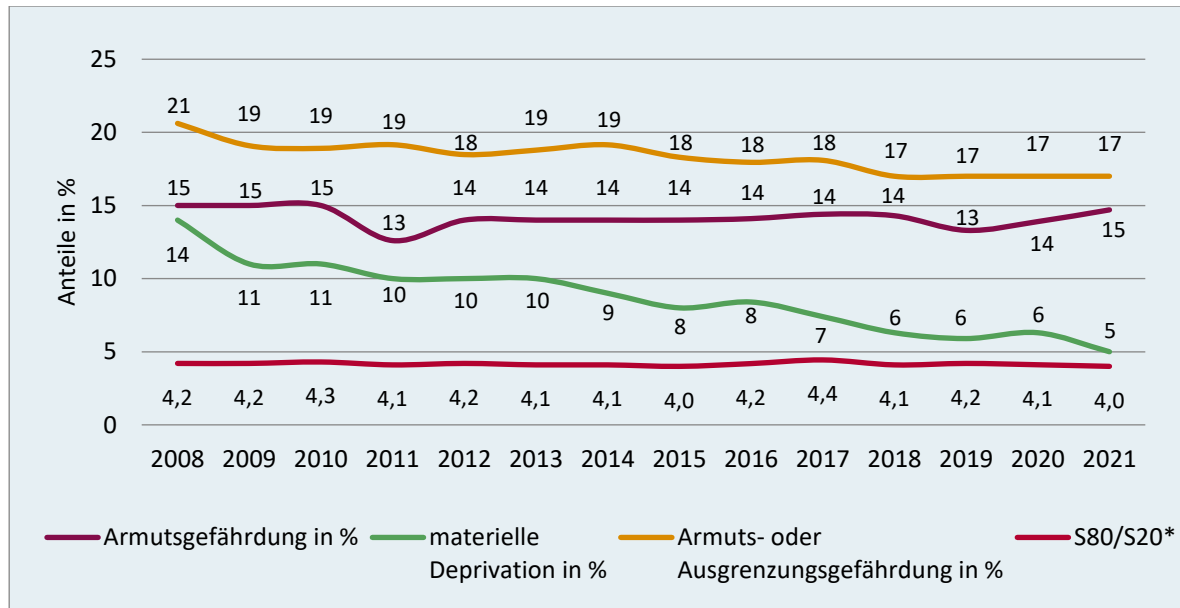
Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008, 2014, 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Folgenden werden vier wesentliche Kennzahlen der materiellen Lebenssituation der österreichischen Bevölkerung dargestellt (s. Abbildung 118):

- Armutsgefährdung
- materielle Deprivation
- Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung
- 80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens

In besonders hohem Ausmaß sind Arbeitslose, Ein-Eltern-Haushalte mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren, Alleinlebende, Mehrpersonenhaushalte mit mindestens drei Kindern und Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, von Armut betroffen, erheblich materiell depriviert sowie armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet.

Abbildung 118: Armutsindikatoren in Österreich 2008–2021



*S80/S20 = Quotient des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens der 20 Prozent mit dem geringsten Einkommen gegenüber jenem der 20 Prozent mit dem höchsten Einkommen

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008–2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Die positive Entwicklung der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung seit 2008 scheint sich trotz der COVID-19-Pandemie auch 2020/2021 ungebremst fortzusetzen (jeweils mit 17 %). Dies könnte auf die geringen Einkommensverluste durch Kurzarbeit (Nettoersatzraten von mindestens 80 %) zurückzuführen sein. Personen, die aufgrund der Krise arbeitslos wurden, hatten die größten Einkommensverluste, während Personen, die nicht oder kaum von der veränderten Arbeitsmarktsituation betroffen waren, zum Teil positive Effekte durch einkommensunterstützende Maßnahmen erfahren haben. Vulnerable Gruppen (Ausländer:innen, Alleinerziehende, bildungsferne Familien), die bereits vorher überproportional von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen waren, sowie Selbstständige sind von den Folgen der Pandemie zum Teil stärker betroffen als die Durchschnittsbevölkerung. (Fink et al. in BMSGPK 2021a)

Laut einer Studie der Statistik Austria (BMSGPK 2022b) zu den sozialen Folgen der Pandemie gaben im ersten Quartal (Q1) 2022 acht Prozent der Gesamtbevölkerung (16–69 Jahre) an,

im Zahlungsverzug zu sein – im Quartal davor (Q4 2021) waren es sieben Prozent. Besonders betroffen sind Arbeitslose (von 23 % auf 32 % gestiegen), Alleinerziehende (9 % auf 16 % gestiegen) und Familien mit mehreren Kindern (Anstieg von 12 % auf 17 %). Auch ist die Verschuldung – insbesondere bei bereits armutsgefährdeten oder armutsbetroffenen Haushalten – vom letzten Quartal 2021 auf das erste Quartal 2022 stark gestiegen (BMSGPK 2022b). Die Pandemie hat also ohnehin arme Menschen noch weiter in die Armut gedrängt. Aufgrund der Inflation ist mit einer Verschärfung der Situation zu rechnen.

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren der materiellen Lebensbedingungen stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Auch Nicht-EU-Staaten wie die Schweiz oder Norwegen beteiligen sich daran. Die Erhebung gibt es seit 2003, seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor.

Erfasst werden u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, ihre Wohnsituation, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. In Österreich werden pro Jahr rund 6.000 Haushalte befragt. Drei Viertel davon werden im Folgejahr wieder befragt (max. viermal in Folge), ein Viertel kommt jeweils neu hinzu.

5.1.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2019 waren in Österreich – laut EU-SILC – rund 13 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet, also etwa 1,16 Mio. Menschen (BL-Bandbreite: 10–22 %, Dreijahresdurchschnitt). Dieser Wert war in den letzten Jahren weitgehend stabil (s. Abbildung 118). 2021 stieg er um etwa 130.000 Menschen auf etwa 1,3 Millionen (15 %), vermutlich werden die derzeitigen Krisen diesbezüglich noch einen weiteren Anstieg bringen. Ohne Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe) wären rund 26 Prozent armutsgefährdet (Statistik Austria 2022c).

Frauen sind armutsgefährdeter als Männer (14 % vs. 12 % bei den jeweils ab 18-Jährigen) und von Sozialleistungen abhängiger (vor Sozialleistungen beträgt der Anteil 24 % vs. 22 %). Nach Altersgruppen betrachtet, zeigt sich eine besonders hohe Vulnerabilität bei den bis

18-Jährigen. Ohne Sozialleistungen wären 39 Prozent dieser Altersgruppe armutsgefährdet, mit Sozialleistungen sind es immer noch 15 Prozent (Statistik Austria 2020b).

Folgende Bevölkerungsgruppen sind in besonders hohem Ausmaß durch Armut gefährdet:

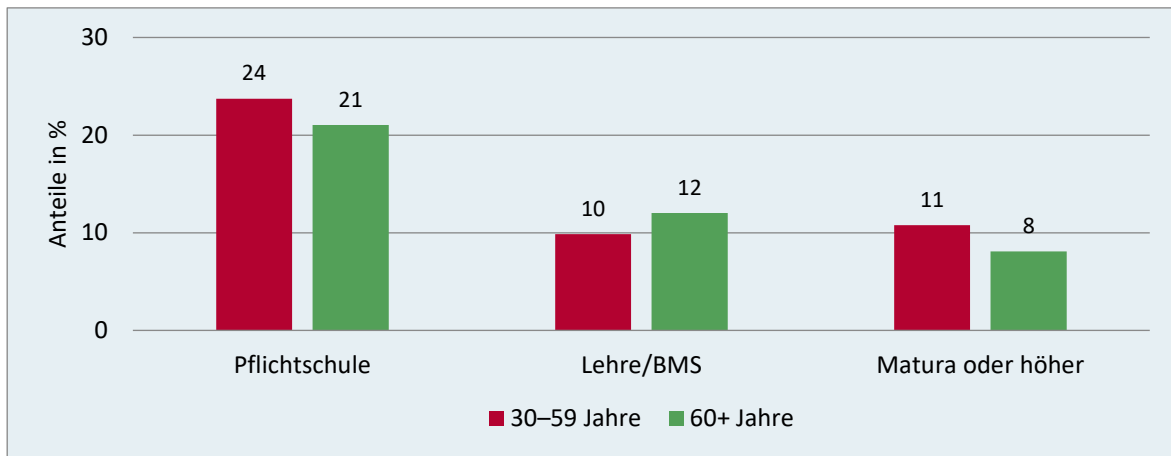
- Menschen auf Arbeitssuche: 36 Prozent
- nichtösterreichische Staatsbürger:innen: 34 Prozent
- Ein-Eltern-Haushalte (mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren): 32 Prozent
- alleinlebende Frauen (ab 60 Jahren) ohne Pension: 26 Prozent
- Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss: 21 Prozent
- Mehrpersonenhaushalte mit mindestens drei Kindern: 20 Prozent

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg (dauerhafte Armutsgefährdung). Im Jahresschnitt 2016–2019 waren in Österreich 8,3 Prozent der Bevölkerung dauerhaft armutsgefährdet (Statistik Austria 2020b).

Unterschiede nach Bildung

Personen in Österreich mit maximal Pflichtschulabschluss sind deutlich häufiger armutsgefährdet als solche mit einem höheren Bildungsabschluss: Während im Jahr 2019 rund 22 Prozent der über 30-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss armutsgefährdet waren, betraf dies rund elf Prozent mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss bzw. zehn Prozent mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss ist dieser Wert 2021 auf 25 Prozent gestiegen – bei Personen mit anderem Abschluss ist der Wert in etwa gleich geblieben. Der Anteil armutsgefährdeter Personen ist in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss etwa zweimal so hoch wie bei den anderen Bildungsgruppen. Jüngere Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss sind hierbei etwas häufiger von Armut betroffen (s. Abbildung 119).

Abbildung 119: Armutsgefährdung nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019



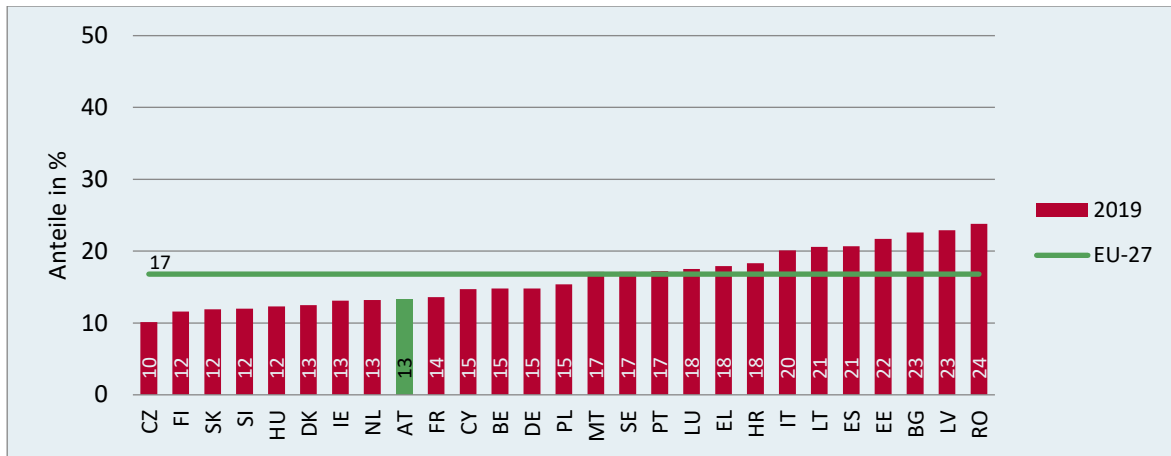
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-59 und 60+)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Armutsgefährdung im unteren Drittel, sie ist mit 13 Prozent um rund vier Prozentpunkte geringer als im EU-Durchschnitt (17 %). Die Bandbreite der hier dargestellten Länder reicht von zehn Prozent (Tschechische Republik) bis 24 Prozent (Rumänien; s. Abbildung 120).

Abbildung 120: Armutsgefährdung im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 5. 8. 2021)

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als *armutsgefährdet*. Die Armutsgefährdungsschwelle ist als 60 Prozent des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens (gewichtetes verfügbares Haushaltseinkommen) definiert. Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle lag im Jahr 2019 (für einen Einpersonenhaushalt) bei 1.286 Euro pro Monat – 2021 waren es 1.371 Euro. Für einen Haushalt, bestehend aus zwei Erwachsenen und zwei Kindern (unter 14 Jahren), liegt der Wert für die Armutsgefährdungsschwelle 2,1-fach über der Schwelle für einen Einpersonenhaushalt. Da dieser Indikator keine Schulden oder Vermögensbestände und -auflösungen berücksichtigt, gelten diese Personen nicht als *arm*, sondern als *armutsgefährdet*.

Als *dauerhaft armutsgefährdet* gilt jemand, der in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Jahren als armutsgefährdet eingestuft wird. Für die Analyse relevant sind hier all jene Personen, die vier Jahre in Folge befragt wurden und somit für jedes Erhebungsjahr Daten zum Thema Armutsgefährdung beisteuern.

5.1.1.2 (Erhebliche) materielle Deprivation

Materielle Deprivation

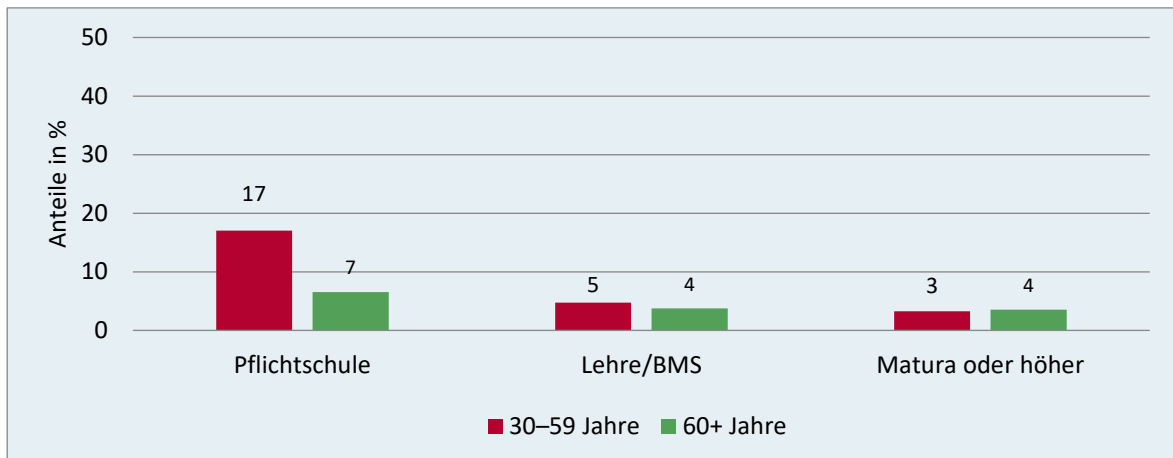
Rund sechs Prozent der Bevölkerung in Österreich (knapp 511.000 Menschen) waren – laut EU-SILC – im Jahr 2019 materiell depriviert (BL-Bandbreite 2–14 %, Dreijahresdurchschnitte). Im Jahr 2021 waren es mit etwa 456.000 Personen etwas weniger (rund 5 %). Im Zeitraum 2008 bis 2019 hat die materielle Deprivation in Österreich deutlich abgenommen: von 14 Prozent auf sechs Prozent (s. Abbildung 118). Laut einer Studie der Statistik Austria über die sozialen Folgen der Pandemie war die erhebliche materielle Deprivation im ersten Quartal 2022 insbesondere bei Arbeitslosen und Hilfsarbeiterinnen/-arbeitern mit einem Anstieg von 31 Prozent auf 36 Prozent bzw. von 14 Prozent auf 24 Prozent deutlich höher als im vierten Quartal 2021 (BMSGPK 2022b).

Frauen sind häufiger von materieller Deprivation betroffen als Männer. Im Jahr 2019 betraf diese rund sechs Prozent der Frauen und rund fünf Prozent der Männer: Besonders betroffen davon sind allerdings junge Menschen. Acht Prozent der Kinder bis 14 Jahre, sechs bis sieben Prozent der 15- bis 60-Jährigen und vier Prozent der 60-Jährigen und Älteren sind materiell depriviert.

Unterschiede nach Bildung

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind dreimal häufiger von materieller Deprivation betroffen als solche mit einem höheren Bildungsabschluss: Während im Jahr 2019 rund elf Prozent der über 30-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss materielle Deprivation erlitten, betraf diese rund vier Prozent aller Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und drei Prozent jener mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. 30- bis 59-Jährige mit einem niedrigeren Bildungsabschluss sind hierbei etwas häufiger von materieller Deprivation betroffen (s. Abbildung 121).

Abbildung 121: Materielle Deprivation nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019



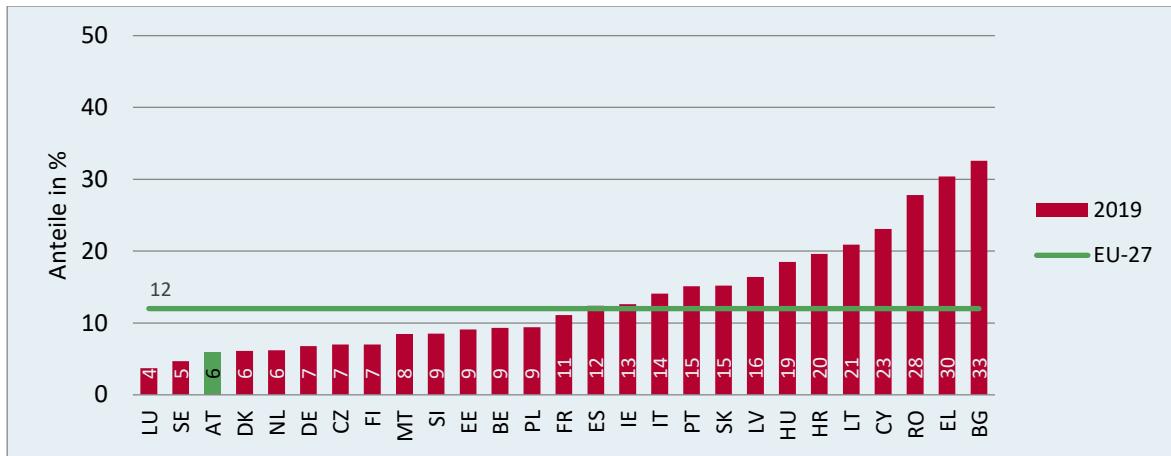
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30–59 und 60+)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Das Ausmaß materieller Deprivation weist in den EU-Ländern eine große Bandbreite auf. Am niedrigsten ist der Anteil in nordischen Ländern und den Beneluxländern. Auch in Österreich liegt er mit sechs Prozent deutlich unter dem EU-Durchschnitt (12 %). Am niedrigsten ist er in Luxemburg mit vier Prozent, am höchsten in Bulgarien mit 33 Prozent (s. Abbildung 122).

Abbildung 122: Materielle Deprivation im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 5. 8. 2021); Darstellung: GÖG

Erhebliche materielle Deprivation

Im Jahr 2019 waren – laut EU-SILC – etwa drei Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 223.000 Personen) erheblich materiell depriviert (BL-Bandbreite: 1–7 %, Dreijahresdurchschnitte). Im Jahr 2021 waren es mit 208.000 Personen etwas weniger (rund 2 %). Im Zeitraum 2008 bis 2019 hat sich der Anteil der Personen mit erheblicher materieller Deprivation in Österreich halbiert: von sieben Prozent auf drei (s. Abbildung 118). Laut einer Studie der Statistik Austria über die sozialen Folgen der Pandemie ist der Anteil der Personen mit erheblicher materieller Deprivation – insbesondere bei bereits Arbeitslosen oder Personen in prekären Arbeitssituationen – zwischen dem letzten Quartal 2021 und dem ersten Quartal 2022 stark gestiegen (BMSGPK 2022b).

Frauen sind häufiger von erheblicher materieller Deprivation betroffen als Männer. Im Jahr 2019 betraf sie drei Prozent der Frauen und zwei Prozent der Männer.

Besonders betroffen sind junge Menschen. 3,4 Prozent der Kinder bis 14 Jahre sind im Vergleich zu 2,7 Prozent der 15- bis 59-Jährigen und 1,6 Prozent der ab 60-Jährigen erheblich materiell depriviert.

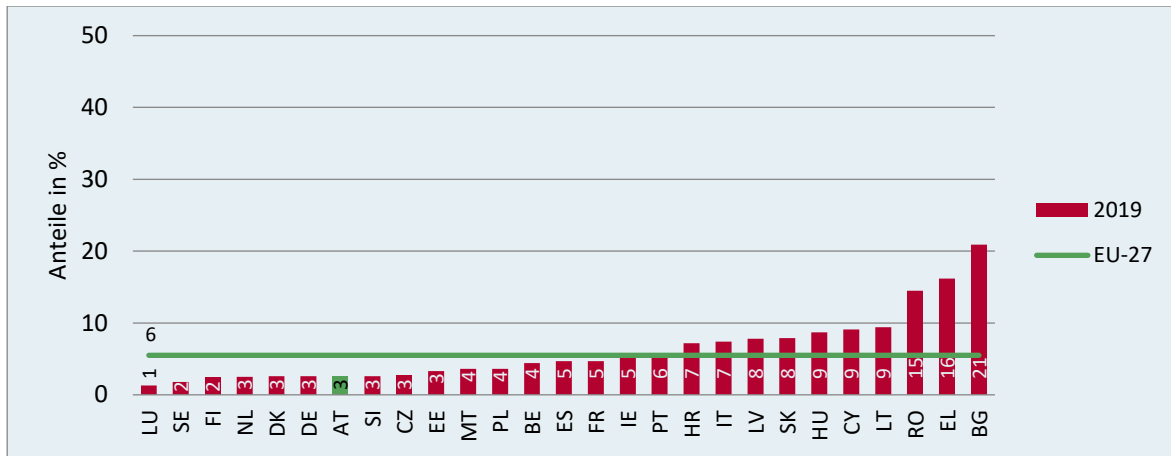
Unterschiede nach Bildung

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind auch dreimal häufiger von erheblicher materieller Deprivation betroffen als solche mit einem höheren Bildungsabschluss: Während im Jahr 2019 rund fünf Prozent der über 30-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss erheblich materiell depriviert waren, betraf dies rund zwei Prozent aller Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und gleichfalls zwei Prozent jener mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Europäischer Vergleich

Das Ausmaß erheblicher materieller Deprivation weist in den EU-Ländern eine große Bandbreite auf. Am niedrigsten ist der Anteil in nordischen Ländern und den Beneluxstaaten. Auch in Österreich liegt der Anteil mit 2,6 Prozent unter dem EU-Durchschnitt (5,5 %). Am niedrigsten ist er in Luxemburg mit 1,3 Prozent, am höchsten in Bulgarien mit 20,9 Prozent (s. Abbildung 123).

Abbildung 123: Erhebliche materielle Deprivation im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 5. 8. 2021);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Materielle Deprivation betrifft Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnisse finanziell nicht leisten können: regelmäßige Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen (1), unerwartete Ausgaben von 1.240 Euro tätigen (2), Wohnung angemessen warm halten (3), jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine entsprechende vegetarische Speise essen (4), einmal im Jahr auf Urlaub fahren (5), Pkw (6), Waschmaschine (7), Fernsehgerät (8), Telefon/Handy (9). Der Indikator beruht auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten.

Erheblich materiell depriviert sind Haushalte, die sich vier dieser neun Grundbedürfnisse nicht leisten können (Statistik Austria 2015b; Statistik Austria 2020b).

5.1.1.3 Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung

Der Indikator Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über jenem der reinen Armutsgefährdung, weil er auch Personen miteinschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind.

Etwa 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 1,47 Mio. Menschen) waren im Jahr 2019 armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (BL-Bandbreite: 12–28 %, Dreijahresdurchschnitt), um rund vier Prozentpunkte weniger als im Jahr 2008 (s. Abbildung 118). Im Jahr 2021 waren rund 1,52 Mio. Menschen armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (rund 17 %).

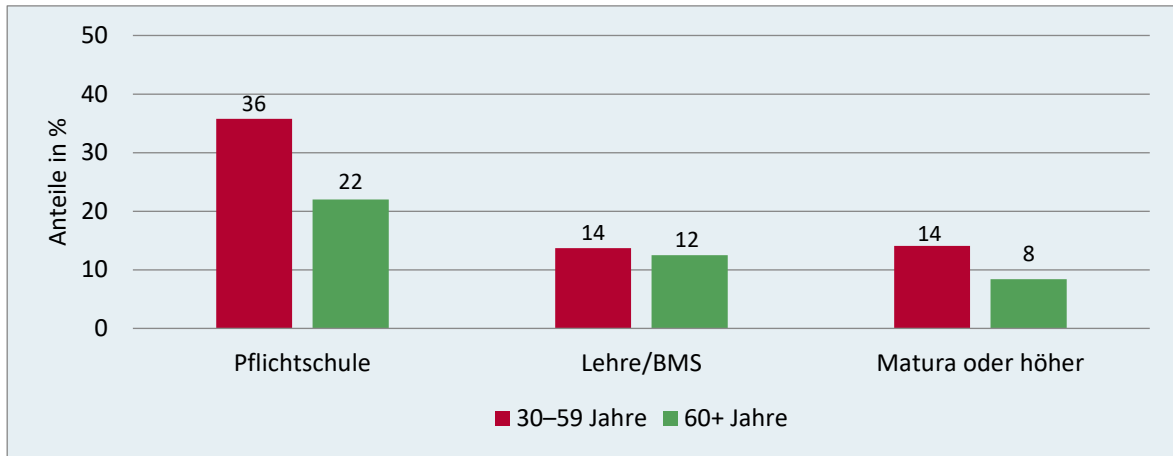
Frauen sind in dieser Hinsicht vulnerabler als Männer (ab 18 Jahren: 18 % vs. 15 %), junge Menschen stärker betroffen als ältere. Mit zunehmendem Alter sinkt die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung von 19 Prozent bei den unter 18-Jährigen auf 14 Prozent bei den ab 65-Jährigen.

Mehrfach ausgrenzungsgefährdet waren im Jahr 2019 372.000 Menschen (4 % der Bevölkerung) (Statistik Austria 2020b). Im Jahr 2021 waren es mit 355.000 Menschen etwas weniger (auch 4 % der Bevölkerung). Die Anzahl mehrfach ausgrenzungsgefährdeter Haushalte mit keiner oder niedriger Erwerbstätigkeit ist im Zeitraum 2019 bis 2021 hingegen von 221.000 auf 236.000 angewachsen.

Unterschiede nach Bildung

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind doppelt so häufig armuts- oder ausgrenzungsgefährdet wie solche mit einem höheren Bildungsabschluss: Während im Jahr 2019 rund 28 Prozent der über 30-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss armuts- oder ausgrenzungsgefährdet waren, betraf dies rund 13 Prozent mit einem höheren Bildungsabschluss. Jüngere Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss sind hierbei etwas häufiger betroffen (s. Abbildung 124).

Abbildung 124: Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019



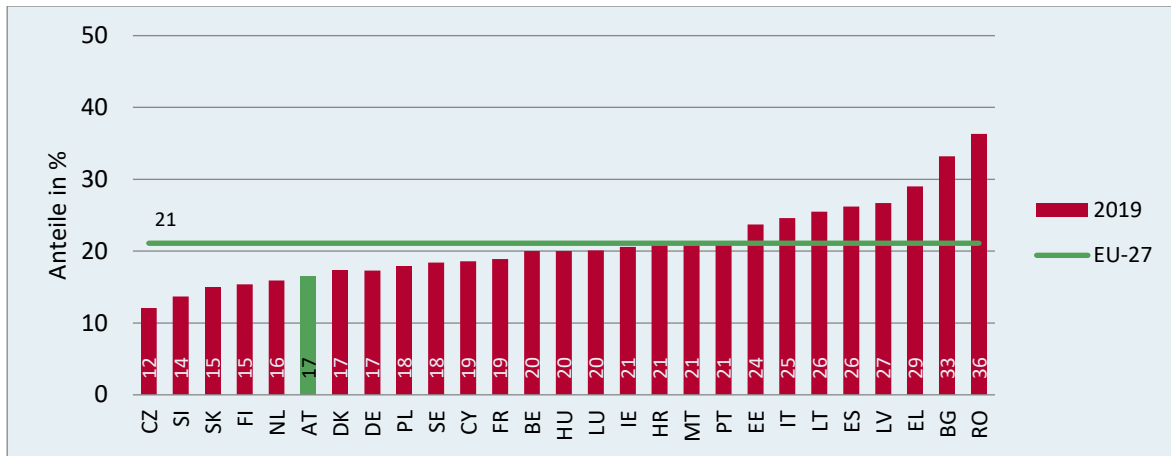
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-59 und 60+)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung ist – wie alle anderen hier dargestellten Indikatoren der materiellen Lebensbedingungen – in Österreich niedriger als im Durchschnitt der EU-Länder (21 %). Die europäische Bandbreite reichte im Jahr 2019 von zwölf Prozent in der Tschechischen Republik bis 36 Prozent in Rumänien (s. Abbildung 125).

Abbildung 125: Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 5. 8. 2021);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Als armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet gelten Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (60 % des Medianhaushaltseinkommens der österreichischen Bevölkerung) liegt und/oder von erheblicher materieller Deprivation betroffen sind und/oder in einem Haushalt mit keiner oder sehr geringer Erwerbsintensität leben. Personen, auf die zwei oder drei dieser Kriterien zutreffen, werden als *mehrfach ausgrenzungsgefährdet* bezeichnet (Statistik Austria 2015b; Statistik Austria 2022d).

5.1.1.4 80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens

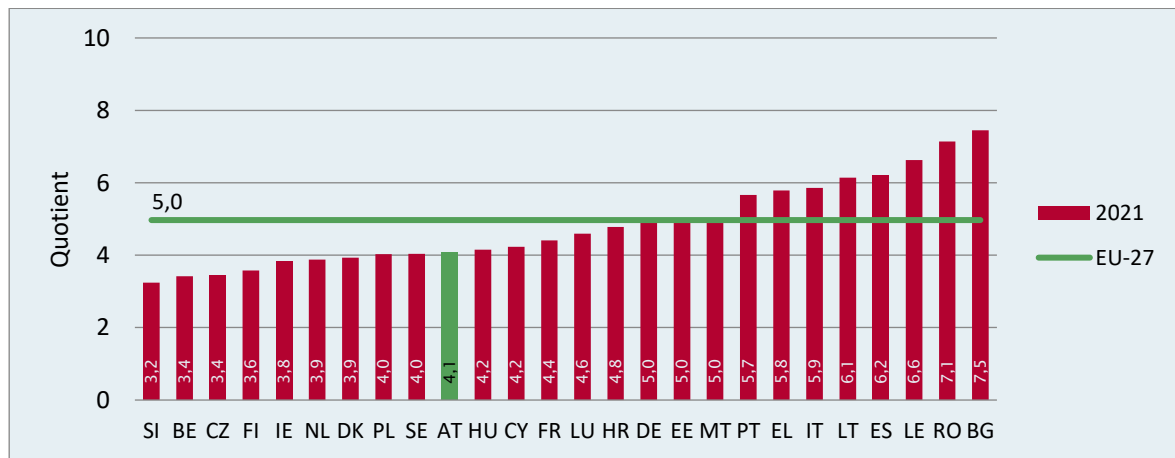
Das 80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens wird als Quotient angegeben. Bei vollkommener Gleichverteilung der Einkommen betrüge der Quotient 1. In Österreich lag

der Wert – laut EU-SILC – im Jahr 2019 bei 4,2 (BL-Bandbreite: 3,3–6,0; Dreijahresdurchschnitt), im Jahr 2021 bei 4,1. Das bedeutet, dass in Österreich das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie jenes der ärmsten 20 Prozent. Im Zeitverlauf von 2008 bis 2019 zeigen sich hier kaum Veränderungen (s. Abbildung 118) – auch 2021 hat sich der Wert kaum verändert.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich – laut EU-SILC 2021 – mit einem Wert von 4,1 deutlich unter dem EU-Durchschnitt (5,0). Die niedrigsten Werte zeigen sich in Slowenien (3,2) Belgien und der Tschechischen Republik (3,4), am höchsten ist der Wert mit 7,5 in Bulgarien (s. Abbildung 126).

Abbildung 126: 80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens der 18- bis 64-Jährigen im EU-Vergleich* 2021



*ohne Slowakei

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2021 (Zugriff am 28. 3. 2022);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Indikator *80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens* ist, neben dem Gini-Koeffizienten, ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis zwischen dem Gesamteinkommen des obersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) und dem Gesamteinkommen des untersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen definiert, das Sozialtransfers (z. B. Kinder- und Familienbeihilfe) beinhaltet und auf die im Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird (Statistik Austria 2015b; Statistik Austria 2022d).

5.1.2 Wohnsituation

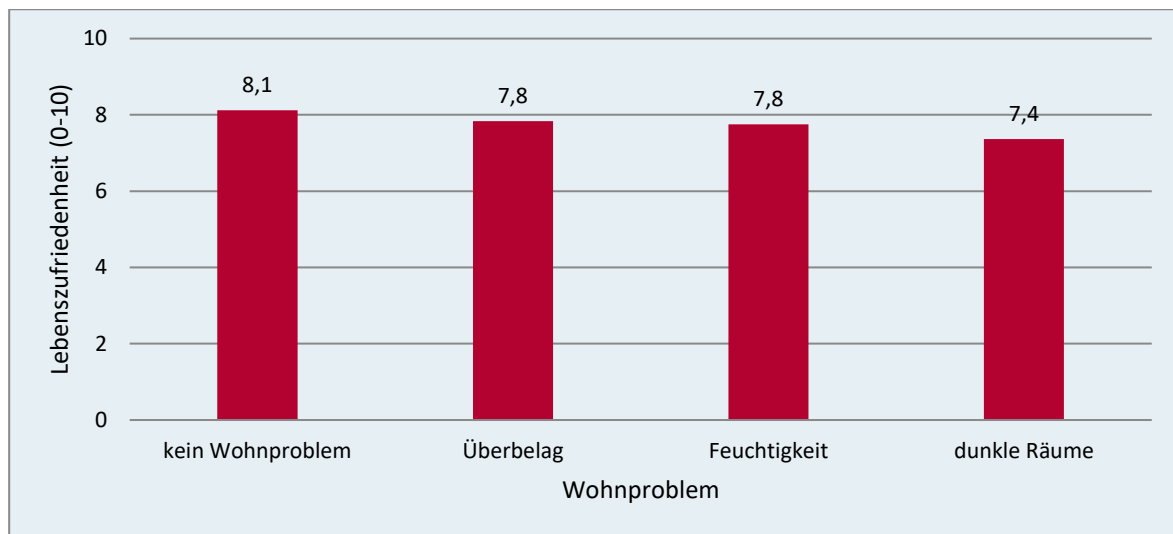
Wohnen ist ein zentrales Grundbedürfnis, genauso wie Nahrung, saubere Luft zum Atmen, Kleidung und soziale Beziehungen. Eine Unterkunft zu haben bedeutet nicht nur Schutz vor äußeren Umwelteinflüssen wie etwa Nässe und Kälte. Sie bietet Schutz vor der Außenwelt, einen Raum für Geborgenheit und persönliche Gegenstände, ein Zuhause (Bonney 2007).

Eine Meldeadresse ist Voraussetzung für die Suche nach einem Job, das Eröffnen und Führen eines Kontos sowie die Wahrung rechtlicher Ansprüche. Ohne Wohnung ist die Teilhabe an der Gesellschaft schwierig und führt, neben physischen und psychischen gesundheitlichen Problemen und sozialer Ausgrenzung zu einer deutlich geringeren Lebenserwartung (Tweed 2017). Das Sterberisiko wohnungsloser Männer ist rund viermal so hoch wie jenes der Allgemeinbevölkerung – ihre Lebenserwartung ist in etwa 20 Jahre verkürzt (Klotz, J. et al. 2018). In Österreich waren im Jahr 2019 rund 22.000 Menschen offiziell obdach- und wohnungslos (Statistik Austria 2021a), im Jahr 2021 rund 19.500.

Doch nicht nur Wohnungslosigkeit hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Der Lebensraum sowie das Wohnumfeld spielen eine maßgebliche Rolle in puncto Gesundheit und Wohlbefinden. Eine sichere soziale Umgebung mit wenig Kriminalität und Gewalt sowie ein Wohnumfeld mit geringen Umweltbelastungen tragen zu einer höheren Lebensqualität und zu einer besseren Gesundheit bei.

Laut EU-SILC 2019 verfügen Personen ohne Wohnprobleme über eine etwas höhere Lebenszufriedenheit (8,1 von 10 möglichen Punkten) als solche, die von Überbelag, Feuchtigkeit bzw. Schimmel (jeweils 7,8 Punkte) oder dunklen Räumen (7,4 Punkte) betroffen sind (s. Abbildung 127).

Abbildung 127: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Wohnsituation in Österreich 2019

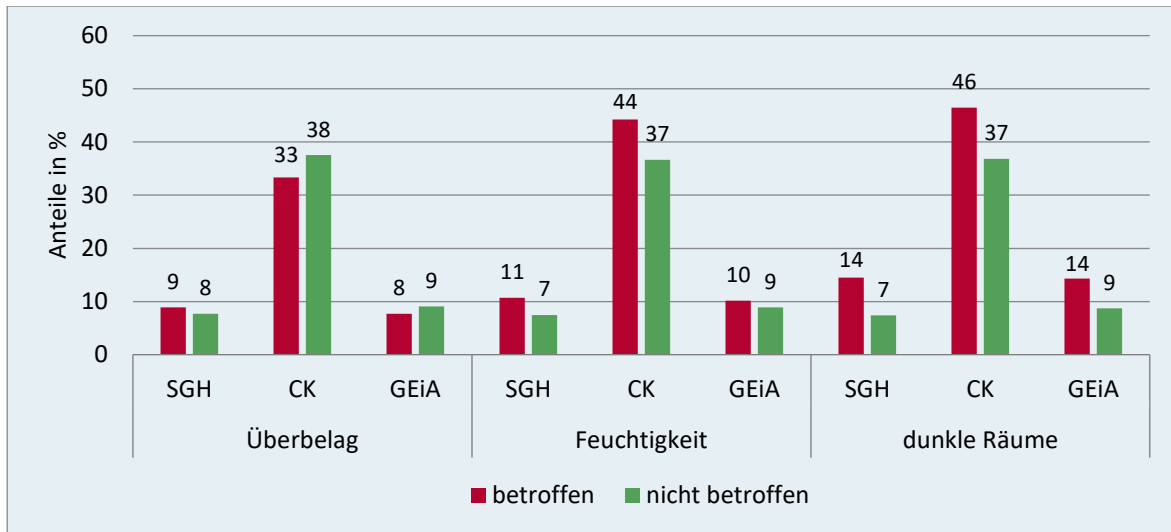


hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Darstellung: GÖG

Personen mit Wohnproblemen berichten zudem häufiger über eine schlechte bis sehr schlechte Gesundheit und sind – außer bei Überbelag – häufiger von chronischen Krankheiten und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen (s. Abbildung 128). Der Unterschied bei Überbelag könnte daher kommen, dass eher junge Menschen in überbelegten Wohnungen leben und tendenziell seltener chronisch krank sind als ältere. Umgekehrt kann auch ein schlechterer Gesundheitszustand über Arbeitslosigkeit und Armutsgefährdung zu schlechten Wohnbedingungen führen.

Abbildung 128: Gesundheitszustand nach Wohnsituation in Österreich 2019



SGH: schlechter bis sehr schlechter Gesundheitszustand; CK: chronische Krankheiten; GEiA: gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

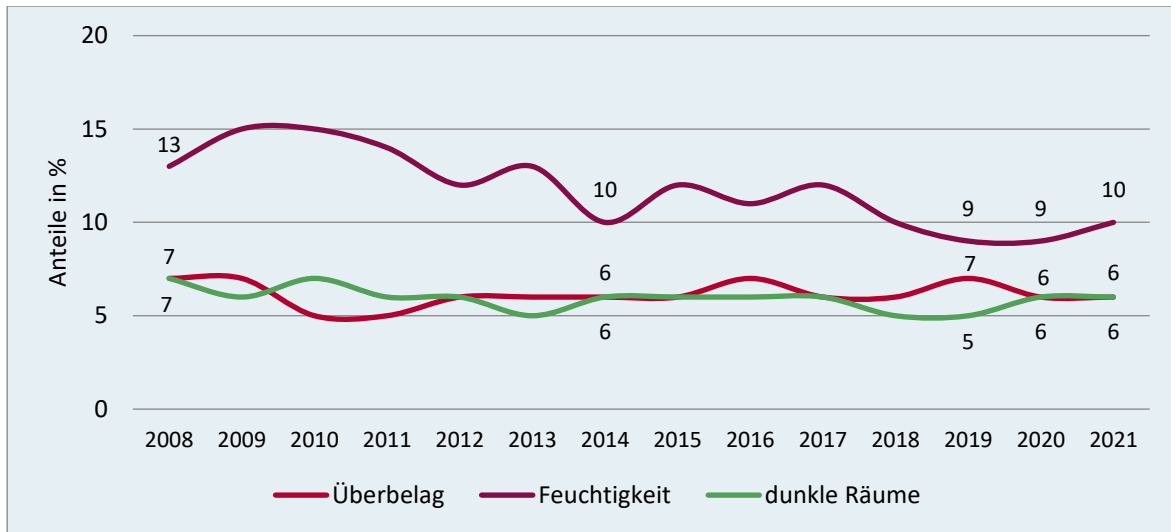
Quellen: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im folgenden Abschnitt werden drei wesentliche Indikatoren der Wohnsituation dargestellt (s. Abbildung 129):

- Überbelag
- Feuchtigkeit und Schimmel
- dunkle Räume

In besonders hohem Maße sind Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, arbeitsgefährdete Personen und solche ohne Arbeit von diesen Wohnproblemen betroffen.

Abbildung 129: Wohnprobleme in Österreich 2008–2021



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quellen: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008–2020

Berechnung und Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Welchen Einfluss schlechte Wohnverhältnisse auf die Gesundheit und Lebensqualität haben, konnte auch im Zuge der COVID-19-Pandemie beobachtet werden. In Regionen mit einem hohen Anteil von Personen mit schlechten Wohnverhältnissen (Überbelag, schlechte Infrastruktur) war das relative Risiko, an COVID-19 zu erkranken, deutlich höher als in Regionen mit guten Wohnverhältnissen (Ahmad et al. 2020). Durch die Ausgangssperren und Schulschließungen kam es für Personen in schlechten Wohnverhältnissen zudem zu einem Verlust von Privatsphäre und zu einem Depressionsrisiko. Kinder und Jugendliche, häufig aus armutsbetroffenen Haushalten, die weder den Raum noch die Infrastruktur (gute Internetverbindung, helle Räume) für Homeschooling hatten, fielen bildungsbezogen zurück – was den sozialen Aufstieg (noch) schwieriger macht und langfristige gesundheitliche Effekte mit sich bringen kann. (Heitzmann in BMSGPK 2021a)

5.1.2.1 Überbelag

Eine überbelegte Wohnung kann zu Stress und Aggressionen führen sowie Depressionen auslösen. Zudem ist die Ansteckungsgefahr durch erkrankte Personen erhöht (Krieger 2002; WHO 2018). Letzteres spielte auch während der COVID-19-Pandemie eine große Rolle.

Im Jahr 2019 waren etwa sieben Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 612.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–15 %; Dreijahresdurchschnitte) in ihrer Wohnung / ihrem Haus von Überbelag (nach der nationalen Definition, die sich am Kriterium der Gemeinde Wien bei der Vergabe von Gemeindewohnungen orientiert) betroffen. 2021 waren es mit 524.000 Personen (rund 6 % der Bevölkerung) etwas weniger Personen (Statistik Austria 2017). Seit 2008 liegt der Wert stets zwischen sieben und fünf Prozent (s. Abbildung 129).

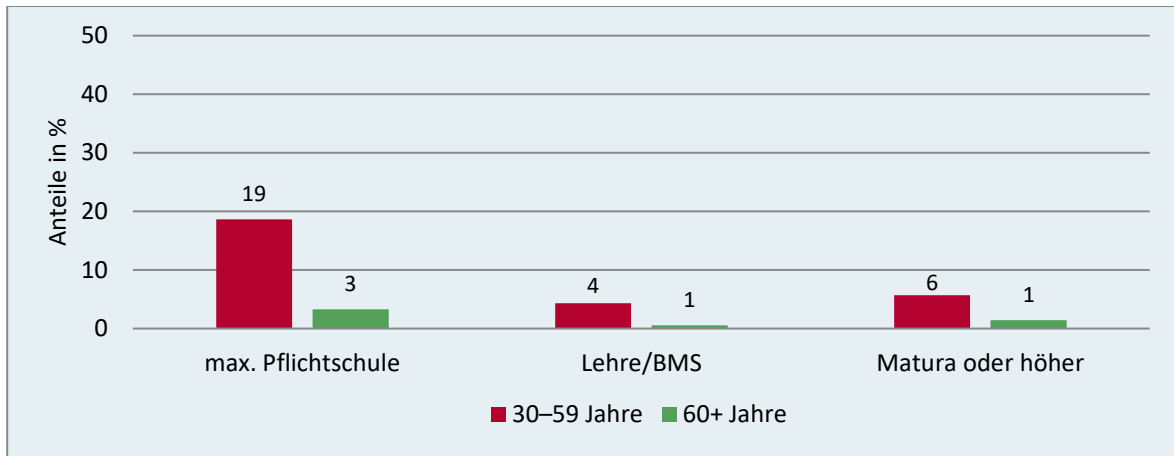
Männer sind in etwa gleich häufig von Überbelag betroffen wie Frauen. Kinder bis 14 Jahre sind besonders häufig von beengten Wohnverhältnissen betroffen (rund 17 %), Personen im Alter von 60 und mehr Jahren am seltensten (1,4 %).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Besonders häufig von Überbelag betroffen sind Personen ab 30 Jahren mit einem niedrigen Haushaltseinkommen (armutsgefährdet) und jene mit maximal Pflichtschulabschluss im Vergleich zu Personen mit einem hohen Haushaltseinkommen bzw. mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss bzw. mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (Einkommen: 12 % vs. 2–4 %; Bildung: 10 % vs. 3–5 %).

Personen zwischen 30 und 59 Jahren mit maximal einem Pflichtschulabschluss sind dabei deutlich häufiger von Überbelag betroffen als Personen mit 60 oder mehr Jahren mit dem gleichen Bildungsabschluss (s. Abbildung 130). Seit 2008 hat sich der Anteil von Überbelag Betroffener mit maximal einem Pflichtschulabschluss leicht erhöht.

Abbildung 130: Überbelag nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-59 und 60+)

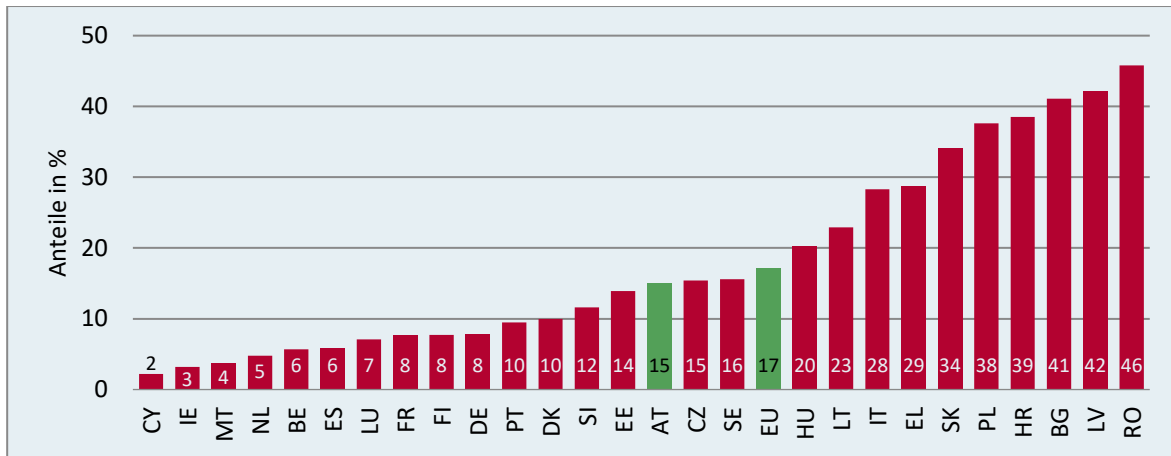
Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich nach der Eurostat-Definition von Überbelag – laut EU-SILC 2019 – mit 15 Prozent knapp unter dem EU-Durchschnitt (17 %; EU-Bandbreite: 2-46 %; s. Abbildung 131).

Abbildung 131: Überbelag im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Darstellung: GÖG

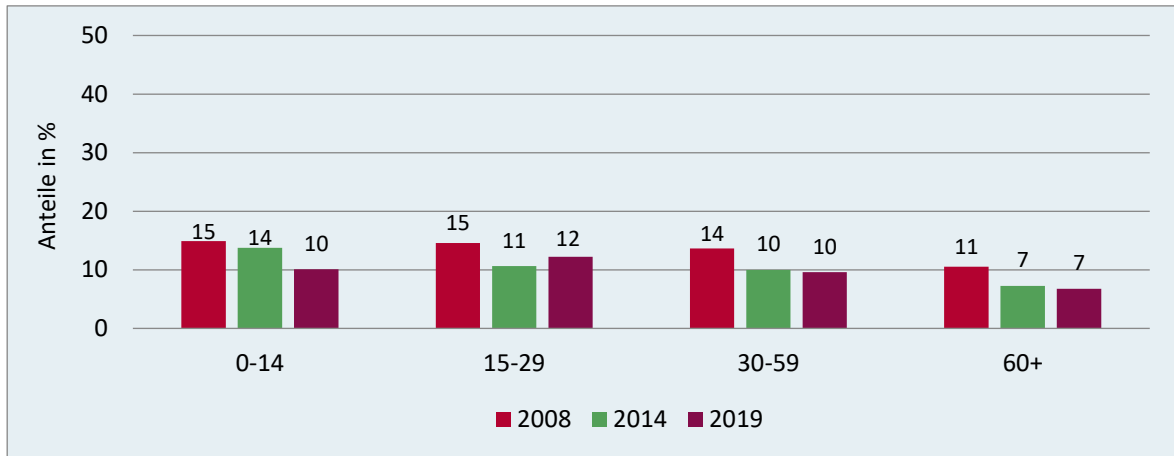
5.1.2.2 Feuchtigkeit und Schimmel

Feuchtigkeit und Schimmel in den Wohnräumen können Atemwegsbeschwerden wie (Keuch-)Husten, Bronchitis und Asthma verursachen und allergische Reaktionen auslösen. Weitere Folgen können andauernde Kopfschmerzen, Schnupfen, Schlafstörungen und brennende Augen sein. Das Risiko einer Atemwegserkrankung bei dauerhafter Exposition gegenüber feuchten Wohnräumen steigt schätzungsweise um bis zu 95 Prozent. (Mendell 2011)

Im Jahr 2019 waren etwa neun Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 822.000 Personen; BL-Bandbreite: 7–13 %; Dreijahresdurchschnitte) in ihren Wohnräumen von Feuchtigkeit und Schimmel betroffen. 2021 waren es mit 862.000 Personen (rund 10 %) um 40.000 Personen mehr als noch 2019. Der Anteil von Feuchtigkeit und Schimmel Betroffener hat – trotz einiger Schwankungen – seit 2008 in der Tendenz abgenommen: von 13 Prozent auf rund zehn Prozent (s. Abbildung 129).

Frauen sind etwas häufiger von Feuchtigkeit und Schimmel betroffen als Männer, Personen unter 30 Jahren häufiger als Personen ab 60 Jahren (12 % vs. 7 %; s. Abbildung 132).

Abbildung 132: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Altersgruppen in Österreich 2008, 2014 und 2019



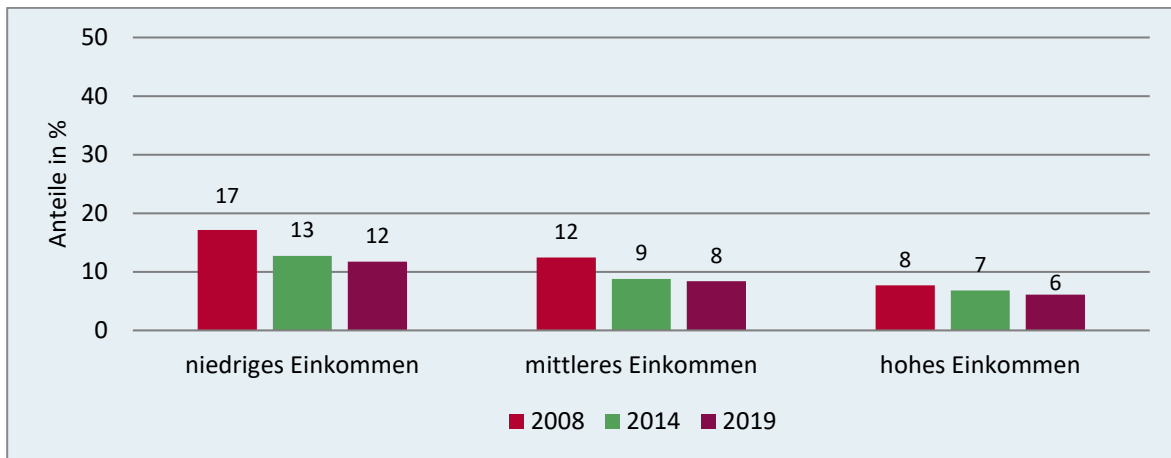
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quellen: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen ab 30 Jahren mit einem niedrigen Haushaltseinkommen (armutsgefährdet) sind etwa doppelt so häufig von Feuchtigkeit und Schimmel in Wohnräumen betroffen wie Personen mit einem hohen Haushaltseinkommen (12 % vs. 6 %). Seit 2008 ist der Anteil Betroffener – insbesondere bei Personen mit niedrigem Einkommen – gesunken (s. Abbildung 133).

Abbildung 133: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Einkommen* in Österreich 2008, 2014 und 2019



*Niedrig ist armutsgefährdet (weniger als 60 % des Einkommensmedians), hoch ist mehr als 180 % des Einkommensmedians, mittel ist alles dazwischen.

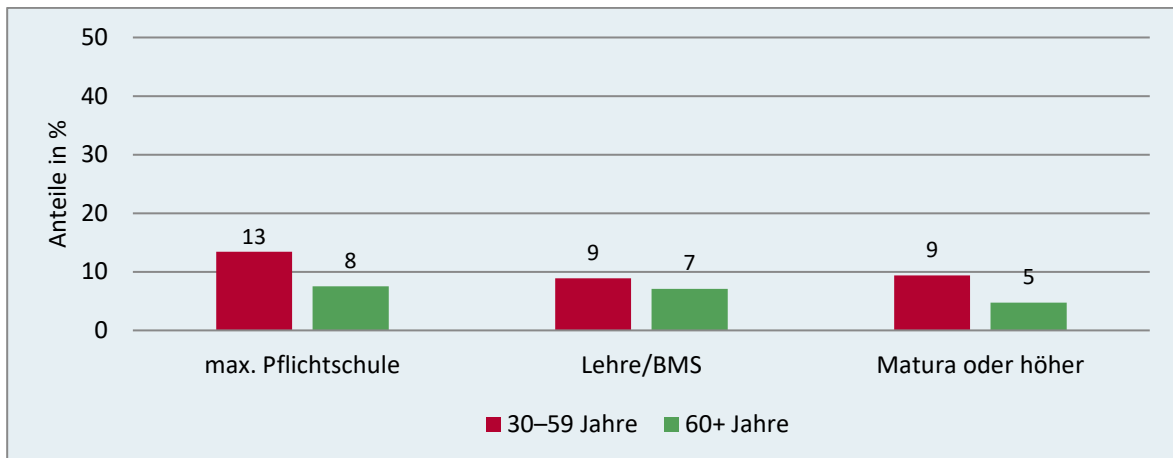
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008, 2019

Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch Personen ab 30 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger Feuchtigkeit und Schimmel in ihrem Wohnraum ausgesetzt als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (10 % vs. 8 %; s. Abbildung 134). Gegenüber 2008 hat der Anteil der Betroffenen in allen Bildungsgruppen abgenommen – bei den Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss mit etwa sieben Prozentpunkten am meisten.

Abbildung 134: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Bildungsabschluss und Alter in Österreich 2019



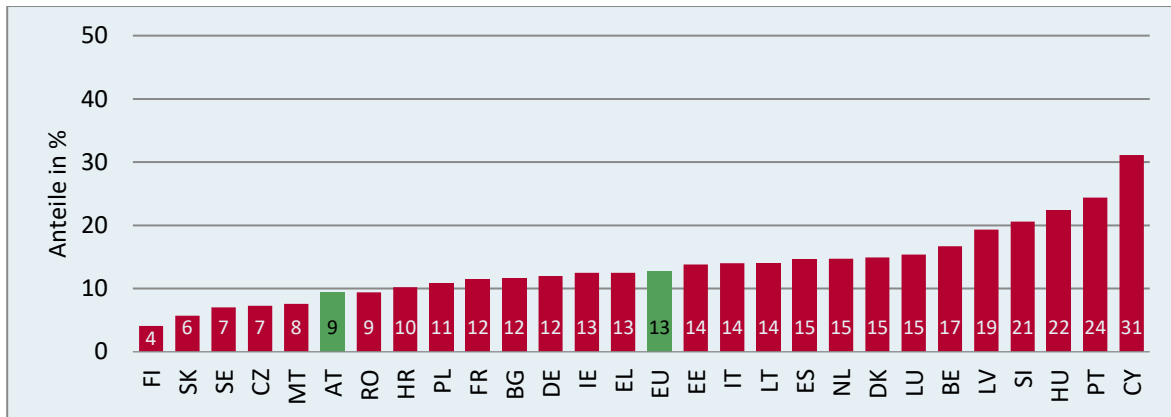
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-59 und 60+)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Feuchtigkeits- und Schimmelexposition – laut EU-SILC 2019 – mit neun Prozent unter dem EU-Schnitt auf Rang 6 (13 %; EU-Bandbreite: 4-31%; s. Abbildung 135).

Abbildung 135: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Darstellung: GÖG

5.1.2.3 Dunkle Räume

Dunkle Räume können psychische und physische Veränderungen im Körper auslösen. Eine dauerhaft verminderte Lichteinstrahlung kann ähnliche Symptome wie eine Depression hervorrufen. Unter anderem äußert sich dies in Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit sowie Gewichtszunahme durch Heißhungerattacken. Zudem kann eine schlechte Beleuchtung der Innenräume zu einer erhöhten Sturzgefahr bei älteren und sehbehinderten Personen führen (Brown/Jacobs 2011; WHO 2018).

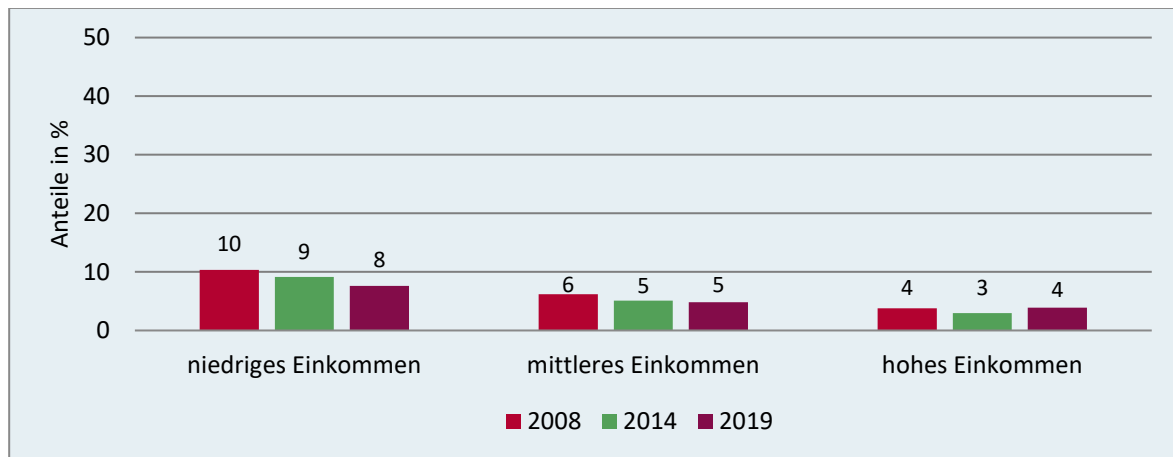
Im Jahr 2019 waren etwa fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 443.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–11 %; Dreijahresdurchschnitt) in ihrer Wohnung / ihrem Haus von dunklen Wohnräumen betroffen. 2021 ist diese Zahl auf etwa eine halbe Million (6 %) gestiegen. Der Anteil von dunklen Räumen betroffener Personen ist seit 2008 in etwa gleichbleibend (s. Abbildung 129).

Männer sind in etwa gleich häufig von dunklen Wohnräumen betroffen wie Frauen. Auch alle Altersgruppen sind dunklen Räumen gleichermaßen ausgesetzt.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Personen ab 30 Jahren mit einem niedrigen Haushaltseinkommen haben etwa doppelt so häufig dunkle Wohnräume wie Personen mit einem hohen Haushaltseinkommen (8 % vs. 4 %). Personen mit maximal Pflichtschulabschluss waren 2019 geringfügig häufiger von dunklen Räumen in ihrer Wohnung / ihrem Haus betroffen als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (7 % vs. 5 %). Im Vergleich zum Jahr 2008 hat sich der Anteil der Betroffenen etwas verringert (s. Abbildung 136).

Abbildung 136: Dunkle Wohnräume nach Einkommen* in Österreich 2008, 2014 und 2019



*Niedrig ist armutsgefährdet (weniger als 60 % des Einkommensmedians), hoch ist mehr als 180 % des Einkommensmedians, mittel ist alles dazwischen.

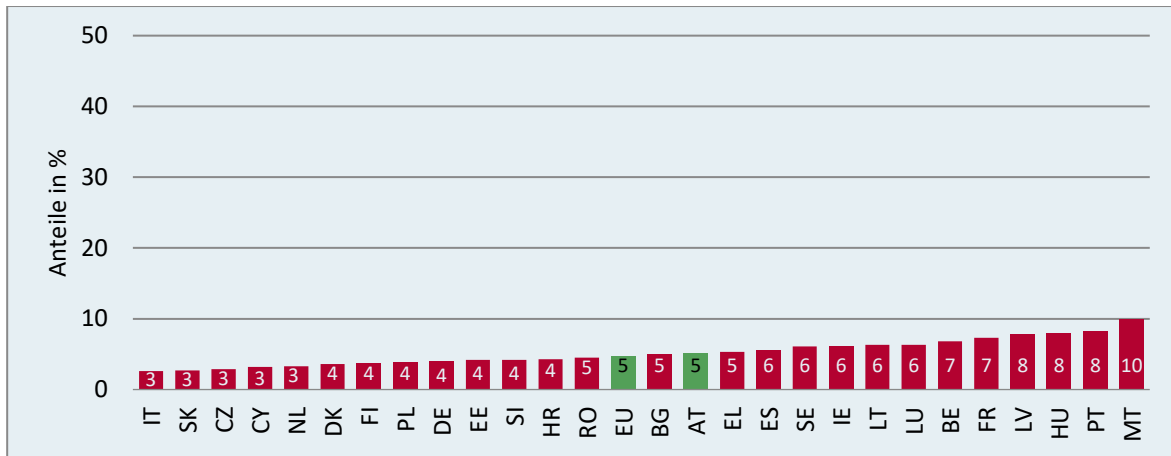
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Prävalenz dunkler Räume – laut EU-SILC 2019 – mit fünf Prozent im Mittelfeld der EU-Länder (5 %; EU-Bandbreite: 3–10 %; s. Abbildung 137).

Abbildung 137: Von dunklen Wohnräumen Betroffene im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren der Wohnsituation stammen aus den European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria berechnet werden und europaweit abgestimmt sind. Seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor. Alle Angaben beziehen sich auf die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Als überbelegt gilt laut nationaler Definition ein Haushalt, wenn die Wohnfläche weniger als 16 m² beträgt, im Mittel weniger als 8 m² pro Wohnraum zur Verfügung stehen und/oder die Anzahl der Wohnräume im Verhältnis zur Zahl der Personen im Haushalt zu gering ist. Nach Eurostat-Definition wird Überbelag über die Haushaltszusammensetzung (Anzahl, Geschlecht und Alter der Personen im Haushalt) und die Zahl der Wohnräume definiert.

Das Wohnproblem Feuchtigkeit und Schimmel bezieht sich auf die Wohnung / das Haus und beschreibt deren/dessen objektiven Zustand.

Die Werte der von dunklen Räumen Betroffenen beziehen sich auf zu wenig Tageslicht. Es müssen davon aber nicht alle Wohnräume betroffen sein. Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden der Befragten (Statistik Austria 2015b).

5.2 Bildung

Bildung wird als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesundheit erachtet, insbesondere weil Bildung für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von Bedeutung ist. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit, die sich wechselseitig bedingen, wirkt über mehrere Zwischenstufen:

So beeinflusst Bildung (1) die gesellschaftlichen Teilhabechancen wie zum Beispiel den beruflichen Ein- und Aufstieg, Arbeitslosigkeit, Einkommenschancen etc., (2) das Wissen und die Handlungskompetenz, um gesunde Entscheidungen treffen zu können (= Gesundheitskompetenz), (3) die Entwicklung emotionaler, sozialer und intellektueller Kompetenzen sowie (4) die Lebensverhältnisse (Sozialkontakte, Wohnverhältnisse etc.) (Lampert/Richter 2009; Pelikan, Jürgen M et al. 2012) (s. auch Kapitel 7.2).

Umgekehrt bedingt die Gesundheit wiederum Bildungs- und Teilhabechancen sowie die Lebensverhältnisse bzw. gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Zum Beispiel kann eine chronische Erkrankung zu Arbeitslosigkeit führen, aber auch dazu, dass Bildungschancen nicht (ausreichend) wahrgenommen werden können. Ebenso können sich durch eine Erkrankung Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen verändern (z. B. erhöhter Rauchkonsum durch Depression).

In puncto Bildung kann zwischen *formaler* Bildung, die in Schulen, Hochschulen und anderen Institutionen des Bildungswesens erworben wird, und einer *nonformalen* (Weiterbildung) sowie *informellen* Bildung (Lernvorgänge im sozialen Umfeld), die außerhalb des Bereichs organisierter Bildung stattfinden, unterschieden werden. Alle drei Bildungssegmente haben einen relevanten Einfluss auf die gesunde körperliche und psychische Entwicklung eines Menschen (Kuntz/Lampert 2012), auch wenn Bildung in Studien üblicherweise lediglich anhand formaler Bildungsabschlüsse gemessen wird. (Schneeberger/Petanovitsch 2005).

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Lampert/Richter 2009; Marmot/Wilkinson 2005; Marmot 2010) als auch für Österreich gut belegt (Bobek et

al. 2019; Klimont et al. 2008; Klimont/Prammer-Waldhör 2020). Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (s. Kapitel 6.10.1) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. anhand der Lebenserwartung (s. Kapitel 3.1). Auch die COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, dass Menschen mit geringeren Bildungschancen stärker von ihr betroffen waren (Bambra et al. 2020; CHAIN 2020; ECDC 2020) und dass diese Krise vermutlich zu einer Verstärkung der Bildungsunterschiede geführt hat (BMSGPK 2021a; Haas et al. 2021).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand der fünf nachstehenden Indikatoren abgebildet:

- Bildungsniveau
- Bildungsmobilität
- Weiterbildung
- frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen
- Schulklima

5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2019 wiesen 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren einen Abschluss bei einer Akademie, (Fach-)Hochschule oder Universität auf (BL-Bandbreite: 14–28 %). Eine ähnlich große Bevölkerungsgruppe (18 %) verfügte maximal über einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite: 14–21 %). 33 Prozent der 25- bis 64-Jährigen hatten einen Lehrabschluss (BL-Bandbreite: 22–39 %), 14 Prozent hatten eine berufsbildende mittlere Schule (BMS) abgeschlossen (BL-Bandbreite: 19–9 %). Rund jede zweite Person in Österreich (zwischen 25 und 64 Jahren) verfügt demnach über einen Lehr- oder BMS-Abschluss (gerundet 48 %), 16 Prozent haben als höchsten Bildungsabschluss eine Matura einer *allgemein* bildenden oder *berufsbildenden* höheren Schule vorzuweisen oder haben ein Kolleg durchlaufen (BL-Bandbreite: 20–13 %; s. Tabelle 2). Eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss weisen demnach – zusammengefasst – rund 35 Prozent der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung auf (BL-Bandbreite: 28–48 %).

Tabelle 2: Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2019

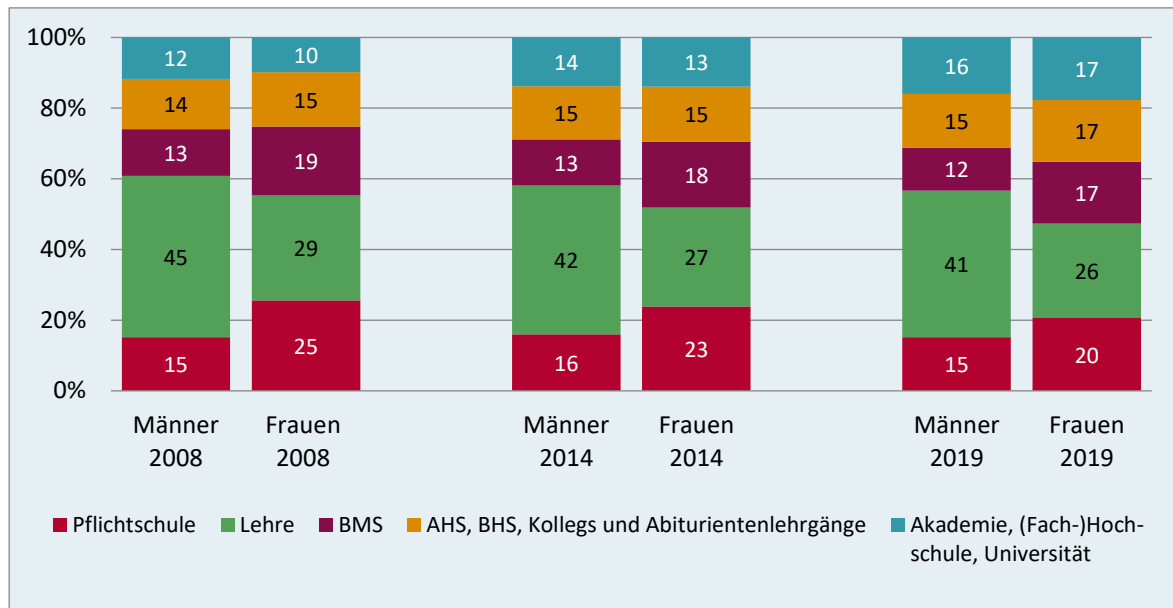
Bildungsstand	absolut Gesamt	Gesamt	Anteile in %	
			Männer	Frauen
Pflichtschule (inkl. Personen ohne Pflichtschulabschluss)	873.670	17,6	15,2	20,0
Lehre	1.656.477	33,4	40,6	26,1
berufsbildende mittlere Schule (BMS)	712.808	14,4	12,1	16,7
allgemeinbildende (AHS) oder berufsbildende höhere Schule (BHS), Kolleg und Abiturientenlehrgänge	794.294	16,0	15,4	16,6
Akademie, (Fach-)Hochschule, Universität	925.425	18,7	16,8	20,6

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2019;
Darstellung: GÖG

Langfristig gesehen, ist das Bildungsniveau der österreichischen Bevölkerung gestiegen. Zwischen 2008 und 2019 hat der Anteil der Akademiker:innen von 13 Prozent auf insgesamt 19 Prozent zugenommen. Der Anteil der Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss ist hingegen nur geringfügig gesunken (von 19 % auf 18 %).

Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er-Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor Unterschiede im Bildungsniveau von Frauen und Männern: Frauen erreichen zwar etwas häufiger als Männer einen akademischen Titel (2019: rund 21 % vs. 17 %), weisen jedoch gleichzeitig deutlich häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf (2019: 20 % vs. 15 %; s. Abbildung 138), während Männer deutlich häufiger eine Lehre absolvieren (2019: 41 % vs. 26 %).

Abbildung 138: Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht 2008, 2014 und 2019



Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2008, 2014 und 2019;
Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich in der Kategorie Bildungsabschlüsse bis zum Sekundarschulbereich I (ISCED 0–2¹⁶) bei den 25- bis 64-Jährigen mit rund 19 Prozent (Arbeitskräfteerhebung 2019) im positiven oberen Mittelfeld (EU-Bandbreite: rund 11–48 %; EU-Durchschnitt: 25 %) und bei den Tertiärabschlüssen (ISCED 5–8; 30 %) im europäischen Mittelfeld (EU-Bandbreite: rund 16–41 %; EU-Durchschnitt: 29 %; s. Abbildung 139).

¹⁶ Anm: Pflichtschule (inkl. Personen ohne Pflichtschulabschluss), sonderpädagogische Einrichtungen und Kindergärten ab 3 Jahren (Letzteres = ISCED 0).

Abbildung 139: Bildungsabschlüsse der 25- bis 64-Jährigen im EU-Vergleich 2019



ISCED = Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens (Stand 2011)

0–2 = Elementar-, Primar- und Sekundarbereich I (Anm. Definitionen s. Ende des vorliegenden Kapitels)

5–8 = tertiäre Bildungsabschlüsse

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 26. 8. 2021);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Bildungssysteme verschiedener Ländern sind unterschiedlich aufgebaut und daher oft nur schwer miteinander vergleichbar. ISCED ist ein Instrument der Statistik und ein Versuch, Bildungsabschlüsse international miteinander zu vergleichen.

Einstufungen der Ausbildungsniveaus nach ISCED 2011

Stufe 0 – Elementarbereich

Diese Stufe umfasst neben der formalen frühkindlichen Bildung für Kinder ab drei Jahren bis zum regulären Schuleintritt auch den frühkindlichen Bildungsbereich für Kinder bis zu drei Jahren.

Stufe 1 – Primarbereich

Diese Stufe umfasst im österreichischen Bildungssystem die Volksschule.

Stufe 2 – Sekundarbereich I

Diese Stufe umfasst die ersten vier Jahre der Neuen Mittelschule und der Unterstufe der allgemeinbildenden höheren Schule (AHS).

Stufe 3 – Sekundarbereich II

Diese Stufe umfasst Bildungseinrichtungen, welche sich der allgemeinen Bildung oder der Berufsbildung nach dem Sekundarbereich I widmen. Dazu zählen die integrative Berufsausbildung, polytechnische Schulen, Berufsschulen und Lehren, die berufsbildenden mittleren Schulen, berufsbildende höhere Schulen bis zum dritten Jahr, die Oberstufe allgemeinbildender höherer Schulen sowie Ausbildungen in Gesundheitsberufen.

Stufe 4 – Postsekundärer, nicht tertiärer Bereich

Die vierte Stufe der ISCED-Klassifizierung umfasst Abschlüsse, welche zwar nach der Sekundarbildung einzuordnen sind, jedoch noch nicht in den tertiären Sektor fallen. Diese Ausbildungen umfassen z. B. Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie manche Lehrgänge an Universitäten oder Fachhochschulen.

Stufe 5 – Kurzes tertiäres Bildungsprogramm

Die fünfte Stufe der ISCED-Klassifizierung ist für sämtliche postsekundäre Abschlüsse konzipiert, die den Absolventinnen und Absolventen professionelles Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen typischerweise praxisorientiert vermitteln. Besonderes Charakteristikum ist die berufsspezifische Ausrichtung. In die fünfte Stufe fallen die berufsbildenden höheren Schulen ab dem vierten Jahrgang, Aufbaulehrgänge, Schulen für Berufstätige, Werkmeister-, Bauhandwerker- und Meisterschulen sowie Kollegs. Solche Programme können auch als erster Teil eines Bachelorprogramms definiert sein.

Stufe 6 – Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm

Die sechste Stufe der ISCED-Klassifizierung umfasst Bachelorstudiengänge an Universitäten, Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen. Auch gleichwertige Bildungsprogramme in anderen Bereichen fallen in diese Kategorie.

Stufe 7 – Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm

Die siebte Stufe der ISCED-Klassifizierung umfasst Masterstudiengänge an Universitäten, Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen. Auch gleichwertige Bildungsprogramme in anderen Bereichen fallen in diese Kategorie.

Stufe 8 – Promotion bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm

Die achte Stufe der ISCED-Klassifizierung umfasst die höchsten hochschulischen Ausbildungsformen, die Promotion sowie die Habilitation (Dr./Dr.ⁱⁿ, PhD)

Quelle: Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED); vgl.: <https://www.bildungssystem.at/isced-klassifikation/internationale-standardklassifikation-im-bildungswesen>

Die Bildungsniveaudaten stammen aus dem Bildungsstandregister der Statistik Austria: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html

5.2.2 Bildungsmobilität

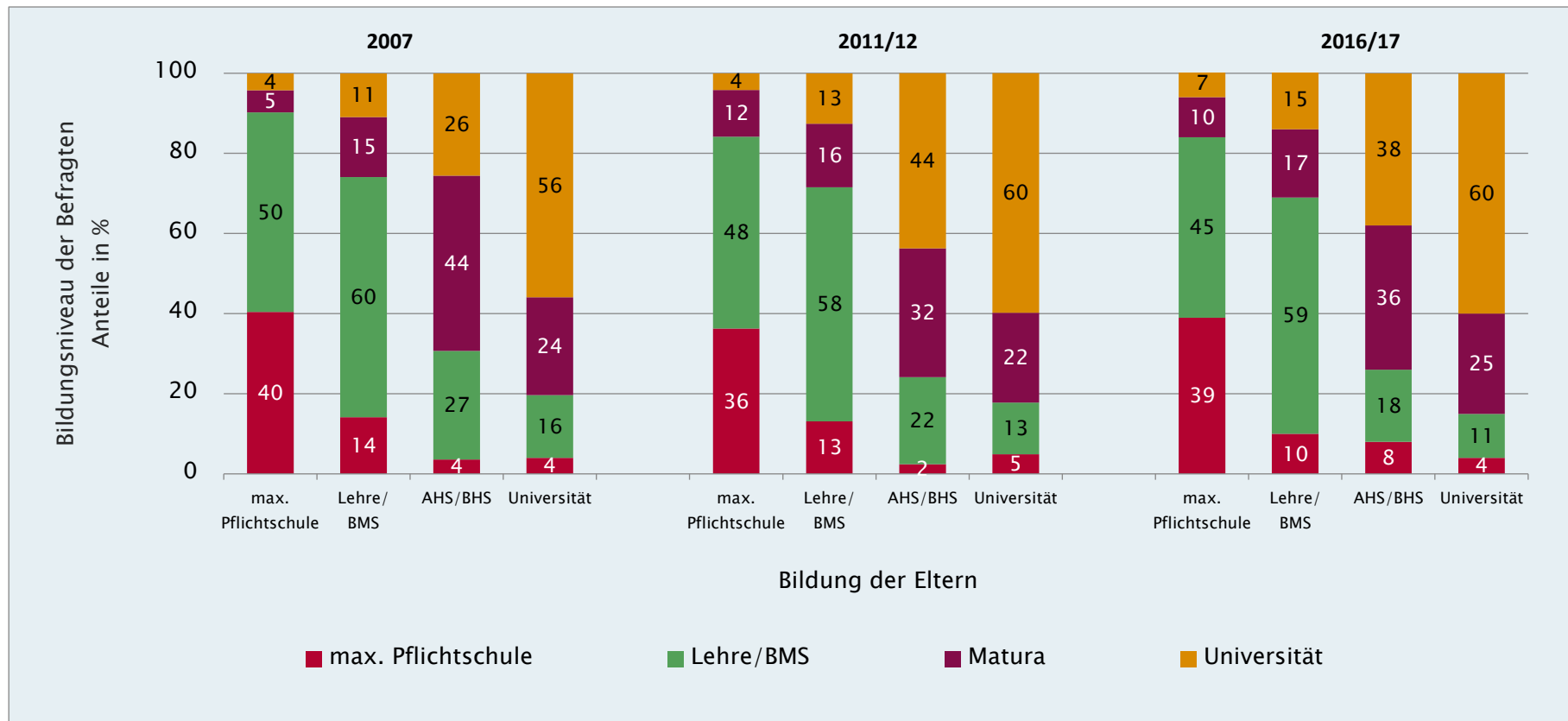
Das Bildungsniveau der Bevölkerung ist in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt gestiegen. Weit weniger Dynamik gibt es hingegen in puncto Bildungsmobilität zwischen den Generationen, die in Österreich nach wie vor niedrig ist. Die *Bildungsmobilität* zwischen den Generationen hängt von der sozialen Herkunft – in Form der Schulbildung der Eltern – ab. Je geringer die Bildung der Eltern ist, desto geringer sind die Chancen der Kinder auf eine akademische Ausbildung, und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer die Gefahr für die Kinder, auf einem niedrigen Bildungsniveau zu verbleiben. Bildungschancen werden demnach in Österreich zu einem großen Teil vererbt (Statistik Austria 2018a).

Dem Adult Education Survey (AES) 2016/2017 zufolge (Statistik Austria 2018b) haben immer weniger Personen Eltern mit einem Pflichtschulabschluss (18 % der 25- bis 44-Jährigen und 37 % der 45- bis 64-Jährigen). Von ihnen erreichten 2016/2017 allerdings bei den 25- bis 44-

Jährigen nur sieben Prozent einen Hochschulabschluss, während 57 Prozent der 25- bis 44-Jährigen aus akademischen Haushalten ebenfalls ein akademischer Abschluss gelang. Bei den 45- bis 64-Jährigen aus akademischen Haushalten war der Personenanteil derer, die ebenfalls einen Hochschulabschluss erreichten, mit 58 Prozent sehr ähnlich wie bei den 25- bis 44-Jährigen. Bei den 45- bis 64-Jährigen aus bildungsfernen Haushalten war der Anteil mit sechs Prozent etwas geringer (Statistik Austria 2018c). Insgesamt betrachtet, gelingt jedoch den meisten Personen ein *höherer* Bildungsabschluss als ihren Eltern.

Ein Geschlechtervergleich zeigt, dass die Bildung der 25- bis 64-jährigen Frauen stärker als jene der gleichaltrigen Männer vom Bildungsstatus der Eltern beeinflusst wird: 60 Prozent der Frauen und 54 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss oder einen Abschluss einer hochschulverwandten Einrichtung. 39 Prozent der Frauen, aber im Vergleich „nur“ 21 Prozent der Männer, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, bleiben auf dem Pflichtschulniveau (s. Abbildung 140 und Abbildung 141).

Abbildung 140: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich 2007, 2011/12 und 2016/17

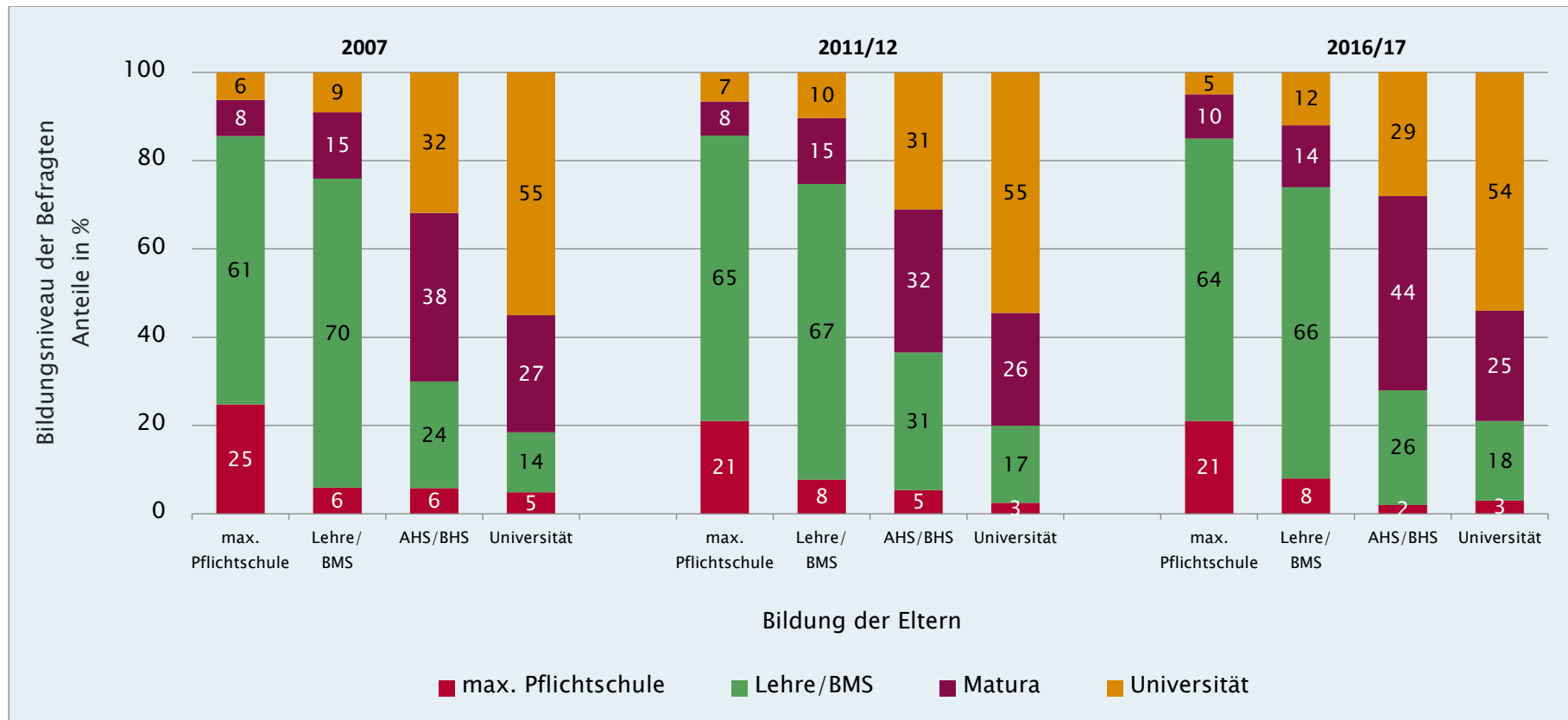


BMS: berufsbildende mittlere Schule; AHS: allgemeinbildende höhere Schule; BHS: berufsbildende höhere Schule; Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandter Ausbildung. Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert.

Quelle: AES 2007, 2011/12 und 2016/17;

Darstellung: GÖG

Abbildung 141: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich 2007, 2011/12 und 2016/17



BMS: berufsbildende mittlere Schule; AHS: allgemeinbildende höhere Schule; BHS: berufsbildende höhere Schule; Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandter Ausbildung. Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert.

Quelle: AES 2007, 2011/12 und 2016/17;

Darstellung: GÖG

Internationaler Vergleich

In zahlreichen internationalen Studien zum Thema Bildungsvererbung (z. B.: PIAAC, EU-SILC, AES) zeigt sich, dass Kinder von Eltern mit höherem Bildungsstand deutlich häufiger einen höheren Bildungsabschluss haben als Kinder aus Haushalten, in denen der höchste Bildungsabschluss beider Elternteile niedrig ist. Laut OECD liegt Österreich, was die Aufstiegsmöglichkeiten in Sachen Bildung anbelangt, im internationalen Vergleich unter dem Durchschnitt (Griebler et al. 2017; OECD 2016; OECD 2020a).

Definitionen und Daten

Bildungsmobilität beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Eltern und jenen ihrer Kinder. Je größer die Übereinstimmung ausfällt, desto geringer ist die Bildungsmobilität.

Die Bildungsmobilität wird im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey; AES) erhoben (Statistik Austria 2013), die alle fünf Jahre durchgeführt wird und bisher dreimal stattgefunden hat (2007, 2011/12 und 2016/2017). Der AES wird nach den Vorgaben von Eurostat durchgeführt und wurde in Österreich zuletzt vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung in Auftrag gegeben. Die Bildungsmobilität ist auch Gegenstand eines Ad-hoc-Moduls der EU-SILC-Befragung (2005, 2011 und 2019) (Statistik Austria 2020b). Beide Befragungen kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

Die AES-Befragung ist eine Stichprobenerhebung bei der Wohnbevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren (Kernpopulation) und der jungen Bevölkerung (18 bis 24 Jahre), die mittels persönlicher Interviews durchgeführt wird. Bei der letzten Erhebung wurden in Österreich 5.620 Personen befragt. Die europäischen Ergebnisse werden von Eurostat veröffentlicht.

Weitere internationale Vergleiche zur Bildungsmobilität werden auf Basis des PIAAC Survey of Adult Skills 2012 angestellt (OECD 2016). Die Durchführung der PIAAC-Studie ist fortlaufend angelegt. Die nächste PIAAC-Erhebung fand – bedingt durch die COVID-19-Pandemie – erst in den Jahren 2022/23 statt.

5.2.3 Weiterbildung

Eine wichtige Voraussetzung für gesundes Altern ist die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, das neben der Weiterentwicklung beruflicher und persönlicher Kompetenzen wesentlich zur Erfüllung emotionaler und sozialer Bedürfnisse beiträgt. Zudem befähigt es zur selbstbestimmten, eigenständigen Lebensführung (Kade/Seitter 2013).

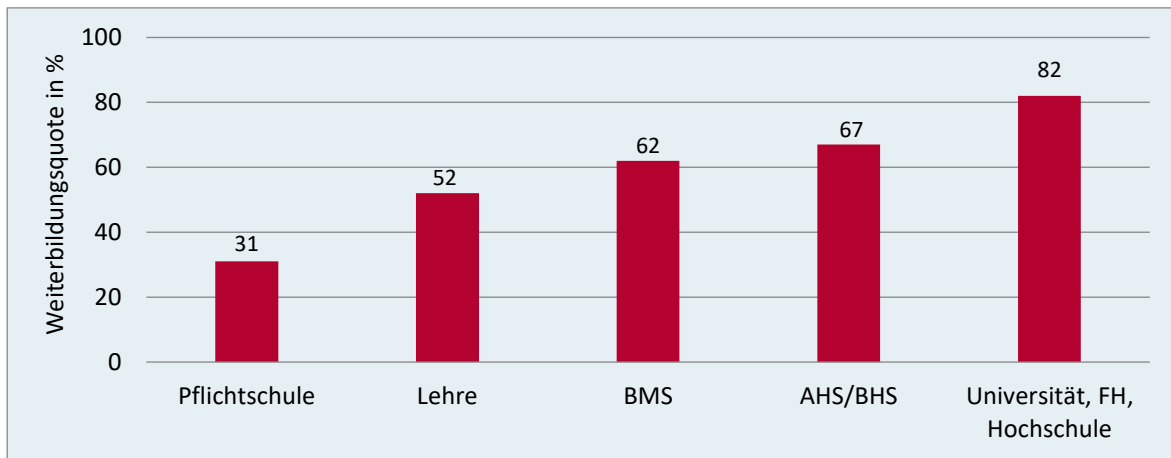
Nichtformale Bildung – Weiterbildungsaktivitäten wie Kurse, Vorträge, Seminare, Workshops, Einzelschulungen am Arbeitsplatz oder Privatunterricht – nutzten laut Adult Education Survey (AES) 2016/17 58 Prozent aller 25- bis 64-Jährigen. Die Beteiligungsrate in Bezug auf Weiterbildung ist sowohl bei den Männern (60 %) als auch bei den Frauen (57 %) in etwa gleich hoch (Statistik Austria 2018b).

Österreichweit zeigt sich, dass die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen (65 %) und jene der 35- bis 44-jährigen (66 %) sich signifikant häufiger an Weiterbildung beteiligen als die Gruppe der 55- bis 64-Jährigen (41 %).

Unterschiede nach Bildung

Zwischen der Teilnahme an Weiterbildungsaktivitäten und höchstem Bildungsabschluss besteht ein starker Zusammenhang (s. Abbildung 142): Je höher das erreichte Bildungsniveau, desto größer die weitere Bildungsbeteiligung. So zeigt sich, dass nur 31 Prozent aller Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss in den letzten zwölf Monaten (AES-Erhebung) an nichtformaler Bildung teilgenommen haben, während dies 52 Prozent aller Personen mit einem Lehreabschluss taten. Etwa drei Fünftel (62 %) der Personen mit einem Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule (BMS) sowie zwei Drittel (67 %) der Personen mit Abschluss einer höheren Schule (AHS/BHS) haben nichtformale Bildungsaktivitäten in Anspruch genommen. Von den Absolventinnen/Absolventen einer Universität, Fachhochschule oder hochschulverwandten Ausbildung (z. B. Akademie) nahmen 82 Prozent an Weiterbildungsangeboten teil.

Abbildung 142: Teilnahmequote 25- bis 64-Jähriger an nichtformalen Bildungsaktivitäten nach höchster abgeschlossener Schulbildung 2016/2017



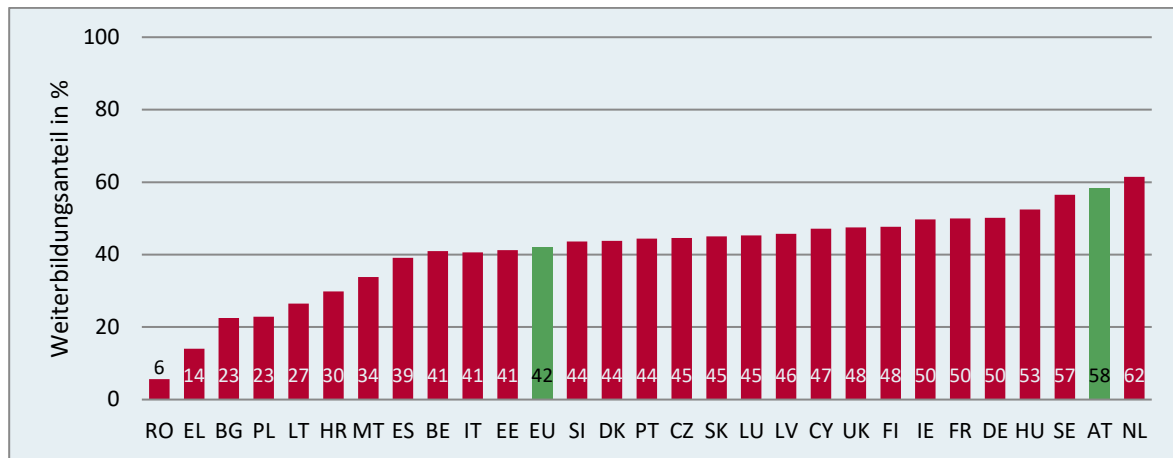
Quelle: AES 2016/17;

Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im Jahr 2016 nahmen mehr als zwei Fünftel (42 %) der erwachsenen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der EU an nichtformaler Bildung und Ausbildung teil. Im europäischen Vergleich liegt Österreich mit seiner Weiterbildungsquote – laut Adult Education Survey 2016/17 – über dem EU-Durchschnitt (42 % versus 58 %, EU-Bandbreite: 6–62 %; s. Abbildung 143). Die Teilnahmequote in Sachen Weiterbildung ist im EU-Durchschnitt seit 2007 (31 %) kontinuierlich gestiegen (2016/17: 42 %).

Abbildung 143: Teilnahmequote 25- bis 64-Jähriger betreffend nichtformale Bildungsaktivitäten im EU-Vergleich 2016/17



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

Quelle: Eurostat – Adult Education Survey 2016/17 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://eurostat.ec.europa.eu/)), Zugriff am 26. 8. 2021); Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Unter Weiterbildung wird die Inanspruchnahme informeller Bildungsangebote verstanden (Kurse, Seminare, Workshops u. v. m.), die – in Ergänzung zur formalen Bildung (Schule und Hochschule) – zu einer Weiterqualifizierung führen soll. Die am häufigsten genannten Gründe für die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten sind: Wissen und Fertigkeiten für den Alltag zu erlangen und den Beruf besser ausüben zu können bzw. die Karriereaussichten zu verbessern (Salfinger-Pilz/Peterbauer 2018).

Der Adult Education Survey (AES; Erwachsenenbildungssurvey) erhebt berufliche und private Lern- und Bildungsaktivitäten und ist eine der wichtigsten Datenquellen für EU-Statistiken zum Thema lebenslanges Lernen. Der AES wurde erstmals im Jahr 2007 durchgeführt, aktuell liegen Ergebnisse aus drei Durchführungswellen vor. Die Erhebung deckt die Wohnbevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ab und bezieht sich auf die letzten zwölf Monate vor der Befragung.

5.2.4 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen

Ein frühzeitiger Schul- bzw. Ausbildungsabbruch ist sowohl individuell als auch gesellschaftlich ein bedeutsames Problem. Ein Abbruch vermindert spätere Lebens- und Berufschancen und trägt langfristig dazu bei, dass persönliche Risiken wie gesundheitliche Einschränkungen, soziale Ausgrenzung oder Arbeitslosigkeit über die Lebensspanne hinweg hoch sind (www.bmbwf.gv.at, Zugriff am 23. 8. 2021).

Auskunft über frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen liefert der Labour Force Survey (Arbeitskräfteerhebung). Dieser Erhebung zufolge hatten im Jahr 2019 acht Prozent der 18- bis 24-Jährigen in Österreich keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Pflichtschulabschluss) oder befanden sich nicht in Ausbildung; junge Männer häufiger als junge Frauen (10 % vs. 6 %).

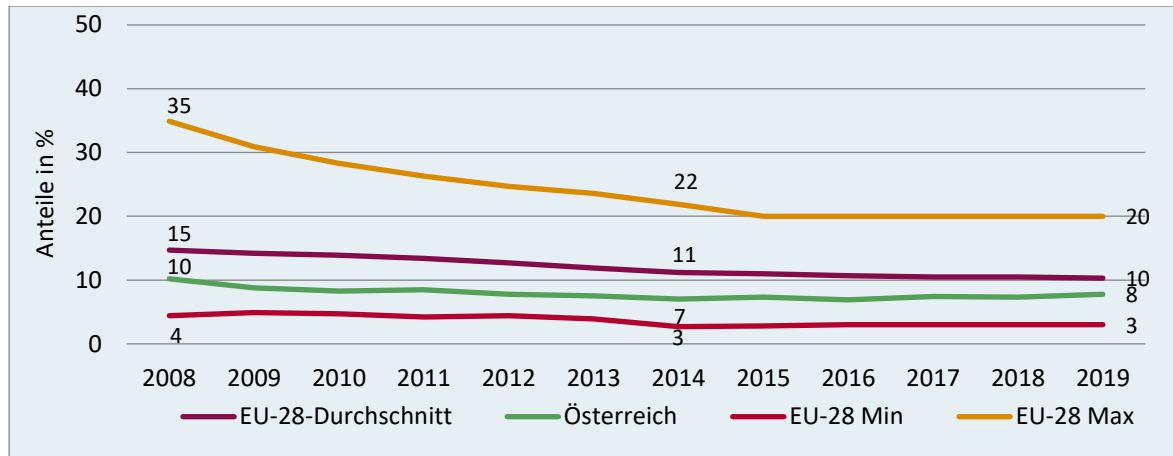
Seit 2008 hatte der Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger:innen kontinuierlich abgenommen (von 10 % auf 7 % im Jahr 2018), bevor er 2019 wieder um rund einen Prozentpunkt gestiegen ist.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich (EU-Bandbreite: 3–20 %) liegt Österreich hier – laut dem Labour Force Survey 2019 – unter dem EU-Durchschnitt (10 %) im unteren europäischen Mittelfeld (s. Abbildung 144).

Männer gehen in Österreich und europaweit häufiger als Frauen frühzeitig von der Schule ab und verfolgen keine weiterführende Ausbildung (EU: 12 % versus 9 %; in Österreich: 10 % versus 6 %; s. Abbildung 145 und Abbildung 146).

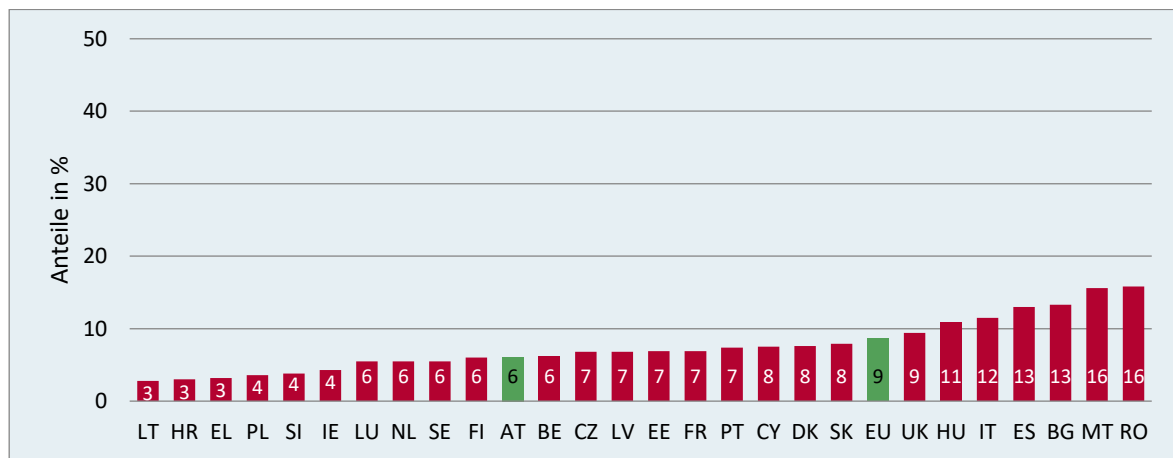
Abbildung 144: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen im EU-Vergleich 2019



Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2019 (Zugriff am 26. 8. 2021);

Darstellung: GÖG

Abbildung 145: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgängerinnen im EU-Vergleich 2019

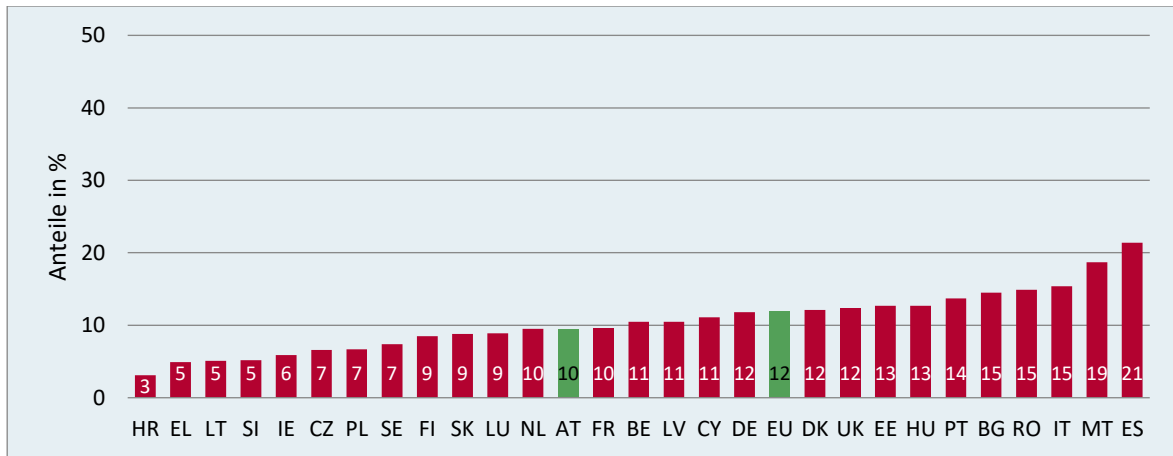


AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2019 (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 26. 8. 2021);

Darstellung: GÖG

Abbildung 146: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2019 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat)), Zugriff am 26. 8. 2021)
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Als frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger:innen gelten „18- bis 24-jährige Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (maximal Pflichtschulabschluss), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt“ (Statistik Austria 2012). Die Rate der frühen Schulabgänger:innen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt.

5.2.5 Schulklima

Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl das Gesundheitsverhalten (z. B. das Gewalt- und Suchtverhalten) als auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Selbstwertgefühl, Depressivität) (Ramelow et al. 2013). Eigene Analysen auf Basis der „Health Behaviour in School-aged Children“- (HBSC-) Daten für Österreich (2018) verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl mit der Schulzufriedenheit und der selbsteingeschätzten Gesundheit als auch mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit positiv korreliert: je besser das Schulklima, desto besser die Gesundheit. (BMSGPK 2021e)

Österreichs Schüler:innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) beurteilen das Schulklima an ihren Schulen mit rund 73 von 100 möglichen Punkten (HBSC-Erhebung 2018; gewichtete Ergebnisse). Die Zufriedenheit mit dem Schulklima nimmt allerdings zwischen der fünften und siebten Schulstufe deutlich ab: von 78 Punkten bei den 11-Jährigen auf 71 bzw. 69 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen. Zwischen 2010 und 2014 hat sich das Schulklima für beide Geschlechter, für alle Altersgruppen sowie für Kinder und Jugendliche sowohl aus finanziell besser- als auch finanziell schlechtergestellten Familien verbessert. Im Vergleich dazu hat sich das Schulklima zwischen 2014 und 2018 wieder etwas verschlechtert, lag aber 2018 nach wie vor deutlich über dem Niveau von 2010 (s. Tabelle 3). Insgesamt stieg die Einschätzung des Schulklimas zwischen 2010 und 2014 von 68 auf 75 Punkte und sank 2018 auf rund 73 Punkte.

Tabelle 3: Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)

Jahr	B + M	B	M	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige	geringer FAS	hoher FAS
2010*	67,6	66,8	68,3	74,1	65,8	62,9	66,1	68,2
2014*	74,8	74,8	74,9	80,8	71,6	72,4	71,1	75,7
2018*	72,6	72,7	72,5	78,0	70,6	69,2	69,1	73,2

B = Burschen, M = Mädchen, FAS = Familienwohlstand

*gleichgewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige

Quelle: BMG/LBIHPR – HBSC 2010 und 2014, BMASGK/IFGP – HBSC 2018;

Berechnung und Darstellung: GÖG

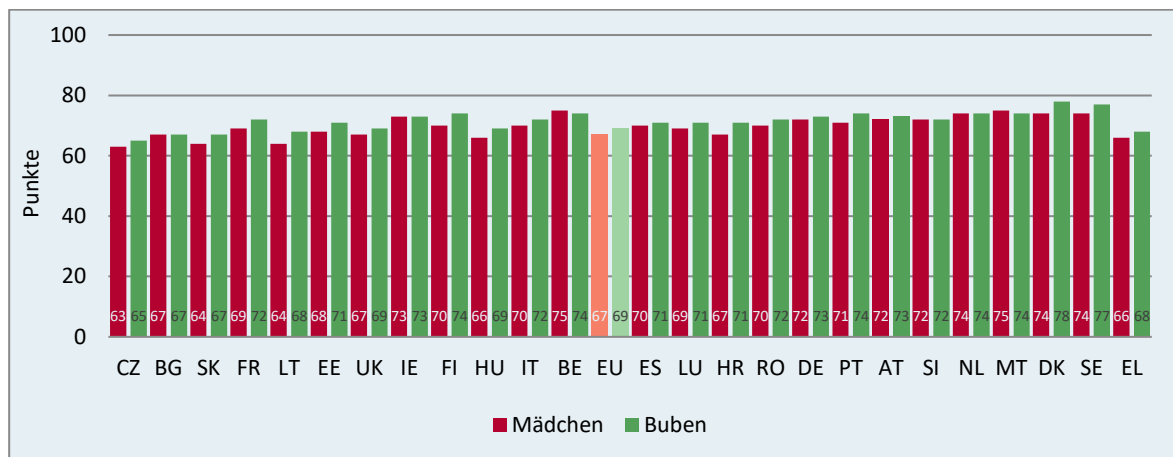
Unterschiede nach Familienwohlstand (FAS)

Das Schulklima wurde 2018 von Schülerinnen und Schülern mit einem hohen Familienwohlstand um rund vier Punkte besser eingeschätzt als von solchen mit einem geringen Familienwohlstand.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich beim Schulklima mit 72 Punkten bei den Mädchen und mit 73 Punkten bei den Burschen deutlich über dem EU-Durchschnitt (ohne Polen; Mädchen 67 Punkte, Burschen 69 Punkte; s. Abbildung 147).

Abbildung 147: Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas im EU-Vergleich*, Mittelwerte, Österreich 2018



Schüler:innen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

*ohne Polen

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

BE: Durchschnitt der Ergebnisse von Belgium French und Belgium Flemish

UK: Durchschnitt der Länderergebnisse von England, Schottland und Wales

Quelle: BMASGK/IFGP – HBSC 2018

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008).

Aussagen über das Schulklima werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2018 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 und 2014 verglichen (Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den Beziehungen unter den Schülerinnen/Schülern sowie zwischen den Schülerinnen/Schülern und den Lehrerinnen/Lehrern. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf eine Skala von 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu erhalten. Die Daten beziehen sich auf Schüler:innen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

Die Ergebnisse können nach Alter und Geschlecht sowie nach dem Familienwohlstand (FAS) dargestellt werden. Der Familienwohlstand errechnet sich aus vier einfachen Fragen (zur Anzahl der im Familienbesitz befindlichen Computer und Autos, zur Häufigkeit getätigter Urlaubsreisen [innerhalb der letzten 12 Monate] sowie zum Besitz eines eigenen Zimmers), die in einem Gesamtindex zusammengeführt werden. Der Index wird in drei Wohlstandsgruppen unterteilt (gering, mittel, hoch) und steht sowohl mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als auch mit relevanten Gesundheitsdeterminanten in Zusammenhang (Currie et al. 2012).

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung, insbesondere von Erwerbsarbeit (= bezahlte Arbeit), ist vielschichtig. Erwerbsarbeit dient dem Menschen nicht nur zur Existenzsicherung, sondern erfüllt eine Reihe psychosozialer Funktionen, die auch die Gesundheit beeinflussen:

- *Inklusion, soziale Anerkennung und persönliche Identität:* Der in Verbindung mit der Arbeitsstelle ausgeübte Beruf und die damit einhergehenden sozialen Rollen werden

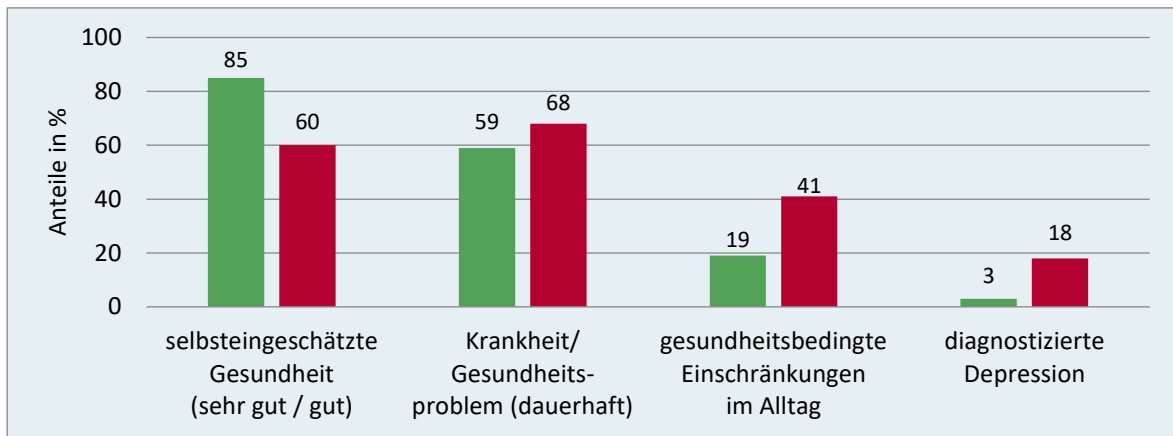
von den Gesellschaftsmitgliedern hinsichtlich Einkommen, Ansehen und Macht bewertet. Dies wirkt sich auf den sozialen Status, den Selbstwert (sinnstiftende Wirkung) und damit auf die Gesundheit der Menschen aus. Neben der gesellschaftlichen Teilhabe an Bildungsprozessen, im Wohnviertel und in der Freizeit stellt die Teilhabe am Arbeitsmarkt eine der zentralsten Determinanten gesellschaftlicher Inklusion dar (vgl. Theorie von Talcott 2013). Inklusionsprozesse wirken sich dabei im Gegensatz zu *Exklusionsprozessen* vorteilhaft auf die Gesundheit aus (Semmer/Udris 2004)

- *Zeitstrukturierung*: Ein strukturierter Tag gibt Orientierung, Halt und Sicherheit.
- *soziale Kontakte*: Zahlreiche berufliche Aufgaben können nur in Kooperation mit anderen Menschen ausgeführt werden, die eine wichtige Grundlage für die Entwicklung kooperativer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen darstellt und auch das Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit befriedigt.

Neben der *Erwerbstätigkeit an sich* beeinflussen (a) *Art* und (b) *Ausmaß* der Erwerbstätigkeit die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch-Institut 2015): So resultieren Risiken der Erwerbsarbeit aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3, „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Punkt 5.3.4) und anderen Arbeitsrahmenbedingungen (s. die Punkte 5.3.5–5.3.7: Work-Life-Balance, Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen etc.). Ebenfalls als Risiko gelten atypische Beschäftigungen (Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen; s. Punkt 5.3.1.1).

Außerdem gilt Arbeitslosigkeit (s. Punkt 5.3.1.2) als Einflussfaktor für die Gesundheit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und deren Dauer verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann (Robert Koch-Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (mit Bezug auf Österreich s. Abbildung 148 und Abbildung 149): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden (Robert Koch-Institut 2015).

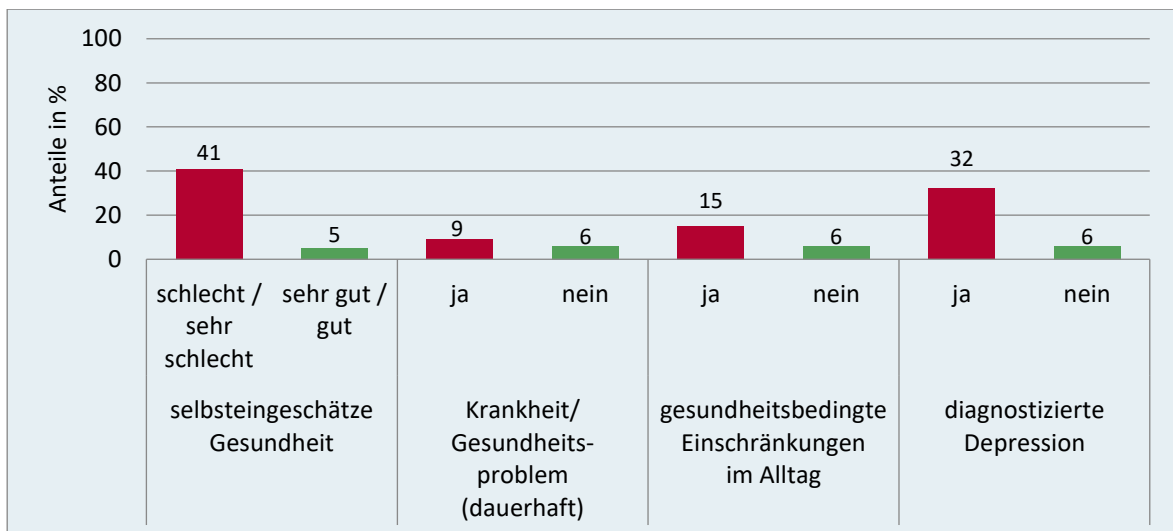
Abbildung 148: Gesundheits- und Krankheitsindikatoren nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos) in Österreich 2019



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15–64 Jahre)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 149: Arbeitslosigkeit nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Österreich 2019



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15–64 Jahre)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

5.3.1 Erwerbsstatus: Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, Nichterwerbstätigkeit

Entsprechend dem ILO-Konzept¹⁷ kann die Bevölkerung hinsichtlich ihres Erwerbsstatus in drei Gruppen eingeteilt werden: Erwerbstätige, Arbeitslose, Nichterwerbspersonen

Im Jahr 2019 lebten in Österreich – gemäß Arbeitkräfteerhebung der Europäischen Union (EU – Labour Force Survey) 2019 – rund 4,5 Mio. Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren (s. Tabelle 4). Damit sind alle Personen gemeint, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben. Die Erwerbsquote bei den 15- bis 64-Jährigen (exkl. Präsenz- und Zivildienstler) liegt damit bei 77 Prozent (BL-Bandbreite: 74–80 %). Tatsächlich erwerbstätig waren 2019 durchschnittlich 4,3 Mio. Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren (davon sind 47 % weiblich und 53 % männlich). In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechtem Dienstverhältnis inkludiert. Daraus ergibt sich bei den 15- bis 64-jährigen eine (tatsächliche) Erwerbstätigenquote von 74 Prozent (BL-Bandbreite: 67–77 %).

¹⁷ Dem ILO-Konzept (ILO = International Labour Organization) zufolge sind Personen *erwerbstätig*, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. *Arbeitslos* sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

Tabelle 4: Bevölkerung in Österreich nach dem Erwerbsstatus (Definition des Erwerbsstatus nach dem ILO-Konzept*) und Geschlecht 2019 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen

Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Österreich 2019	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre)	5.819.300	2.907.500	2.911.700
Erwerbspersonen** im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	4.484.400	2.378.100	2.106.400
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung) in %	77,1	81,8	72,3
erwerbstätige Personen (15–64 Jahre)	4.280.300	2.266,6	2.013,6
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen) in %	73,6	78,0	69,2
Teilzeitbeschäftigte***	1.221.400	247.600	97.800
Teilzeitquote in %	28	10,7	47,7
Arbeitslose 15–64 Jahre (nach ILO)	204.600	111.700	92.800
Arbeitslosenquote (nach ILO) in %	4,5	4,6	4,4

hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienst

*ILO-Konzept: Das zentrale erwerbsstatistische Konzept der Erhebung ist das sogenannte ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat, das Statistische Amt der EU. Nach diesem Konzept sind alle Personen erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

**In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechten Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

***In der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erfolgte die Aufteilung nach Vollzeit und Teilzeit bis zum 4. Quartal 2011 nach der Stundenabgrenzung bei der Normalarbeitszeit (bis wöchentlich 35 h Normalarbeitszeit galt als Teilzeit). Seit dem 1. Quartal 2012 erfolgt die Zuordnung nach der direkten Frage, ob eine Teilzeiterwerbstätigkeit vorliegt.

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2019 (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 26. 8. 2021);
Darstellung: GÖG

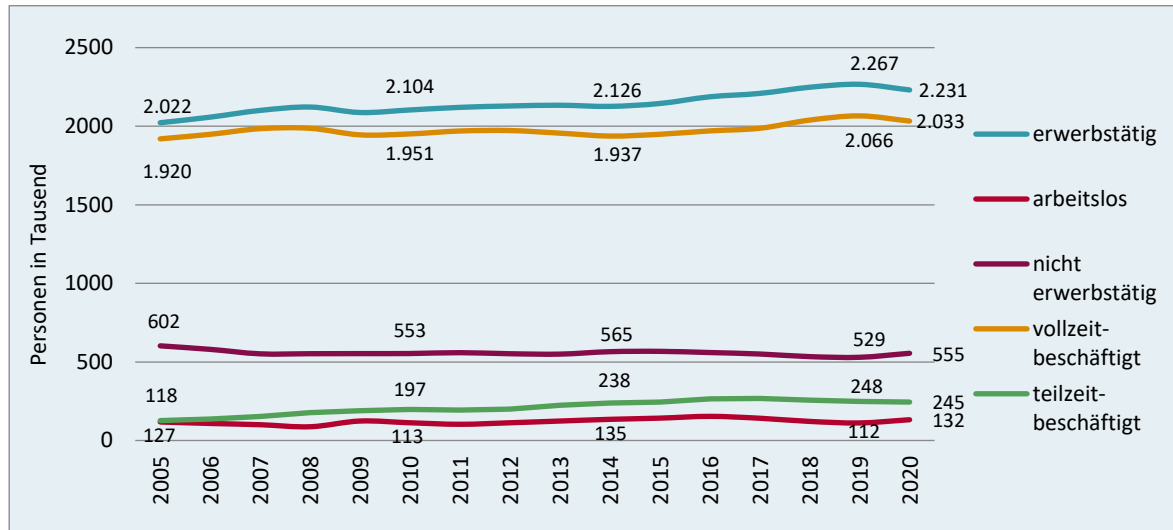
Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatusindikatoren im zeitlichen Verlauf (2005 bis inklusive 2019) ist für Männer in Abbildung 150 und für Frauen in Abbildung 151 dargestellt.

Auffällig ist dabei, dass

- die Erwerbstätigenzahlen kontinuierlich ansteigen (Ausnahmen: 2009 – nach der Finanzkrise 2008 – und 2020, bedingt durch die COVID-19-Pandemie)¹⁸,
- Teilzeitbeschäftigung für Frauen, aber auch für Männer an Bedeutung gewonnen hat – so betrug die Teilzeitquote bei selbstständig und unselbstständig beschäftigten Frauen 2005 40 % und 2019 47 %, wobei der Anstieg seit 2013 deutlich abgeflacht ist; bei selbstständig und unselbstständig beschäftigten Männern stieg die Teilzeitquote von sechs Prozent (2005) auf zehn Prozent (2019), ebenfalls mit einer abgeflachten Kurve seit 2013 –,
- nach wie vor vergleichsweise nur ein geringer Anteil der Männer teilzeitbeschäftigt ist, (BL-Bandbreite 2019: 6,5–17,3 %) – die Anzahl ist allerdings zwischen 2005 und 2020 um rund 93 Prozent gestiegen –,
- die Arbeitslosenquote nach ILO-Definition im Zeitverlauf sowohl bei den Frauen (um rund 2 %) als auch bei den Männern (um rund 1 %) gesunken ist (2019: 4,4 % Frauen und 4,6 % Männer; nähere Informationen zur Arbeitslosigkeit sind Kapitel 5.3.1.1 zu entnehmen),
- es durch die COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen 2020 (bis zum ersten Quartal 2021) zu einem Rückgang der Erwerbstätigenzahlen kam. Die Erwerbstätigenquote für das Haupterwerbsalter (15 bis 64 Jahre) lag im Jahr 2020 mit 72,4 Prozent um 1,2 Prozentpunkte unter dem Niveau von 2019. Die Erwerbstätigenquote der Frauen ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Prozentpunkte auf 68 Prozent gesunken, jene der Männer hingegen um 1,5 Prozentpunkte auf 76,5 %. Die Arbeitslosenquote nach ILO-Definition lag 2020 mit 5,4 Prozent um 0,9 Prozentpunkte über dem Vorjahr. Dies zeigt einen deutlichen Anstieg gegenüber dem Vorjahr 2019.

¹⁸ Die Zahlen sind vor dem Hintergrund der steigenden Bevölkerungszahl zu betrachten: Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2019 ist in Österreich die Einwohnerzahl um acht Prozent gestiegen (vgl. Kapitel 2.3).

Abbildung 150: Kennzahlen des Erwerbsstatus für Männer (bezogen auf die Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren) nach dem ILO-Konzept* 2005–2020 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienst

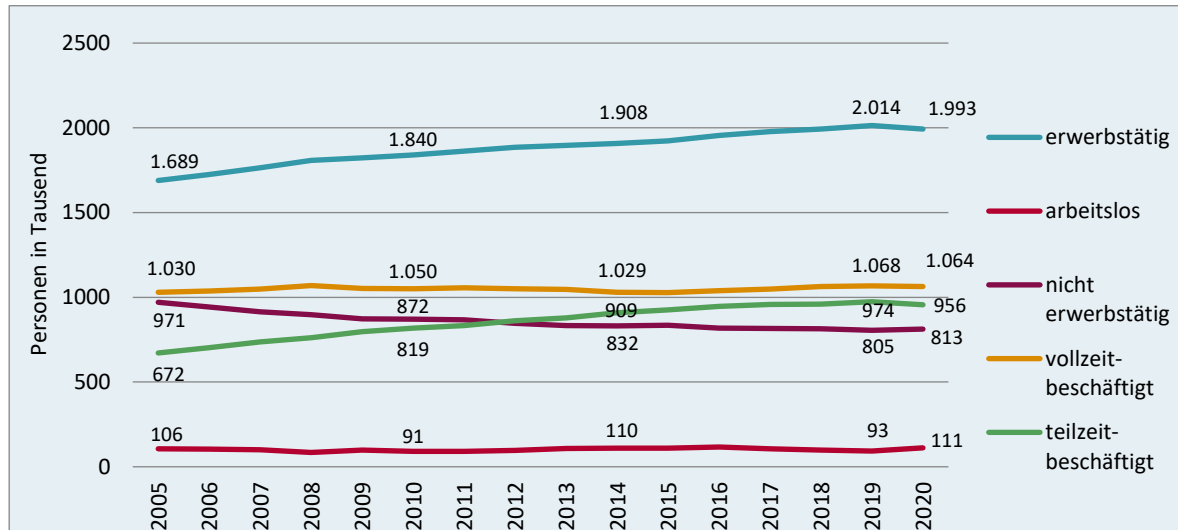
*ILO-Konzept: Das zentrale erwerbsstatistische Konzept der Erhebung ist das sogenannte ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat, das Statistische Amt der EU. Nach diesem Konzept sind alle Personen erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

**In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechter Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

***In der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erfolgte die Aufteilung nach Vollzeit und Teilzeit bis zum 4. Quartal 2011 nach der Stundenabgrenzung bei der Normalarbeitszeit (bis wöchentlich 35 h Normalarbeitszeit galt als Teilzeit). Seit dem 1. Quartal 2012 erfolgt die Zuordnung nach der direkten Frage, ob eine Teilzeiterwerbstätigkeit vorliegt.

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2005–2020 (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 26. 8. 2021); Darstellung: GÖG

Abbildung 151: Kennzahlen des Erwerbsstatus für Frauen (bezogen auf die Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren) nach dem ILO-Konzept* 2005–2020 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienst

*ILO-Konzept: Das zentrale erwerbsstatistische Konzept der Erhebung ist das sogenannte ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat, das Statistische Amt der EU. Nach diesem Konzept sind alle Personen erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

**In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechter Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

***In der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erfolgte die Aufteilung nach Vollzeit und Teilzeit bis zum 4. Quartal 2011 nach der Stundenabgrenzung bei der Normalarbeitszeit (bis wöchentlich 35 h Normalarbeitszeit galt als Teilzeit). Seit dem 1. Quartal 2012 erfolgt die Zuordnung nach der direkten Frage, ob eine Teilzeiterwerbstätigkeit vorliegt.

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2005–2020 (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 26. 8. 2021); Darstellung: GÖG

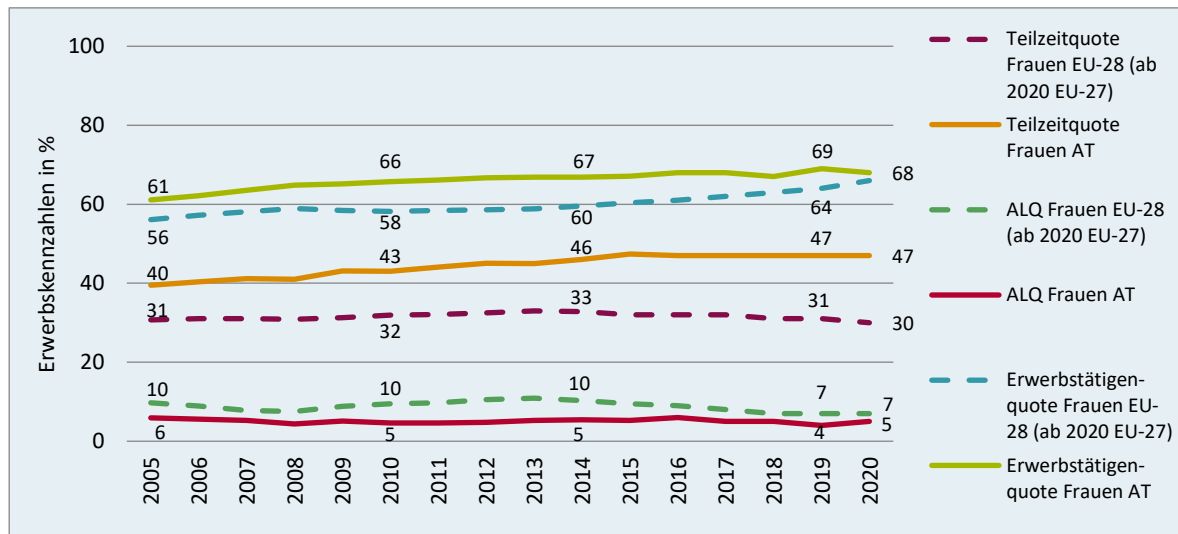
Europäischer Vergleich

Im Vergleich mit den EU-Ländern lag die Erwerbstätigenquote (15–64 Jahre) in Österreich im Jahr 2019 über dem Durchschnitt der EU-Länder (2020 in etwa im EU-Durchschnitt) und rangierte 2019 mit rund 74 Prozent (EU-Bandbreite: 57–78 %) im oberen Drittel. Dies trifft auf Männer sowie Frauen zu (s. Abbildung 152 und Abbildung 153).

Die Arbeitslosenquote (15–64 Jahre) nach ILO liegt deutlich unter dem Durchschnitt der EU-Länder. Mit 4,6 Prozent (EU-Bandbreite: 2,1–17,5 %) lag Österreich im Jahr 2019 bei der Arbeitslosenquote an zwölfter Stelle. Bei Frauen ist sie um rund zwei Prozent geringer als im EU-Durchschnitt (4,4 % vs. 6,7 %), bei Männern liegt sie ebenso geringfügig unter dem Durchschnitt (4,7 % vs. 6,2 %; s. Abbildung 152 und Abbildung 153).

Die Teilzeitquote (15–64 Jahre) lag 2019 sowohl bei Männern (9,5 %; EU-Durchschnitt: 8,7 %) als auch bei Frauen (47 %; EU-Durchschnitt: 31 %) über dem Durchschnitt der EU-Länder (EU-Bandbreite insgesamt: 2–75 %). Während bei der weiblichen Bevölkerung im Durchschnitt der EU-Länder seit 2005 die Teilzeitquote gleich blieb, ist in Österreich hier ein Anstieg um sieben Prozentpunkte zu beobachten. Österreich hat im Jahr 2019 bei den Frauen die zweithöchste Teilzeitquote im EU-Vergleich.

Abbildung 152: Erwerbstätigen-, Teilzeit- und Arbeitslosenquote – Frauen in Österreich (15–64 Jahre) im EU-Vergleich 2005–2020



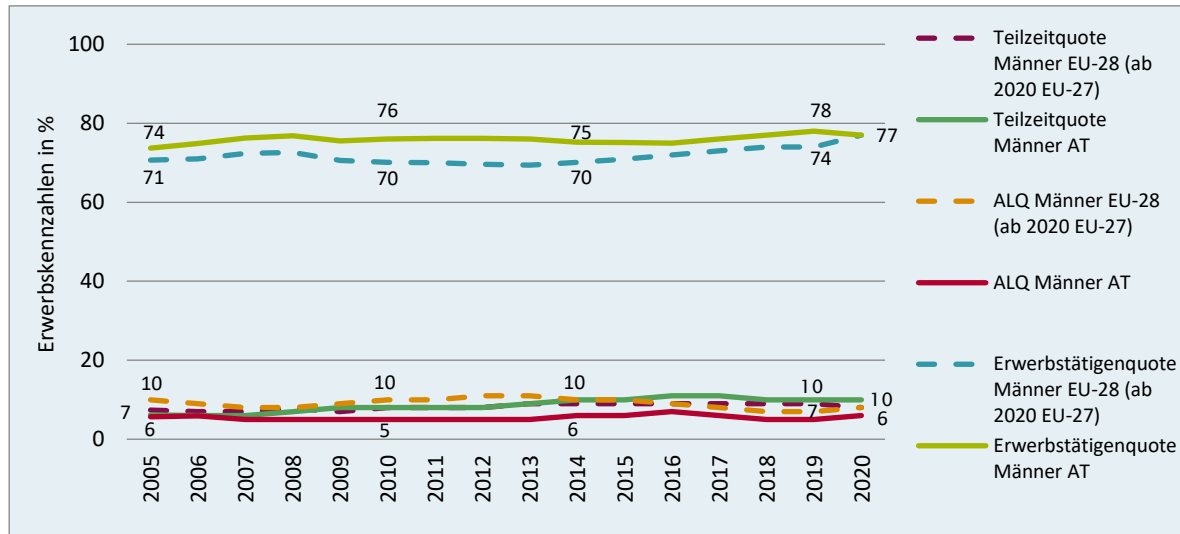
ALQ = Arbeitslosenquote
AT = Österreich

Die Arbeitkräfteerhebung der Europäischen Union (EU – Labour Force Survey) deckt alle Personen ab, die in privaten Haushalten leben. Für die Erhebung werden für alle EU-Mitgliedstaaten einheitliche Definitionen verwendet, die auf den Empfehlungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) beruhen und durch Eurostat, das Statistische Amt der EU, präzisiert wurden. Nach diesem ILO-Konzept sind alle Personen erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechten Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2005–2020 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 26. 8. 2021); Darstellung: GÖG

Abbildung 153: Erwerbstätigen-, Teilzeit- und Arbeitslosenquote – Männer in Österreich (15–64 Jahre) im EU-Vergleich 2005–2020



ALQ = Arbeitslosenquote
 AT = Österreich

Die Arbeitkräfteerhebung der Europäischen Union (EU – Labour Force Survey) deckt alle Personen ab, die in privaten Haushalten leben. Für die Erhebung werden für alle EU-Mitgliedstaaten einheitliche Definitionen verwendet, die auf den Empfehlungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) beruhen und durch Eurostat, das Statistische Amt der EU, präzisiert wurden. Nach diesem ILO-Konzept sind alle Personen erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren. Arbeitslos sind nichterwerbstätige Personen, die aktiv nach Arbeit suchen und für den Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen.

In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechten Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

Quelle: Eurostat – Labour Force Survey 2005–2020 ([Database – Eurostat \[europa.eu\]](https://ec.europa.eu/eurostat), Zugriff am 26. 8. 2021);
 Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Zahl der *Erwerbspersonen* ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen und bezeichnet damit alle Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben. In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechtem Dienstverhältnis inkludiert, die ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen.

Die *Erwerbsquote* ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (in Privathaushalten, ohne Präsenz- und Zivildienstler). Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als Erwerbstätige, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbstständige, Selbstständige oder mithelfende Familienangehörige gegen Bezahlung gearbeitet haben oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren.

Die *Erwerbstätigenquote* ist der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter von 15–64 Jahren (in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienstler).

Die *Teilzeitquote* beschreibt den Anteil der Personen, die bei der Arbeitskräfteerhebung eine Teilzeiterwerbstätigkeit angeben, an allen Erwerbstätigen.

Als *arbeitslos* gelten nach dem ILO-Konzept jene Personen, auf die folgende Kriterien zutreffen:

- Sie sind nicht erwerbstätig im Sinne der ILO
UND
- könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht
ODER
- sie haben bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.

Aussagen über die Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen (AKE) der Statistik Austria getroffen (Statistik Austria 2020a).

5.3.1.1 Atypische Beschäftigung

Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigenden Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigendem Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse (sofern sie nicht dem eigenen Vorteil dienen) zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hinweg frei von Beschwerden zu überstehen. (Eichmann/Saupe 2014, S. S. 36 und S. 179)

Gut ein Drittel aller unselbstständig erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren (34 %) wies im Jahr 2019 – gemäß Labour Force Survey / Arbeitskräfteerhebung¹⁹ (Statistik Austria 2020a) – ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (BL-Bandbreite: 30–37 %), d. h. von den insgesamt 3.825.400 unselbstständig Erwerbstätigen waren rund 1,3 Mio. Personen atypisch beschäftigt, davon

- 63,5 Prozent (rund 825.200 Personen) in Teilzeit mit einer wöchentlichen Normalarbeitszeit von mindestens zwölf Stunden,
- 17,5 Prozent (rund 227.800 Personen) in Befristungen ohne Lehre,
- 13,8 Prozent (rund 179.400 Personen) in geringfügiger Beschäftigung,
- 6,7 Prozent (rund 87.200 Personen) in Leiharbeit und
- 1,9 Prozent (rund 25.800 Personen) in freien Dienstverträgen.

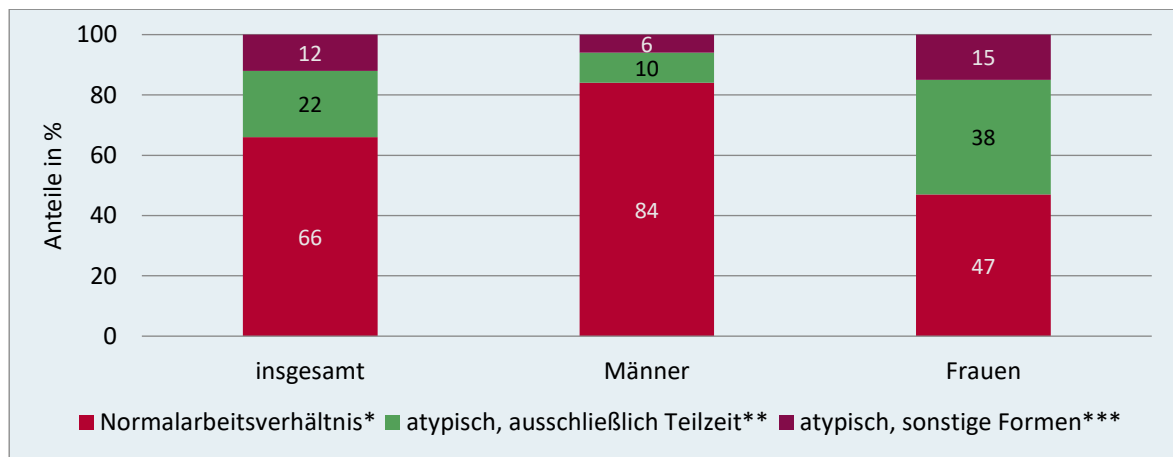
Die unterschiedlichen Formen atypischer Beschäftigung schließen einander dabei nicht aus. Eine Person kann in ihrer Haupttätigkeit beispielsweise sowohl befristet als auch geringfügig beschäftigt sein. (Statistik Austria 2020a)

Frauen sind insgesamt stärker von atypischen Beschäftigungsverhältnissen betroffen als Männer (53 % vs. 16 %; s. Abbildung 154).

¹⁹ Im Mikrozensus werden folgende Formen atypischer Beschäftigung in der Haupttätigkeit unselbstständig Erwerbstätiger erfasst: Teilzeit (Selbstzuordnung) ab 12 Stunden wöchentlicher Normalarbeitszeit, geringfügige Erwerbstätigkeit mit weniger als 12 Stunden wöchentlicher Normalarbeitszeit, Befristungen ohne Lehre, Leiharbeit, freie Dienstverträge (Statistik Austria 2020).

Atypische Beschäftigung ist zudem – mit Ausnahme ausschließlicher Teilzeitbeschäftigung – vor allem an den Rändern der Altersverteilung zu finden. Besonders in der Phase des Berufseinstiegs und in den Jahren vor dem Ende der Erwerbskarriere sind Menschen in Österreich atypisch beschäftigt.

Abbildung 154: Unselbstständig Erwerbstätige[†] nach Beschäftigungsform in der Haupttätigkeit in Österreich 2019 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen



Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienere.

[†] nach ILO: Das zentrale erwerbsstatistische Konzept der Erhebung ist das ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat, das Statistische Amt der EU. Nach diesem Konzept sind alle Personen *erwerbstätig*, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mithelfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren.

In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechten Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

* unbefristete *Anstellung* auf Vollzeitbasis (kein Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis oder freier Dienstvertrag)

** alle *unselbstständig* Erwerbstätigen, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 12 h/Woche) als atypisch beschäftigt gelten

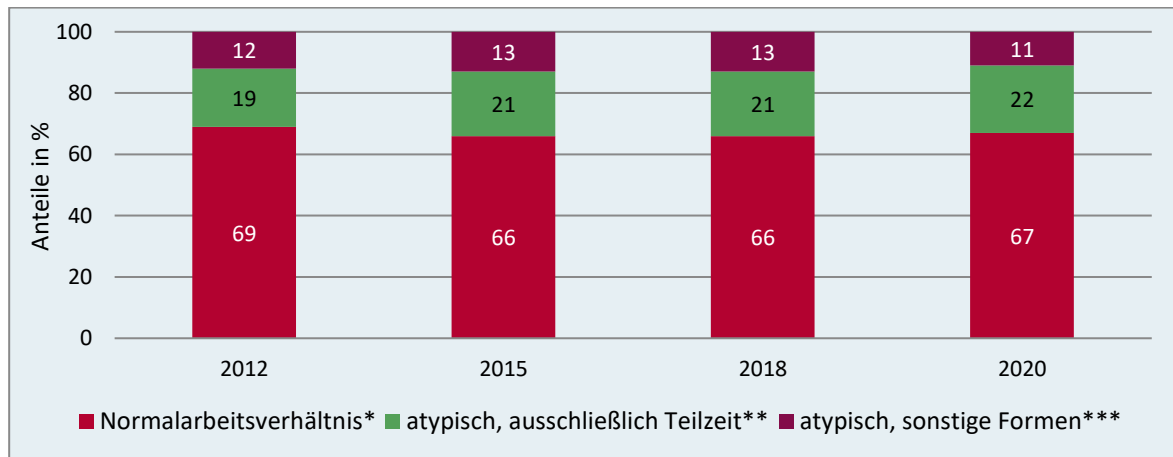
*** *unselbstständig* Erwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (freier Dienstvertrag, Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis, geringfügige Beschäftigung unter 12 h/Woche, Befristung) außer der ausschließlichen Teilzeitarbeit zutrifft. Anm.: Mehrfachzählung von Personen möglich

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2019;

Darstellung: GÖG

Der Anteil jener Personen, die atypisch beschäftigt sind, ist im Zeitverlauf 2012–2020 in etwa gleich geblieben (s. Abbildung 155).

Abbildung 155: Entwicklung atypischer Beschäftigungsformen, Definition Erwerbstätige nach dem ILO-Konzept[†], Jahresdurchschnitt über alle Wochen 2012, 2015, 2018 und 2020



Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienstler. Hochgerechnete Zahlen aus einer 0,6%-Quartalsstichprobe.

[†] ILO-Konzept: Das zentrale erwerbsstatistische Konzept der Erhebung ist das sogenannte ILO-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization), präzisiert durch Eurostat, das Statistische Amt der EU. Nach diesem Konzept sind alle Personen *erwerbstätig*, wenn sie innerhalb einer bestimmten Referenzwoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben, selbstständig oder als mit-helfendes Familienmitglied tätig waren oder einen Arbeitsplatz hatten, aber wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht erwerbstätig waren.

In der Zahl der Erwerbstätigen sind auch Personen in Elternkarenz mit aufrechten Dienstverhältnis inkludiert. Personen in Elternkarenz, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und ihre Erwerbstätigkeit maximal zwei Jahre lang unterbrechen, werden hier zu den Erwerbstätigen gerechnet.

* unbefristete *Anstellung* auf Vollzeitbasis (kein Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis oder freier Dienstvertrag)

** alle *unselbstständig* Erwerbstätigen, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 12 h/Woche) als atypisch beschäftigt gelten

*** *unselbstständig* Erwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (freier Dienstvertrag, Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis, geringfügige Beschäftigung unter 12 h/Woche, Befristung) außer der ausschließlichen Teilzeitarbeit zutrifft. Anm.: Mehrfachzählung von Personen möglich

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2012, 2015, 2018 und 2020;
Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Erwerbspersonen mit maximal einem Pflichtschulabschluss sowie Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss sind häufiger von einem atypischen Beschäftigungsverhältnis betroffen als Erwerbstätige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (36 bzw. 37 % vs. 30 %) (Statistik Austria 2015a).

Unterschiede nach Branche

In männerdominierten Branchen mit hohem Anteil an Normalarbeitsverhältnissen gibt es weniger atypisch Beschäftigte. Dies sind vor allem die Bereiche „Herstellung von Waren“, „Verkehr und Lagerei“ sowie „Bau“. Im Gegensatz dazu arbeiten im Dienstleistungsbereich deutlich mehr Frauen, in denen auch atypische Beschäftigungsverhältnisse vorherrschend sind; v.a. im „Gesundheits- und Sozialwesen“, dem Bereich „Erziehung und Unterricht“ und in der „Erbringung von sonstigen Dienstleistungen“ (Knittler 2018).

Definitionen und Daten

atypische Beschäftigte: unselbstständig Erwerbstätige, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 12 h/Woche) als atypisch beschäftigt gelten und Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (Leiharbeit, Befristung, geringfügige Beschäftigung, freier Dienstvertrag) zutrifft

Die Anzahl der atypisch Beschäftigten wird von der Statistik Austria jährlich im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (AKE) erhoben (Statistik Austria 2020a).

5.3.1.2 Arbeitslosigkeit, differenziert betrachtet

Um die Arbeitslosigkeit differenziert betrachten zu können, werden zusätzlich zu den Angaben in Kapitel 5.3.1 (Arbeitslosigkeit nach ILO) hier auch die nationalen Arbeitslosenzahlen dargestellt. Die *nationale* Berechnungsweise der Arbeitslosenquote (Registerarbeitslosenquote) unterscheidet sich dabei von der *internationalen* Berechnungsweise nach dem ILO-

Konzept. Bei der nationalen Berechnung der Arbeitslosenquote (ALQ) wird der Bestand arbeitsloser Personen²⁰ (AL) zum Arbeitskräftepotenzial²¹ (AKP) in Verhältnis gesetzt. Zur Berechnung der internationalen Arbeitslosenquote werden von Eurostat – dem Statistischen Zentralamt der europäischen Union – Umfragedaten aus dem Labour Force Survey (Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria) herangezogen. Grundlage dieser Umfrage sind die Richtlinien der ILO (International Labour Organization).²² Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethoden unterscheiden sich die nationale und die internationale Arbeitslosenquote deutlich voneinander.

Im Jahr 2019 lag die Arbeitslosenquote (ALQ) in Österreich laut AMS und nationaler Berechnungsmethode bei 7,4 Prozent (BL-Bandbreite: 4,5–11,6 %; insgesamt 301.328 Personen). Männer sind gleich stark von Arbeitslosigkeit betroffen (7 %; BL-Bandbreite: 4,5–12,8 %) wie Frauen (7 %; BL-Bandbreite: 4,4–10,6 %). Die Arbeitslosigkeit ist in Österreich zwischen 2008 und 2019 gemäß der nationalen Berechnungsmethode deutlich gestiegen (von 5,9 % auf 7,4 %; +89.078 Personen²³; s. Abbildung 156).

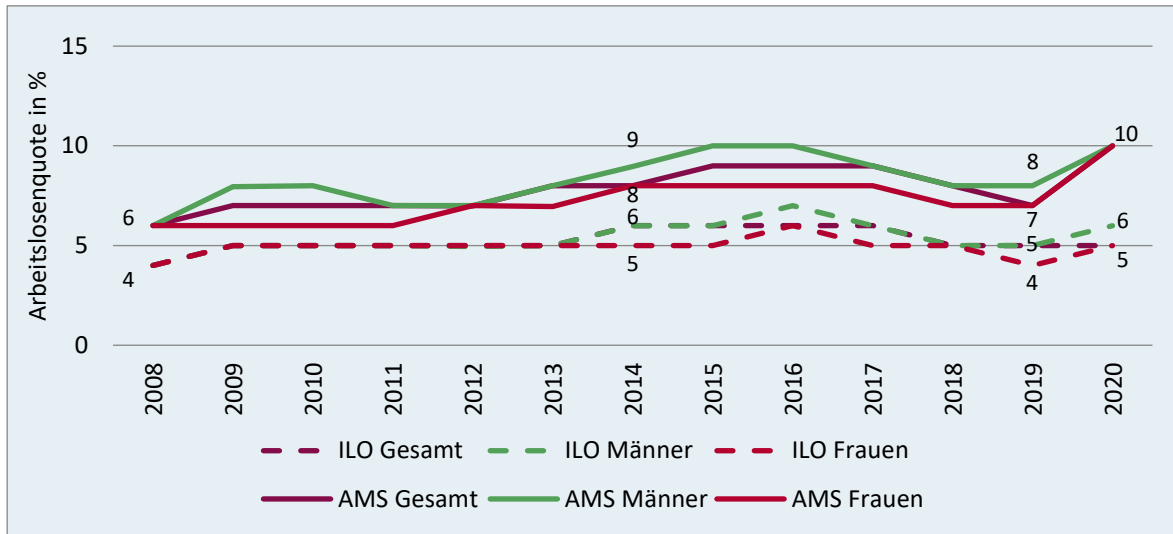
²⁰ zum Monatsendestichtag bei den Regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice (AMS) zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen, die nicht in Beschäftigung oder Ausbildung (Schulung) stehen; die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen.

²¹ Definition gemäß dem Dachverband der Sozialversicherungsträger

²² Arbeitslos nach Eurostat (ILO) sind Personen, die (1) während der Bezugswoche nicht erwerbstätig waren, (2) aktiv einen Arbeitsplatz suchen und (3) sofort (innerhalb zweier Wochen) für eine Arbeitsaufnahme verfügbar sind.

²³ Es ist hier anzuführen, dass zeitgleich ein Bevölkerungswachstum in Österreich stattgefunden hat: Während im Jahr 2000 noch 8.011.566 Personen in Österreich wohnhaft gewesen waren, waren es im Jahr 2020 8.916.845 Personen (s. Kapitel 2).

Abbildung 156: Arbeitslosigkeit in Österreich, ILO versus AMS, Jahresdurchschnitt 2008–2020



ILO = International Labour Organization

Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2008–2020;

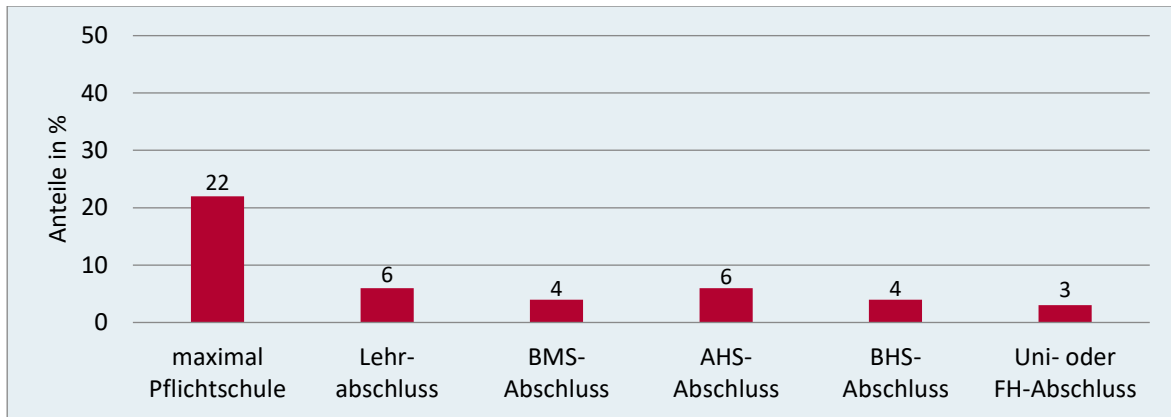
Darstellung: GÖG

Von Arbeitslosigkeit sind vermehrt Berufseinsteiger:innen und ältere Arbeitnehmer:innen betroffen. Bei den unter 25-Jährigen beträgt die Arbeitslosenquote 6,3 Prozent, bei den ab 50-Jährigen acht Prozent.

Arbeitslosigkeit nach Bildung

Ein Vergleich der ALQ nach Bildung zeigt, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (rund 22 %) als Personen mit einem Uni- oder FH-Abschluss (rund 3,2 %; Abbildung 157).

Abbildung 157: Arbeitslosigkeit nach Bildung in Österreich 2019



Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2019;
Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Die gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie wirkten sich auf den Arbeitsmarkt und auf die Arbeitslosigkeit aus. Über eine halbe Million Menschen waren Anfang 2021 arbeitslos. Dieser hohe Wert ist das Resultat der tiefen Wirtschaftskrise im Jahr 2020. Insbesondere bei Frauen stieg die Arbeitslosigkeit durch die COVID-19-Pandemie deutlich an. Geschuldet ist das insbesondere der großen Frauenpräsenz in Dienstleistungsbetrieben, die große Teile des Jahres 2020 geschlossen waren. Im Sommer 2021 gingen die Arbeitslosenzahlen jedoch wieder deutlich zurück. Im dritten Quartal 2021 konnten mit 244.800 Arbeitslosen um 31,1 Prozent (115.700 Personen) weniger Arbeitslose verzeichnet werden als im ersten Quartal 2021 (siehe Statistik Austria 2021b). Auffallend ist, dass jene Personen, die zu Beginn der Coronakrise in Österreich am stärksten von der gestiegenen Arbeitslosigkeit betroffen waren, am deutlichsten aufgeholt haben: Bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sank z. B. die Arbeitslosenquote im Sommer 2021 (3. Quartal) gegenüber dem Vorquartal von 15,5 Prozent auf 12,1 Prozent (–3,4 %) (siehe Statistik Austria 2021b).

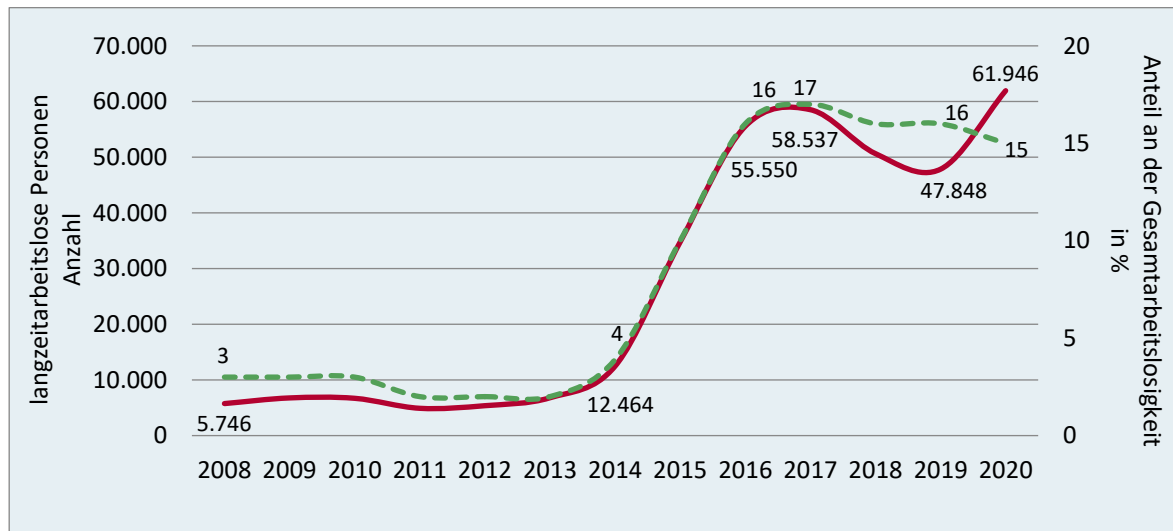
5.3.1.2.1 Langzeitarbeitslosigkeit

Von den 301.328 arbeitslos gemeldeten Personen waren im Jahr 2019 rund 16 Prozent (etwa 47.848 Personen) mehr als zwölf Monate arbeitslos (Langzeitarbeitslosigkeit). Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen ist in Österreich von 2008 bis 2014 um das Doppelte gestiegen

(von rund 5.800 auf etwa 12.500 Personen), von 2014 bis 2019 insgesamt sogar um das Vierfache (von rund 12.500 auf etwa 47.800 Personen) – mit einem Rückgang im Jahr 2018. Bedingt durch die COVID-19-Pandemie stieg die Anzahl der Langzeitarbeitslosen wieder: von 2019 rund 48.000 auf 62.000 Personen im Jahr 2020.

Nicht nur die Absolutzahlen der langzeitarbeitslos gemeldeten Personen, sondern auch der *Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen* ist von 2008 bis 2017 kontinuierlich gestiegen (von 3 Prozent auf 17 Prozent). Zwischen 2017 und 2019 ist der Anteil der Langzeitarbeitslosen jedoch wieder leicht gesunken (von 17 % auf 16 %; s. Abbildung 158).

Abbildung 158: Langzeitarbeitslosigkeit (> 12 Monate) in Österreich im Jahresdurchschnitt 2008–2020



Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2008–2020;
Darstellung: GÖG

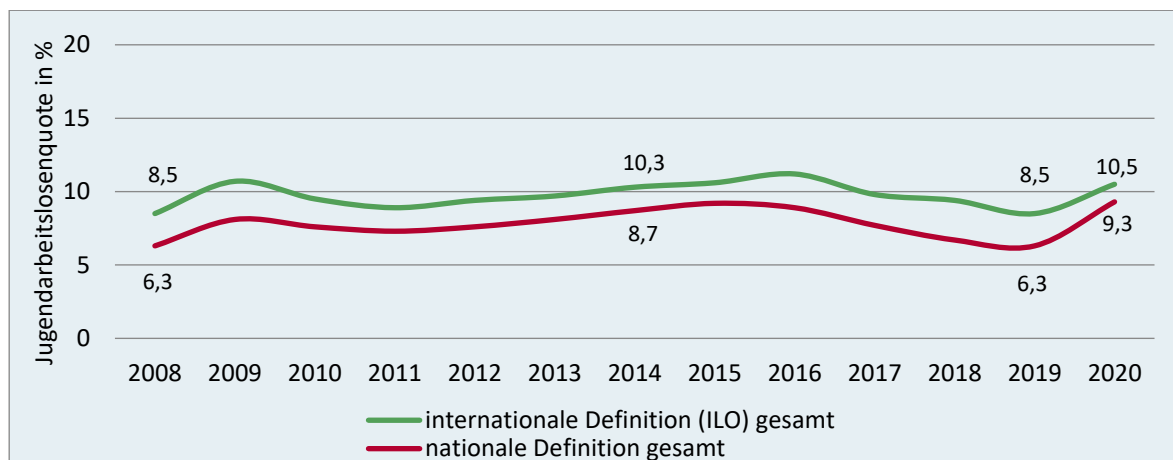
5.3.1.2 Jugendarbeitslosigkeit

Im Jahr 2019 waren in Österreich – nach nationaler Definition – rund 43.455 Personen zwischen 15 und 24 Jahren bzw. 6,3 Prozent der 15- bis 24-jährigen Erwerbspersonen arbeitslos. Ihr Anteil hat zwischen 2008 und 2019 um rund 1,5 Prozentpunkte abgenommen (s. Abbildung 159).

Nach internationaler Definition (ILO) erlangte die Arbeitslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen im Jahr 2019 wieder den Wert von 2008 (8,5 %; s. Abbildung 159) – mit Schwankungen dazwischen.

Für das Jahr 2020 ist für beide Berechnungsvarianten wieder ein leichter Anstieg zu erkennen.

Abbildung 159: Jugendarbeitslosigkeit in Österreich, ILO versus AMS, Jahresdurchschnitt 2008–2020



Quellen: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2008–2020; Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2008–2020;

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Als Quelle für die *nationalen* Arbeitslosenzahlen wurden die Arbeitslosenstatistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Abfragetools AMS online und BALI gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofilberichte des AMS herangezogen.

Arbeitslose: zum Monatsende bei den regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder in Ausbildung sind (z. B. Schulung). Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der zwölf Monatsendbestände ausgewiesen.

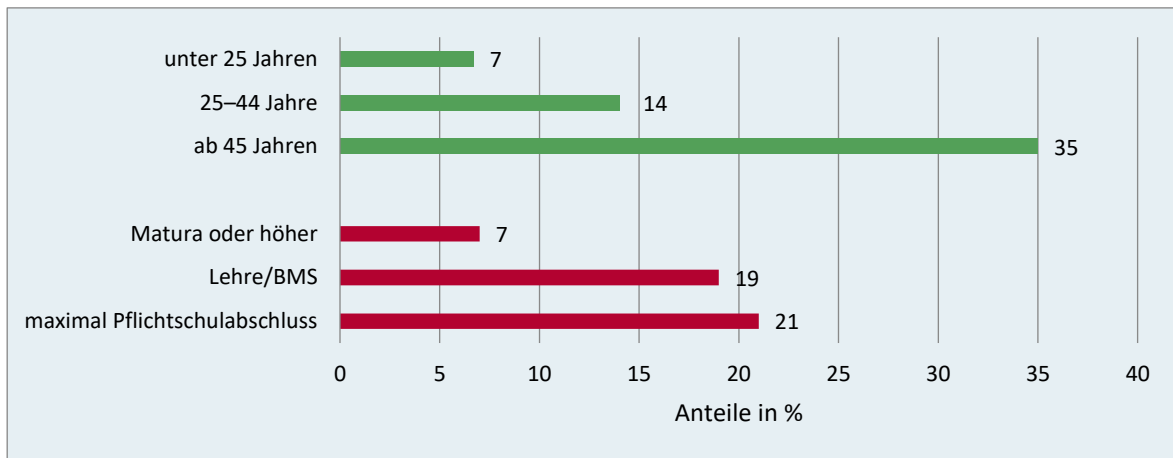
Arbeitslosenquote (ALQ, nationale Definition): Arbeitslose als Prozentanteil des Arbeitskräftepotenzials

Langzeitarbeitslose: Personen, die mindestens 365 Tage beim AMS als arbeitslos und/oder lehrstellensuchend gemeldet sind und/oder sich in Kursmaßnahmen des AMS befinden. Zeiten der Arbeitslosigkeit und des Kursbesuchs werden also zusammengezählt, Kursmaßnahmen beenden nicht die Langzeitarbeitslosigkeit. Die Langzeitbeschäftigungslosigkeit wird erst beendet, wenn eine Person länger als 62 Tage – etwa wegen Aufnahme einer Beschäftigung – nicht mehr beim AMS gemeldet ist. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen spricht man bereits ab sechs Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit.

5.3.1.2.3 Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Im Jahr 2019 gab es in Österreich rund 75.500 arbeitslose Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (58 % von ihnen waren Männer). Sie machten 25 Prozent aller Arbeitslosen aus. Ihr Anteil (an allen Arbeitslosen der jeweiligen Kategorie) steigt mit zunehmendem Alter (s. Abbildung 160). Ein deutlicher Zusammenhang besteht in dieser Gruppe zudem mit der formalen Bildung – zugunsten von Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 160).

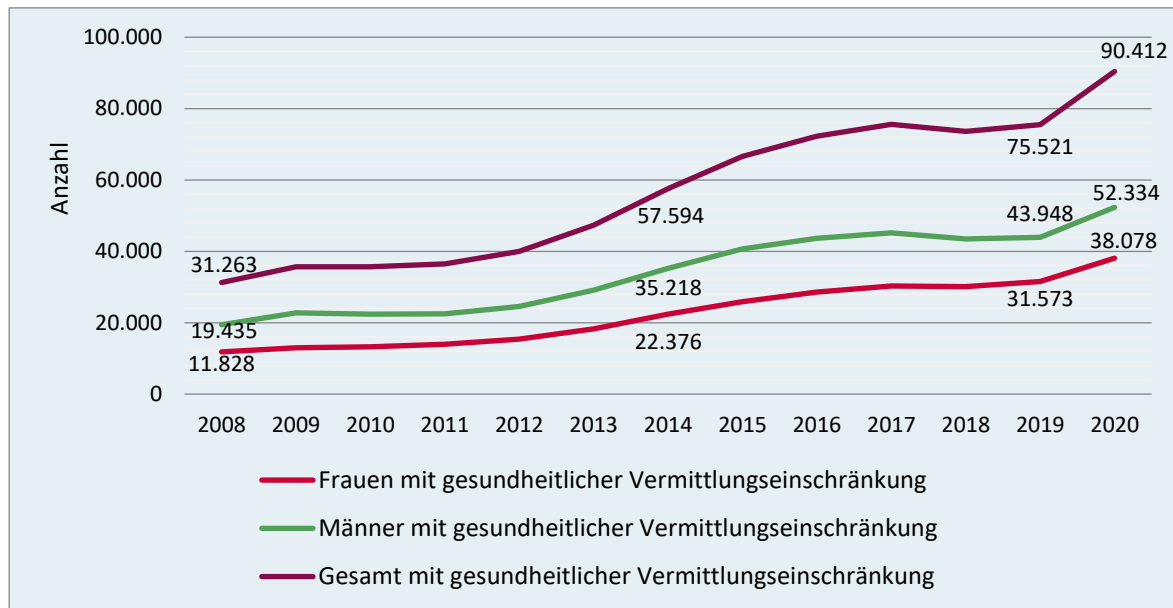
Abbildung 160: Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitssuchenden nach Altersgruppen und Bildung in Österreich 2020



Quelle: AMS-Sonderauswertung – Arbeitslose nach Personenmerkmalen 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2008 bis 2019 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen deutlich gestiegen, sie hat sich mehr als verdoppelt (von rund 31.000 auf 75.500 Personen; s. Abbildung 161). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ist ihr Anteil (2008–2019) um rund 10,4 Prozentpunkte gestiegen. 17 Prozent der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Menschen mit Behinderungen – also begünstigt nach Behinderteneinstellungsgesetz und/oder Opferfürsorgegesetz (OFG), nach Landesbehindertengesetzen – oder sind Personen mit einem Behindertenpass. Von 2019 auf 2020 erhöhte sich die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen noch einmal um 14.891 Personen, das ist ein Zuwachs um fast 20 Prozent.

Abbildung 161: Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Geschlecht in Österreich 2008–2020



Quelle: AMS online – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (<https://iambweb.ams.or.at/ambweb>, Zugriff am 26. 8. 2021);

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Als *gesundheitliche Vermittlungseinschränkung* gilt der Umstand, dass eine festgestellte Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche (ärztlich attestierte physische, psychische oder geistige) Vermittlungseinschränkung vorliegt. Quelle sind die Arbeitslosenstatistiken des AMS. Datenabfragen wurden über die Abfragetools AMS online und BALI gemacht.

5.3.1.2.4 Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbstätigkeit

Ist in einem Haushalt niemand erwerbstätig oder schöpft der Haushalt insgesamt maximal 20 Prozent seines Erwerbspotenzials – berechnet auf der Grundlage aller 18- bis 59-jährigen Personen im Haushalt (ohne Studierende) – aus, wird eine benachteiligte Lebenssituation angenommen.

Insgesamt lebten in Österreich im Jahr 2019 465.000 Personen unter 60 Jahren in einem Haushalt mit keiner oder sehr geringer Erwerbsintensität. Das sind 7,8 Prozent der unter 60-Jährigen (BL-Bandbreite: 3,3 % – 13,4 %; Dreijahresdurchschnitte). Zwischen 2008 und 2014 stieg der Anteil von sieben auf neun Prozent, im Jahr 2019 lag der Wert wieder bei rund acht Prozent und sank 2020 auf (wieder) sieben Prozent. Von allen Personen in einem Haushalt mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität sind rund 102.000 unter 18 Jahre alt. In der Altersgruppe zwischen 18 und 59 Jahren leben 195.000 Frauen (8 %) und 167.000 Männer (7 %) in einem Haushalt mit keiner oder geringer Erwerbstätigkeit.

Europäischer Vergleich

In Österreich war 2019 der Anteil der unter 60-jährigen, die in einem Haushalt ohne oder mit sehr geringer Erwerbsintensität leben, mit rund 7,8 Prozent um 0,5 Prozent niedriger als im Durchschnitt der EU-Staaten (8,3 %). Die europäische Bandbreite reichte im Jahr 2019 von 4,2 Prozent bis 13,8 Prozent (EUROSTAT 2023).

Definitionen und Daten

Ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität: Personen bis 59 Jahre, die in einem Haushalt leben, in dem Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ausgenommen Studierende) im Laufe eines Jahres insgesamt weniger als 20 Prozent der maximal möglichen Erwerbsmonate ausschöpfen.

Erwerbsintensität weist den Anteil der Erwerbsmonate aller Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ohne Studierende) an der maximal möglichen Erwerbszeit im Haushalt aus. Pro Person wird bei Vollzeitwerbstätigkeit (unabhängig von den pro Monat tatsächlich geleisteten Stunden) eine volle Erwerbsbeteiligung angenommen. Bei Teilzeiterwerbstätigkeit wird die aktuell geleistete Stundenzahl durch 35 dividiert und anteilmäßig eingerechnet.

Die Ergebnisse stammen aus der EU-SILC-Befragung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt wird.

5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

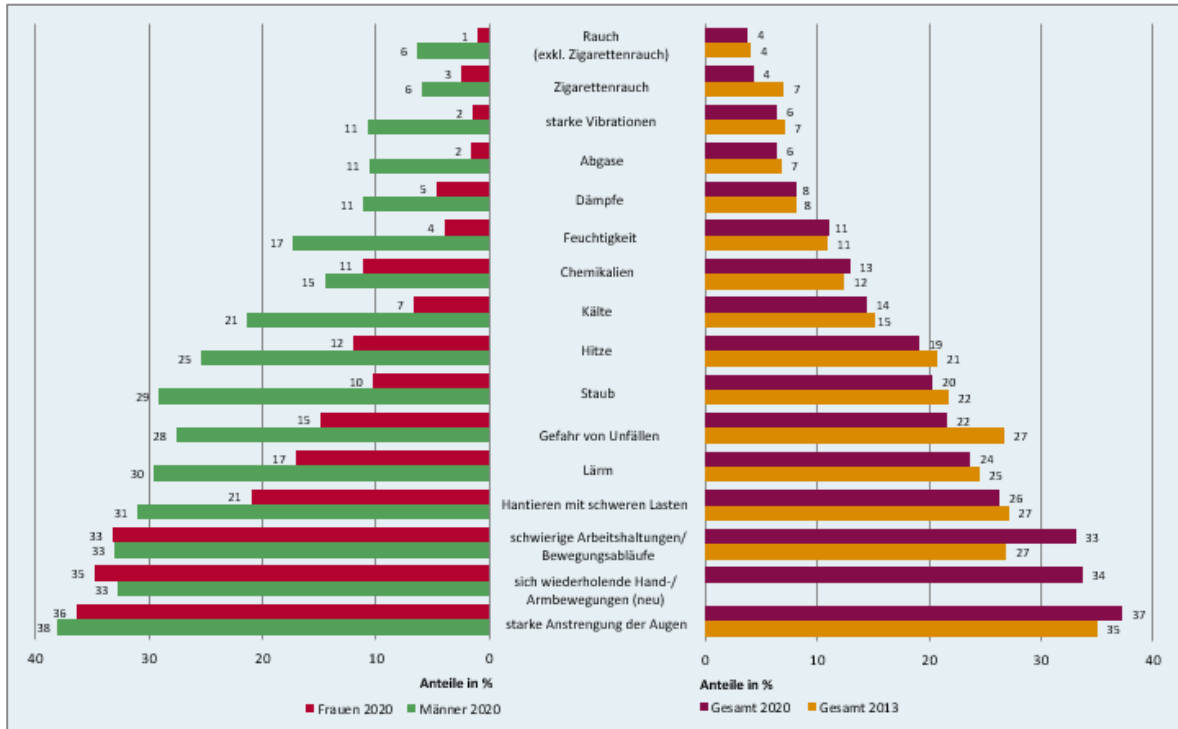
In Österreich waren im Jahr 2020 79 Prozent der Erwerbstätigen (rund 3,4 Mio.) an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt.

Die von Männern und Frauen gleichermaßen am häufigsten erlebten Belastungen in diesem Zusammenhang sind

- eine starke Anstrengung der Augen (für 37 %),
- sich wiederholende Hand- und Armbewegungen (34 %),
- schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe (33 %),
- das Hantieren mit schweren Lasten (26 %),
- Unfallgefahr (Ausrutschen, Stolpern oder Stürzen; 22 %),
- Lärm, Staub und Hitze (19–24 %).

Auffallend ist, dass von fast allen körperlichen Belastungsfaktoren Männer häufiger betroffen sind als Frauen (s. Abbildung 162; Ausnahme: „schwierige Arbeitshaltungen, schwierige Bewegungsabläufe“). Im Vergleich zum Jahr 2013 ist der Anteil davon betroffener Personen insgesamt gestiegen: Während 73 Prozent aller Erwerbstätigen im Jahr 2013 angegeben hatten, mindestens einem körperlichen Risikofaktor am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein, berichteten im Jahr 2020 79 Prozent der Erwerbstätigen davon.

Abbildung 162: Erwerbstätige nach dem schwerwiegendsten körperlichen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich) in Österreich 2013 und 2020



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung; Jahresdurchschnitt 2013 und 2020; erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren

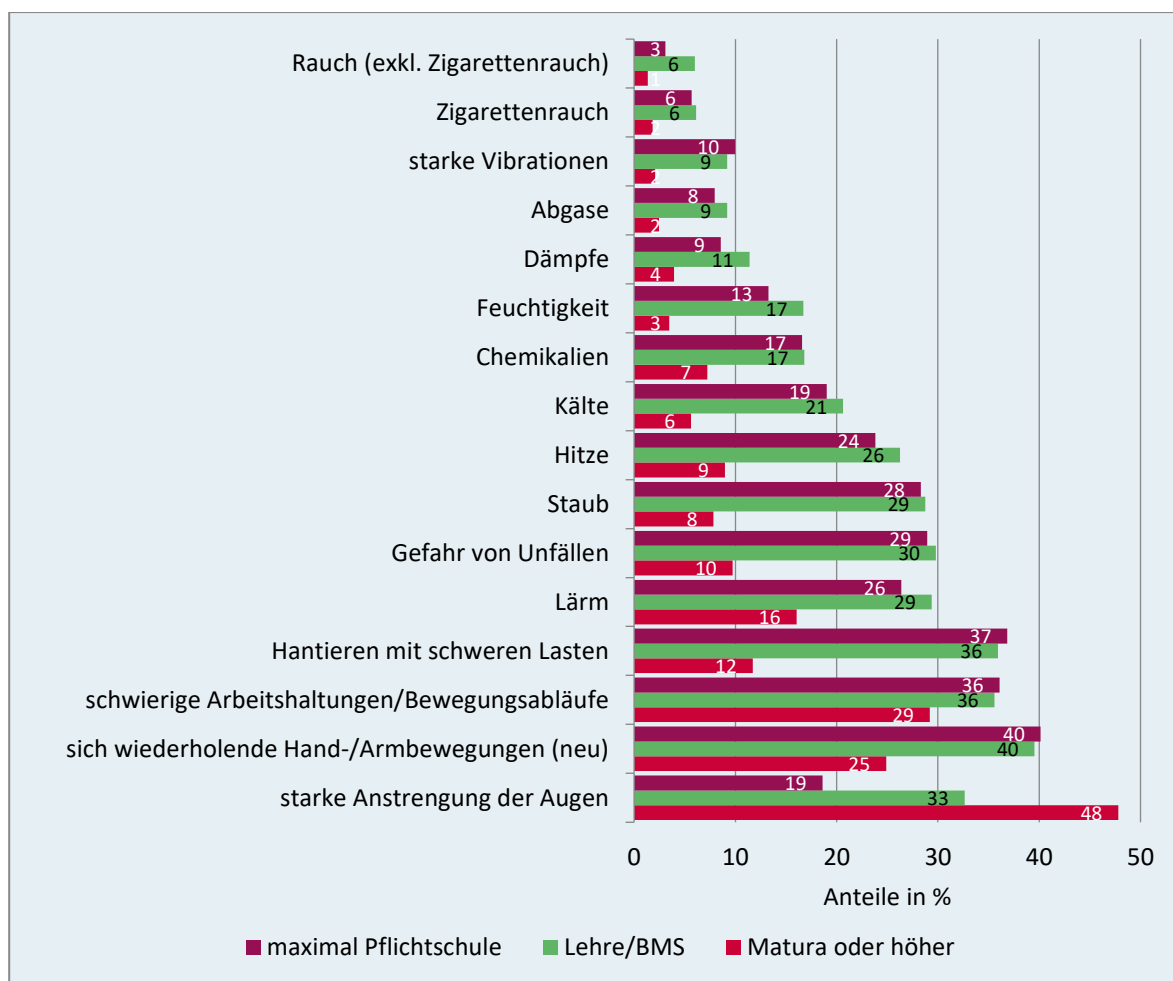
„–“-Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar und daher von der Statistik Austria nicht angeführt.

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Ad-hoc-Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2013 und 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreichweit zeigt sich, dass Erwerbspersonen mit Pflichtschul- (81 %) oder einem Lehr-/BMS-Abschluss (83 %) insgesamt häufiger körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind als Erwerbspersonen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (73 %) – Ausnahme „starke Anstrengung der Augen durch Bildschirmarbeit“ (s. Abbildung 163).

Abbildung 163: Erwerbstätige nach körperlichen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz nach höchster abgeschlossener Ausbildung 2020



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung; Jahresdurchschnitt 2020; erwerbstätige Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Ad-hoc-Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Eine Folge der Coronapandemie war, dass sich die Arbeitssituation für viele Beschäftigte spürbar verändert hat; u. a. hat die Telearbeit stark zugenommen. Auch körperliche Belastungen am Arbeitsplatz spielten im Jahr der COVID-19-Pandemie eine wichtige Rolle (Predotova/Vargas Llave 2021). Die European Working Conditions Surveys (EWCS) der letzten Jahre zeigen eine Reihe von Herausforderungen auf, die das Homeoffice während der Pandemie mit sich brachte. Neben psychosozialen Herausforderungen wie z. B. der Isolation führten ungünstige Körperhaltungen und eine Überanstrengung der Augen – verursacht durch eine arbeitsmedizinisch nicht adäquate Ausstattung im Homeoffice – zu erheblichen körperlichen Belastungen.

Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme berichtet, das zuletzt 2013 und 2020 im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erhoben wurde. (Statistik Austria 2014; Statistik Austria 2022a). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

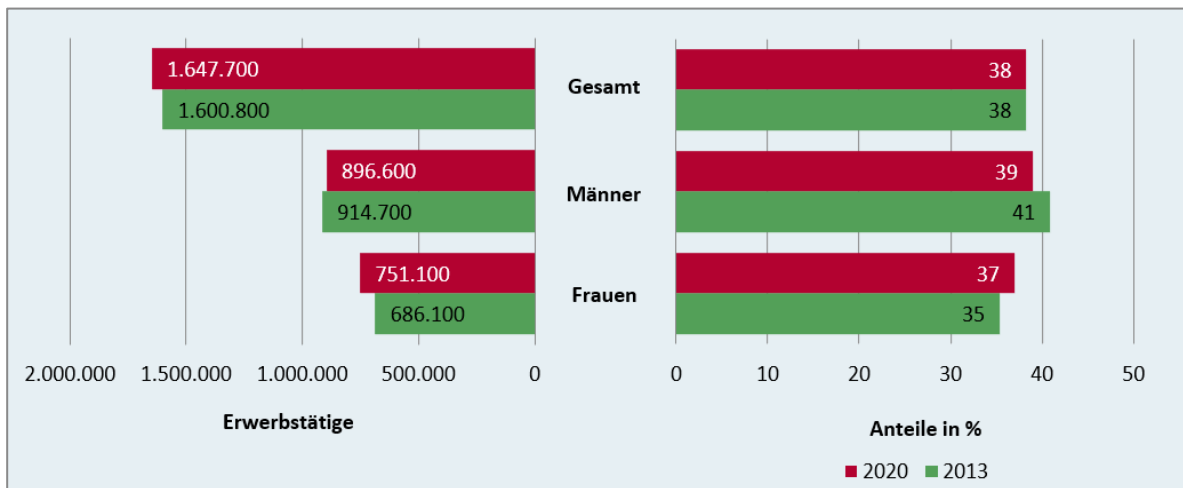
5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie werden zumeist als von außen kommend wahrgenommen, während das Stresserleben subjektiv ist und zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann. Ob und in welchem Ausmaß dadurch gesundheitliche Beeinträchtigungen eintreten, hängt von unterschiedlichsten – arbeitsbedingten und nichtarbeitsbedingten – Faktoren ab. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gehören zu den zentralen erwerbsbezogenen Stressquellen und sind damit Haupteinflussfaktoren der psychischen Gesundheit (Eichmann/Saupe 2014).

In Österreich waren 2020 rund 38 Prozent der Erwerbstätigen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 29–45 %), Männer häufiger als Frauen (39 % vs. 37 %).

Zwischen 2013 und 2020 ist dieser psychische Belastungsfaktor – in seiner Häufigkeit – geringfügig gestiegen (von 1,60 Mio. auf 1,65 Mio. Personen; s. Abbildung 164).

Abbildung 164: Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht in Österreich 2013 und 2020



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Ad-hoc-Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2013 und 2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Zeitdruck hängt dabei stark mit der Anzahl der geleisteten Überstunden (inkl. Mehrstunden)²⁴ zusammen: Personen, die zehn oder mehr Über-/Mehrstunden im Monat vor der Befragung geleistet haben, standen zu 65 Prozent unter starkem Zeitdruck. Personen ohne geleistete Überstunden betraf dies etwa zu einem Drittel. Weiterführende Informationen zum Thema Über-/Mehrstunden finden sich im Kapitel Work-Life-Balance (s. Punkt 5.3.5).

²⁴ Angesichts der Tatsache, dass im Mikrozensus nicht zwischen Über- und Mehrarbeitsstunden unterschieden wird, wird auch hier auf diese Differenzierung verzichtet. Leisten Teilzeitbeschäftigte mehr als die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit, leisten sie bis zur Überstundengrenze Mehrarbeitsstunden und erst darüber Überstunden. Wenn im Text oder in den Darstellungen von Überstunden Teilzeitbeschäftigter die Rede ist, handelt es sich faktisch also zum größten Teil um Mehrarbeitsstunden.

Unterschiede nach Bildung

Österreichweit zeigt sich, dass Erwerbstätige mit einer hohen formalen Bildung (Matura oder höher) häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen sind als solche mit maximal Pflichtschulabschluss (41 % vs. 29 %).

COVID-19-Pandemie

Durch die Pandemie nahm die Häufigkeit der Heimarbeit zu, zu diesem Ergebnis kam der österreichische Arbeitsklima-Index 2020 (vgl. nähere Informationen in Kapitel 5.3.3). Damit einhergehend nahm auch der Stress jener Eltern zu, die zumindest teilweise von zu Hause aus arbeiteten und Kinder in ihrem Haushalt hatten (AK Oberösterreich 2020). 39 Prozent erlebten gemäß dem Arbeitsklima-Index 2020 während des Homeoffice Zeitdruck, 30 Prozent permanenten Arbeitsdruck ohne Pausen, 19 Prozent berichteten von unregelmäßigen Arbeitszeiten.

Definitionen und Daten

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, das zuletzt 2013 und 2020 im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erhoben wurde, berichtet (Statistik Austria 2014; Statistik Austria 2022a). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben. Derzeit sind keine aktuelleren Daten verfügbar.

5.3.4 Arbeitsunfälle

In Österreich kam es im Jahr 2019 zu 92.981 Arbeitsunfällen. Das entspricht einer Quote von rund 1.569 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 788–1.807 Fälle pro 100.000 EW). Drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betrafen Männer, die Zahl ist bei ihnen dreimal so hoch wie bei Frauen (69.102 vs. 23.879 Arbeitsunfälle). 86 Arbeitsunfälle endeten im Jahr 2019 tödlich. Im Jahr 2020 ereigneten sich – bedingt durch die COVID-19-Pandemie – deutlich weniger Arbeitsunfälle (insgesamt 67.792 Arbeitsunfälle: 16.659 aufseiten der Frauen, 51.133 aufseiten der Männer). Die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle betrug 55.

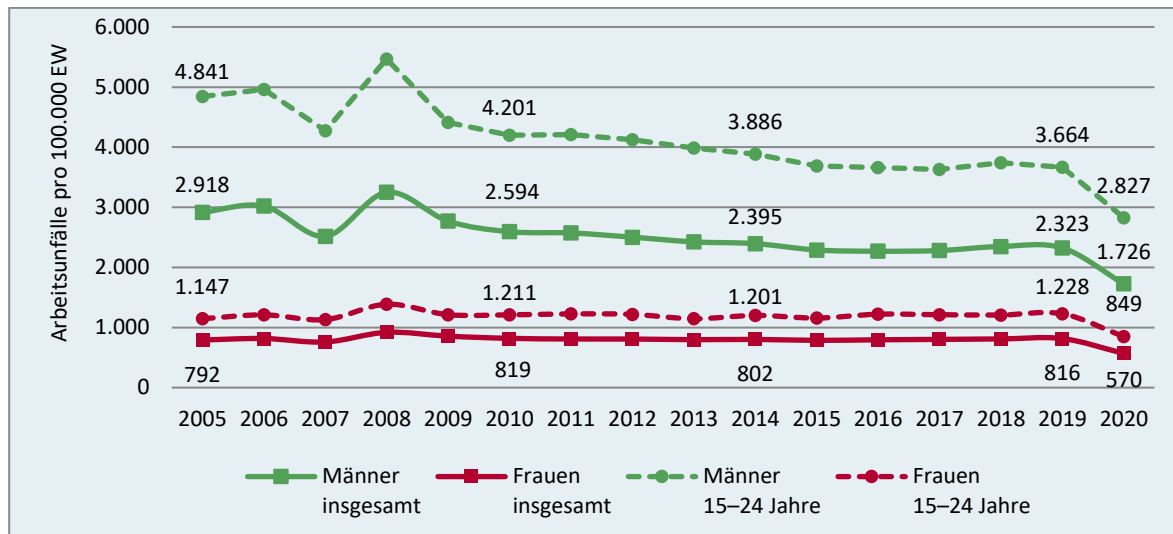
Der Trend bei Arbeitsunfällen ist rückläufig. Im Zeitraum 2005 bis 2019 ist hier ein Rückgang von 13 Prozent zu beobachten (rund 14.271 Unfälle weniger), der fast ausschließlich auf die männliche Bevölkerung zurückzuführen ist (s. Abbildung 165), denn Frauen arbeiten weniger häufig in Branchen, die verletzungsanfällig sind (s. die Ausführungen unten).

Der Rückgang der Arbeitsunfallrate ist bereits längerfristig zu beobachten. Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen die Anzahl von Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko geringer wurde und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährlichere Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem können langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit) verantwortlich gemacht werden (Leoni 2015, S. 52f)

Die unfallträchtigste Branche in Österreich ist (nach wie vor) das „Bauwesen“ (14.712 Arbeitsunfälle bzw. rund 22 Prozent aller österreichweiten Arbeitsunfälle). Dahinter folgen die Wirtschaftsklassen „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern“ (10.027 Arbeitsunfälle) und „Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen“ (8.008 Arbeitsunfälle).

Überdurchschnittlich hoch ist die Arbeitsunfallrate bei jungen Erwerbstätigen. Im Jahr 2019 wurden 24.090 Arbeitsunfälle bei 15- bis 25-Jährigen registriert (2020: 17.841 Arbeitsunfälle). Das sind rund 26 Prozent aller Arbeitsunfälle in Österreich, was einer Rate von etwa 1.800 Fällen pro 100.000 EW in diesem Alter entspricht. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalls.

Abbildung 165: Arbeitsunfälle in Österreich insgesamt und für die 15- bis 25-jährige Bevölkerung nach Geschlecht 2005–2020

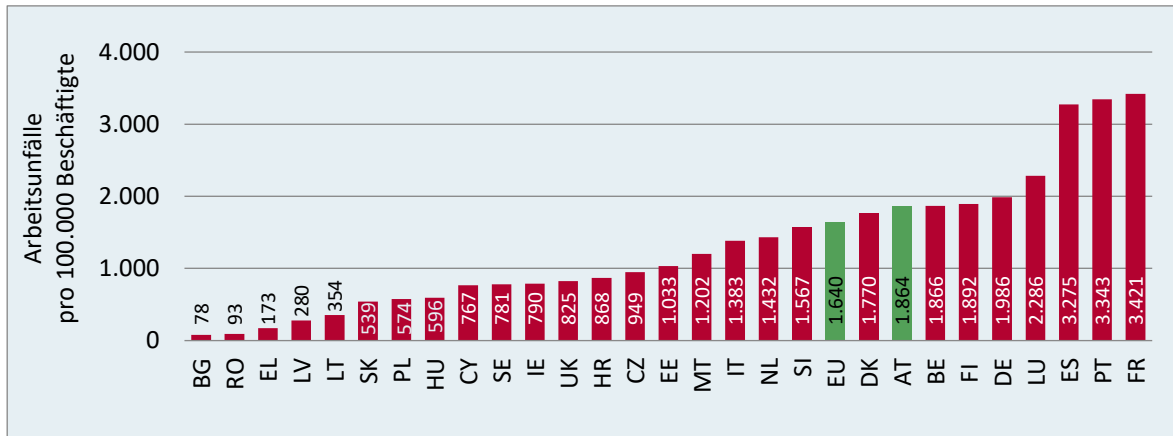


Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 2005–2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Laut der Europäischen Arbeitsunfallstatistik (ESAW) ist bezüglich nichttödlicher sowie tödlicher Arbeitsunfälle ein rückläufiger Trend zu beobachten. Mit rund 1.900 Arbeitsunfällen pro 100.000 Beschäftigte rangierte Österreich im Jahr 2018 im Mittelfeld der EU-Länder (EU-Bandbreite: 78–3.421 pro 100.000, s. Abbildung 166). Im Fall tödlicher Arbeitsunfälle lag Österreich 2018 über dem Durchschnitt der EU-Länder (EU-Bandbreite s. Abbildung 167). Allerdings sollte dieser Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden. So ist beispielsweise in einem Land, in dem ein hoher Anteil der Arbeitsplätze auf Branchen mit hohem Risiko wie Landwirtschaft, Baugewerbe oder Verkehr entfällt, die Unfallhäufigkeit wahrscheinlich höher als in einem Land, in dem Arbeitsplätze im Dienstleistungssektor überwiegen (Eurostat 2013). Um diesen Effekt geringfügig korrigieren zu können, wird von Eurostat pro Mitgliedstaat eine *standardisierte* Zahl von Arbeitsunfällen je 100.000 Erwerbstätige berechnet, indem jedem Wirtschaftszweig auf nationaler Ebene das gleiche Gewicht gegeben wird wie auf der Ebene der Europäischen Union insgesamt („*standardisierte*“ Inzidenzrate). Diese Standardisierungsmethode liegt den derzeitigen ESAW-Veröffentlichungen über Arbeitsunfälle zugrunde und ist in der nachfolgenden Abbildung in Form standardisierter Inzidenzzahlen ausgewiesen (Eurostat 2013).

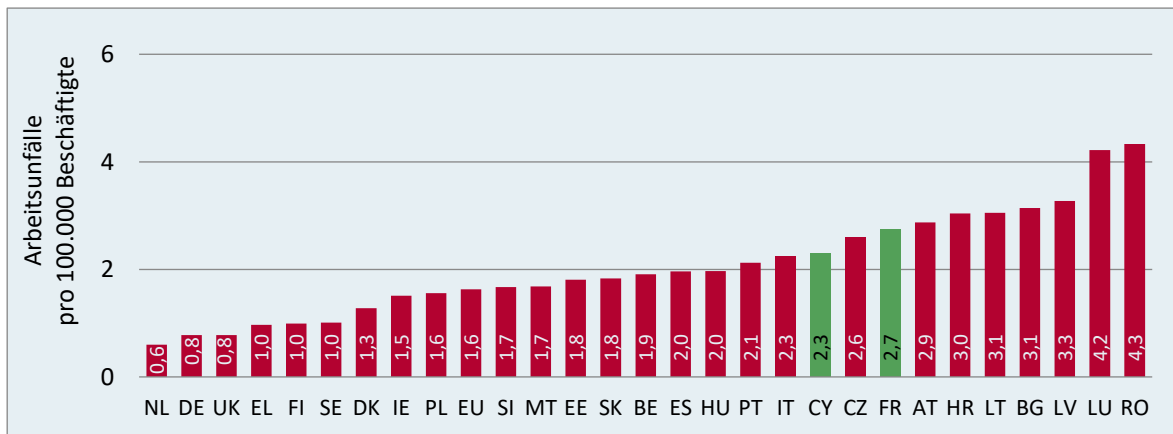
Abbildung 166: Arbeitsunfälle im EU-Vergleich gesamt (nichttödlich und tödlich), standardisierte Inzidenzrate, 2018



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei, UK: Großbritannien

Quelle: ESAW – Europäische Statistik für Arbeitsunfälle 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 167: Tödliche Arbeitsunfälle im EU-Vergleich, standardisierte Rate, 2018



Quelle: ESAW – Europäische Statistik für Arbeitsunfälle 2018;
Darstellung: GÖG

COVID-19-Pandemie

Abbildung 165 veranschaulicht, dass die COVID-19-Pandemie einen deutlichen Einfluss auf die Zahl der Arbeitsunfälle hatte: Durch Lockdowns, die Nutzung von Homeoffice und Kurzarbeitsregelungen war *bundesweit* im Jahr 2020 ein deutlicher Rückgang von Arbeitsunfällen in allen großen Wirtschaftsklassen zu beobachten.

Die Unfallrate, d. h. die Relation zwischen der Anzahl der Arbeitsunfälle und der Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse, verliert jedoch geringfügig durch die Kurzarbeit an Aussagekraft. Denn wenn Beschäftigte z. B. nur 20 Prozent der normalen Zeit am Arbeitsplatz verbringen, besteht auch nur in einem Fünftel der Zeit die Gefahr, einen Arbeitsunfall zu erleiden (s. AUVA-Pressemitteilung von Heike Guggi vom 15. 4. 2021).

Hinsichtlich der Unfallursachen sind keine Änderungen gegenüber dem Vorjahr 2019 zu verzeichnen. Die häufigsten Unfallursachen in österreichischen Betrieben waren 2020 mit 39 Prozent „Kontrollverlust“ betreffend Maschinen, Transportmittel und Werkzeuge (29.735 Arbeitsunfälle), mit 20 Prozent „Stürze“ (15.253 Arbeitsunfälle) und mit 29 Prozent „(unkoordinierte) Bewegungen mit und ohne körperliche Belastung“ wie z. B. Anstoßen, Zusammenstoßen oder Treten auf scharfe Gegenstände (22.309 Arbeitsunfälle) (s. AUVA 2021).

Definitionen und Daten

Die Arbeitsunfallstatistik wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführt. Darin wird die Anzahl der Arbeits- und Wegunfälle nach Alter und Geschlecht sowie nach Bezirk (Betriebs- und Wohnort) dokumentiert.

In der Europäischen Statistik über *Arbeitsunfälle* (ESAW) wird für die Berechnung der Inzidenzraten die Zahl der Unfälle pro 100.000 Beschäftigte berechnet, wenn diese eine Ausfallzeit von mehr als vier Tagen haben. Die Inzidenz nichttödlicher Arbeitsunfälle ist in der Regel in den versicherungsbasierten Unfallmeldesystemen einiger süd- und westeuropäischer EU-Mitgliedstaaten am höchsten. Zur Erklärung der niedrigen Raten einiger osteuropäischer Länder bedarf es weiterer Analysen durch die ESAW. Bei tödlichen Arbeitsunfällen handelt es sich um Unfälle, die innerhalb eines Jahres zum Tod des Unfallopfers führen.

5.3.5 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Die (Un-)Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar. Ihr Einfluss wurde in zahlreichen Studien dokumentiert, die belegen, dass eine mittel- bis langfristig bestehende Unvereinbarkeit sowohl mit Einschränkungen in der selbsteingeschätzten Gesundheit, einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer vermehrten Beschwerden- und Erkrankungslast einhergeht als auch zu einer verminderten Arbeitszufriedenheit, einer geringeren Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie vermehrt zu Burnout und beruflichen Veränderungsabsichten führt (Allen et al. 2000; Amstad et al. 2011). Mehrheitlich ist dies durch zeit- bzw. beanspruchungsbasierte Konflikte bedingt. Sie definieren den Prototyp einer aus den Fugen geratenen Work-Life-Balance und werden durch das Ansetzen und das Ausmaß der Arbeitszeit sowie durch die diesbezügliche Gestaltungsmöglichkeit beeinflusst (Eichmann/Saupe 2014).

Nach Knittler (2018) übernehmen in Haushalten mit Kindern nach wie vor Männer den überwiegenden Teil der Erwerbsarbeit, während Frauen den überwiegenden Teil der unbezahlten Betreuungs- und Hausarbeit bewältigen. So war im Jahr 2017 während der Familiengründungsphase die Erwerbsbeteiligung von Vätern (25 bis 49 Jahre) mit rund 93 Prozent sogar etwas höher als jene von Männern ohne Kinder (82 %). Im Vergleich dazu gingen rund 67 Prozent der Frauen (25 bis 49 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren einer Erwerbstätigkeit nach; davon 73 Prozent in Teilzeit. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ohne Kinder war dagegen mit rund 85 Prozent deutlich höher. Mit Kindern ab 15 Jahren stieg die Erwerbsbeteiligung von Frauen auf rund 87 Prozent an, und ihre Teilzeitquote sank zugleich auf 50 Prozent.

Frauen mit Kindern erleiden demnach deutlich größere Einbußen durch die Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Der mit der Geburt von Kindern einhergehende verminderte Arbeitsumfang führt dazu, dass Frauen in Österreich zehn Jahre nach der Geburt des ersten Kindes um 51 Prozent weniger Erwerbseinkommen haben als ein Jahr vor der Geburt. Zum Vergleich: In Ländern wie Schweden oder Dänemark sind es 27 Prozent bzw. 21 Prozent, in Deutschland 61 Prozent (Kleven et al. 2021).

Ein weiterer zu erwähnender Aspekt ist hier, dass durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, durch eine zunehmende „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben in den letzten Jahrzehnten zusehends an Bedeutung gewonnen hat. Auch ist die Zahl der Personen, die einer Mehrfachbeschäftigung nachgehen, in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Laut dem sechsten European Working

Conditions Survey (2015) gehen acht Prozent der Arbeitnehmer:innen in der EU mehr als einer Beschäftigung nach. In den meisten Fällen (58 %) handelt es sich bei der zweiten Beschäftigung um eine „gelegentliche“ und nicht um eine „regelmäßige“ Beschäftigung. Der Anteil der Mehrfachbeschäftigten ist etwas größer bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit einem befristeten Vertrag (11 %) oder „keinem Vertrag“ (13 %); er ist auch größer bei Fachkräften (10 %) und bei Beschäftigten in einfachen Berufen (10 %). Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Arbeitnehmer:innen, die neben ihrer Haupttätigkeit eine weitere Tätigkeit angeben, von Land zu Land variiert und in den nördlichen Ländern wie Dänemark, Norwegen (beide 19 %), Estland (16 %) und Schweden (15 %) erheblich größer ist, während er in Bulgarien, Griechenland, Montenegro und der Türkei mit weniger als fünf Prozent geringer ist (Eurofound 2017).

COVID-19-Pandemie

Der Arbeitsklima-Index, eine repräsentative Quartalerhebung, die in Österreich seit 1997 von den Sozialforschungsinstituten SORA und IFES durchgeführt wird und in dessen Rahmen jährlich rund 4.000 Personen befragt werden, hat im Jahr 2020 auch Fragen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beinhaltet (AK Oberösterreich 2020). Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass (1) bei allen Gruppen die Arbeit vom regulären Arbeitsplatz aus vorherrschend war und (2) die Häufigkeit von Heimarbeit mit steigender beruflicher Position bzw. beruflichem Status höher war.²⁵ 45 Prozent der Personen, in deren Haushalt Kinder lebten, gaben an, dass es stressiger gewesen sei, ihre berufliche Tätigkeit mit anderen Aufgaben und Anforderungen zu vereinbaren als *vor der Krise*, und dass sie zu Tageszeiten gearbeitet hätten, zu denen sie vorher nicht gearbeitet hätten.

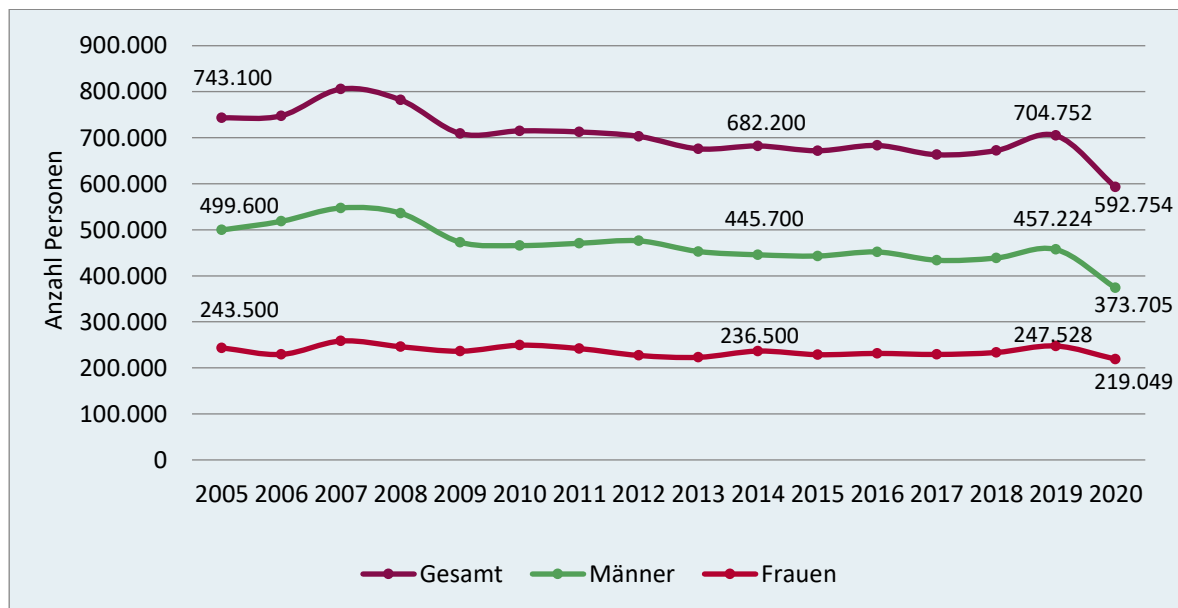
²⁵ Arbeiter:innen arbeiteten fast ausschließlich von ihrem üblichen Arbeitsplatz aus (85 % der Facharbeiter:innen und 81 % der Hilfskräfte). Von den gering und mittel qualifizierten Angestellten arbeiteten 61 Prozent an ihrem regulären Arbeitsplatz, 26 Prozent im Homeoffice, und sechs Prozent nutzten beide Möglichkeiten. Von den Angestellten im öffentlichen Dienst arbeiteten 50 Prozent im Büro, 28 Prozent zu Hause, und 18 Prozent nutzten beide Möglichkeiten. Fach- und Führungskräfte waren mit 38 Prozent jene Gruppen mit dem höchsten Prozentsatz an Heimarbeit, 44 Prozent arbeiteten an ihrem regulären Arbeitsplatz, und elf Prozent nutzten beide Möglichkeiten.

Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2019 leisteten rund 19 Prozent aller unselbstständig erwerbstätigen Personen (rund 705.000 Personen) Überstunden (inkl. Mehrstunden); Männer häufiger als Frauen (23 % vs. 14 %).

Zwischen 2005 und 2019 ist die Anzahl der überstundenleistenden Frauen nahezu konstant geblieben, während die Anzahl überstundenleistender Männer um acht Prozent gesunken ist (s. Abbildung 168). Zwischen 2019 und 2020 ist die Anzahl der überstundenleistenden Personen – bedingt durch die COVID-19-Pandemie – deutlich zurückgegangen, nämlich um elf Prozentpunkte bei Frauen und um 18 Prozentpunkte bei Männern. In den letzten eineinhalb Jahrzehnten wurden noch nie so wenige Überstunden geleistet wie im Jahr 2020.

Abbildung 168: Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden in Österreich nach Geschlecht 2005–2020



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005–2020;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreichweit zeigt sich, dass Überstunden (inkl. Mehrstunden) häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht werden als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung: So haben 28 Prozent der Erwerbspersonen mit Universitäts-, Fachhochschulabschluss oder einem Abschluss einer hochschulverwandten Lehranstalt im Jahr 2019 Über-/Mehrstunden geleistet, während dies nur auf sechs Prozent der Erwerbspersonen mit Pflichtschulabschluss zutraf.

Definitionen und Daten

Überstunden einschließlich Mehrstunden sind zusätzlich zur kollektivvertraglich oder betrieblich vereinbarten Normalarbeitszeit geleistete Arbeitsstunden, die nicht durch Zeitausgleich zu einem anderen Zeitpunkt abgegolten werden. Dabei ist nicht entscheidend, ob sie bezahlt werden oder nicht. Von Überstunden wird gesprochen, wenn über das Vollzeitenerwerbstätigkeitsausmaß hinausgehende zusätzliche Stunden gearbeitet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden Teilzeitbeschäftigter bis zum Ausmaß der Vollzeitenerwerbstätigkeit. Über- und Mehrstunden werden nur bei unselbstständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2020 (Statistik Austria).

5.3.6 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen

Die Qualität der Arbeitsbedingungen beeinflusst die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung (Green/Mostafa 2012) und damit auch deren Verbleib im Erwerbsleben (BMASK 2015). Die betriebliche Gesundheitsförderung versucht deshalb seit den 1990er-Jahren zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen (www.netzwerk-bgf.at). Eigene Analysen auf Basis des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) verdeutlichen, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen sowohl mit der Arbeitszufriedenheit, der selbst eingeschätzten Gesundheit als auch mit allgemeiner Lebenszufriedenheit positiv assoziiert ist (BMSGPK 2021e).

In Österreich bewerten erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren ihre Arbeitsbedingungen mit rund 69 von 100 Punkten (SHARE-Erhebung 2017), Frauen besser als Männer.

Im Vergleich zu 2004 verbesserten sich bis zum Jahr 2017 die Arbeitsbedingungen für beide Geschlechter, für Personen aller Bildungsabschlüsse sowie für Personen ohne und mit Migrationshintergrund, wobei für Letztere keine Daten für 2017 vorliegen (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)

Jahr	M + F	M	F	ISCED Level 0–2*	ISCED Level 3–4*	ISCED Level 5–6*	mit Migrationshintergrund	ohne Migrationshintergrund
2004	55,9	55,5	56,8	50,0	53,2	61,6	52,6	56,2
2010/11	58,4	58,4	58,5	51,0	57,4	61,4	53,7	58,6
2015	59,6	61,0	58,1	55,7	58,5	63,2	55,0	59,7
2017	69,3	66,7	70,3	66,7	68,1	76,7	k. A.	k. A.

Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

*ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0–2 = max. Pflichtschulabschluss, 3–4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5–6 = Universitätsstudium etc.

**Personen mit Migrationshintergrund: wurden im Ausland geboren

Quelle: SHARE 2004, 2010/2011, 2015 und 2017;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Vergleiche nach Bildungsgruppen zeigen, dass Personen mit hohen Bildungsabschlüssen (ISCED-Level 5–6) ihre Arbeitsbedingungen besser einschätzen, denn Personen mit geringerer formaler Bildung (s. Tabelle 5).

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern hinsichtlich der Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen im oberen Drittel (s. Abbildung 169).

Abbildung 169: Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich* 2017, Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100, Mittelwerte



Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

*ohne Bulgarien, Estland, Finnland, Irland, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Ungarn, das Vereinigte Königreich und Zypern

AT: Österreich, BE: Belgien, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FR: Frankreich, IT: Italien, PL: Polen, SE: Schweden

Quelle: SHARE 2017;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Daten der Arbeitssituation erwerbstätiger Personen (im Alter von 50 bis 64 Jahren) entstammen dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (Börsch-Supan et al. 2013; Börsch-Supan 2017). Im Kontext der internationalen

Diskussion werden vor allem die nachstehenden Arbeitsbedingungen als relevant erachtet:

- gerechtes Einkommen
- Jobperspektiven (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit)
- Aneignung neuer Fertigkeiten und Autonomie
- soziale Unterstützung und Anerkennung
- körperliche Anstrengung und Zeitdruck

Sie entstammen wissenschaftlichen Modellen (Karasek/Theorell 1990; Siegrist 1996), die bereits vielfach überprüft wurden (Van der Doef/Maes 1999; Van Vegchel et al. 2005).

Zur Beschreibung der Gesamtsituation wurden die SHARE-Daten in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf eine Skala von 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist (BMG 2016).

5.3.7 Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen

Im Jahr 2019 gingen – laut ATHIS 2019 – rund 54 Prozent der erwerbstätigen Personen in Österreich (rund 2,17 Mio. Personen) trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (BL-Bandbreite: 45–57 %). Gegenüber 2014 ist hier damit keine Veränderung ersichtlich.

Weibliche Erwerbspersonen zwischen 15 und 59 Jahren gehen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit als erwerbstätige Männer in diesem Alter (57–61 % vs. 52 %; s. Abbildung 165). Kein Geschlechterunterschied zeigt sich hier bei ab 60-jährigen Erwerbspersonen.

Mit 54–56 Prozent fällt der Anteil jener, die trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen, bei den unter 60-Jährigen deutlich höher aus als bei den älteren Erwerbstätigen (ab 60 Jahren) mit 45 Prozent.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Im Zusammenhang mit Bildung zeigt sich, dass Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen (54 %), gefolgt von jenen mit

Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (49 %). Bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss sind es 44 Prozent. Ein systematischer Zusammenhang mit dem Einkommen zeigt sich hier nicht.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen des Jahres 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Soziale Beziehungen und Netzwerke sind ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Sie beeinflussen den Erhalt von Gesundheit und deren Förderung sowie die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheit (De Silva et al. 2005; Holt-Lunstad et al. 2015; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Siegrist et al. 2009; Sundquist/Yang 2007). Wenngleich soziale Beziehungen gesundheitsfördernde und -abträgliche Potenziale besitzen, werden ihnen primär positive Eigenschaften zugeschrieben. Sie repräsentieren damit eine zentrale Widerstandsressource in der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner sozialen und physischen Umwelt.

Auch als Sozialkapital bezeichnet, können drei Ebenen sozialen Zusammenhalts unterschieden werden:

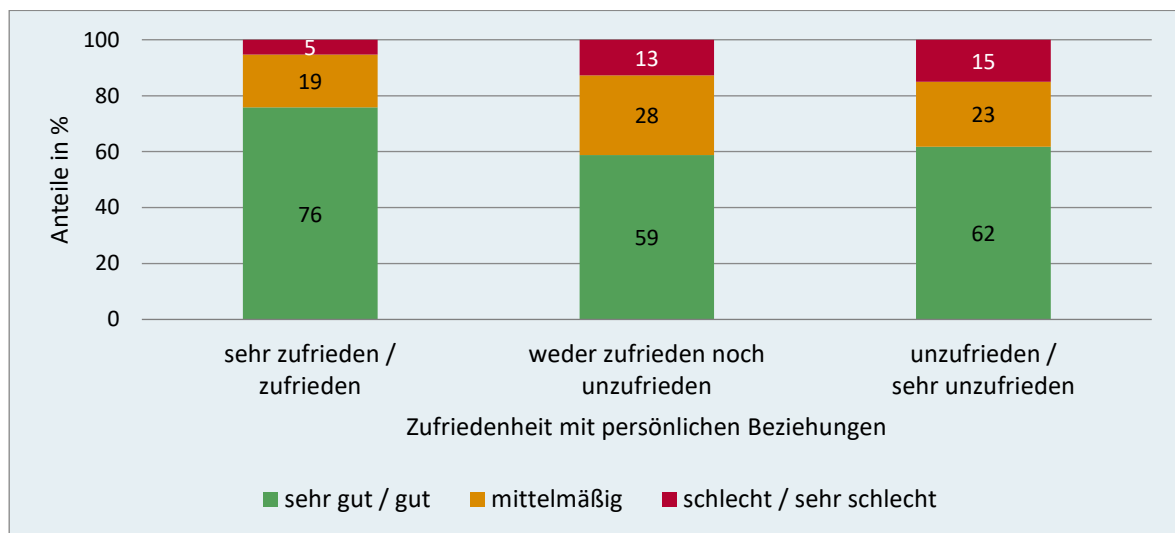
- Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- Zusammenhalt in der Wohnumgebung und in sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

In diesem Zusammenhang spielen sowohl Paarbeziehungen, familiäre und freundschaftliche Beziehungen eine zentrale Rolle wie auch nachbarschaftliche Beziehungen, das Verhältnis zu Arbeitskolleginnen/-kollegen und das allgemeine Vertrauen in die Mitmenschen und damit in das gesellschaftliche soziale Umfeld.

5.4.1 Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen

Personen mit einer hohen Zufriedenheit mit ihren persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) schätzen ihre Gesundheit deutlich häufiger als sehr gut oder gut ein (76 %) als jene, die mit ihren persönlichen Beziehungen nur mittelmäßig zufrieden oder (sehr) unzufrieden sind ($\approx 60\%$; s. Abbildung 170).

Abbildung 170: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Österreich 2019



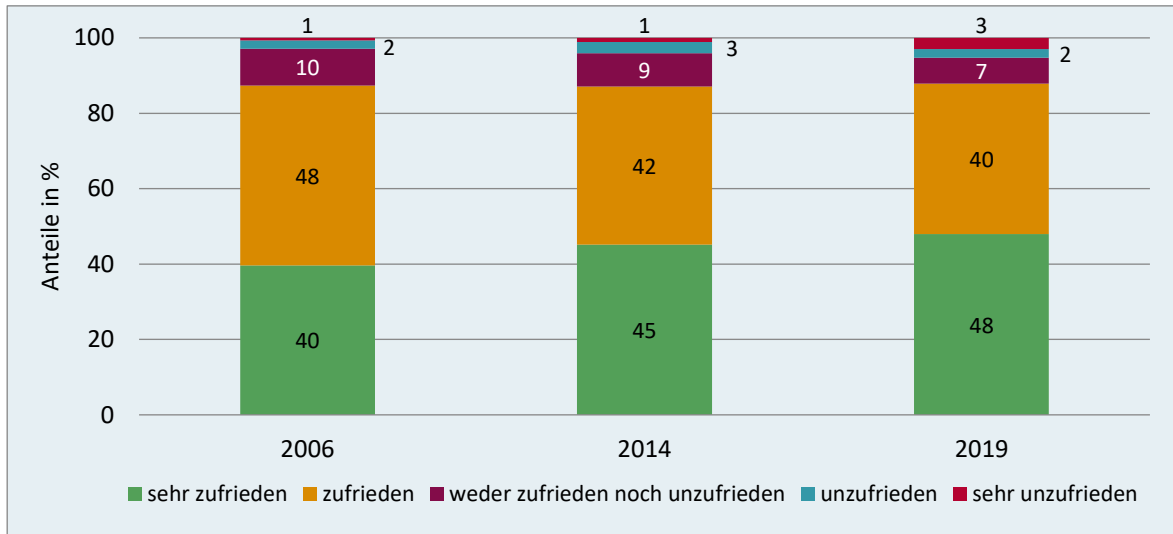
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund 88 Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich sind – laut ATHIS 2019 – mit ihren persönlichen Beziehungen (sehr) zufrieden (BL-Bandbreite: 84–91 %). Unterschiede nach Alter und Geschlecht zeigen sich dabei nicht.

Die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) bleibt über die Jahre hinweg stabil hoch, wobei der Anteil jener, die mit ihren Beziehungen sehr zufrieden sind, sogar etwas gestiegen ist (von 40 % auf 48 %; s. Abbildung 171).

Abbildung 171: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen im Trend, Österreich 2006, 2014 und 2019



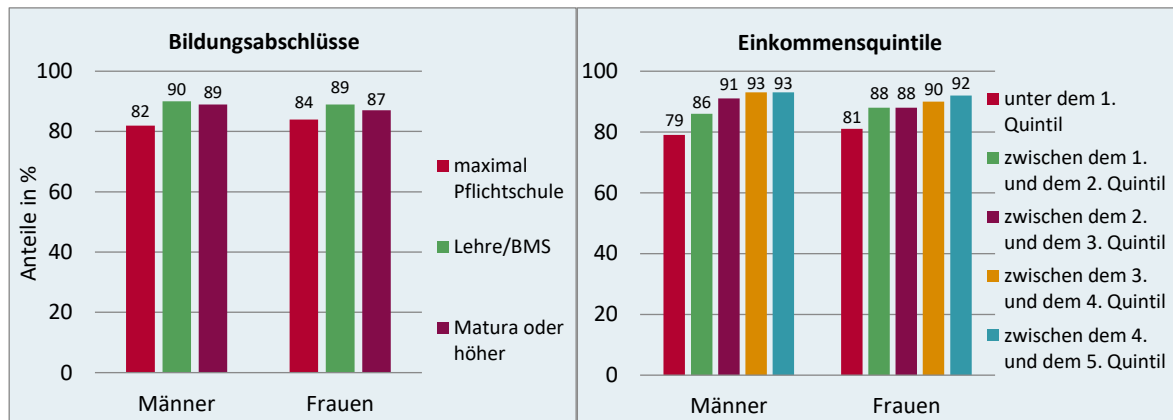
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Arbeitslosigkeit und Einkommen

Personen (30+) mit maximal Pflichtschulabschluss schätzen ihre Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen etwas schlechter ein als jene mit höheren Bildungsabschlüssen (84 % vs. 88–89 %). Ein signifikanter Zusammenhang findet sich hier auch mit dem Einkommen. Die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen steigt demnach von rund 80 Prozent bei Personen im untersten Einkommensquintil auf 92 Prozent bei solchen aus dem obersten Einkommensquintil (s. Abbildung 172).

Abbildung 172: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2006/2007 und 2014 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

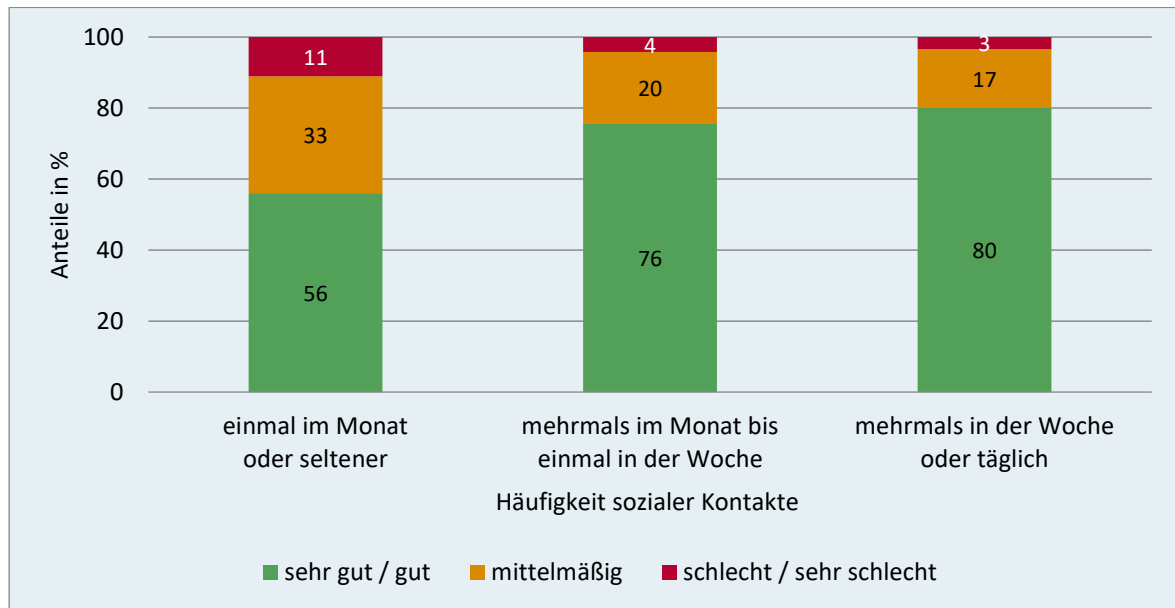
5.4.2 Sozialkontakte

Ein Indikator, der vor allem für die Lebensqualität / das Wohlbefinden und für das Ausmaß sozialer Unterstützung eine bedeutende Rolle spielt, ist die Intensität bzw. Regelmäßigkeit sozialer Kontakte, z. B. in Form regelmäßiger Treffen mit Freundinnen und Freunden, Verwandten oder mit Arbeitskolleginnen und -kollegen außerhalb der Arbeit (Jungbauer-Gans 2002).

Dieser Indikator weist signifikante Zusammenhänge mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Personen, die maximal einmal im Monat Verwandte,

Freundinnen/Freunde oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit sehen, weisen seltener eine sehr gute bis gute Gesundheit auf als Personen, die mehrmals im Monat oder öfter die genannten Personengruppen treffen (s. Abbildung 173).

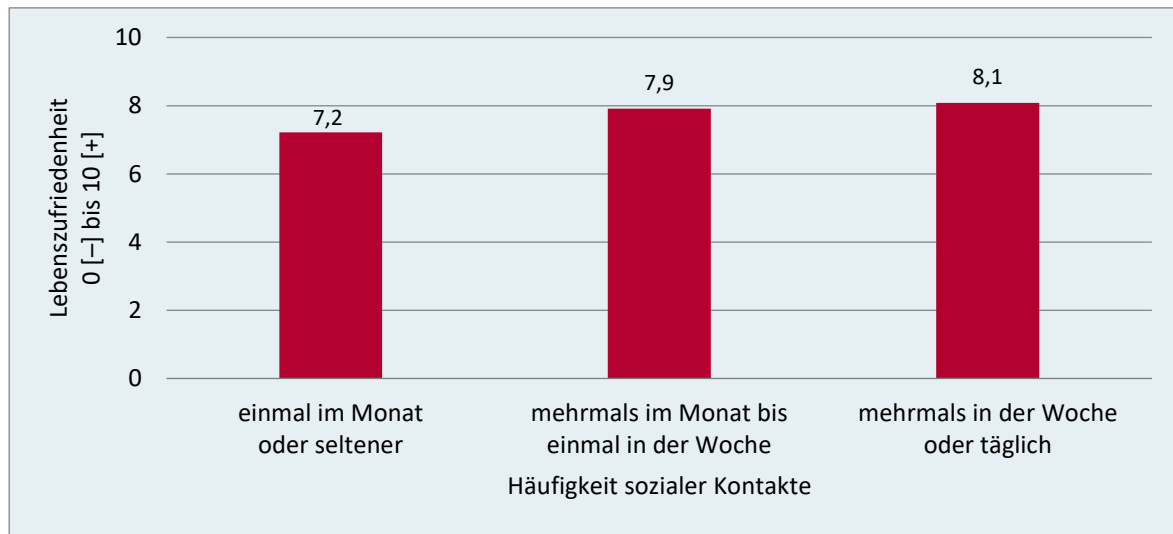
Abbildung 173: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte in Österreich 2018



Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch die Lebenszufriedenheit steigt mit der Häufigkeit sozialer Kontakte (von 7,2 auf durchschnittlich 8,1 Punkte; s. Abbildung 174). Allerdings darf hier nicht außer Acht gelassen werden, dass eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden eher zu einer Vereinsamung beitragen.

Abbildung 174: Lebenszufriedenheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte in Österreich 2018



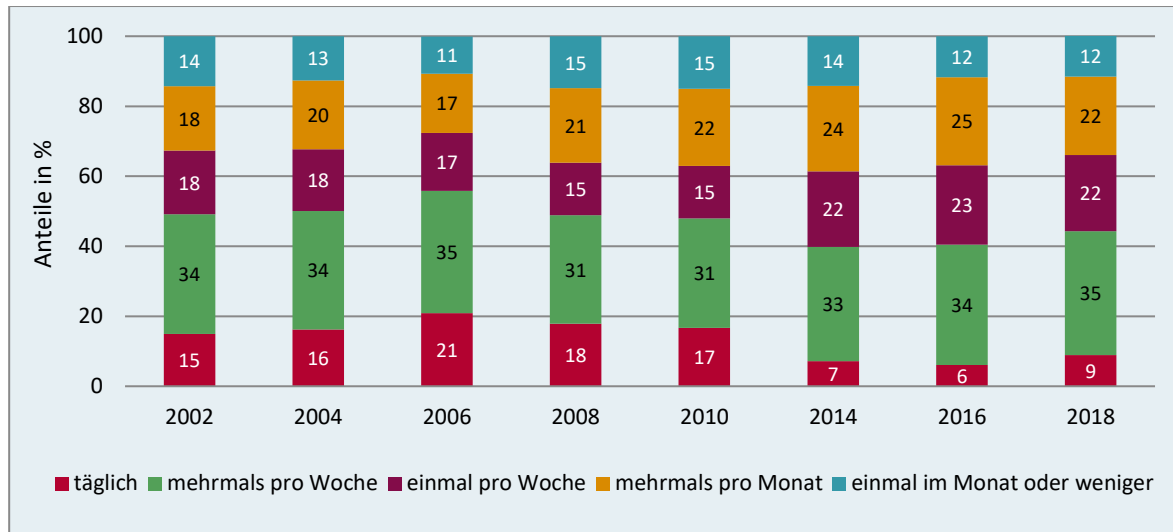
Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut dem European Social Survey (ESS) 2018 sehen rund 44 Prozent der über 15-Jährigen mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskollegen/-kollegen außerhalb des Arbeitskontexts. Für weitere 44 Prozent ist dies mehrmals im Monat bis maximal einmal in der Woche der Fall. Zwölf Prozent der Bevölkerung über 15 Jahre treffen nur einmal im Monat oder seltener Personen aus den angesprochenen Gruppen. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich kaum.

Zwei Drittel aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen (zwischen 15 und 29 Jahren) geben an, mehrmals pro Woche oder täglich die obengenannte Gruppe zu treffen. Bei Personen älter als 30 gilt dies nur noch für etwas mehr als ein Drittel.

Im Vergleich zum Jahr 2002 ist eine Verschiebung von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“ zu erkennen. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten blieb hingegen mit ca. zwölf Prozent in etwa gleich groß. Ab 2010 sind die täglichen Kontakte deutlich zurückgegangen (s. Abbildung 175).

Abbildung 175: Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte im Trend 2002–2018*



*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

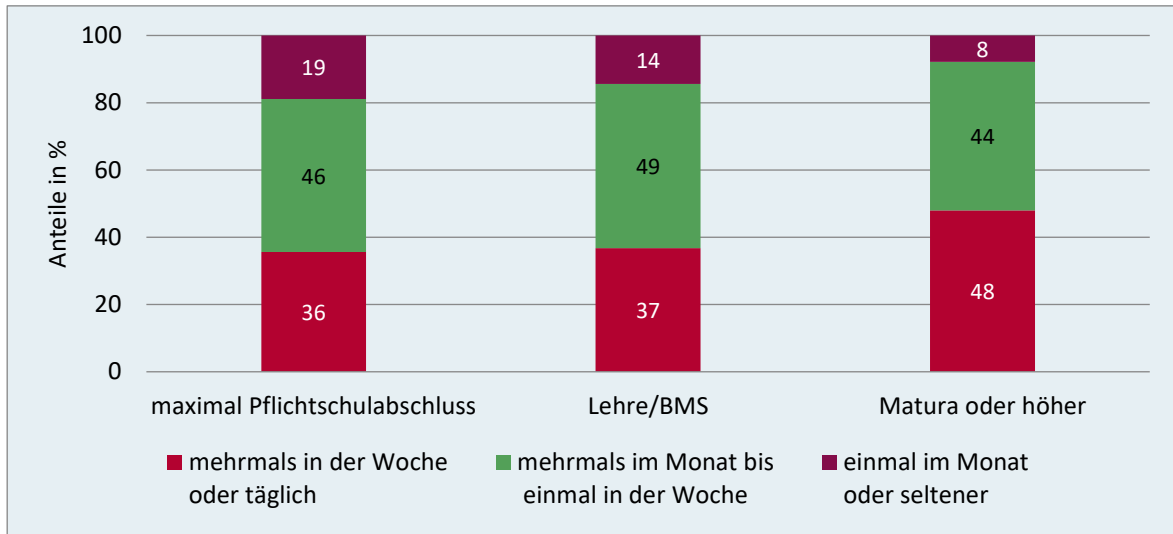
Quellen: European Social Survey 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2014, 2016, 2018;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Bildung spielt bei der Häufigkeit sozialer Kontakte ebenfalls eine Rolle. Personen über 30 Jahre mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss haben häufiger mehrmals pro Woche bis täglich persönliche soziale Kontakte (mit Verwandten, Freundinnen/Freunden und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit) als Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr-/BMS-Abschluss (48 % vs. 36–37 %). Umgekehrt treffen 19 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss höchstens einmal im Monat Personen der angesprochenen Gruppen, während der entsprechende Wert bei Personen mit Lehr-/BMS-Abschluss 14 Prozent und im Falle von Personen mit Matura oder höher acht Prozent beträgt (s. Abbildung 176). Zwischen den Einkommensgruppen besteht hier kaum ein Unterschied.

Abbildung 176: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschlüssen bei über 30-Jährigen in Österreich 2018

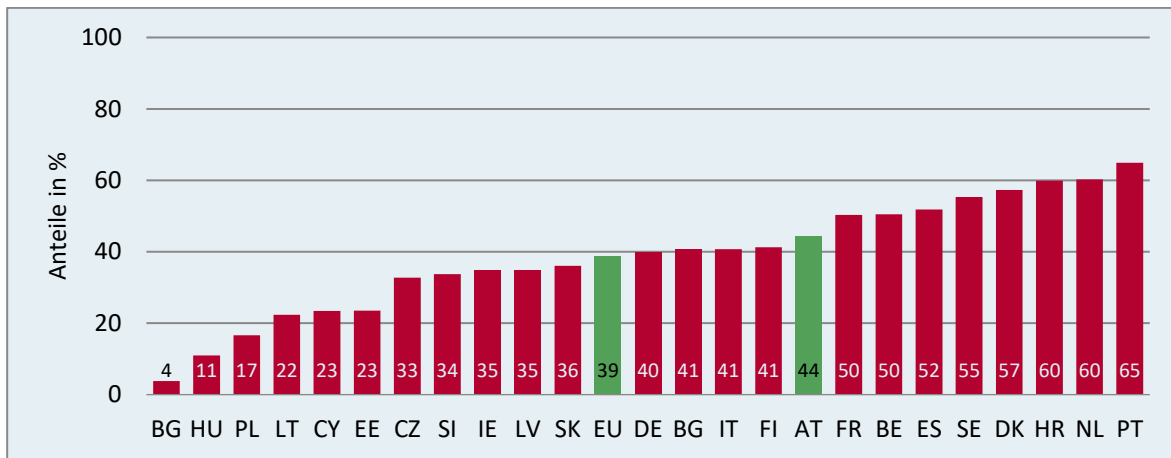


Quelle: European Social Survey 2018;
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Personen in Österreich haben häufiger soziale Kontakte als Personen im EU-Durchschnitt (44 % vs. 39 %; EU-Bandbreite 4–65 %). Generell scheint es hier ein West-Ost-Gefälle zu geben, wonach Personen in westlichen Ländern häufiger mehrmals pro Woche oder täglich mit Verwandten oder Bekannten persönlichen Kontakt haben als jene in Osteuropa (s. Abbildung 177).

Abbildung 177: Häufigkeit sozialer Kontakte (mehrmals oder täglich) ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2018



*ohne Griechenland, Luxemburg, Malta und Rumänien

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LV: Lettland, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

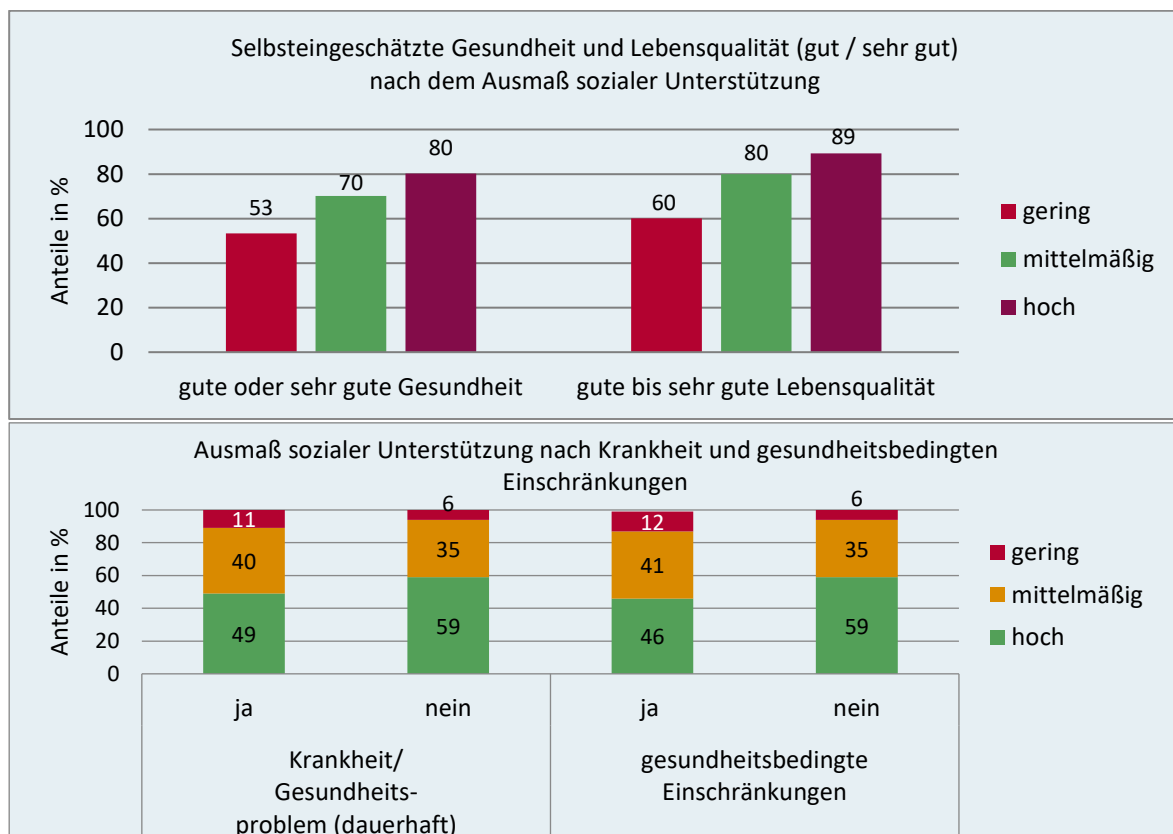
Der European Social Survey (ESS) ist ein biennaler und länderübergreifender Survey, der Einstellungen, Wertorientierungen und Verhaltensmuster in Europa erhebt und erstmals 2001/2002 durchgeführt wurde. Aktuell liegen Ergebnisse aus zehn Durchführungswellen vor (<https://www.europeansocialsurvey.org>) – Österreich hat jedoch eine Erhebung ausgelassen. Der ESS stellt eine repräsentative Stichprobenbefragung für die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten dar.

Der Fragebogen besteht aus einem Hauptteil, der in jeder Welle identisch ist, sowie aus wechselnden Schwerpunkten. Der Hauptteil widmet sich auch dem Thema des *Wohlbefindens*, gemessen unter anderem an der Intensität der Eingebundenheit in private soziale Netzwerke bzw. anhand der Häufigkeit sozialer Kontakte.

5.4.3 Ausmaß sozialer Unterstützung

Das Ausmaß sozialer Unterstützung, auf das Menschen bei Bedarf zurückgreifen können, ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Murayama et al. 2012; Sundquist/Yang 2007). Ein hohes Maß an sozialer Unterstützung geht mit einer deutlich höheren Bewertung der eigenen Lebensqualität sowie Gesundheit einher (s. Abbildung 178). Verlässliche soziale Beziehungen und Bindungen, die durch emotionale und kognitive Unterstützung sowohl bei alltäglichen Problemen als auch bei Lebenskrisen helfen, können psychosoziale Belastungen für die Betroffenen abschirmen. Gleichzeitig erleichtert soziale Unterstützung die Bewältigung von Belastungssituationen (Franzkowiak 2018).

Abbildung 178: Soziale Unterstützung und selbsteingeschätzte Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Österreich 2014 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten;
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15+)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (55 %) verfügte im Jahr 2019 über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 40–67 %); Männer zwischen 15 und 29 Jahren häufiger als Frauen im selben Alter (60 % vs. 55 %) – Frauen im Erwerbsalter (30–59 Jahre) häufiger als Männer (rund 60 % vs. rund 54 %). Rund acht Prozent schätzten das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein (BL-Bandbreite: 4–13 %) – 2014 hatte dies auf neun Prozent zugetroffen.

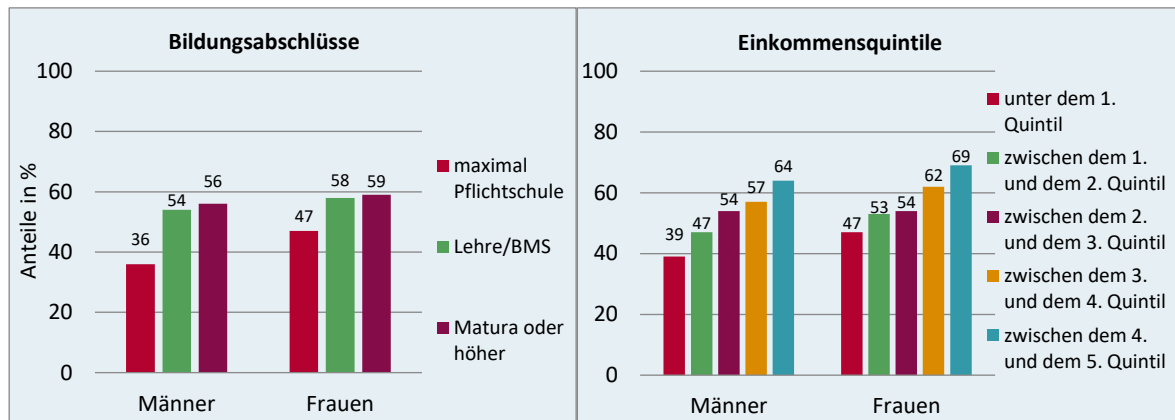
Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 51 Prozent der ab 60-Jährigen verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, während 57–58 Prozent der 15- bis 59-Jährigen damit rechnen können. Gleichzeitig sind zehn Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen für fünf Prozent gilt.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben und zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (58 % vs. 45 %). Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen – wobei der Unterschied bei den Männern deutlich größer ist (s. Abbildung 179).

Menschen des obersten Einkommensquintils (30 Jahre und älter) erhalten deutlich häufiger ein hohes Unterstützungsausmaß als Menschen im untersten Einkommensbereich (67 % vs. 43 %). Frauen erhalten dabei durchgehend ein höheres Unterstützungsausmaß als Männer (s. Abbildung 179).

Abbildung 179: Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das Ausmaß sozialer Unterstützung wurde im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2019 mit der Oslo 3-Items Social Support Scale (Oslo-3) erhoben (Klimont 2020) und kann mit Daten aus dem Jahr 2014 verglichen werden (Klimont/Baldaszi 2015). Dieses Instrument erfasst, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen diesbezüglich zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

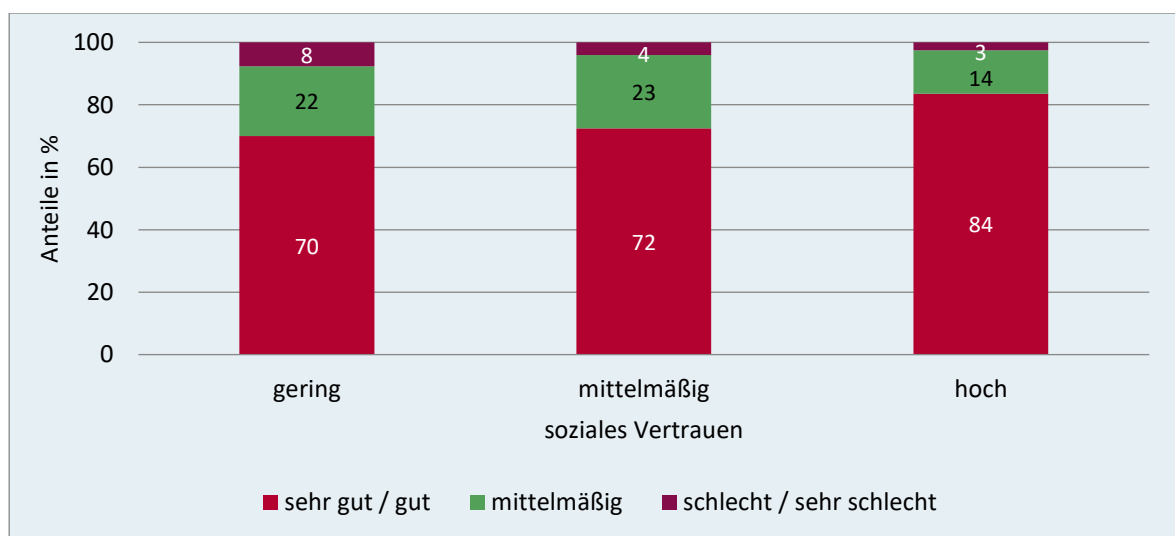
5.4.4 Soziales Vertrauen

Obwohl im Alltag unterschiedliche Handlungen und Haltungen das Vertrauen zu anderen Menschen zeigen, ist es schwierig, diesbezüglich aussagekräftige Daten zu finden, die zugleich zeit- und länderübergreifend eine Bewertungsgrundlage für das Vertrauen in die Ge-

sellschaft bieten. Ein einheitlicher, vor allem in soziologischen Studien und Umfragen verwendeter Indikator dafür ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Dieser Indikator sagt etwas über das Gesellschaftssystem aus, da er nicht das Vertrauen zur einzelnen Person, sondern das Vertrauen in gesellschaftliche Normen und ungeschriebene Verhaltensregeln in den Blick nimmt. Das soziale Vertrauen bringt damit zum Ausdruck, ob eine Person glaubt, dass Mitmenschen grundsätzlich gute Absichten hegen und dass man sich auf sie verlassen bzw. ihnen vertrauen kann (Enste/Möller 2015; Griebler et al. 2020) .

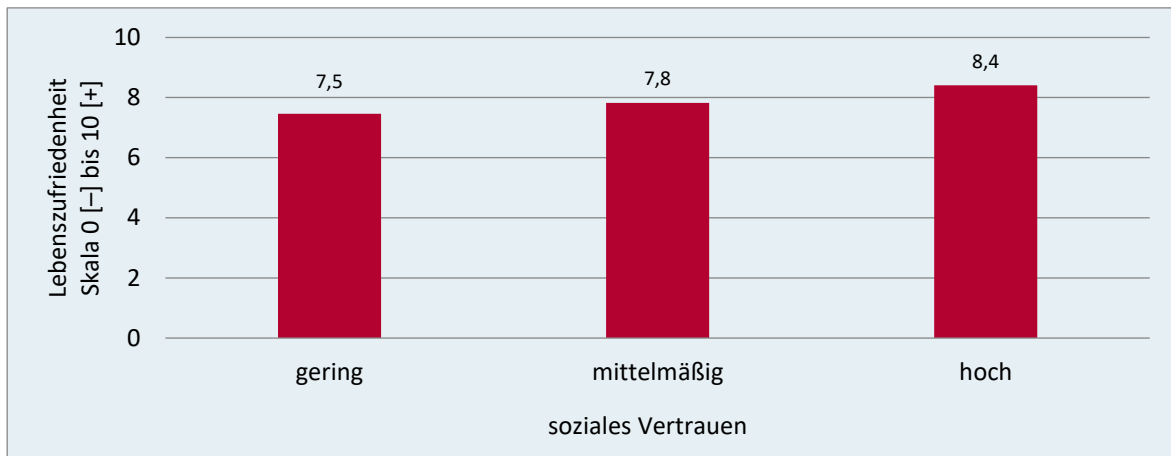
Das Ausmaß sozialen Vertrauens weist einen deutlichen Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Anhand österreichischer Zahlen zeigt sich, dass Personen mit einem hohen sozialen Vertrauen über eine bessere selbsteingeschätzte Gesundheit verfügen und eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen. Während 84 Prozent der Bevölkerung mit einem hohen Vertrauen angeben, einen (sehr) guten Gesundheitszustand zu haben, trifft dies bei Personen mit geringem sozialem Vertrauen auf 70 Prozent zu. Ihre Lebenszufriedenheit bewerten Personen mit einem hohen sozialen Vertrauen mit durchschnittlich 8,4 von 10 möglichen Punkten höher als Personen mit einem geringen sozialen Vertrauen mit 7,5 von 10 Punkten (s. Abbildung 180 und Abbildung 181). Umgekehrt könnten eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden auch das soziale Vertrauen in die Mitmenschen trüben.

Abbildung 180: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens in Österreich 2018



Quelle: European Social Survey 2018;
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 181: Allgemeine Lebenszufriedenheit nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens in Österreich 2018

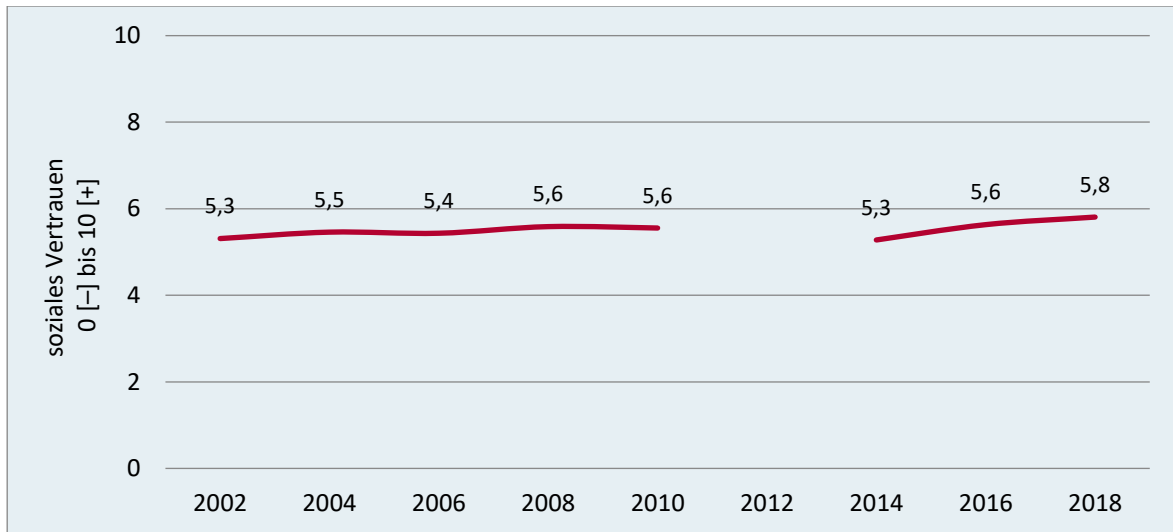


Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut ESS 2018 beurteilt die österreichische Bevölkerung ihr soziales Vertrauen in die Mitmenschen mit durchschnittlich 5,8 von 10 möglichen Punkten. Männer und Frauen weisen hierbei in etwa dasselbe soziale Vertrauen auf. Auch zwischen den untersuchten Altersgruppen gibt es keine markanten Unterschiede (15- bis 29-Jährige: 6,0, ab 30-Jährige 5,7/5,8 Punkte). In Gruppen zusammengefasst, weisen rund 32 Prozent der österreichischen Bevölkerung ein hohes Maß an sozialem Vertrauen (6,7 oder mehr Punkte) und 28 Prozent ein geringes Maß an sozialem Vertrauen (unter 5 Punkten) auf.

Im Vergleich zum Jahr 2002 hat das soziale Vertrauen um 0,5 Punkte (von 5,3 Punkten auf 5,8 Punkte) zugenommen (s. Abbildung 182). Dabei hat sich der Anteil der Bevölkerung mit einem hohen sozialen Vertrauen (mit einer Ausnahme im Jahr 2014), insgesamt gesehen, leicht erhöht, während der Anteil jener mit geringem sozialen Vertrauen leicht gesunken ist (s. Abbildung 183).

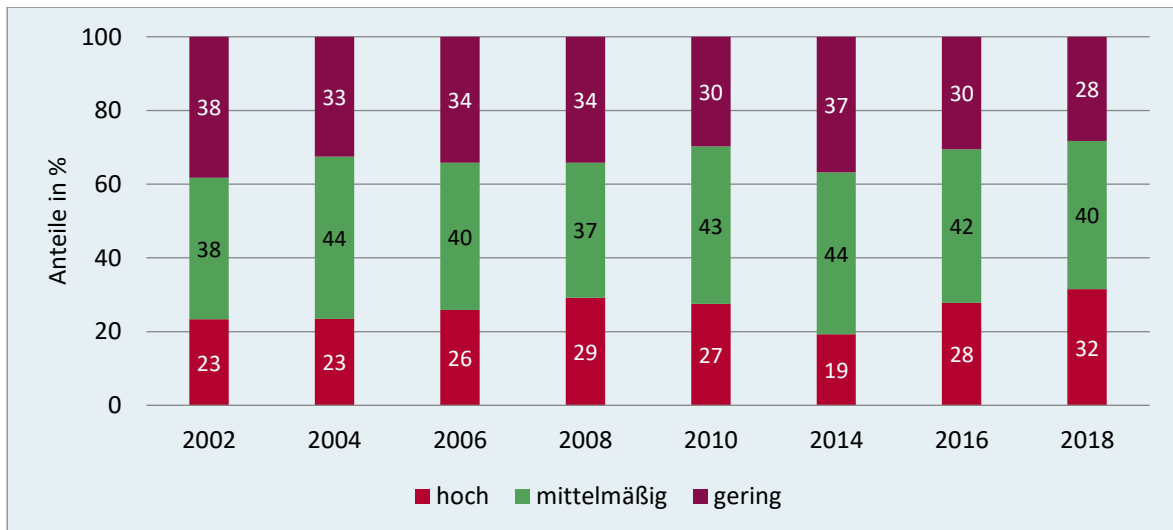
Abbildung 182: Soziales Vertrauen im Trend (Mittelwert) in Österreich 2002–2018



*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

Quelle: European Social Survey 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2014, 2016, 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 183: Entwicklung des sozialen Vertrauens in Österreich 2002–2018*



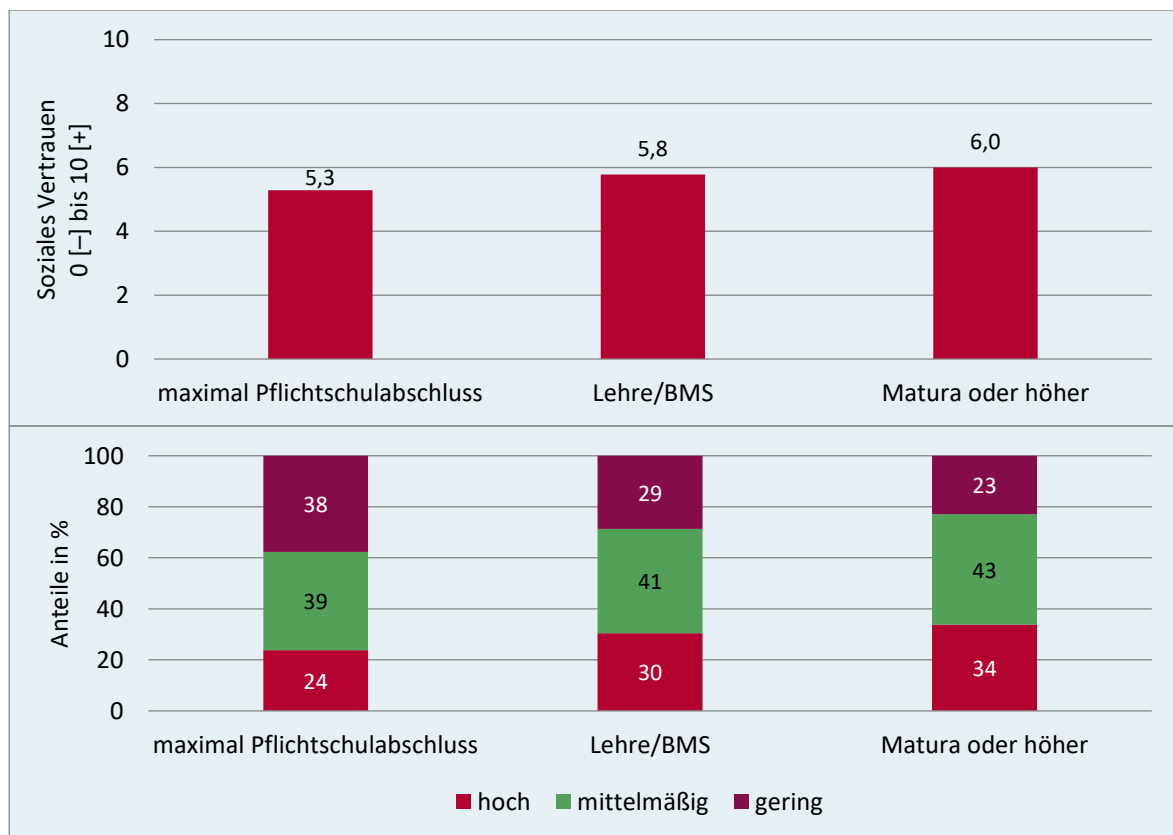
*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

Quelle: European Social Survey 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2014, 2016, 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Das Ausmaß sozialen Vertrauens steigt mit zunehmender Bildung (s. Abbildung 184): Personen ab 30 Jahren mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss bewerten ihr soziales Vertrauen mit 6,0 von 10 möglichen Punkten, jene mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss mit 5,8 Punkten und gleichaltrige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit durchschnittlich 5,3 Punkten. Auch der Anteil jener Personen, die ihr soziales Vertrauen gering einschätzen, ist bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit knapp 38 Prozent deutlich höher als bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss (23 %). Das Einkommen hat hingegen kaum einen Einfluss auf das soziale Vertrauen. Während Personen im untersten Quintil etwas häufiger ein geringes soziales Vertrauen angeben als Personen im obersten Quintil (30 % vs. 26 %), haben sie auch etwas häufiger ein hohes Vertrauen (34 % vs. 30 %).

Abbildung 184: Ausmaß sozialen Vertrauens nach Bildungsabschlüssen bei über 30-Jährigen in Österreich 2018

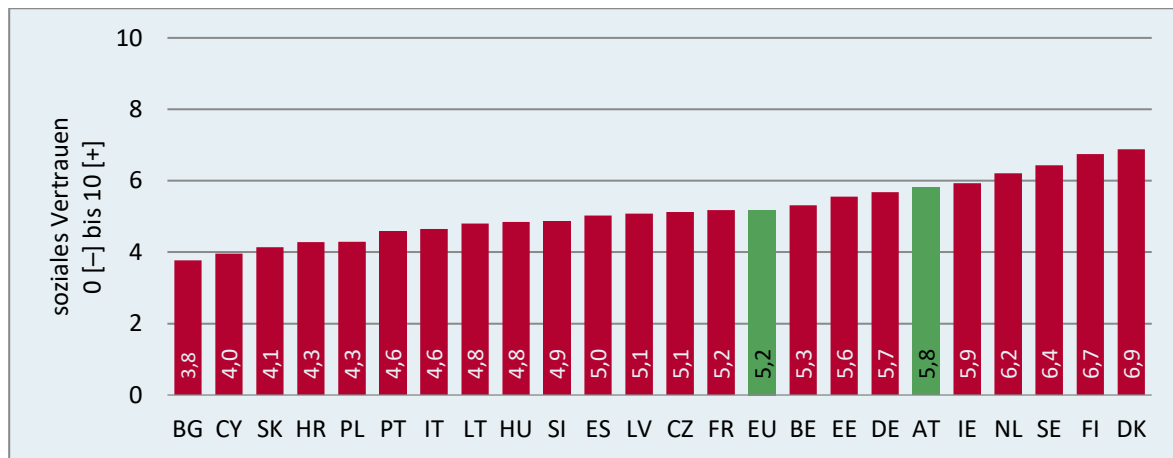


Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Personen in Österreich haben ein höheres soziales Vertrauen als die EU-Bevölkerung im Durchschnitt (5,8 vs. 5,2 von 10 Punkten; EU-Bandbreite 3,8–6,9 Punkte). Generell scheint es hier ein Nord-Süd-Gefälle zu geben, wonach Personen in Nordeuropa ein größeres Vertrauen in ihre Mitmenschen haben als Personen in Südeuropa (s. Abbildung 185).

Abbildung 185: Soziales Vertrauen ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2018



*ohne Griechenland, Luxemburg, Malta und Rumänien

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LV: Lettland, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: European Social Survey 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Der Indikator soziales Vertrauen schätzt das Vertrauen ein, das Menschen in ihre Mitmenschen haben, und ist auf die Definition interpersonalen Vertrauens von Rotter (1971) zurückzuführen.

Das Ausmaß sozialen Vertrauens wird im vorliegenden Bericht anhand des European Social Survey (ESS) untersucht, einer regelmäßigen Stichprobenerhebung in

europäischen Ländern. Im Rahmen des ESS wird das soziale Vertrauen anhand dreier Aussagen erfasst, aus denen ein additiver Durchschnittswert errechnet wird:

- 1) Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.
- 2) Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.
- 3) Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.

Das soziale Vertrauen kann Werte zwischen 0 und 10 annehmen, wobei 0 für das geringste soziale Vertrauen und 10 für das größte Ausmaß sozialen Vertrauens steht. Als geringes Vertrauen wurden Werte unter 5 definiert, hohes Vertrauen signalisiert ein Wert von 6,7 oder mehr Punkten.

5.5 Lebensraum und Wohnumfeld

Der Lebensraum sowie das Wohnumfeld spielen eine maßgebliche Rolle in puncto Gesundheit und Wohlbefinden. Eine sichere soziale Umgebung mit wenig Kriminalität und Gewalt sowie ein Wohnumfeld mit geringen Umweltbelastungen tragen zu einer höheren Lebensqualität und zu einer besseren Gesundheit bei.

Im Bereich der Umwelt gibt es zahlreiche Faktoren, die für die Gesundheit relevant sind (z. B. Hitze, Pollen, Wasserqualität etc.). Der Österreichische Gesundheitsbericht 2022 konzentriert sich auf die Themenbereiche Luft und Lärm.

5.5.1 Luftqualität

Laut WHO zählen in den westlichen Industrieländern Außenluftbelastungen zu den Umwelteinflüssen mit den größten gesundheitlichen Auswirkungen. Sie können, je nach Schadstoffkonzentration und Expositionsdauer, zu vorübergehenden und chronischen Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, die Lungenfunktion beeinträchtigen und das Krebsrisiko erhöhen. (Künzli et al. 2010). Die EEA (European Environment Agency) schätzt, dass 2018 rund 492.000 Menschen in der EU aufgrund einer Langzeitbelastung durch Luftverschmutzung frühzeitig starben – dass entspricht etwa 5,2 Millionen verlorener Lebensjahre. Allein in Österreich liegt die diesbezügliche frühzeitige Sterblichkeit bei rund 7.300 Personen und etwa 78.100 verlorenen Lebensjahren. (EEA 2020)

Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO₂), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO_x), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) sowie Ozon (O₃). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen (Temperatur, Niederschlag, Luftdruck, Windstärke und -richtung), aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit (Ferienverkehr, Heizverhalten, Stromverbrauch) beeinflusst (Künzli et al. 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle sind in Österreich kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen in der Luft enthalten. Der Fokus wird daher auf

- Stickstoffdioxid (NO₂),
- Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) sowie
- Ozon (O₃)

gerichtet, da diese Stoffe aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Spangl/Nagl 2020).

Die gängigen Luftschadstoffe werden an Messstationen punktuell gemessen. Ihre Konzentration und ihre Ausbreitung hängen von den zuvor erwähnten Faktoren (Wetterlage, Geomorphologie, Verkehr ...) ab. Die große Anzahl der Messstationen erlaubt es aber, eine flächendeckende Aussage für ganz Österreich zu interpolieren und damit regionale Hotspots zu erkennen.

COVID-19-Pandemie

Während des ersten Lockdowns aufgrund der COVID-19-Pandemie im Frühling 2020 kam es zu einer deutlichen Verringerung der Mobilität und der Produktion. Die direkten positiven Auswirkungen auf die Luftqualität waren sofort spür- und messbar. Der Schadstoffrückgang war in den Alpen am deutlichsten zu beobachten. Insbesondere die Stickoxid- und die Feinstaubwerte sind deutlich zurückgegangen. (Umweltbundesamt 2020)

Stickstoffdioxid

Stickstoffdioxid (NO₂) gehört zur Gruppe der Stickstoffoxide. Hohe Stickstoffdioxidkonzentrationen in der Außenluft wirken sich negativ auf die Lungenfunktion aus. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker:innen betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2005 haben in Österreich die gemessenen Stickstoffdioxidjahresmittelwerte um durchschnittlich 28 Prozent abgenommen. Sie variierten 2019 an den verschiedenen Messstellen zwischen 0,6 und 47 µg/m³.

Der in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltende Grenzwert für den Jahresmittelwert (35 µg/m³) wurde 2019 nur an zehn der 144 Messstellen überschritten, mehrheitlich in den westlichen Bundesländern Tirol, Salzburg und Vorarlberg. Die höchsten Jahresmittelwerte wurden in Vomp in Tirol (47 µg/m³), an der Station Graz Don Bosco (39 µg/m³) und an der Messstelle Wien Hietzinger Kai (38 µg/m³) gemessen.

Der Halbstundenmittelwert von 200 µg/m³ wurde 2019 an einer der 144 Messstationen überschritten, und zwar an jener in Linz Römerberg.

Vor allem Großstädte und verkehrsnaher städtische Gebiete sind von Grenzwertüberschreitungen betroffen – mit hoher Wahrscheinlichkeit auch jene, an denen sich keine Messstellen befinden.

Feinstaub

Feinstaub ist selbst in kleinen Konzentrationen gesundheitsgefährdend. Während vorübergehende Feinstaubbelastungen zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen können, erhöhen langfristige Feinstaubbelastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarkttrisiko (gesundheit.gv.at 2022).

Die gemessenen Jahresmittelwerte von PM₁₀ variierten in Österreich im Jahr 2019 zwischen 6 und 25 µg/m³, jene für PM_{2,5} zwischen 5 und 19 µg/m³.

An keiner der 125 PM₁₀-Luftgütemessstationen wurde 2019 der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m³ überschritten. Erstmals seit 2000 wurde im Jahr 2019 auch an

keiner Messstation, nach Abzug des Winterdienstanteils gemäß IG-L – Winterstreuverordnung, der Grenzwert für den Tagesmittelwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ an mehr als 25 Tagen überschritten – dementsprechend wurde auch an keiner Messstelle der Grenzwert der EU-Luftqualitätsrichtlinie (max. 35 Tagesmittelwerte $> 50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) überschritten. Die meisten Überschreitungen wurden mit 15 Tagen an der Messstelle Graz Don Bosco registriert.

An keiner der 54 $\text{PM}_{2,5}$ -Luftgütemessstationen wurde 2019 der festgelegte Grenzwert für den Jahresmittelwert von $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ überschritten.

Sowohl die PM_{10} - als auch die $\text{PM}_{2,5}$ -Immissionen sind seit Messbeginn an allen Messstationen rückläufig. Da $\text{PM}_{2,5}$ -Messungen nach und nach eingeführt wurden, kann diesbezüglich kein bestimmtes Referenzjahr genannt werden. Bei den PM_{10} -Immissionen kam es seit 2005 zu einem Rückgang von rund 35 Prozent.

Ozon

Gesundheitsfolgen durch bodennahes Ozon sind akut und betreffen vor allem die im Freien aktive Bevölkerung. Am stärksten davon betroffen sind Kinder, Schwerarbeiter:innen und Sportler:innen, bei denen Reizungen der Atemwege und der Augen sowie ein vorübergehender Leistungsabfall eine Folge des Ozons sein können. Bei steigenden Ozonwerten wird eine erhöhte Zahl von Asthmaanfällen, Spitalsaufnahmen und Todesfällen beobachtet (Eidgenössische Kommission für Lufthygiene (EKL) 2011).

Die Jahresmittelwerte für Ozon gingen zwischen 2005 und 2017 leicht zurück, steigen seither aber wieder an. Im Jahr 2019 variierten die gemessenen Jahresmittelwerte für Ozon an den Messstellen zwischen 37 und $98 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Die Anzahl der Überschreitungen der Ozoninformationsschwelle nimmt aber langfristig ab und lag 2019 stark unter dem Durchschnitt der letzten 30 Jahre.

An 60 der 106 Messstellen wurde der für den langfristigen Gesundheitsschutz festgelegte Achtstundenmittelwert von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im Bezugszeitraum 2017–2019 überschritten – an neun Messstellen häufiger als 25-mal. Die stärksten Belastungen wurden im Bregenzerwald sowie im Hoch- und Mittelgebirge und im Flach- und Hügelland Ostösterreichs gemessen. Am häufigsten wurde ein Achtstundenmittelwert $> 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (im Dreijahresmittel 2017–2019) an der Messstelle Sonnblick (an 81 Tagen) gemessen. Im Jahr 2019 wurde an 78 Messstellen an mehr als 25 Tagen im Jahr ein Achtstundenmittelwert von über $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ registriert.

Die Informationsschwelle von $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Einstundenmittelwert) wurde 2019 an 15 Messstationen überschritten, der höchste Wert wurde in Klosterneuburg mit $226 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Anfang Juli registriert.

Europäischer Vergleich

Der durchschnittliche Jahresmittelwert der Stickstoffdioxidkonzentration lag im Jahr 2018 im EU-Raum zwischen etwa acht und $32 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Österreich lag mit $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im EU-Vergleich im Mittelfeld (EEA 2020). An mindestens einer Messstelle wurde in 16 EU-Länder der EU-Schwellenwert für den Jahresmittelwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ überschritten. Dies betrifft hauptsächlich Messstationen an stark befahrenen Straßen.

Der Grenzwert für den PM_{10} -Tagesmittelwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wurde in 20 EU-Länder mehr als 35-mal überschritten (inklusive einer Station in Österreich). Im EU-Raum beträgt der durchschnittliche Jahresmittelwert von PM_{10} zwischen 24 und $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Mit etwa $34 \mu\text{g}/\text{m}^3$ belegt Österreich damit Rang 10 im EU-Vergleich.

Der durchschnittliche Jahresmittelwert von $\text{PM}_{2,5}$ liegt im EU-Raum zwischen sechs und $23 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Österreich liegt mit $14 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im oberen europäischen Mittelfeld. Der Jahresmittelwert wird in sechs EU-Länder überschritten.

Der durchschnittliche Achtstundenmittelwert von Ozon liegt im EU-Raum zwischen etwa 94 und $129 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Österreich rangiert mit $124 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im EU-Vergleich im oberen Mittelfeld. EU-weit wird in 20 Länder der Zielwert von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ mehr als 25-mal überschritten.

Definitionen und Daten

Die genannten Schadstoffkonzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Österreich messen 144 Messstationen die Stickstoffdioxidkonzentration, 125 Stationen den PM_{10} -, 54 Stationen den $\text{PM}_{2,5}$ -Gehalt sowie 106 Stationen die Ozonkonzentration. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2019 und stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014). Die europäischen Daten stammen aus dem „Air Quality in Europe 2020“-Bericht (EEA 2020).

Stickstoffdioxid (NO₂) entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. In Ballungsgebieten ist der Straßenverkehr daher die größte Emissionsquelle. Neben ihren direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015b).

Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) besteht aus Schwebstaubpartikeln mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil von Teilchen mit einem Durchmesser von 10 µm bzw. 2,5 µm. Im Gegensatz zum gut sichtbaren Grobstaub – wie er zum Beispiel auf Baustellen auftritt – ist Feinstaub mit freiem Auge nicht erkennbar. Die kleinen Partikel können tief in die Lunge eindringen und sind deshalb besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016). Die Feinstaubbelastung variiert je nach Jahreszeit, Wetterlage und Geomorphologie. In den Wintermonaten, besonders bei austauscharmen Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind, erhöht sich die Feinstaubkonzentration vor allem in den Städten aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der hohen Industriedichte (DWD 2006).

Ozon ist ein geruch- und farbloses Gas, das sowohl in der oberen Erdatmosphäre (Stratosphäre) als auch in der untersten Schicht (Troposphäre) vorkommt. Während es in der oberen Atmosphäre die Haut gegen schädigende UV-Strahlung schützt, stellt bodennahes Ozon ein Gesundheitsrisiko dar. Es gilt als sekundärer Luftschadstoff, da es durch Reaktionen von Hitze und Vorläufersubstanzen wie Stickstoffmonoxid aus Verkehr und Industrie sowie leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxe Weise nimmt die Ozonkonzentration bei NO_x-gesättigter Luft ab, weshalb an starkbefahrenen Verkehrsadern häufig niedrigere Werte und in ländlichen Gebieten höhere Werte gemessen werden. Die höchsten Ozonwerte treten in heißen, trockenen Sommerperioden auf (Künzli et al. 2010).

Um die gesundheitsschädliche Belastung durch Luftschadstoffe zu reduzieren, wurden in einer EU-Richtlinie und anschließend auch im Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L; für Stickoxid und Feinstaub) bzw. im Ozongesetz *Grenzwerte* für Luftschadstoffe festgelegt, die wie folgt definiert wurden:

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert: 35 µg/m³ – inklusive einer Toleranzmarge von 5 µg/m³; Halbstundenmittelwert: 200 µg/m³

Feinstaub: PM₁₀-Jahresmittelwert: 40 µg/m³; PM₁₀-Tagesmittelwert: 50 µg/m³, deren Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist; PM_{2,5}-Jahresmittelwert: 25 µg/m³

Ozon: Informationsschwelle: Einstundenmittelwert von 180 µg/m³; Alarmschwelle: Einstundenmittelwert von 240 µg/m³; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Achtstundenmittelwert von 120 µg/m³, die an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden dürfen (gemittelt über drei Jahre)

5.5.2 Lärmbelästigung

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Lärminfo.at 2019). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn- und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung dabei am höchsten (EEA 2020).

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung (Gratt/Doppler 2009):

- Der *aurale Lärm* kann durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen (z. B: laute Discomusik, Presslufthammerlärm).
- Der *extraaurale Lärm* wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen führen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden.

In der EU waren 2019 etwa 113 Millionen Menschen (etwa 20 % der Bevölkerung) von Straßenlärm über 55 dB betroffen. Schätzungsweise ist in der EU eine hohe Lärmbelastung mitverantwortlich für 12.000 Tote jedes Jahr sowie für 48.000 ischämische Herzerkrankungen. Rund 6,5 Millionen Menschen leiden dadurch an chronischen Schlafstörungen und 22 Millionen an chronischem Stress (EEA 2020).

Berechnete Lärmbelastung

Mit Stand 2017 waren in Österreich (exkl. Wien) etwa acht Prozent der Bevölkerung (rund 538.000 Personen; BL-Bandbreite exkl. Wien: 2–13 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa zehn Prozent (rund 668.000 Personen; BL-Bandbreite exkl. Wien: 2–16 %) waren nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert.

Definitionen und Daten

Um die Belastung der Bevölkerung durch Umgebungslärm zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von Lärm umzusetzen, wurden die EU-Umgebungslärmrichtwerte beschlossen (LDEN-Lärmindex). Der LDEN-Lärmindex beschreibt den energieäquivalenten Dauerschallpegel für den Tag-/Abend-/Nachtzeitraum, wobei für den Abendzeitraum ein Pegelzuschlag von 5 dB und für die Nacht ein solcher von 10 dB (LNight) in die Berechnung einfließt. Der LDEN für Straßenlärm beträgt hierbei 60 dB, der LNight liegt bei 50 dB (Gratt/Doppler 2009; Lärminfo.at 2019).

Bei der Lärmkartierung wird Lärm anhand verschiedener Parameter wie etwa der erlaubten Fahrgeschwindigkeit, der Verkehrsstärke und der Bebauung berechnet. Diese Berechnung kann von der Realität abweichen, da die erlaubte Fahrgeschwindigkeit nicht der tatsächlich gefahrenen Geschwindigkeit entsprechen muss, die Witterungssituation (besonders in puncto Wind) immer unterschiedlich ist und nur eine generelle Bodendämpfung als Parameter berücksichtigt wird (Gratt/Doppler 2009; Lärminfo.at 2019).

Die Betroffenzahl wird mittels des Melderegisters und anhand des höchsten Lärmimmissionspegels an den Häuserfassaden berechnet. Die Daten der Betroffenen stammen aus der Betroffenauswertung Straßenverkehr (Gratt/Doppler 2009; Lärminfo.at 2019).

Die Daten können aufgrund veränderter Methoden (zum Beispiel bei Verkehrszählungen und Definitionen von Straßen in Ballungszentren) nicht mit den Zahlen von 2012 verglichen werden. Wien ist in diesem Bericht nicht inkludiert, weil hier ein neues Modell für Nebenstraßen angewandt wurde, welches die Verkehrszahlen

stark überschätzt hat. Eine Anpassung des Modells durch Zähl­daten aus den Nebenstraßen sowie unter Berücksichtigung diverser Transportmittel soll die Realität möglichst gut abbilden. Diesbezügliche Messungen und Berechnungen wurden in Wien im Jahr 2022 durchgeführt und die aktualisierten Lärmkarten im April 2023 veröffentlicht. Eine EU-Richtlinie zur Vereinheitlichung der Verkehrszählung und der Berechnung (unter Berücksichtigung von Fassaden) ist derzeit in Arbeit und soll eine bessere Vergleichbarkeit urbaner Räumen mit sich bringen.

Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2019 fühlten sich zwölf Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung (rund 897.000 Personen) in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 7–19 %), tagsüber häufiger als bei Nacht (9 % vs. 6 %). 30 Prozent der Bevölkerung können nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen. 67 Prozent fühlen sich nicht durch Lärm belastet (BL-Bandbreite 53–78 %) (Neubauer 2020).

Seit 2007 ist der Anteil der lärmbelasteten sowie der nichtlärmbelasteten Personen in etwa gleichgeblieben.

Rund 48 Prozent der Betroffenen berichten, dass Verkehrslärm die Hauptursache für ihre Lärmbelastung sei, wobei hier hauptsächlich Pkw und Lkw gemeint sind (19 % bzw. 14 %). Auch Nachbarwohnungen und Baulärm sind mit 23 Prozent bzw. 15 Prozent Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr verringert, insbesondere jene durch Pkw (von 27 % auf 19 %), während der Nachbarschaftslärm zugenommen hat: von 13 Prozent auf 23 Prozent.

Häufiger von Lärm belastet fühlen sich

- 15- bis 40-Jährige,
- Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher), die häufig in städtischen Gebieten wohnen,
- Menschen in Gemeinden mit mehr als 20.000 EW, einer hohen Bevölkerungsdichte und dichter, mehrgeschoßiger Bebauung.

Definitionen und Daten

Ergebnisse bezüglich gefühlter Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung Umwelt aus den Jahren 2019 und 2007 berichtet, die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Sie beruhen auf der Beantwortung der nachstehenden Frage: „Wurden Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Wohnung untertags oder nachts durch Lärm belästigt oder gestört?“ (BMLFUW 2009; Neubauer 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

5.5.3 Kriminalität, Gewalt und Vandalismus

Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in der Wohngegend beeinflussen insbesondere die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden. Eine unsichere Wohngegend kann Angst auslösen, zu Depressionen und Paranoia führen und somatische Beschwerden hervorrufen (Krieger 2002). Personen, die Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend ansehen, weisen eine geringere durchschnittliche Lebenszufriedenheit auf und schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich seltener als gut oder sehr gut ein denn Personen, die kein derartiges Problem wahrnehmen (Lebenszufriedenheit: 7,6 vs. 7,9 Punkte; sehr gute bis gute Gesundheit: 60 % vs. 66 %). Umgekehrt kann eine geringere Lebenszufriedenheit zu einer kritischeren Wahrnehmung der Umwelt führen bzw. ein schlechterer Gesundheitszustand dazu beitragen, dass man – z. B. aufgrund eines geringeren Einkommens – in einer schlechteren Wohngegend zu Hause ist. Besonders von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen sind / fühlen sich Personen, die in größeren Städten leben sowie solche mit einem hohen Einkommen (Statistik Austria 2020b).

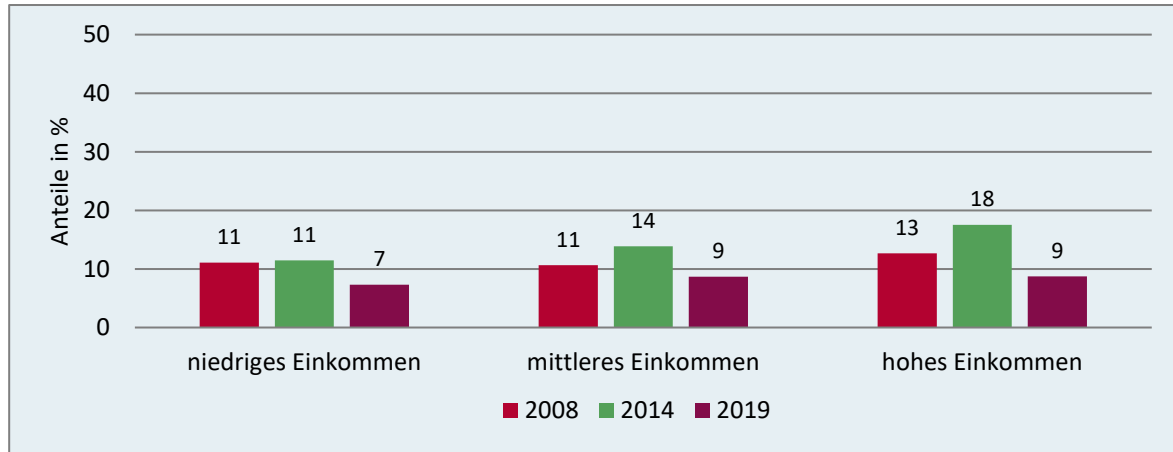
Im Jahr 2019 erachteten etwa acht Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 734.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–19 %; Dreijahresdurchschnitt) Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend. Im Vergleich zu 2008 ist der Anteil jener Personen, die Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend wahrnehmen um zwei Prozentpunkte gesunken. 2021 betraf dies mit rund 566.000 Personen sechs Prozent der Bevölkerung. Seit 2016 ist eine abnehmende Tendenz erkennbar.

Männer erachten in etwa gleich häufig Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend wie Frauen. Ältere Personen fühlen sich hierdurch etwas mehr bedroht als jüngere (10 % vs. 8 %).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

In puncto Bildung und Einkommen zeigten sich 2019 bei Personen ab 30 Jahren keine nennenswerten Unterschiede in Bezug auf die Einschätzung von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus im Wohnumfeld. Im Jahr 2014 gab es diesbezüglich noch einen deutlichen Unterschied in beiden Bereichen: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss waren seltener betroffen als jene mit Matura oder einem höheren Abschluss (10 % vs. 17 %) und Personen mit niedrigem Einkommen seltener als jene mit hohem Einkommen (11 % vs. 15 %). 2019 hat sich der Anteil insbesondere bei Personen mit hohem Einkommen stark reduziert (9 %) (s. Abbildung 186).

Abbildung 186: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Einkommen* im Zeitverlauf 2008, 2014 und 2019



*Nettoäquivalenzeinkommen in Gruppen. Niedrig ist armutsgefährdet (weniger als 60 % des Einkommensmedians), hoch ist mehr als 180 % des Einkommensmedians, mittel ist alles dazwischen.

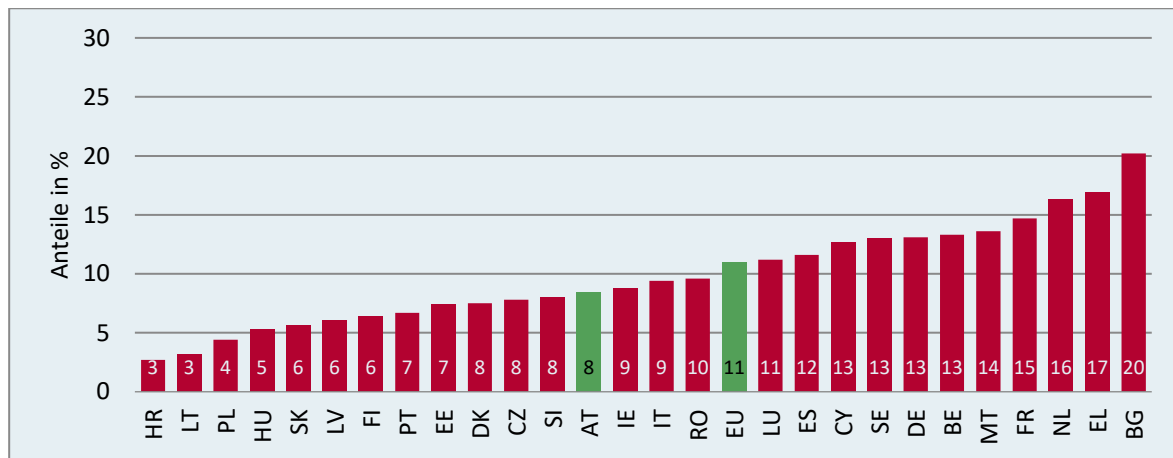
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2008, 2014, 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Prävalenz von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus im Wohnumfeld – laut EUSILC 2019 – mit acht Prozent unter dem EU-Durchschnitt (11 %; EU-Bandbreite: 3–20 %; s. Abbildung 187).

Abbildung 187: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – EU Statistics on Income and Living Conditions 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Ergebnisse bezüglich *Kriminalität, Gewalt und Vandalismus* werden auf Basis der European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) berichtet, die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Sie beruhen auf der Beantwortung der nachstehenden Frage: „Haben Sie mit Ihrem Haus / Ihrer Wohnung Probleme durch Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus?“ (Statistik Austria 2020b)

Seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden der Befragten.

6 Gesundheitsförderung und -versorgung

6.1 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung (GF) konzentriert sich auf den Aufbau individueller und „gesellschaftlicher“ Ressourcen (Jordan 2015; WHO 1986) und propagiert die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse. Sie verfolgt dabei – im Sinne der Ottawa-Charta – nachstehende Strategien:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- Förderung und Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der Settingansatz (er versucht spezifische Kontexte in eine gesundheitsfördernde Richtung zu entwickeln, z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.) sowie der Health-in-All-Policies-Ansatz, der Gesundheitsthemen in anderen Politikbereichen (nachhaltig) verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan 2010; Poland et al. 2000; Ståhl et al. 2006; Stegeman et al. 2012; WHO 2014; WHO 2015).

Die Relevanz dieser Ansätze wird durch die Ergebnisse der Kapitel 5 und 7 sowie durch die Österreichische Gesundheitsförderungsstrategie (B-ZK 2014) untermauert.

Um einen Überblick in Sachen GF zu geben, werden im Folgenden die dafür wesentlichen Strukturen und strategischen Prozesse in Österreich und deren jeweilige Schwerpunktsetzungen skizziert.

6.1.1 Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) / Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) / Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

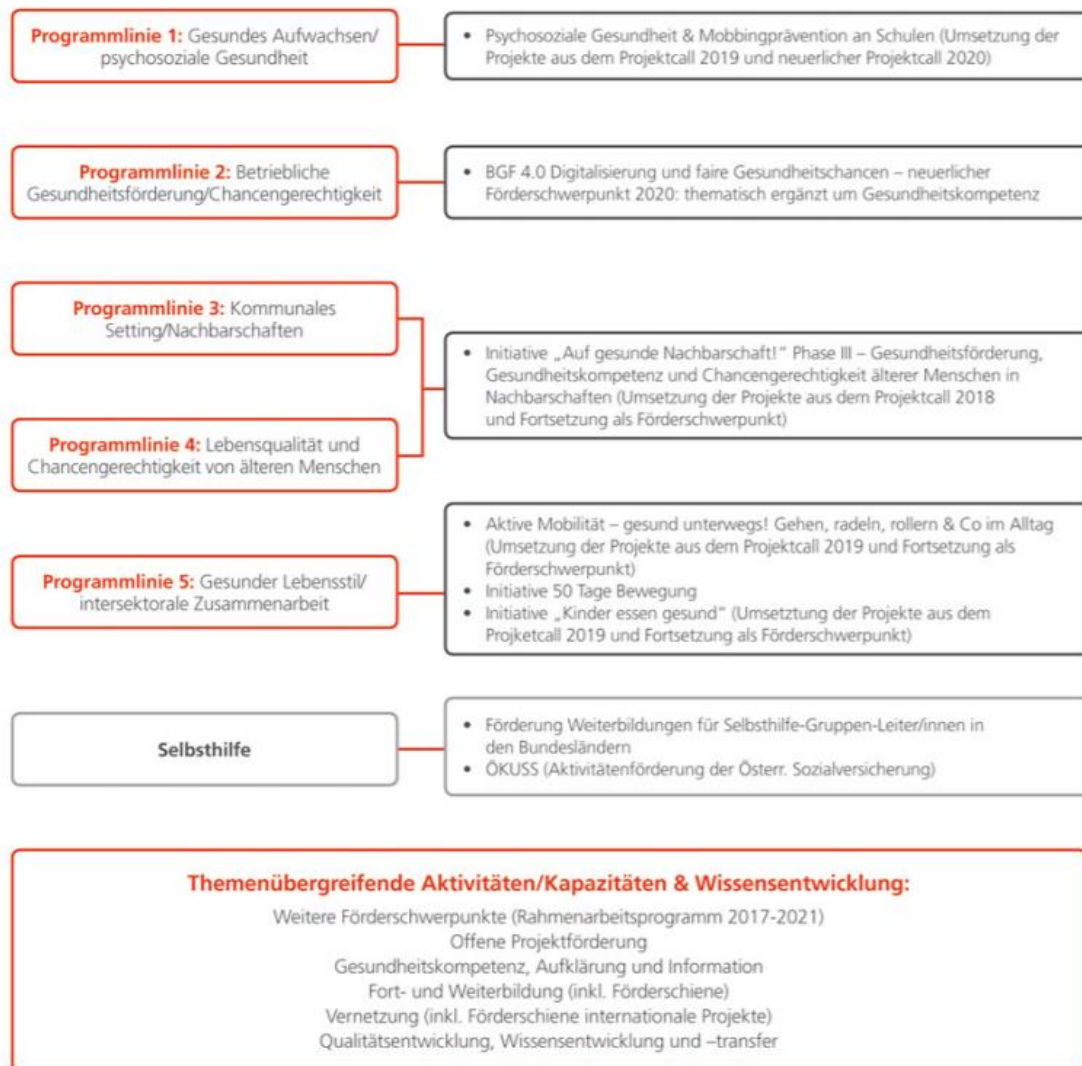
Als Meilenstein für die Gesundheitsförderung in Österreich kann das „Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“, kurz Gesundheitsförderungsgesetz (Gesundheitsförderungsgesetz) betrachtet werden. Inhaltlich war die Ottawa-Charta (WHO 1986) eine wichtige Basis für dieses Gesetz. Im GfG werden grundlegende Handlungsstrategien zur Erreichung folgender Ziele definiert: Struktur- aufbau im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Entwicklung und Vergabe von Programmen und Angeboten in Settings (Gemeinden, Städte, Schulen, Betriebe, öffentliches Gesundheitswesen; Settingansatz/Lebensweltansatz), Information und Beratung, wissenschaftliche Programme und Evaluation zur Weiterentwicklung der Praxis sowie Unterstützung der Fortbildung und Abstimmung mit bestehenden Aktivitäten.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde 1998 mit der Umsetzung des Gesetzes beauftragt. Als Entscheidungs- und Kontrollgremium wurde ein Kuratorium aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Institutionen eingerichtet: Bundesministerium für Gesundheit (Bundesminister:in ist Präsident:in), Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Bundesministerium für Finanzen, Landeshauptleutekonferenz, Verband der Versicherungsunternehmen, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Städtebund, Gemeindebund, Seniorenrat, Ärztekammer und Apothekerkammer. Seit 1998 stehen dem FGÖ jährlich 7,25 Millionen Euro für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung, ausgeschüttet aus öffentlichen Mitteln (Anteile am Umsatzsteueraufkommen nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes).

Mit der Gründung der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) per Bundesgesetz wurde im Jahr 2006 auch eine Änderung des Gesundheitsförderungsgesetzes vorgenommen. Der FGÖ und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden als Geschäftsbereiche in die GÖG eingegliedert. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde als dritter Geschäftsbereich im Jahr 2007 gegründet.

Seine Aufgaben als Förderstelle, Kompetenzzentrum und Drehscheibe für Gesundheitsförderung setzt der FGÖ im Rahmen mehrjähriger Programmlinien um, in denen er Strukturen und Kapazitäten für priorisierte Handlungsbereiche langfristig aufbaut. Abbildung 188 zeigt die Darstellung der Programmlinien und Schwerpunkte des FGÖ im Jahr 2020.

Abbildung 188: Programmlinien und Schwerpunkte des FGÖ im Jahr 2020



Quelle: FGÖ (2019)

Im Jahr 2020 hat der FGÖ über all seine Aktivitäten und Angebote hinweg einen Fokus auf die Bewältigung der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie gelegt. Die Bevölkerung sollte im Umgang mit den Auswirkungen der Maßnahmen der Bundesregierung durch vielfältigste Aktivitäten der Gesundheitsförderung bestmöglich unterstützt werden. Über die Website des FGÖ (<https://fgoe.org>) und seine diversen Initiativen- und Projektwebsites sowie mittels Newsletter wurden die gültigen COVID-19-relevanten Informationen der Bundesregierung verbreitet, die Angebote des FGÖ und jene der Gesundheitsförderungslandschaft in den Bundesländern kommuniziert und wurde ein Ressourcenpool zu in COVID-19-

Zeiten hilfreichen Informationen zur Verfügung gestellt, z. B. zu gesundheitsfördernder Bewegung, betrieblicher Gesundheitsförderung, gesunder Ernährung, psychosozialer Unterstützung etc. Es gab z. B. Förderschwerpunkte für bestehende wie auch neue Projekte, und eine Förderaktion „Gesunde Nachbarschaft verbindet!“ wurde initiiert, welche die Förderung sozialer Teilhabe von älteren Menschen und Risikogruppen und die Vermittlung Guter Gesundheitsinformation zum Ziel hatte (insgesamt 21 geförderte Projekte, siehe www.gesunde-nachbarschaft.at). Auf dem Öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs <https://gesundheits.gv.at> wurde eine Sammlung Guter Gesundheitsinformation zu COVID-19 angeboten. Zur Förderung der psychosozialen Gesundheit wurden Projekten der Initiative „Wohlfühlzone Schule“ mit gültiger Fördervereinbarung zusätzliche Mittel für niederschwellige psychosoziale Unterstützung von Schulen unter dem Motto „Psychosoziale Ressourcen in schwierigen Zeiten stärken“ zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde auch die Möglichkeit geschaffen, neue Projekte mit COVID-19-Schwerpunkt einzureichen. Mit explizitem Coronabezug eingereicht und gefördert wurden z. B. das Jugendprojekt „CORONABUSTERS“ (bOJA – bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit), das Projekt „Plaudernetz“ (Caritas der Erzdiözese Wien – Hilfe in Not) zur telefonischen sozialen Unterstützung, das Vernetzungs- und Weiterbildungsprojekt „Blitzlicht“ (Verein inspire – Bildung und Beteiligung) zur Förderung der Beteiligung von Risikogruppen, die Tagung „Suizidprävention in Zeiten von Corona“ (Telefonseelsorge Oberösterreich), das Projekt „GeCo – Gesundheitskompetenz und Corona (Institut für Frauen- und Männergesundheit, FEM SÜD), die „Info Initiative COVID 19“ (aks Vorarlberg), die Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) „WIR sind gesund – WIR sind Locker & Légere“ und „Fit am Arbeitsplatz 4.0“ sowie 21 Projekte im Rahmen der Initiative „Gesunde Nachbarschaft verbindet!“.

6.1.2 Gesundheitsziele Österreich

Die Gesundheitsziele Österreich wurden in einem breitangelegten Beteiligungsprozess mit rund 40 Institutionen erarbeitet (Phase 1) und im Jahr 2012 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat beschlossen. Sie sind von Grundprinzipien wie Health in All Policies, Förderung der Chancengerechtigkeit und einer expliziten Determinantenorientierung getragen. Sie sollen richtungsweisend sein und eine umfassende gesundheitspolitische Orientierung für die nächsten zwanzig Jahre vorgeben.

Seit 2013 werden sie in gesundheitszielespezifischen Arbeitsgruppen operationalisiert (Phase 2). Mit Stand 2020 waren bereits 9 der 10 Gesundheitsziele Österreich in der Um-

setzungsphase. In den Jahren 2016–2020 wurden neben der Weiterführung der bereits laufenden Arbeitsgruppen zu den Zielen 1 (HiAP, Lebenswelten), 2 (gesundheitliche Chancengerechtigkeit), 3 (Gesundheitskompetenz), 6 (gesundes Aufwachsen), 8 (Bewegung) auch die Arbeitsgruppen zu den Zielen 9 (psychosoziale Gesundheit) und 4 (Umwelt und Gesundheit) sowie zuletzt Gesundheitsziel 7 (Ernährung) und Gesundheitsziel 5 (sozialer Zusammenhalt) etabliert und in intersektoral besetzten Arbeitsgruppen operationalisiert. Das Gesundheitsziel 10 (Gesundheitsversorgung) hat einen starken Konnex zur Zielsteuerung-Gesundheit, in deren Rahmen relevante Umsetzungsschritte getätigt werden.

2019 wurde die Phase 4 gestartet, bei der es nun zunehmend um übergreifende Schwerpunkte sowie die Identifikation und Umsetzung von High-Impact-Maßnahmen geht. Dazu zählen u. a. die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz, der Dialog gesund & aktiv altern, die Strategie Gesundheit im Betrieb, Frühe Hilfen etc. Parallel zu ihrer Umsetzung werden die Gesundheitsziele mit einem eigenen Monitoring beobachtet. Begleitend dazu werden Öffentlichkeitsarbeit für die Themen und den Prozess in Form eines eigenen Webauftritts (www.gesundheitsziele-oesterreich.at), Veranstaltungen etc. umgesetzt. Der Kern des Prozesses ist die langfristige, stabile intersektorale und gesellschaftsbereichsübergreifende Vernetzung und Kooperation von mehr als 40 Plenumsmitgliedern. Über die Mitarbeit in den unterschiedlichen Arbeitsgruppen sind noch weit mehr Organisationen an der Umsetzung der Gesundheitsziele beteiligt.

Die Gesundheitsziele Österreich leisten auch einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der Agenda 2030 mit ihren 17 Sustainable Development Goals in Österreich. Dementsprechend sind die Gesundheitsziele im ersten freiwilligen nationalen Umsetzungsbericht der Agenda 2030 als Good Practice genannt (BKA/BMEIA 2020).

6.1.3 Gesundheitsförderungsstrategie und weitere Strategien im Bereich Gesundheitsförderung

Zur Stärkung der Gesundheitsförderung wurde im Rahmen der Gesundheitsreform eine inhaltlich gut abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt. Als Grundlage für die Verwendung von Gesundheitsförderungsmitteln (rund 15 Mio. Euro pro Jahr) und „Vorsorgemitteln“ der Bundesgesundheitsagentur (rund 3,5 Mio. Euro pro Jahr) wurde 2014 eine Gesundheitsförderungsstrategie erarbeitet. Diese bildet bis zu ihrer Aktualisierung den Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungs-

orientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den Gesundheitszielen Österreich und an den – im Einklang mit diesen stehenden – Landesgesundheitszielen. (BMSGPK 2021b)

Neben bestimmten Rahmenbedingungen hat man sich auf folgende „verbindlich priorisierte Schwerpunkte“ geeinigt:

- Frühe Hilfen
- gesunde Kinderkrippen/Kindergärten
- gesunde Schulen
- gesunde Lebenswelten und -stile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
- Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
- soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen

In den letzten Jahren wurden und werden darüber hinaus eine Reihe von Strategien entwickelt, die auf Schwerpunktthemen oder relevante Zielgruppen der Gesundheitsförderung fokussieren. Es handelt sich dabei vor allem um (vgl. www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsfoerderungstrategie) die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, den Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b), den Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) und das Konzept SUPRA – Suizidprävention Austria.

6.1.4 Gesundheitsförderungsstrukturen und ihre Aktivitäten: schulische, betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung

In Österreich hat sich in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl von Strukturen und Netzwerken für Gesundheitsförderung etabliert. In fast allen Bundesländern gibt es teilweise schon seit Jahrzehnten bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen (Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation): Styria vitalis (Steiermark), Verein PROGES (Oberösterreich), Tut gut! (Niederösterreich), Avomed – Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Tirol), Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (AVOS; Salzburg), aks Vorarlberg, Wiener Gesundheitsförderung (WIG), Gesundheitsland Kärnten. Im Burgenland gibt es

ebenfalls Gesundheitsförderungsaktivitäten wie „Gesundes Dorf & Gesunde Stadt“, Letztere werden beispielsweise vom Verein PROGES umgesetzt, der schwerpunktmäßig in Oberösterreich aktiv ist.

Diese Gesundheitsförderungseinrichtungen haben sich zum „Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise“ (aks austria) zusammengeschlossen. Sie setzen seit vielen Jahren längerfristige Programme wie „Gesunde Gemeinden“ und „Gesunde Schulen“ um, in manchen Bundesländern beteiligen sich mittlerweile zwei Drittel aller Gemeinden daran. Weitere Schwerpunkte sind Kariesprophylaxe und themenspezifische Programme (Herz-Kreislauf-Gesundheit, Gesunde Gemeinschaftsverpflegung u. a.) sowie Vorsorge- und arbeitsmedizinische Leistungen.

Das sicher größte Gesundheitsförderungsnetzwerk stellt das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) mit Regionalstellen in allen Bundesländern dar. Seine Partnerorganisationen sind die Träger der sozialen Kranken- und Unfallversicherung und der überregional tätige Dachverband der Sozialversicherungsträger, die Bundesarbeiterkammer, die Industriellenvereinigung, die Wirtschaftskammer Österreich und der Österreichische Gewerkschaftsbund. Durch ein dreistufiges, vom FGÖ gefördertes Qualitätssicherungsverfahren (Charta für BGF, Gütesiegel für drei Jahre, Verleihung eines BGF-Preises) werden Betriebe bei ihren einschlägigen Aktivitäten begleitet (Netzwerk-BGF 2008). Seit 2004 wurden in allen Bundesländern Schulservicestellen bei den Gebietskrankenkassen eingerichtet. Seit 2020 hat auch die BVAEB eine Servicestelle Gesunde Schule (SV 2023). Die AUVA und die SVS treten als Partnerinnen aller Servicestellen auf.

Des Weiteren besteht ein Netz aus Fachstellen für Suchtprävention aller österreichischen Bundesländer sowie jener aus Südtirol, das als „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ in einem Verein organisiert ist. Die regionalen Fachstellen für Suchtprävention widmeten sich in den letzten Jahren neben ihren Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Betreuung Suchtkranker immer mehr auch der „universellen Prävention“ bzw. Förderung von Lebenskompetenzen.

Weitere Strukturen für Gesundheitsförderung, die schon seit teilweise Jahrzehnten bestehen sowie Programme und Angebote der Gesundheitsförderung umsetzen, sind das Netzwerk Gesunde Städte Österreichs, das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die Netzwerke Gesundheitsfördernder Schulen in den Bundesländern; die Sportdachverbände ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION, die

Frauengesundheitszentren bzw. deren Netzwerk, die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich, die Österreichische Gesellschaft für Public Health etc.

6.1.5 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

Die Gesundheitskompetenz von Menschen zu erhöhen ist wichtig für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention- und -behandlung. Das österreichische Gesundheitsziel 3 sowie die Gesundheitsreform haben sich daher die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung zum Ziel gesetzt. Hierzu wurde Ende 2014 die Einrichtung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) beschlossen, die seit Herbst 2015 operativ tätig ist und die folgenden fünf Aufgaben übernimmt (s. <https://oepgk.at>):

- langfristige Entwicklung und Etablierung der Gesundheitskompetenz in Österreich unterstützen
- Vernetzung, Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und gemeinsames Lernen fördern
- Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglichen und abstimmen
- Gemeinsames Verständnis entwickeln, Wissen verbreiten und Innovation ermöglichen
- Monitoring und Berichterstattung aufbauen, Transparenz und Qualität entwickeln

Die nachhaltige Weiterentwicklung der ÖPGK wird in einem breit abgestimmten Prozess nach dem Prinzip „Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies)“ begleitet. Dieses wird in der Arbeit an konkreten Schwerpunkten durch politikfeldübergreifende Arbeitsgruppen unterstützt. Die inhaltlichen Schwerpunkte der ÖPGK sind: Gute Gesundheitsinformation Österreich (GGI), Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem (GGQ), Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings (GKO), Bürger- und Patientenempowerment (BPE), Messung der Gesundheitskompetenz (GKM). Diese Arbeitsgruppen entwickeln konkrete Strategiekonzepte und praxistaugliche Tools zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

6.1.6 Selbsthilfe

In Österreich gibt es geschätzt 1800 Selbsthilfegruppen und -organisationen. Zu differenzieren sind dabei themenbezogene lokale Selbsthilfegruppen und Landes- oder Bundesorganisationen sowie Dachorganisationen, die thematisch unterschiedliche Gruppen vereinen (z. B. Landesdachverbände oder der Bundesverband Selbsthilfe Österreich). Davon zu

unterschieden sind wiederum Selbsthilfeunterstützungsstrukturen, die es in allen Bundesländern sowie auf Bundesebene gibt. Eine Darstellung, welche auch die unterschiedlichen Funktionen der Selbsthilfe – den wechselseitigen Austausch, Dienstleistung, Interessenvertretung – integriert, findet sich hier: https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf

Auf Initiative der österreichischen Sozialversicherung in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium sowie dem Fonds Gesundes Österreich wurde 2016/17 ein Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe entwickelt, welches die Arbeit der bundesweiten Selbsthilfeorganisationen unterstützen und die Stimme der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen stärken soll. Zu diesem Zweck wurde im Herbst 2017 der Bundesverband Selbsthilfe Österreich als Interessenvertretung der bundesweiten Selbsthilfeorganisationen gegründet, die Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS) an der Gesundheit Österreich GmbH im Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich als Unterstützungseinrichtung für bundesweite Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfebeteiligung eingerichtet, desgleichen zwei Förderschienen für die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen. Das jährliche Gesamtvolumen dieser Initiative umfasst 1.150.000 Euro, die zusätzlich zu Förderungen an die und auf der Landesebene zur Verfügung stehen.

6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird in der Präventionsmedizin in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention²⁶ unterschieden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen der Primärprävention zählen Impfungen, da diese wirksam und kosteneffektiv sind. Neben dem individuellen gesundheitlichen Nutzen spielen Impfungen auch für die öffentliche Gesundheit eine wichtige Rolle, da ab einer bestimmten Durchimpfungsrate die gesamte Bevölkerung davon profitiert, d. h. auch Menschen, die z. B. aus

²⁶ Primärprävention: Erhalt der Gesundheit und Vorbeugung gegen Krankheit

Sekundärprävention: Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit

Tertiärprävention: Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit sowie des Eintritts von Komplikationen

medizinischen Gründen nicht geimpft werden können (Herdenschutz) (RKI 2015). Für diesen Themenbereich liegen jedoch aktuell keine verlässlichen Daten vor.

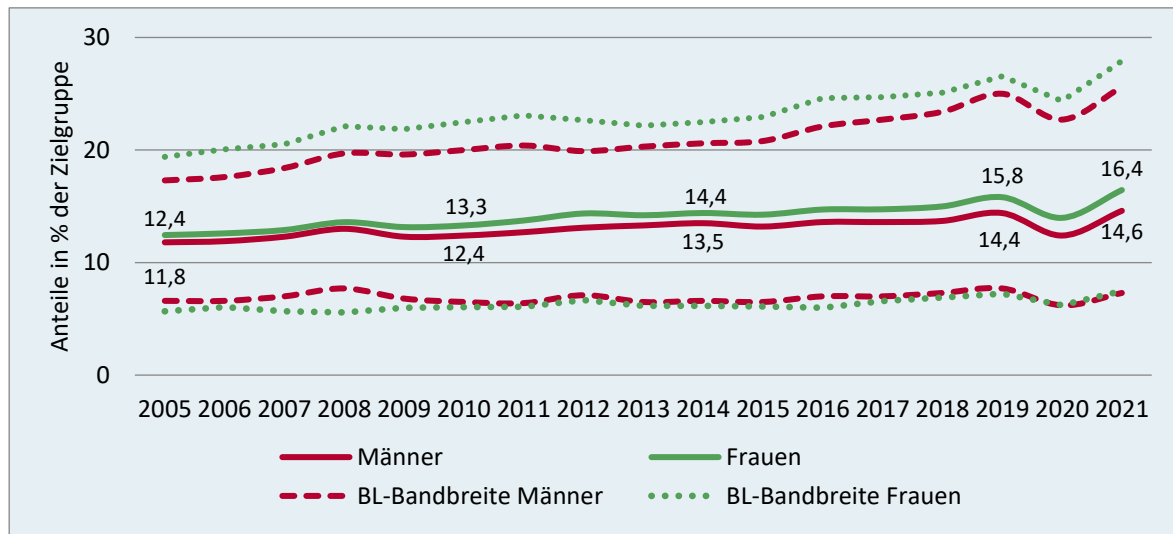
Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen (s. Kapitel 6.2.1) zählen zu den wichtigen Maßnahmen der Sekundärprävention und dienen dem frühzeitigen Erkennen (und der damit verbundenen Verringerung) von Risikofaktoren und Erkrankungen. Sie werden vorrangig von Ober- und Mittelschichtfamilien in Anspruch genommen (Robert-Koch-Institut 2004).

6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

6.2.1.1 Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2019 lebten in Österreich rund 7,14 Mio. Menschen über 19 Jahre. Rund 1,08 Mio. von ihnen nahmen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, das entspricht etwa 15,1 Prozent der Bevölkerung (15,8 % der Frauen und 14,4 % der Männer). 2021 ließen von 7,2 Mio. Menschen dieser Altersgruppe 1,12 Mio. eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung durchführen, was – nach einem zwischenzeitlichen Rückgang im ersten Pandemiejahr – etwas höhere Prozentwerte als 2019 bedeutet und dem langfristig langsam steigenden Trend entspricht (16,4 % der Frauen und 14,6 % der Männer). Zwischen 2005 und 2021 ist die Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen um vier und bei Männern um 1,8 Prozentpunkte gestiegen. Die Bundesländerbandbreite ist groß, sie lag bei Frauen zuletzt (2021) zwischen 7,5 Prozent und 27,9 Prozent und bei Männern zwischen 7,3 Prozent und 25,6 Prozent (s. Abbildung 189).

Abbildung 189: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Österreich 2005–2021



Quelle: HVSVT – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2005–2021;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) führt die Statistik im Bereich der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Diese enthält Daten über die Anzahl untersuchter Personen nach Geschlecht und Bundesland sowie über die Anzahl gynäkologischer Untersuchungen.

Zur Teilnahme berechtigt sind in Österreich wohnhafte Personen ab 18 Jahren, das heißt auch alle Nichtversicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

6.2.1.2 Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen es ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Vorsorgeuntersuchungen garantieren jedoch keine

absolute Zuverlässigkeit dahingehend, alle kranken Personen korrekt als krank und alle Gesunden als gesund zu erkennen (RKI 2015).

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Darmkrebs

Das Kolorektalkarzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit elf Prozent und bei Frauen mit zehn Prozent die jeweils dritthäufigste Krebserkrankung (s. Kapitel 3.3.1.8).

Abgesehen vom Gesundheitsverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), gilt auch das Vorhandensein von Polypen (mit Zellveränderungen) als Risikofaktor für die Entstehung von Darmkrebs (American Institute for Cancer Research 2007). Polypen entstehen im Laufe der Jahre – als harmlose Schleimhautwucherungen – auf der Darmschleimhaut. Da dieser Prozess mitunter viele Jahre dauern kann, kommt der Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

In Österreich wird ab einem Alter von 50 Jahren (im Falle einer starken familiären Vorbelastung auch schon früher) die regelmäßige Inanspruchnahme einer Darmspiegelung (mindestens alle fünf Jahre) empfohlen.

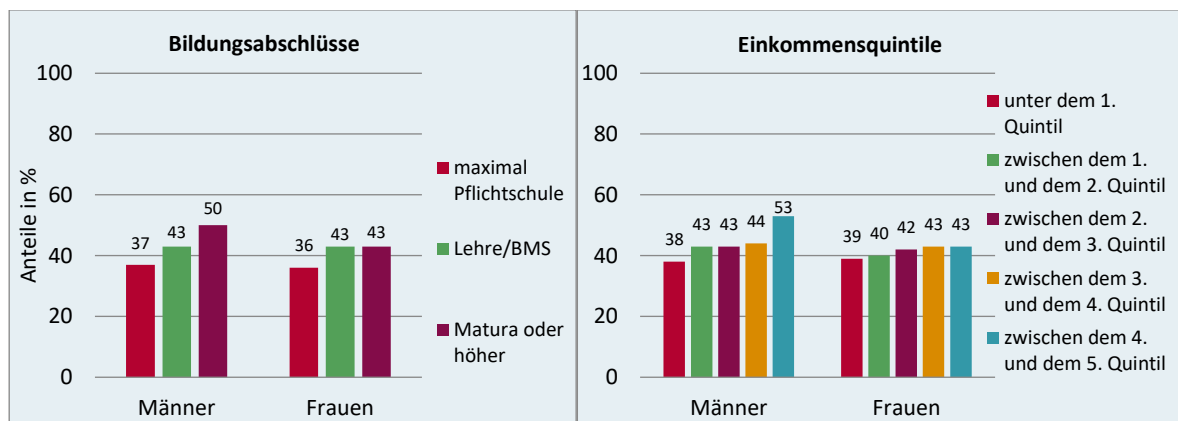
Laut ATHIS 2019 haben sich 42 Prozent der ab 50-Jährigen in Österreich in den letzten fünf Jahren einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs unterzogen (BL-Bandbreite: 38–50 %), Männer etwas häufiger als Frauen (44 % vs. 41 %). Noch nie einer Darmspiegelung unterzogen haben sich hingegen 39 Prozent der ab 50-Jährigen (rund 1,39 Mio. Personen ab 50 Jahren). Die Ergebnisse sind damit weitgehend identisch mit jenen von 2014.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken (innerhalb der letzten fünf Jahre) steigt bei Österreichs Männern (50 Jahre und älter) mit zunehmender Bildung: von 37 Prozent bei Männern mit maximal Pflichtschulabschluss auf 50 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Bei der weiblichen Bevölkerung ab 50 weisen nur Frauen mit einem Pflichtschulabschluss eine deutlich geringere Inanspruchnahme auf (36 % vs. 43 %; s. Abbildung 190).

In der männlichen Bevölkerung (50+) steigt die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken zudem mit dem Einkommen (gemessen am Haushaltseinkommen): von 38 Prozent bei Personen des untersten Einkommensquintils auf 53 Prozent bei solchen aus der obersten Einkommensgruppe. Bei Frauen ab 50 Jahren zeigt sich dieser Zusammenhang hingegen nicht (s. Abbildung 190).

Abbildung 190: Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre in der ab 50-jährigen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



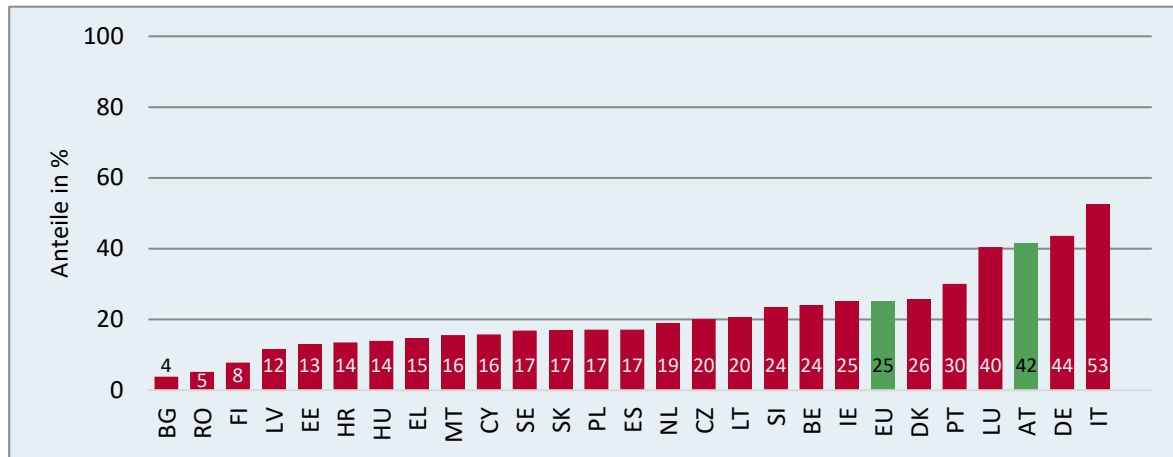
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (50 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegen ab 50-jährige Personen in Österreich mit rund 42 Prozent bei der Inanspruchnahme einer Darmspiegelung in den letzten fünf Jahren deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 25 Prozent (EU-Bandbreite exkl. Frankreich: 4–53 %; s. Abbildung 191).

Abbildung 191: Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre in der ab 50-jährigen Bevölkerung im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen von Brustkrebs

Bei Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um eine bösartige Veränderung des Brustgewebes. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), hormonellen

Faktoren und Erbfaktoren. So findet sich z. B. bei Frauen mit hohem Fettkonsum und mit Übergewicht sowie bei Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, Brustkrebs häufiger. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist (Mutter, Schwester etc.). Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei österreichischen Frauen (s. Kapitel 3.3.1.8).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien²⁷ handelt es sich beim Mammografiescreening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur Sekundärprävention (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Daher lädt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm²⁸ seit 2014 „gesunde“ Frauen zwischen 45 und 69 Jahren dazu ein, alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammografie vornehmen zu lassen.

Laut ATHIS 2019 nahmen 74 Prozent der 45- bis 69-jährigen Frauen in Österreich innerhalb der letzten zwei Jahre eine Vorsorgemammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 58–79 %). Bei sieben Prozent dieser Altersgruppe (rund 100.000 Frauen zw. 45 und 69 Jahren) wurde noch nie ein Mammografiescreening durchgeführt. Die Inanspruchnahme einer Vorsorgemammografie war damit 2019 geringfügig höher als 2014 mit 72 Prozent.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammografie (innerhalb der letzten zwei Jahre) lässt keinen linearen Bildungszusammenhang (einen Bildungsgradienten) erkennen. Sie nimmt jedoch mit steigendem Haushaltseinkommen zu: von 69 Prozent bei 45- bis 69-jährigen Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 77–79 Prozent bei jenen aus den obersten beiden Einkommensquintilen.

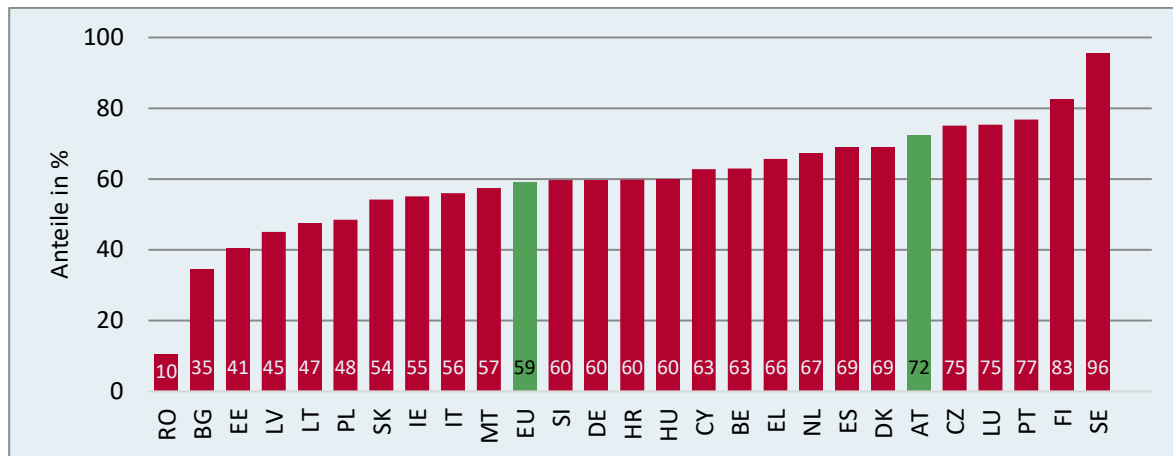
Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegen 45- bis 69-jährige Frauen in Österreich mit rund 70 Prozent Inanspruchnahme einer Vorsorgemammografie in den letzten zwei Jahren deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 61 Prozent (s. Abbildung 192).

²⁷ European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

²⁸ <http://www.frueh-erkennen.at>

Abbildung 192: Inanspruchnahme einer Vorsorgemammografie in den letzten zwei Jahren durch 45- bis 69-jährige Frauen im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammografie wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Frauen in Privathaushalten (45 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs

Das Gebärmutterhalskrebs zugrunde liegende Zervixkarzinom ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und weltweit der vierthäufigste bösartige Tumor bei Frauen (Stewart/Wild 2014). Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Zervixkarzinoms stehen das Gesundheitsverhalten (vor allem Rauchen, früher Beginn sexueller Aktivität und damit in Verbindung stehende Infektionen), eine hormonelle Verhütung sowie eine Immunsuppression.

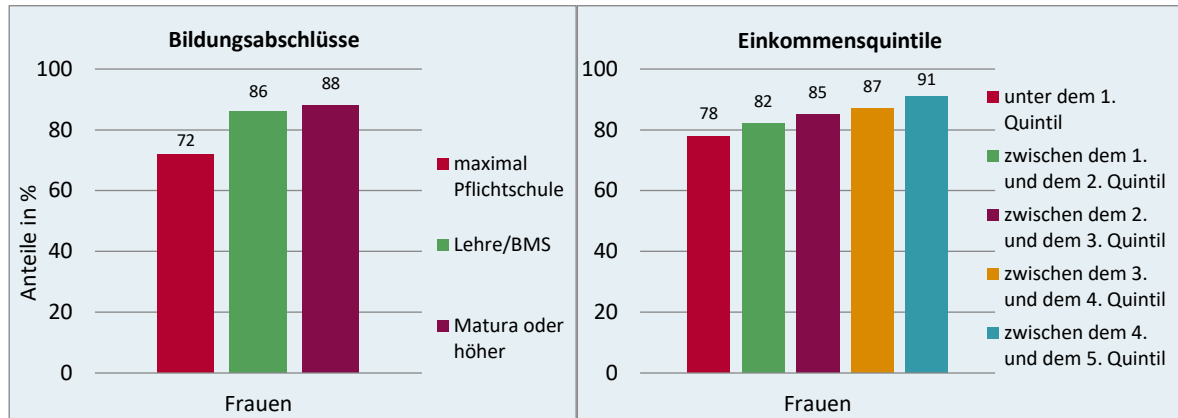
Wichtigster Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist jedoch eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren), speziell mit den Hochrisikotypen HPV 16 und HPV 18. Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisikotypen vor, kann es zur Bildung eines Zervixkarzinoms kommen. Weil diese Entwicklung häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren verläuft und weil Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium meist keine Symptome bewirkt, wird (bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr) eine regelmäßige Screeninguntersuchung mittels Abstrichs am Gebärmutterhals (Pap-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routineintervall gelten laut internationaler Evidenz drei Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und danach erfolgreich behandelt werden (Pongratz et al. 2014).

Laut ATHIS 2019 wurde bei 85 Prozent der 20- bis 69-jährigen Frauen in Österreich innerhalb der letzten drei Jahre ein Pap-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 81–89 %). Dieser Wert liegt nur knapp unter dem Wert von 2014 mit 87 Prozent. Der Anteil, der noch nie einen Pap-Abstrich durchführen ließen, lag 2019 bei rund sieben Prozent (rund 199.000 Frauen zw. 20 und 69 Jahren).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs (innerhalb der letzten drei Jahre) steigt mit zunehmender Bildung: von 73 Prozent bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss (20 bis 69 Jahre) auf 88 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Abbildung 193). Auch mit steigendem Einkommen nimmt die Inanspruchnahme zu: von 78 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 91 Prozent bei jenen aus dem obersten Quintil.

Abbildung 193: Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs innerhalb der letzten drei Jahre durch Frauen zw. 20 und 69 Jahren nach Bildung und Einkommen in Österreich 2019



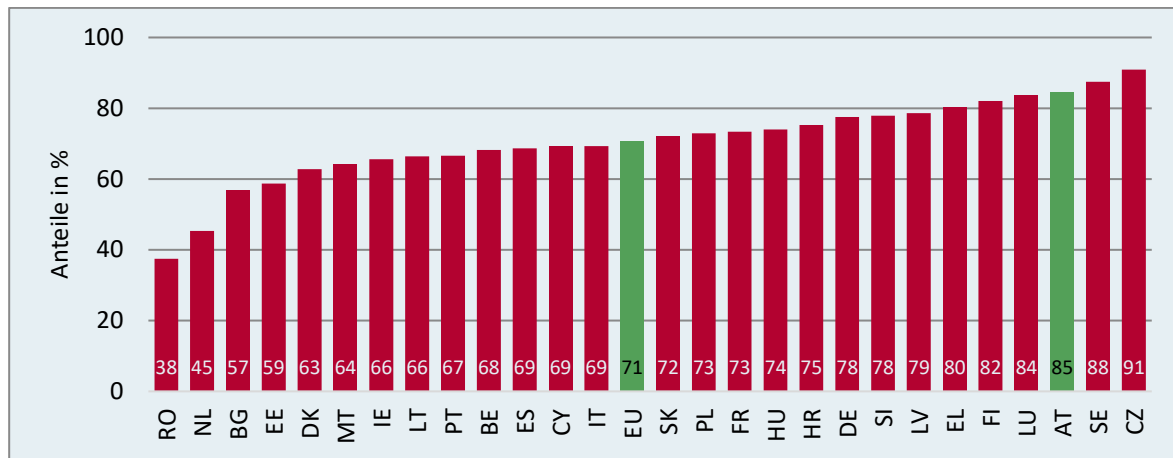
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (50 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegen Österreichs 20- bis 69-jährige Frauen mit rund 85 Prozent bei der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in den letzten drei Jahren deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 71 Prozent (s. Abbildung 194/Abbildung 192).

Abbildung 194: Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in den letzten drei Jahren durch 20- bis 69-jährige Frauen im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme eines Pap-Abstrichs zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Frauen (20 bis 69 Jahre) in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.2.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der ÖGD wird – neben stationärem und ambularem Bereich – als sogenannte dritte Säule des Gesundheitswesens bezeichnet, wobei sein Fokus auf dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung der gesamten Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen liegt. Die

Aufgaben des ÖGD (dazu zählen beispielsweise klassische Aufgaben wie die Seuchenbekämpfung, der Infektionsschutz, die sanitäre Aufsicht über die Gesundheitsberufe sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Umwelthygiene oder die Gesundheitsberichterstattung) beruhen im Wesentlichen immer noch auf dem Reichssanitätsgesetz von 1870 und werden größtenteils im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung (d. h. durch die Ämter der Landesregierungen und der Bezirkshauptmannschaften) wahrgenommen.

Um die unerlässliche Weiterentwicklung des ÖGD – auch vor dem Hintergrund der Herausforderungen des 21. Jahrhunderts wie zum Beispiel Pandemien, gesundheitlicher Bedrohungen durch das Klima, massiv steigender Kosten im Krankenversorgungssystem oder Vorbereitungen von Großveranstaltungen – insbesondere in Hinblick auf Aufgaben und Ausbildung strukturiert voranzutreiben, wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts gemeinsam mit den Bundesländern ein Reformprozess gestartet.

Das erste Arbeitspaket, der Aufgabenkatalog, an dessen Ende das „Handbuch ÖGD“ stand, wurde 2010 abgeschlossen und vom damaligen Bundesminister Alois Stöger als Grundlage für die Weiterentwicklung des ÖGD in Österreich versandt. Die Landesgesundheitsreferentenkonferenz begrüßte die Initiative und bezeichnete das Dokument (nunmehr unter der Bezeichnung Nationale Strategie öffentliche Gesundheit; <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/451>) http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/nationale_strategie_oeg.pdf) als entwicklungsfähige Grundlage für die Arbeit im ÖGD.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit war und ist Public-Health-Orientierung ein zentraler Grundsatz. In der aktuellen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist im Artikel 12 die Neuorganisation des ÖGD und ein Expertenpooling für medizinisches Krisenmanagement zwischen den Vertragsparteien festgelegt. Einerseits sollen rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die auf Landesebene eine flexible, effiziente und übergreifende Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD erlauben, andererseits soll zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen die überregionale Organisation des ÖGD durch die Einrichtung eines Expertenpools für medizinisches Krisenmanagement an Standorten der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) gestärkt werden. Aufgaben des Expertenpools sind dabei die Erstellung von Risikoanalysen, Beratung und Intervention vor Ort sowie die Erstellung von Prüfberichten.

Leider konnten im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen 2017 keine Ergebnisse bzgl. der Einrichtung und Finanzierung der Expertenpools für Krisenmanagement erzielt werden.

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie 2020 rückte der ÖGD wieder in den Blickpunkt der Gesundheitspolitik. Dies führte auch dazu, dass die Gesundheit Österreich GmbH vom Gesundheitsressort beauftragt wurde, es bei der Wiederaufnahme des ÖGD-Reformprozesses zu unterstützen. Als einer der ersten Arbeitsschritte wurden Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bezirks- und Landesebene durchgeführt. Diese ergaben folgende zentrale Erkenntnisse:

- Es bestehen personelle und infrastrukturelle Mängel im ÖGD, mehr Flexibilität und Modernität sind notwendig.
- Unzureichende finanzielle Vergütung im ÖGD wurde als entscheidendes Hindernis für die Personalrekrutierung erachtet.
- Es gab keine Vorbereitung auf diese Jahrhundertpandemie, der Influenza-Pandemieplan war nicht tauglich.
- Das Epidemiegesetz wurde zuvor (besonders im klinischen Alltag) kaum angewandt, es gab keine Erfahrungen/Interpretationen dazu.
- Es bedürfte schnell aktivierbarer Krisenstrukturen in allen Institutionen mit festgelegten Ansprechpartnern, Zuständigkeiten und regelmäßigen Übungen.
- Es besteht die Notwendigkeit eines Informationsmanagements / einer Informationsdrehscheibe und zentraler Lösungen fürs Datenmanagement.
- Die Letztverantwortlichkeit blieb bei den Bezirksverwaltungsbehörden, diese hätten sich mehr Unterstützung durch den Bund gewünscht.
- Hohe Geschwindigkeit bei Änderungen der Rechtsnormen und teilweise sich widersprechende Informationen erschweren die Umsetzung der Maßnahmen.
- Contact-Tracing und Einreisebestimmungen wurden als aufwendigste Maßnahmen auf Bezirksebene bezeichnet – insbesondere für Bezirksverwaltungsbehörden mit Außengrenzen.
- Die Unterstützung durch externe Mitarbeiter:innen besonders auf Bezirksebene (Bundesheer, AMS, Epidemieärztinnen/-ärzte, Gemeinden, Studentinnen/Studenten, Studienabsolventen) ist hilfreich.
- Die Gestaltung der öffentlichen Meinung und medialer Prozesse muss in Zukunft stärker berücksichtigt werden.
- Die stärkere Verschränkung des ÖGD mit dem klinischen Bereich sollte in Zukunft weitergeführt werden.

Folgende Vorschläge für Verbesserungen im ÖGD wurden im Rahmen der Fokusgruppen genannt:

- Die Arbeiten in puncto Fachärztin/-arzt für öffentliche Gesundheit müssen wiederaufgenommen werden – mit einer dualen (webbasierten) Ausbildung.
- Das vielfältige Tätigkeitsfeld der Amtsärztinnen/-ärzte muss an Jungmediziner:innen (und an die Öffentlichkeit) kommuniziert werden.
- Es wird (mehr) unterstützendes (Gesundheits-)Personal auf Bezirksebene gebraucht.
- Das öffentliche Bild des ÖGD wurde durch das Pandemiemanagement aufgewertet. Allerdings müssten jetzt politische Entscheidungen zur finanziellen und personellen Aufwertung des ÖGD getroffen werden.

6.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst neben der ärztlichen und therapeutischen Versorgung im niedergelassenen Bereich alle Leistungen, die in selbstständigen Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich erbracht werden. Zudem wird in diesem Abschnitt auch die pharmakologische Versorgung beschrieben.

6.3.1 Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

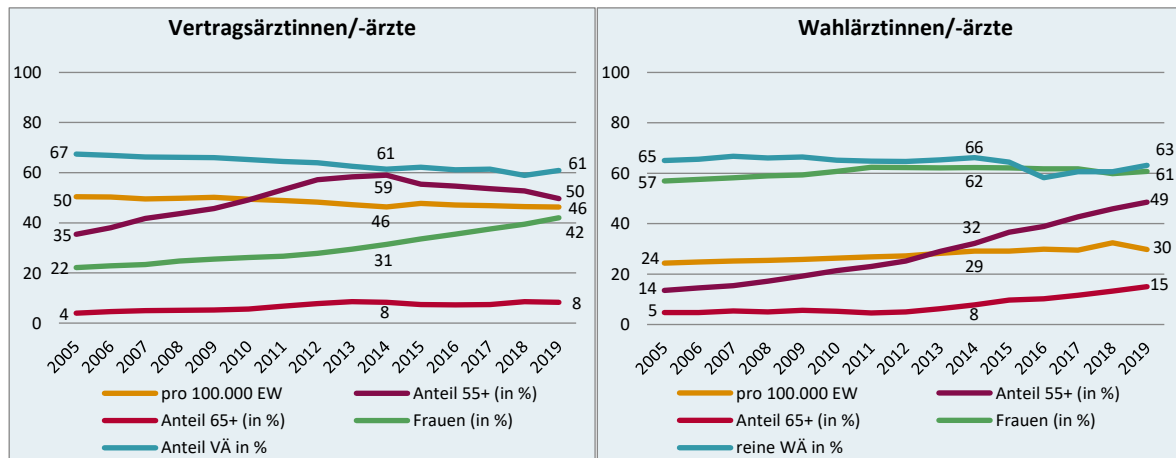
6.3.1.1 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

In Österreich standen im Jahr 2019 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019) – 6.739 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach²⁹) zur Verfügung. Rund 61 Prozent von ihnen haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind

- 42 Prozent Frauen,
- 50 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 8 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 195).

²⁹ Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

Abbildung 195: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte, WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

Seit Juni 2016 sind die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK nicht mehr unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger; aufgrund einer nachträglichen Datenbankvalidierung haben sich die Daten aus dem Jahr 2015 gegenüber dem vorherigen Bericht verändert. Anteile an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von den rund 2.600 Wahlärztinnen und Wahlärzten waren im Jahr 2019 63 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/-ärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und -ärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 195). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2019 um 32 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2019 kamen in Österreich rund 46 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 40–50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 30 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 16–38 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zwischen 2005 und 2019 gesunken ist, hat jene der Wahlärztinnen und Wahlärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) leicht zugenommen (s. Abbildung 195).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger standen in Österreich – laut REGIOMED – im Jahr 2019 im vertragsärztlichen Bereich rund 4.000 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung. Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin / einem ebensolchen Arzt der jeweiligen Fachrichtung

in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen und -ärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 46 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39–60) und entspricht damit der obengenannten Vertragsärztedichte laut Ärzteliste. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 78 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,9 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,5–1,5).

Im Jahr 2019 wurden – laut ATHIS – 79 Prozent der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 15 und mehr Jahren) vor weniger als zwölf Monaten vor der Befragung von einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,89 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 74–85 %). Dies gilt für die weibliche Bevölkerung häufiger als für die männliche (82 % vs. 77 %). Am häufigsten ist die Inanspruchnahme in der Gruppe der über 60-Jährigen (84 % vs. 77 %). Im Vergleich zum ATHIS 2014 ist die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin konstant geblieben.

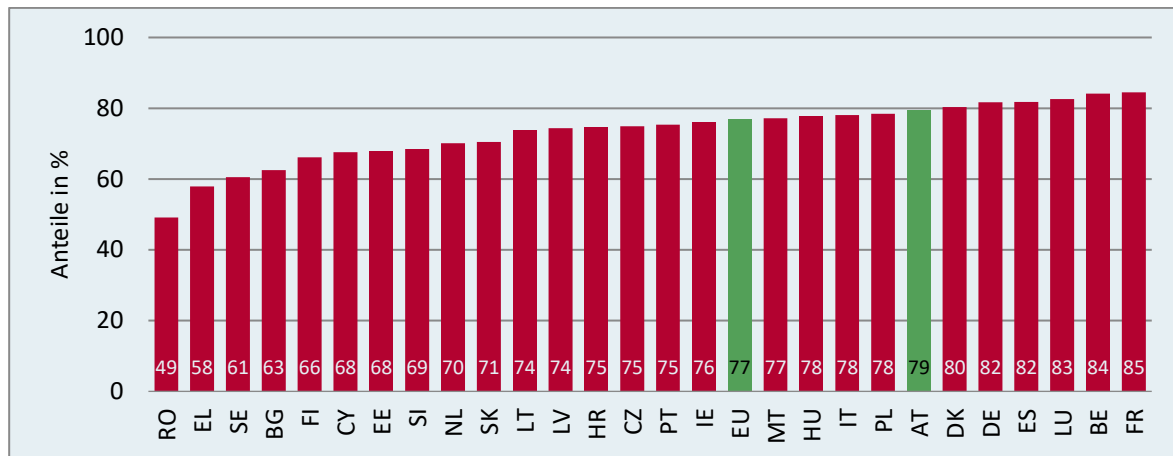
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin wurden – in den letzten zwölf Monaten – am häufigsten von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss aufgesucht (30 Jahre und älter; 85 % vs. 77 % Matura oder höher). Ihre Inanspruchnahme steigt zudem mit sinkendem Einkommen: von 75 Prozent bei Personen aus dem obersten Einkommensquintil auf 83 Prozent bei Personen aus dem untersten Quintil.

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin mit rund 79 Prozent leicht über dem europäischen Durchschnitt von 77 Prozent (EU-Bandbreite: 49–85 %; s. Abbildung 196).

Abbildung 196: Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

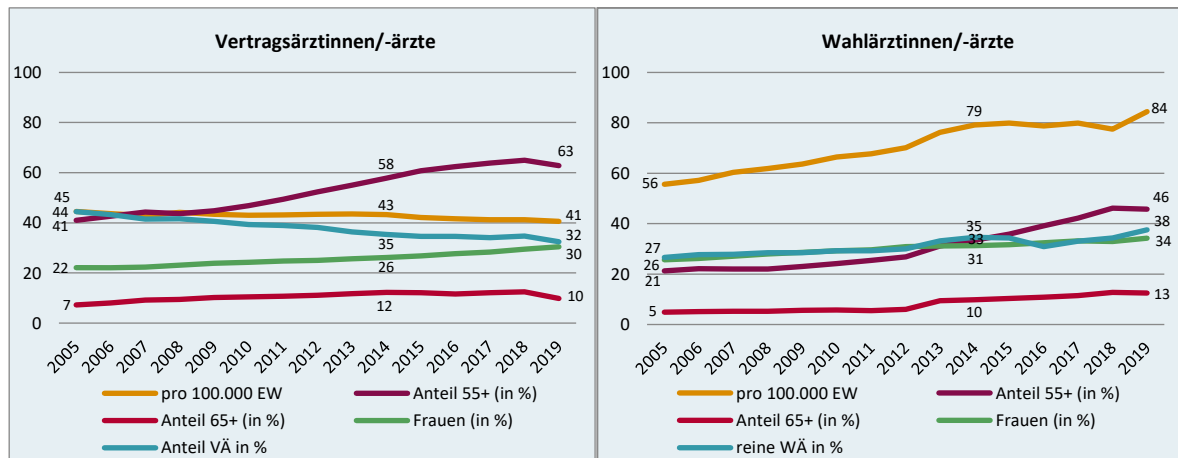
6.3.1.2 Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach; exklusive Zahnärztinnen und -ärzte)

In Österreich standen im Jahr 2019 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019) – rund 11.100 Fachärztinnen/Fachärzte (Erstfach) zur Verfügung. Etwa 32 Prozent von ihnen haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind

- 30 Prozent Frauen,
- 63 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 10 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 197).

Von den rund 7.500 Wahlärztinnen und Wahlärzten waren im Jahr 2019 rund 38 Prozent ausschließlich als solche tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und etwas häufiger weiblich (s. Abbildung 197). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2019 um rund 64 Prozent zugenommen.

Abbildung 197: Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte, WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

Seit Juni 2016 sind die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK nicht mehr unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger; aufgrund einer nachträglichen Datenbankvalidierung haben sich die Daten aus dem Jahr 2015 gegenüber dem vorherigen Bericht verändert. Anteile an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

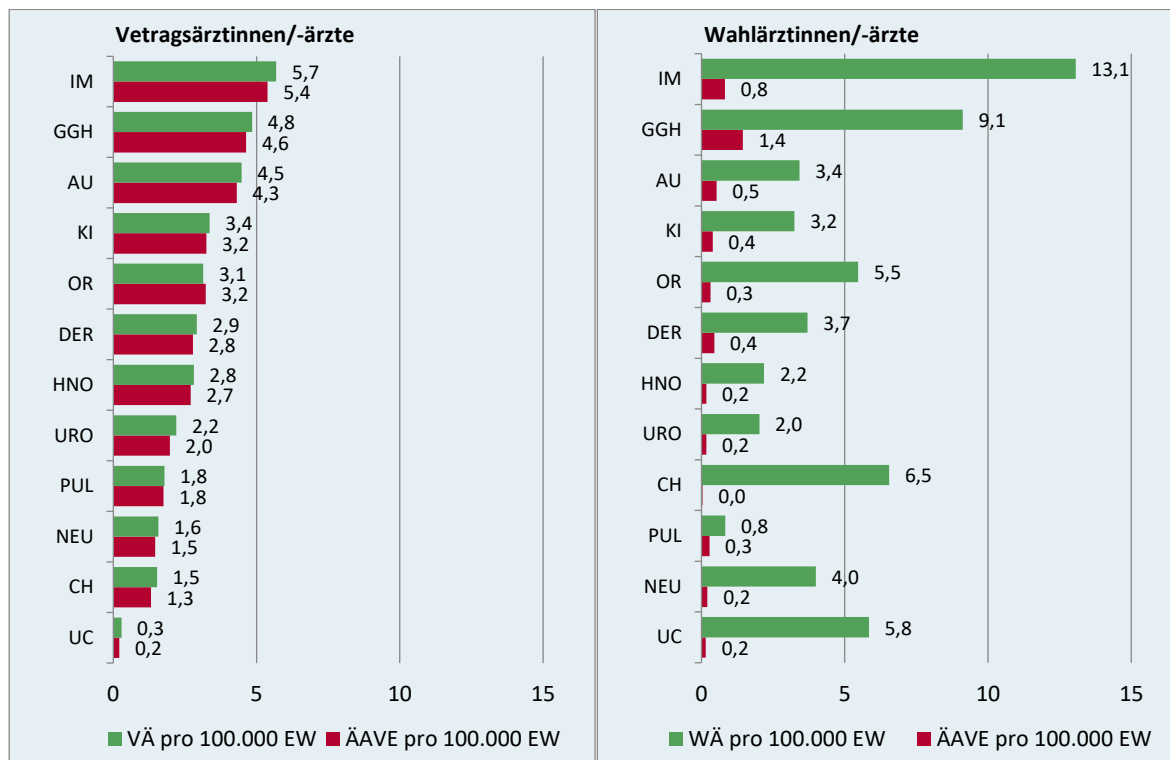
Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2019 kamen rund 41 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 32–54 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 84 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 60–152 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragsärztinnen und -ärzte in den Jahren 2005–2019 leicht abgenommen hat, hat jene der Wahlärztinnen und Wahlärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 197).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger standen 2019 in Österreich – laut REGIOMED – in der Kategorie Fachärztinnen und Fachärzte (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte) – im vertragsärztlichen Bereich – je nach Fachrichtung zwischen 18 und 477 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung. Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin / einem durchschnittlich arbeitenden Arzt der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsfachärztinnen und -ärzten variiert demnach je nach Fachrichtung zwischen 0,2 (FÄ für Unfallchirurgie) und 5,4 ÄAVE (FÄ für Innere Medizin) pro 100.000 EW. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIO-

MED zwischen vier und 128 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,04 (FÄ für Lungenkrankheiten) bis 1,4 ÄAVE (FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) pro 100.000 EW (s. Abbildung 198).

Abbildung 198: Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen in Österreich 2019



VÄ = Vertragsärztinnen/-ärzte, WÄ = Wahlärztinnen/-ärzte, ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheit, IM = Innere Medizin (exkl. PUL), GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe, AU = Augenheilkunde und Optometrie, KI = Kinder- und Jugendheilkunde, OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie, DER = Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, URO = Urologie, PUL = Lungenkrankheiten, NEU = Neurologie, CH = Chirurgie, UC = Unfallchirurgie; REGIOMED des DVSV enthält keine Angaben zu technischen Fachrichtungen wie Radiologie, Labor, Pathologie und Physikalische Medizin.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019) und REGIOMED 2019 des DVSV;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2019 wurden – laut ATHIS – 75 Prozent der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 15 und mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten vor der Befragung von einer Fachärztin / einem Facharzt beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,53 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 71–78 %). Dies gilt für Frauen häufiger als für Männer (85 % vs. 64 %). Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen war damit 2019 ähnlich hoch wie 2014.

Während bei der weiblichen Bevölkerung die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen (insgesamt) über alle Altersgruppen hinweg über 80 Prozent liegt (bei 81–86 %), steigt sie bei den Männern 51 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 82 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach ausgewählten Fachrichtungen, wird deutlich, dass die österreichische Bevölkerung in den letzten zwölf Monaten am häufigsten von den nachstehenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurde:

- Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen; 56 %)
- Augenärztin/Augenarzt (34 %)
- Hautärztin/Hautarzt (23 %)
- Internistin/Internist (22 %)
- Orthopädin/Orthopäde (15 %)
- Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen/-Ärzte (15 %)

Mit Ausnahme der FÄ für Urologie und Innere Medizin (bei Letzterer gibt es keinen Unterschied) nehmen Frauen alle ausgewiesenen FÄ häufiger in Anspruch als Männer (s. Tabelle 6).

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in fast allen Fachbereichen mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen im Bereich Dermatologie (s. Tabelle 6), die erst ab einem Alter von 60 Jahren ansteigt.

Bei der weiblichen Bevölkerung steigt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie, Urologie und Neurologie mit dem Alter, während Gynäkologinnen und Gynäkologen mit zunehmendem Alter seltener und Dermatologinnen und Dermatologen in allen Altersgruppen in etwa gleich häufig in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von FÄ für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten nimmt bei Frauen erst bei den ab 60-Jährigen zu (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen (in den letzten 12 Monaten) nach Altersgruppen, Geschlecht und Fachrichtungen (in Prozent und absolut in Tausend) in Österreich 2019

Fachrichtungen	Männer				Frauen			
	15–29 Jahre	30–59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt	15–29 Jahre	30–59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt
Gynäkologie und Geburtshilfe	—	—	—	—	65,4	65,8	36,2	56,4
	—	—	—	—	477	1.231	4.323	2.140
Augenheilkunde	19,3	25,1	45,4	29,4	27,7	33,5	50,6	37,8
	148	471	446	1.064	202	626	605	1.433
Dermatologie	18,7	19,6	26,0	21,1	24,6	24,6	23,2	24,2
	143	367	255	765	179	461	277	916
Innere Medizin	7,9	19,3	36,6	21,6	9,0	19,4	35,2	22,4
	61	362	360	783	65	363	421	849
Orthopädie	10,5	12,1	16,8	13,0	9,2	17,4	21,6	17,2
	81	227	165	473	67	326	258	652
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	11,5	12,6	19,8	14,3	14,5	14,3	19,1	15,9
	88	236	195	519	106	268	228	602
Urologie	4,1	15,3	41,8	20,1	2,7	4,3	9,5	5,6
	31	288	411	730	19	81	113	24
Neurologie	2,8	6,5	11,2	7,0	5,6	9,1	11,2	9,1
	21	122	110	253	40	171	134	346

gereiht nach der Inanspruchnahme durch Männer und Frauen

ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

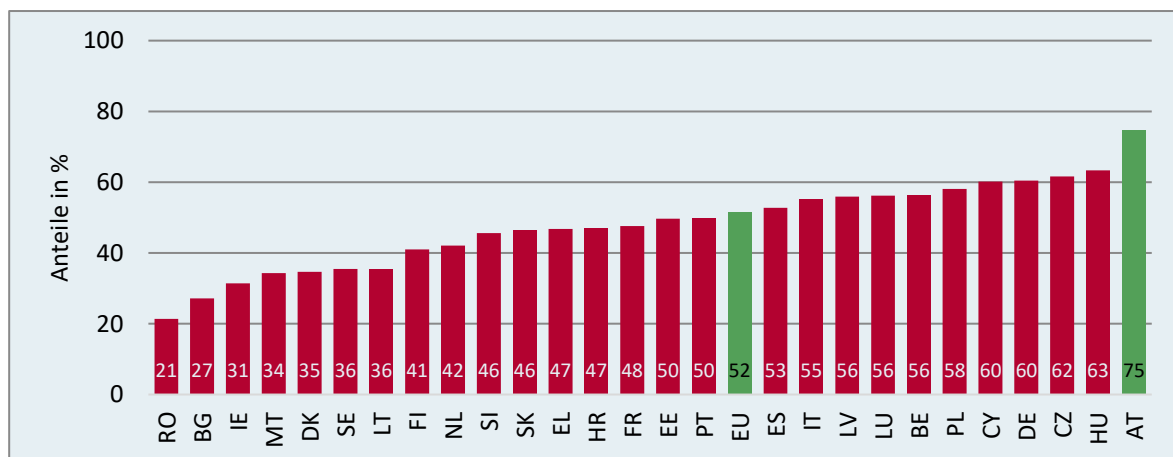
Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte werden häufiger von Frauen mit mindestens einem Lehr-/BMS-Abschluss in Anspruch genommen als von jenen mit maximal Pflichtschulabschluss (weibliche Bevölkerung: 86–87 % vs. 76 %). Bei den Männern zeigt sich hier hingegen kein Zusammenhang mit der formalen Bildung. Die Inanspruchnahme niedergelassener Fachärztinnen/-ärzte nimmt zudem mit steigendem Einkommen zu: von 80 Prozent bei Frauen aus dem untersten Einkommensquintil auf 90 Prozent bei solchen aus dem obersten Einkommensquintil. Auch hier zeigt sich kein derartiger Zusammenhang bei den Männern.

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme niedergelassener Fachärztinnen/-ärzte mit rund 75 Prozent deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 52 Prozent (EU-Bandbreite: 21–75 %; s. Abbildung 199).

Abbildung 199: Inanspruchnahme niedergelassener Fachärztinnen/-ärzte in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

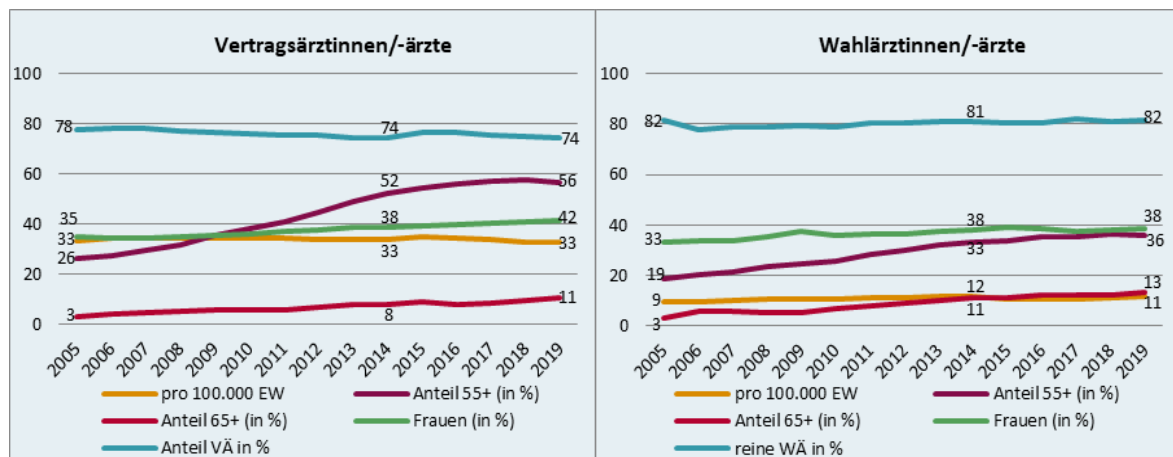
6.3.1.3 Zahnärztinnen und Zahnärzte

In Österreich standen im Jahr 2019 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019) – rund 3.850 Zahnärztinnen/Zahnärzte (Erstfach) zur Verfügung. Rund 71 Prozent von ihnen hatten einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sind

- 41 Prozent Frauen,
- 52 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 11 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 200).

Von den rund 1.100 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten waren im Jahr 2019 rund 83 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (s. Abbildung 200). Die Zahl der Wahlzahnärztinnen und -ärzte hat zwischen 2005 und 2019 um rund 43 Prozent zugenommen.

Abbildung 200: Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte, WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

Seit Juni 2016 sind die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK nicht mehr unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger; aufgrund einer nachträglichen Datenbankvalidierung haben sich die Daten aus dem Jahr 2015 gegenüber dem vorherigen Bericht verändert.

Anteile an allen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK (Stand 31. 12. 2019);

Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2019 kamen rund 33 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (BL-Bandbreite: 26–41 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa elf Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 7–21 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zwischen 2005 und 2019 weitgehend gleich blieb, hat jene der Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) leicht zugenommen (s. Abbildung 200).

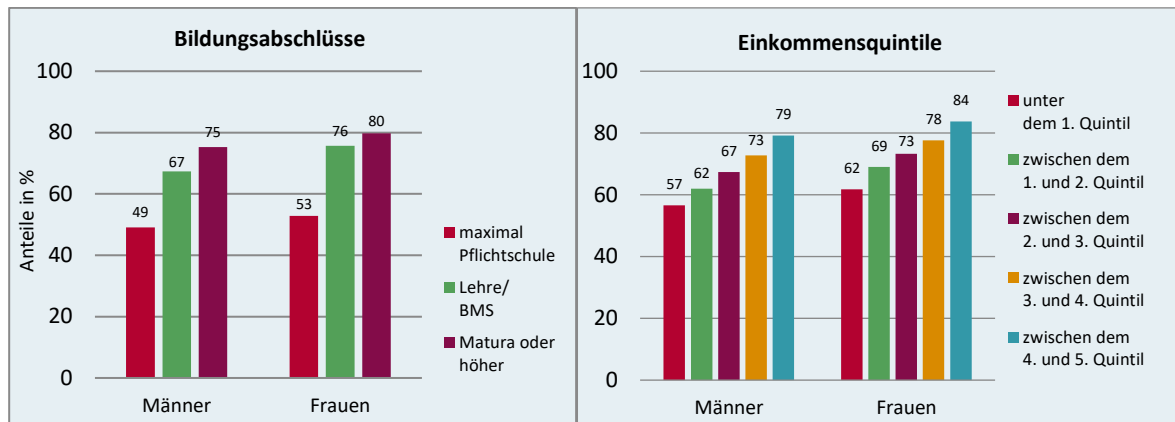
Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Österreich – laut REGIOMED – im Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte rund 2.700 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2019). Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einer durchschnittlich arbeitenden Zahnärztin / einem durchschnittlich arbeitenden Zahnarzt in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen und Zahnärzten beträgt demnach 31 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29–35) und liegt etwas unter der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte laut Zahnärzteliste. Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED rund 250 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von drei ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1–7).

Im Jahr 2019 wurden – laut ATHIS – 70 Prozent der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 15 und mehr Jahren) vor weniger als zwölf Monaten vor der Befragung von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt beraten, untersucht oder behandelt (rund 5,21 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 67–79 %), 45 Prozent vor weniger als sechs Monaten (rund 3,33 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 41–55 %). Zahnärztliche Leistungen werden von Frauen unter 60 häufiger in Anspruch genommen als von gleichaltrigen Männern (letzte 12 Monate: 77–78 % vs. 69–70 %; letzte 6 Monate: 50–52 % vs. 42–44 %). Am geringsten fiel die Inanspruchnahme 2019 bei ab 60-Jährigen aus (letzte 12 Monate: 61 %; letzte 6 Monate: 39 %). Im Vergleich zum ATHIS 2014 (72 %) ist die Inanspruchnahme von Zahnärztinnen/-ärzten (bezogen auf die letzten 12 Monate) nur geringfügig geringer.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Zahnärztliche Leistungen wurden innerhalb der letzten zwölf Monate ebenfalls häufiger von Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) aufgesucht als von jenen mit maximal Pflichtschulabschluss (78 % vs. 52 %). Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen steigt zudem mit dem Einkommen: von 60 Prozent bei Personen aus dem untersten Einkommensquintil auf 81 Prozent bei Personen aus dem obersten Quintil (s. auch Abbildung 201).

Abbildung 201: Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte in den letzten zwölf Monaten nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



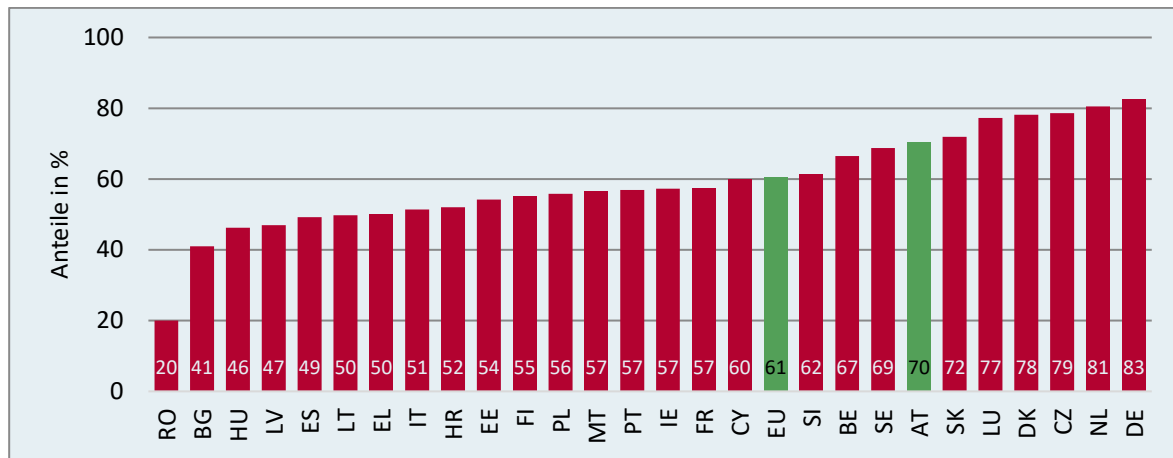
ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme von Zahnärztinnen/-ärzten mit rund 70 Prozent deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 61 Prozent (EU-Bandbreite: 20–83 %; s. Abbildung 202).

Abbildung 202: Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte in den letzten 12 Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) werden auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK berichtet. Seit Dezember 2015 werden die Daten auch mit den Informationen der Sozialversicherungsträger angereichert. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind ab diesem Zeitpunkt daher nicht mehr möglich. Hinweise bezüglich der Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) entstammen dem REGIOMED-System (s. Fußnoten). Eine ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE) entspricht einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin / einem durchschnittlich arbeitenden Arzt in Österreich. Im vertragsärztlichen Bereich wird dies auf Basis der e-card-Konsultationen ermittelt, bei Wahlärztinnen/Wahlärzten anhand der gemeldeten Wahlarztkostenerstattungsbeiträge (Berechnungsmethodik s. ÖSG 2017).

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.2 Physio-, ergotherapeutische und logopädische Versorgung im niedergelassenen Bereich

Alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste werden seit 1. 7. 2018 im Gesundheitsberuferegister (GBR)³⁰ erfasst. Dieses elektronische Register enthält Informationen zur Berufsberechtigung der einzelnen Berufsangehörigen und ist öffentlich einsehbar. Die Daten werden jährlich in einem Jahresbericht veröffentlicht (https://goeg.at/GBR_Gesundheitsberuferegister).

6.3.2.1 Physiotherapie

Mit dem GBR gibt es erstmals eine vollständige Erfassung aller in Österreich berufsberechtigten und tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und damit Informationen zu ihrer regionalen Verteilung, zur Altersstruktur, über die Art der Berufsausübung (freiberuflich oder im Dienstverhältnis) und zu den Arbeitssettings, in denen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten tätig sind (z. B. im Krankenhaus, im Ambulatorium etc.). Damit gibt es seit 2019 neben den Informationen zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen (ATHIS) auch Daten über das Angebot.

Mit 31. 12. 2020 waren insgesamt 15.947 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Österreich registriert, von denen sind 4.574 angestellt sind, 6.851 freiberuflich und 3.642 in beiden Bereichen tätig sind. 880 Personen sind noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig oder in Pension.

Von den registrierten Physiotherapeutinnen/-therapeuten waren

- 75 Prozent Frauen,

³⁰ <https://www.gesundheit.gv.at/professional/gbr/gesundheitsberuferegister>

- 64 Prozent zwischen 25 und 44 Jahre alt,
- 10 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 1 Prozent 65 Jahre oder älter.

Von den rund 50 Prozent angestellten Physiotherapeutinnen/-therapeuten arbeiten rund 40 Prozent in Krankenanstalten, 20 Prozent in Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen und zwölf Prozent in Ambulatorien. Da eine Person gleichzeitig in mehreren Settings angestellt sein kann, sind hier Mehrfachnennungen möglich.

Die Zuordnung nach Bundesland erfolgte auf freiwilliger Basis³¹. Mit 31. 12. 2020 kamen rund 177 Physiotherapeutinnen/-therapeuten auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 261–153 Physiotherapeutinnen/-therapeuten pro 100.000 EW). Zu beachten ist allerdings, dass die Angaben keine Faktoren wie z. B. das Arbeitszeitausmaß oder die Teilzeitquote berücksichtigen.

Im Jahr 2019 wurden – laut ATHIS – 22 Prozent der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 15 und mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten vor der Befragung von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 1,62 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 19–26 %). Verglichen mit 2014, ist dieser Wert von 18 auf 22 Prozent gestiegen.

Frauen nehmen häufiger physiotherapeutische Leistungen in Anspruch als Männer (24% vs. 19 %). Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen steigt bei beiden Geschlechtern ab einem Alter von 30 Jahren deutlich an (bei den Männern von 13 % auf 21 %; bei den Frauen von 15 % auf 26–27 %).

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

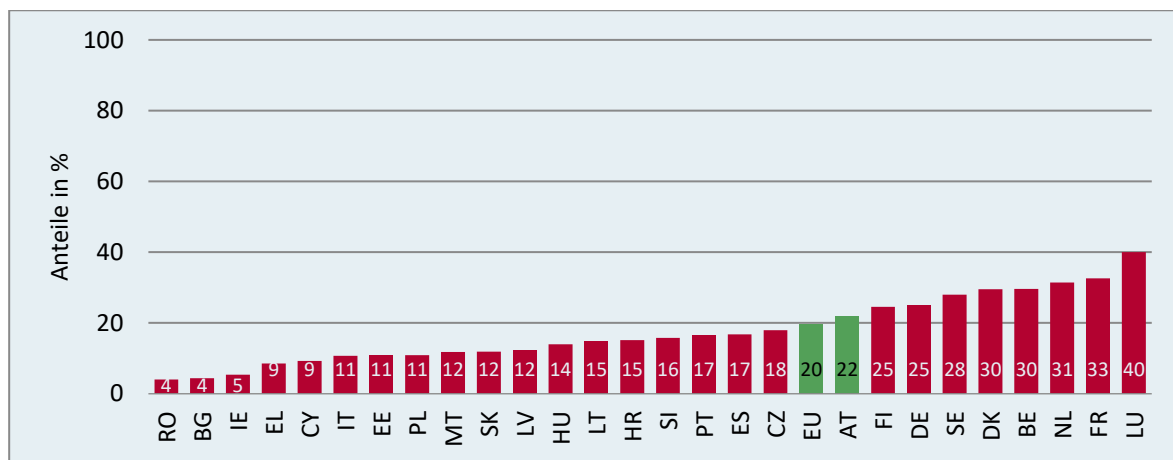
Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen ist bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss geringer als bei Personen mit mindestens einem Lehr- oder BMS-Abschluss (19 % vs. 25–26 %). Zudem steigt die Inanspruchnahme auch mit zunehmendem Haushaltseinkommen: von 21 Prozent im untersten Einkommensquintil auf 28 Prozent im obersten Einkommensquintil.

³¹ Auf Basis dieser vorhandenen Daten erfolgte eine Umlegung auf die Anzahl der Einwohner:innen Österreichs. Da eine Person in mehr als einem Bundesland tätig sein kann, sind auch hier Mehrfachnennungen möglich.

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen/-therapeuten mit rund 22 Prozent leicht über dem europäischen Durchschnitt von 20 Prozent (EU-Bandbreite: 4–40 %; s. Abbildung 203).

Abbildung 203: Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen/-therapeuten in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme ambulanter physiotherapeutischer Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Die Daten und Informationen der in Österreich registrierten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten sowie Logopädinnen/Logopäden stammen aus dem Österreichischen Gesundheitsberuferegister und dessen Jahresbericht 2020 (Holzweber et al. 2021).

6.3.2.2 Ergotherapie

Ebenso wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten werden auch Ergotherapeutinnen und -therapeuten im GBR erfasst.

Mit 31. 12. 2020 waren insgesamt 4.111 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im GBR registriert. 1.833 von ihnen waren angestellt, 744 waren freiberuflich und 1.185 in beiden Bereichen tätig. 349 Personen sind noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig oder in Pension.

Von den registrierten Ergotherapeutinnen/-therapeuten waren

- 94 Prozent Frauen,
- 68 Prozent zwischen 25 und 44 Jahre alt,
- 9 Prozent 55 Jahre oder älter und
- < 1 Prozent 65 Jahre oder älter.

Von den rund 72 Prozent angestellten Ergotherapeutinnen/-therapeuten arbeitet der Großteil in Krankenanstalten (40 %), Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen (16 %), stationären Pflegeeinrichtungen / Tageszentren (9 %) und in Ambulatorien (ebenfalls 9 %). Da auch Ergotherapeutinnen/-therapeuten gleichzeitig in mehreren Settings angestellt sein können, sind auch hier Mehrfachnennungen möglich.

Die Zuordnung nach Bundesland ist auch bei Ergotherapeutinnen/-therapeuten freiwillig³². Mit 31. 12. 2020 kamen rund 45 Ergotherapeutinnen/-therapeuten auf 100.000 EW (BL-

³² Auf Basis dieser vorhandenen Daten erfolgte eine Umlegung auf die Anzahl der Einwohner:innen Österreichs. Da eine Person in mehr als einem Bundesland tätig sein kann, sind auch hier Mehrfachnennungen möglich.

Bandbreite: 28–62 Ergotherapeutinnen/-therapeuten pro 100.000 EW). Auch hier gilt, dass weder das Arbeitszeitausmaß noch die Teilzeitquote berücksichtigt sind.

Im ATHIS 2019 wurden keine Informationen zur Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen erhoben.

6.3.2.3 Logopädinnen/Logopäden

Mit 31. 12. 2020 waren insgesamt 2.144 Logopädinnen und Logopäden im GBR registriert. Von ihnen waren 721 angestellt, 686 waren freiberuflich und 619 in beiden Bereichen tätig. 118 Personen sind noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig oder in Pension.

Von diesen registrierten Logopädinnen/Logopäden waren

- 96 Prozent Frauen,
- 57 Prozent zwischen 25 und 44 Jahre alt,
- 12 Prozent 55 Jahre oder älter und
- 1 Prozent 65 Jahre oder älter.

Von den rund 60 Prozent angestellten Logopädinnen/Logopäden arbeitet der Großteil in Krankenanstalten (43 %), Ambulatorien (12 %) und in der Industrie oder einem ähnlichen Bereich (11 %). Da Logopädinnen/Logopäden gleichzeitig in mehreren Settings angestellt sein können, sind hier Mehrfachnennungen möglich .

Die Zuordnung nach Bundesland erfolgte auf freiwilliger Basis³³. Mit 31. 12. 2020 kamen rund 24 Logopädinnen/Logopäden auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–36 Logopädinnen/Logopäden pro 100.000 EW). Das Arbeitszeitausmaß bzw. die Teilzeitquote bleiben hier unberücksichtigt.

³³ Auf Basis dieser vorhandenen Daten erfolgte eine Umlegung auf die Anzahl der Einwohner:innen Österreichs. Da eine Person in mehr als einem Bundesland tätig sein kann, sind auch hier Mehrfachnennungen möglich.

Im ATHIS 2019 wurden keine Informationen zur Inanspruchnahme logopädischer Leistungen erhoben.

6.3.3 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung nichtstationärer Patientinnen/Patienten im Rahmen nichtbettenführender Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

Patientinnen/Patienten

Im Jahr 2019 betrug die Anzahl ambulanter Patientinnen und Patienten in österreichischen Spitals-/Unfallambulanzen rund 3.705.000 (rohe Rate: 41.732 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 346.571–13.624.648). Sie ist zwischen 2015 und 2019 absolut um etwa elf Prozent, pro 100.000 EW um acht Prozent gestiegen.

Am häufigsten wurden Spitals-/Unfallambulanzen 2019 in den Bereichen Innere Medizin, Unfallchirurgie und Radiologie in Anspruch genommen.

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen in den letzten zwölf Monaten sinkt mit steigender Bildung: von 30 Prozent bei ab 30-jährigen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 25 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit steigendem Haushaltseinkommen nimmt die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen ab: von 30 Prozent bei Personen im untersten Einkommensbereich auf 23 Prozent bei jenen im obersten Einkommensquintil.

Definitionen und Daten

Die Daten in puncto Spitalsambulanzen wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einer Fachärztin oder einem Facharzt. Kontakte während eines stationären Aufenthalts bleiben hier unberücksichtigt.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2019 untersucht (Klimont 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (30 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.4 Pharmazeutische Versorgung

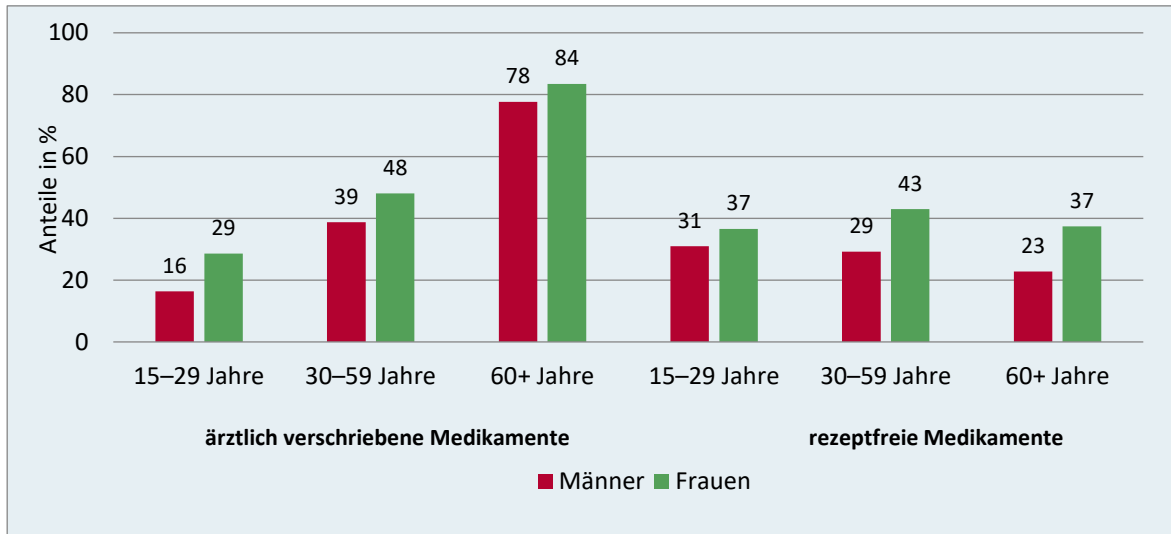
Medikamenteneinnahme

Im Jahr 2019 nahmen – laut ATHIS – 52 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung in Österreich innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung ärztlich verschriebene Medikamente ein (rund 3,83 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 47–58 %), die weibliche Bevölkerung häufiger als die männliche (56 % vs. 47 %). Im Jahr 2014 waren es 49 Prozent.

Rezeptfreie Medikamente wurden von 40 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung (rund 2,93 Mio. Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 37–43 %), ebenfalls von der weiblichen Bevölkerung häufiger als von der männlichen (48 % vs. 31 %). Gegenüber dem ATHIS 2014 ist dies eine Steigerung von rund sechs Prozentpunkten.

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente – bei Männern wie bei Frauen – mit dem Alter deutlich zunimmt (insgesamt von 25 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 82 % bei den ab 60-Jährigen), bleibt die Einnahme rezeptfreier Medikamente bei Männern in allen Altersklassen relativ konstant und ist bei Frauen zwischen 30 und 59 Jahren am höchsten (s. Abbildung 204).

Abbildung 204: Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten zwei Wochen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

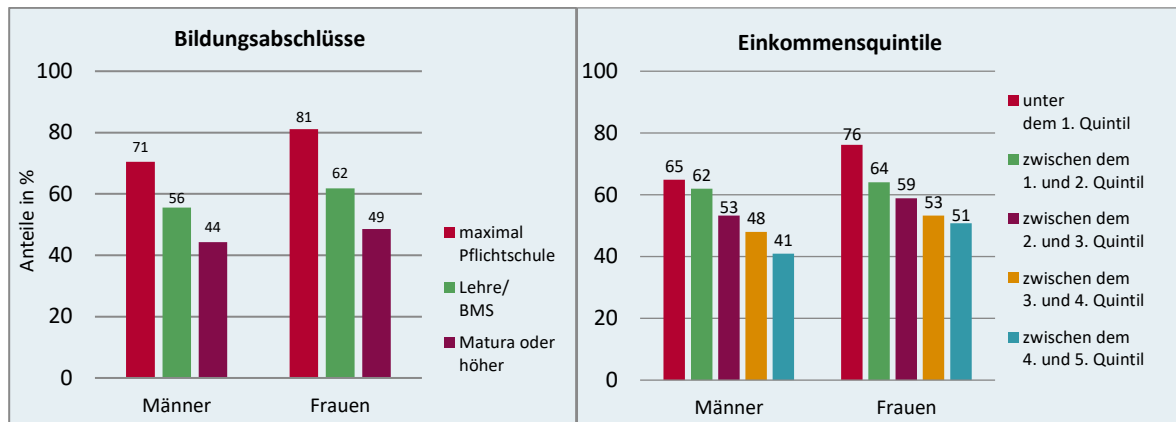
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Ärztlich verschriebene Medikamente werden von Personen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschulabschluss; 30+) häufiger eingenommen (78 %) als von Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (58 %) bzw. mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (47 %; s. Abbildung 205). Umgekehrt nehmen Personen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss häufiger rezeptfreie Medikamente ein (48 %) als jene mit maximal Pflichtschulabschluss (31 %; s. Abbildung 205).

Darüber hinaus zeigt sich, dass ab 30-Jährige in Österreich häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie der untersten Einkommensgruppe angehören (unterstes Einkommensquintil 72 %, oberstes Einkommensquintil 45 %). Umgekehrt nehmen Personen aus dem untersten Einkommensquintil seltener rezeptfreie Medikamente ein als jene aus dem obersten Quintil (38 % vs. 45 %; s. Abbildung 206).

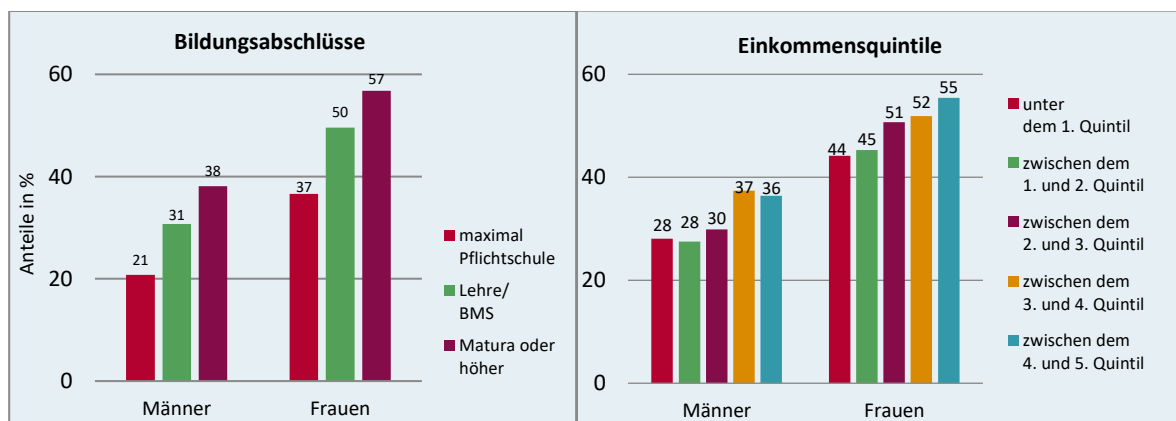
Abbildung 205: Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019



*innerhalb der letzten zwei Wochen
 ohne Personen in Anstaltshaushalten
 hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 206: Einnahme rezeptfreier Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2019



*innerhalb der letzten zwei Wochen
 ohne Personen in Anstaltshaushalten
 hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

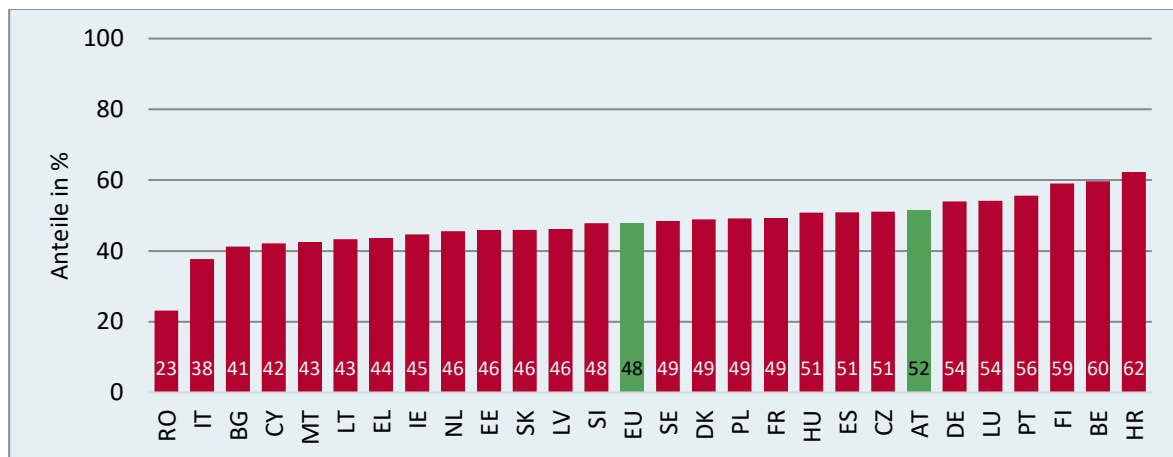
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente mit rund 52 Prozent leicht über dem europäischen Durchschnitt von 48 Prozent (s. Abbildung 207).

Bei der Einnahme rezeptfreier Medikamente liegt Österreich mit rund 40 Prozent hingegen deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 33 Prozent (s. Abbildung 208).

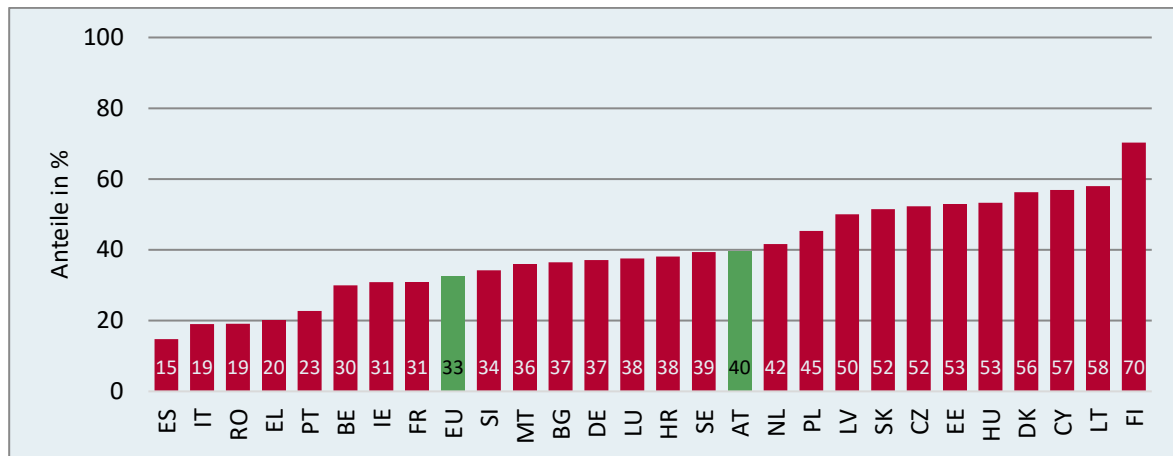
Abbildung 207: Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente (in den letzten 2 Wochen) im EU-Vergleich durch Personen 15 Jahre oder älter 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Abbildung 208: Einnahme rezeptfreier Medikamente in den letzten zwei Wochen durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Verordnungstärkste Arzneimittel

Im Jahr 2019 waren unter den häufigsten Verordnungen im niedergelassenen Bereich (i. e. außerhalb der Krankenhäuser), Arzneimittelgruppen (ATC-Level 2), welche vielfach „Zivilisationskrankheiten“³⁴ betreffen: Blutdruckhemmer (C09), Psychoanaleptika (N06), Cholesterinsenker (C10), Blutverdünner (C10) und Antidiabetika (A10; s. Tabelle 7). Besonders die Gruppe der Psychoanaleptika, also Arzneimittel, welche stimulierend auf den Organismus wirken, machte 2019 einen Großteil der Verordnungen aus. Da zu dieser Gruppe Antidepressiva zählen, ist das ein Hinweis auf eine häufige Verschreibung dieser Arzneimittel in der Bevölkerung.

³⁴ Zivilisationskrankheiten ist ein umgangssprachlicher Sammelbegriff für Krankheiten oder krankheitsähnliche Zustände, welche durch die mit den zivilisatorischen Errungenschaften (z. B. Ernährungssicherheit/Nahrungsüberfluss) verbundene Lebensweise hervorgerufen werden.

Bei einem Vergleich mit den kostenintensivsten Arzneimitteln im Jahr 2019 zeigt sich, dass verordnungsstarke Arzneimittelgruppen nicht notwendigerweise die größten Kosten für die Sozialversicherung verursachen. Die verordnungsstärkste Gruppe (Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System) landet hier auf Platz 6 der kostenintensivsten Arzneimittel. Die meisten Kosten verursachen Immunsuppressiva – darunter fallen z. B. Arzneimittel zur Behandlung von Autoimmunerkrankungen oder Arzneimittel, die Nebenwirkungen nach Transplantationen verhindern sowie antineoplastische (Mittel gegen Krebs) und antithrombotische Mittel (Blutverdünner; s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Top Ten der verordnungsstärksten und kostenintensivsten Mittel im Jahr 2019

Rang	verordnungsstärkste ATC-Codes (Level 2)	kostenintensivste ATC-Codes (Level 2)
1	(C09) MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM	(L04) IMMUNSUPPRESSIVA
2	(N06) PSYCHOANALEPTIKA	(L01) ANTINEOPLASTISCHE MITTEL
3	(C10) MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN	(B01) ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
4	(B01) ANTITHROMBOTISCHE MITTEL	(A10) ANTIDIABETIKA
5	(A10) ANTIDIABETIKA	(R03) MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN
6	(N05) PSYCHOLEPTIKA	(C09) MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
7	(N02) ANALGETIKA	(J05) ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
8	(J01) ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	(N06) PSYCHOANALEPTIKA
9	(C07) BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN	(L02) ENDOKRINE THERAPIE
10	(A02) MITTEL BEI SÄUREBEDINGTEN ERKRANKUNGEN	(C10) MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN

ATC = Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem, das der Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln dient und eine international anerkannte Klassifikation von Arzneimitteln vornimmt. In diesem System werden die Wirkstoffe nach dem Organ oder System, auf welches sie einwirken, und nach ihren therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Eigenschaften in unterschiedliche Gruppen eingeteilt.

Quelle: Vertragspartnermedikamente DVS 2019;
Darstellung: GÖG

Bei den verordnungstärksten Wirkstoffen (ATC-Level 5) im niedergelassenen Bereich waren 2019 drei unterschiedliche Statine (Atorvastatin, Rosuvastatin, Simvastatin), also Cholesterinsenker, in den Top Ten vertreten. Diese Daten können als Hinweis auf ein Ernährungsproblem der österreichischen Bevölkerung gedeutet werden. Ebenfalls unter den zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffen befindet sich das Antibiotikum „Amoxicillin und Clavulansäure“, was vor dem Hintergrund der zunehmenden Antibiotikaresistenzen von Bakterien bedenklich wirkt. Den Großteil der kostenintensiven Wirkstoffe machen immunmodulierende Medikamente und Krebsmedikamente aus (6 von 10).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Hinblick auf die Einnahme ärztlich verschriebener und rezeptfreier Medikamente werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Bei den Daten des DSVV handelt es sich ausschließlich um den niedergelassenen Bereich. Zusätzlich ist zu beachten, dass beim Bezug von Medikamenten mit einem Preis unter der Rezeptgebühr die jeweilige Verordnung nur dann mit der sozialen Krankenversicherung abgerechnet wird, wenn die jeweilige Patientin bzw. der Patient rezeptgebührenbefreit ist. Liegt keine Rezeptgebührenbefreiung vor, wird das Medikament in der Apotheke privat verkauft und ist in der Folge nicht in den Abrechnungsdaten der Sozialversicherung enthalten.

6.4 Akutstationäre Versorgung

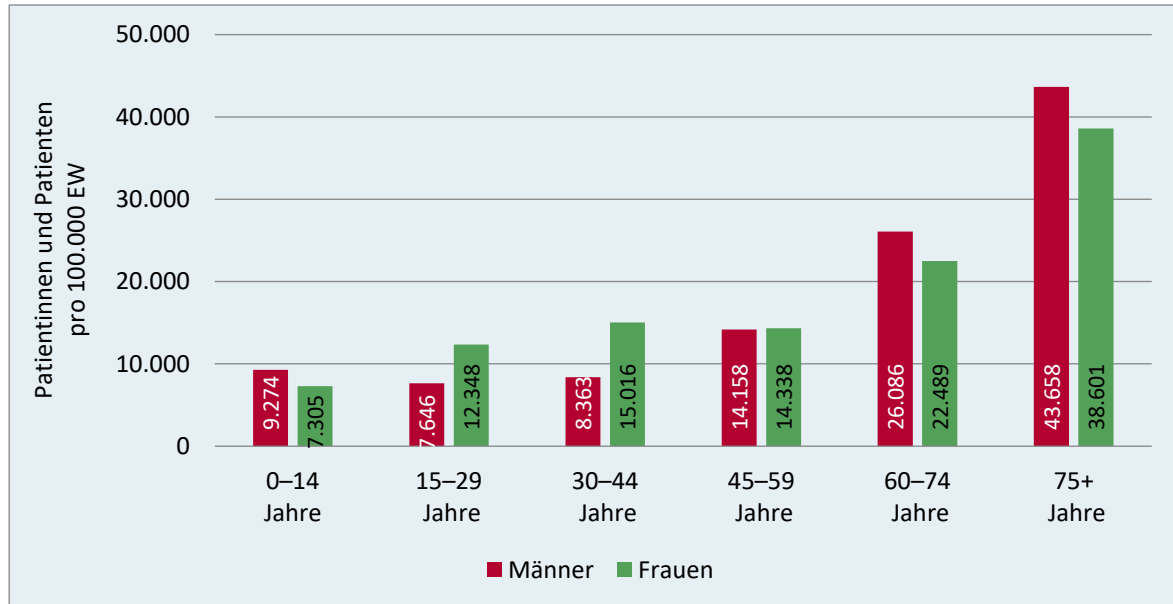
Im Jahr 2019 standen der österreichischen Bevölkerung 151 Akutkrankenanstalten (113 Fondskrankenanstalten, fünf Unfallkrankenhäuser, 33 Sanatorien) zur Verfügung. Rund 92 Prozent der Bevölkerung können zumindest eine dieser Akutkrankenanstalten binnen einer halben Stunde Fahrzeit (Individualverkehr) erreichen.

Österreichische Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2019 wurden rund 1.420.000 Patientinnen/Patienten in österreichischen Akutkrankeanstalten behandelt, im Durchschnitt 1,6-mal. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von rund 15.900 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 14.900–17.100). Mehrheitlich handelt es sich bei diesen Patientinnen und Patienten um Frauen (55 %) und um Personen 60 Jahre und älter (48 %).

Mit rund 16.400 Patientinnen pro 100.000 Einwohnerinnen ist die altersstandardisierte Rate bei Frauen hier deutlich höher als bei Männern mit rund 15.500 Patienten pro 100.000 Einwohner. Nach Altersgruppen betrachtet, werden Frauen häufiger im Alter von 15 bis 44 Jahren, Männer häufiger im Alter von 0 bis 14 Jahren und ab 60 Jahren akutstationär behandelt. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Behandlung nimmt mit dem Alter zu, insbesondere bei ab 60-Jährigen (s. Abbildung 209).

Abbildung 209: Österreichische Patientinnen/Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Alter und Geschlecht (quellbezogen) 2019



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehrheitlich wurde die österreichische Bevölkerung im Jahr 2019 aufgrund der nachstehenden Diagnosen akutstationär versorgt (s. Tabelle 8):

- Verletzungen und Vergiftungen (2.300 Pat. pro 100.000 EW)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.200 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (2.100 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Verdauungssystems (2.000 Pat. pro 100.000 EW)
- Krebserkrankungen (1.500 Pat. pro 100.000 EW)

Männer wurden deutlich häufiger als Frauen aufgrund von

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
(2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW),
- Verletzungen und Vergiftungen
(2.500 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW),
- Krankheiten des Verdauungssystems
(2.300 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW) und
- Atemwegserkrankungen
(1.600 Patienten vs. 1.100 Patientinnen pro 100.000 EW) akutstationär versorgt.

Frauen wurden deutlich häufiger als Männer aufgrund von

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
(2.300 Patientinnen vs. 2.000 Patienten pro 100.000 EW) und
- Krankheiten des Urogenitalsystems
(1.600 Patientinnen vs. 1.300 Patienten pro 100.000 EW) akutstationär versorgt.

Die altersstandardisierte Rate in Österreich wohnhafter Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt hat seit 2005 um rund zwölf Prozent abgenommen. Besonders stark ist der Rückgang hier bei Patientinnen/Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (-27 %) und mit Atemwegserkrankungen (-21 %). Stark zugenommen hat hingegen die Zahl der Patientinnen/Patienten mit Augenerkrankungen (+13 %). Dies gilt für Männer wie für Frauen (s. Abbildung 210).

Tabelle 8: Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen* 2019

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen Patienten (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen Patientinnen (in %)
VV	106.623	2.540	16	99.637	2.072	13
HKE	101.545	2.560	16	90.797	1.816	12
ORT	85.866	2.010	13	109.142	2.288	14
VER	95.414	2.268	15	83.404	1.767	11
BN	61.676	1.530	10	67.477	1.420	9
URO	51.151	1.265	8	76.999	1.637	10
PUL	63.810	1.586	10	53.673	1.147	7
AUG	45.677	1.155	7	58.988	1.210	8
GEB	–	–	–	95.054	2.104	12
NEU	43.756	1.039	7	38.909	822	5

absteigend nach der altersstandardisierten Gesamthäufigkeit pro 100.000 EW sortiert (ausgenommen „sonstige Erkrankungen“)

*exkl. F00–F99: psychische und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

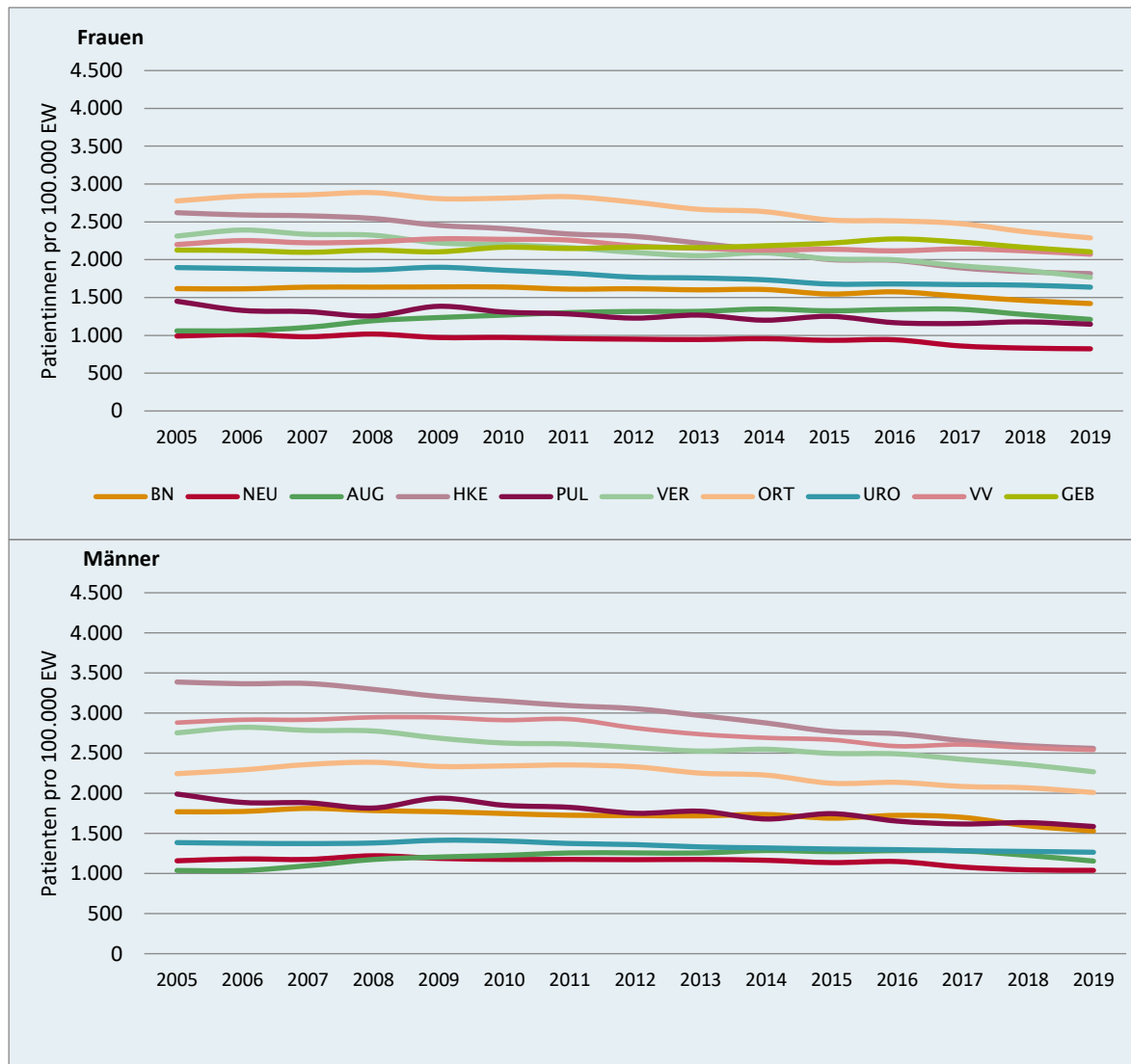
**altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

ICD-10-Codes:

BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (nur bei Frauen); VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 210: Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akut-stationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen* 2005–2019



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

*exkl. F00–F99 psychische und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

ICD-10-Codes: BN: C00–D48 Neubildungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (nur bei Frauen); VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 bis 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Einkommen

Der Anteil der Bevölkerung mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten zwölf Monate sinkt mit steigender Bildung, von 23 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) auf 14 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Auch mit steigendem Haushaltseinkommen nimmt der Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt ab, von 22 Prozent bei Personen im untersten Einkommensbereich auf 13 Prozent bei solchen im obersten Einkommensquintil.

Definitionen und Daten

Die Daten zur Patientenhäufigkeit entstammen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle Personen in Österreich, die in einer österreichischen Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ihre Schätzung beruhte bis 2014 (da ihre Zahl bis dahin nicht direkt ermittelbar war) auf einem Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als identisch bewertete. Diesbezügliche Unschärfen ergeben sich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Ab dem Berichtsjahr 2015 basieren die Daten auf der Patienten-ID (Patientenpseudonyme). Da es dennoch immer wieder vorkommt, dass einem geringen Anteil von Patientinnen/Patienten keine ID zugeordnet werden kann (z. B. bei ausländischen Gastpatientinnen/-patienten), erfolgt seitdem zusätzlich eine proportionale Hochrechnung der vorhergehenden Jahre.

Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2019 untersucht (Klimont 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (30 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

6.5 Stationäre Rehabilitation

Der österreichischen Bevölkerung standen im Jahr 2019 79 stationäre Reha-Einrichtungen zur Verfügung.

Stationäre Reha-Aufenthalte Erwachsener

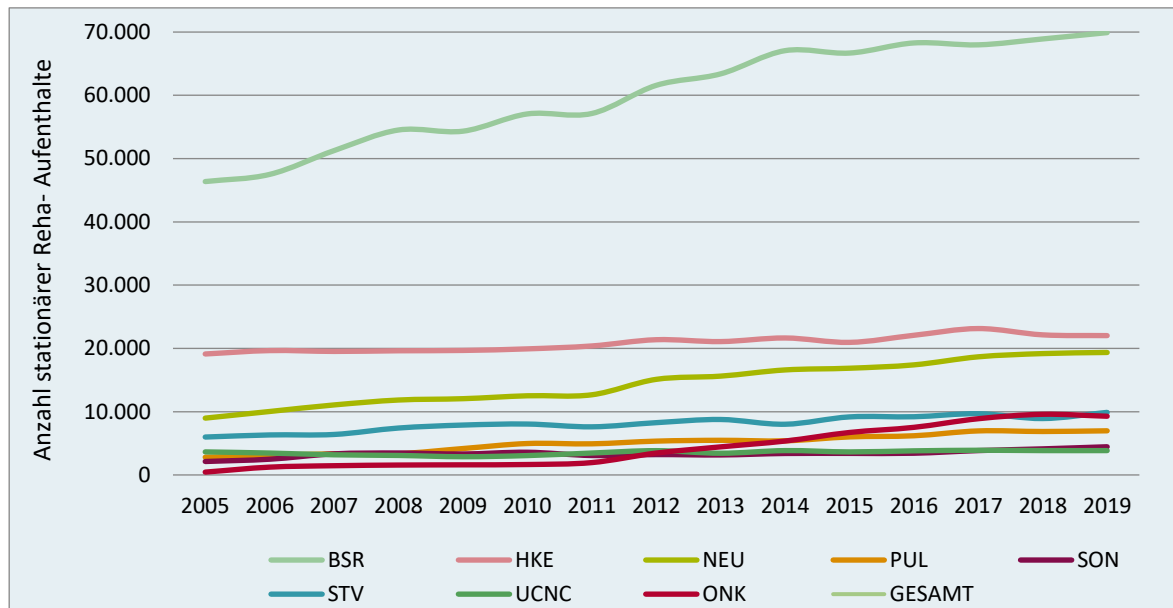
Im Jahr 2019 wurden in Österreich rund 156.000 stationäre Reha-Aufenthalte bei über 19-Jährigen dokumentiert. Davon entfallen

- 49 Prozent auf Frauen,
- 71 Prozent auf Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt sind Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats (rund 69.900 Aufenthalte; 45 % aller Reha-Aufenthalte), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (rund 22.000 Aufenthalte; 14 %) sowie Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (rund 19.300 Aufenthalte; 12 %).

Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte gestiegen. Dies gilt für alle Rehabilitationsindikationsgruppen (s. Abbildung 211 sowie Kapitel 6.10.2.7). Die Reha-Aufenthalte haben insgesamt um 71 Prozent zugenommen.

Abbildung 211: Stationäre Reha-Aufenthalte in österreichischen Rehabilitationszentren nach Rehabilitationsindikationsgruppe (zielbezogen)* 2005–2019



*exkl. psychiatrischer Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2)

**Seit dem Reha-Plan 2020 werden Aufenthalte nicht mehr auf mind. 8 Belagstage eingeschränkt; für eine verbesserte Darstellung der RIG UCNC gab es mit dem Reha-Plan 2020 eine Umstellung in der Diagnosenzuordnung der RIG BSR, NEU und UCNC – eine Abweichung der Trenddaten gegenüber dem vorherigen Bericht ist deshalb möglich.

BSR = Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen; NEU = zentrales und peripheres Nervensystem; PUL = Atmungsorgane; SON = sonstige Krankheiten; STV = Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = onkologische Rehabilitation; LYMPH = Spezialbereich Lymphologie

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Rehabilitationsindikationsgruppe beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund deren sich die Patientin / der Patient in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Rehabilitationsindikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2020 (Reiter et al. 2020). Seit 2012 wird die onkologische Rehabilitation als eigene Rehabilitationsindikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in die anderen Rehabilitationsindikationsgruppen inkludiert.

Die Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und umfassen alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt in einem österreichischen Rehabilitationszentrum hatten.

6.6 Langzeitpflege und -betreuung

Im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung kann man in Hinblick auf die Kompetenzverteilung (geregelt durch die im Jahr 1993 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen) von einer gemischten Zuständigkeit sprechen: Während der Bund für die Regelungen von Geldleistungen (in erster Linie für das Pflegegeld) zuständig ist, liegt die Verantwortung für die Regelung und Vorhaltung von Sachleistungen bei den Ländern. Dabei werden den Ländern durch Zweckzuschüsse des Bundes aus dem Pflegefonds und Förderungen für die 24-Stunden-Betreuung weitere finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt.

Tabelle 9: Ausgaben von Bund und Ländern für den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung 2019

Finanzierung der Langzeitpflege und -betreuung in Österreich	
Bund	Länder/Gemeinden
Pflegegeld rd. 466.000 Personen, 2,6 Milliarden €	mobile Dienste 460 Millionen € netto
Pflegekarengeld rd. 3.300 Personen, 16,6 Millionen €	stationäre Dienste 1,9 Milliarden € netto
Ersatzpflege rd. 13.500 Personen, 12 Millionen €	teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege 50 Millionen € netto
	sonstige Angebote 40 Millionen € netto
Pflegefonds: 379 Millionen Euro 24-Stunden-Betreuung: 160 Millionen Euro	

Quelle: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2019

Im Jahr 2019 stellte der Bund rund 2,6 Milliarden Euro für Pflegegeld zur Verfügung, weitere 16,6 Millionen Euro für Pflegekarenzgeld und rund zwölf Millionen Euro für die Finanzierung von Ersatzpflege. Mit Zweckzuschüssen aus dem Pflegefonds in Höhe von rund 380 Millionen Euro wurden die Länder und Gemeinden bei der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung in der Langzeitpflege unterstützt. Rund 158 Millionen Euro wandten Bund und Länder für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung auf. Länder und Gemeinden brachten rund 2,4 Milliarden Euro netto für die Vorhaltung von Sachleistungen (wie Pflegeheimen, mobilen Diensten, teilstationären Einrichtungen) auf (BMSGPK 2019).

Definitionen und Daten

Der **Pflegefonds** wird vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen verwaltet. Die Mittel werden durch Vorwegabzug vor Verteilung der Bundesabgaben aufgebracht (zwei Drittel Bund, ein Drittel Länder und Gemeinden). Die Aufteilung der Pflegefondsmittel auf die Länder erfolgt nach dem jeweiligen Bevölkerungsschlüssel. Grundlage ist das Pflegefondsgesetz (BGBl. I Nr. 57/2011).

Seit Jänner 2014 besteht für privatrechtliche Arbeitnehmer:innen sowie für öffentlich Bedienstete die Möglichkeit der Vereinbarung einer Pflegekarenz oder Pflegezeit. Damit verbunden ist ein Rechtsanspruch auf **Pflegekarenzgeld**, welches vom Bund finanziert wird.

Der Bund fördert auch Zuwendungen für die Kosten für Ersatzpflege von bis zu vier Wochen pro Jahr, um es pflegenden Angehörigen zu ermöglichen, eine „Auszeit“ von der Pflege zu nehmen.

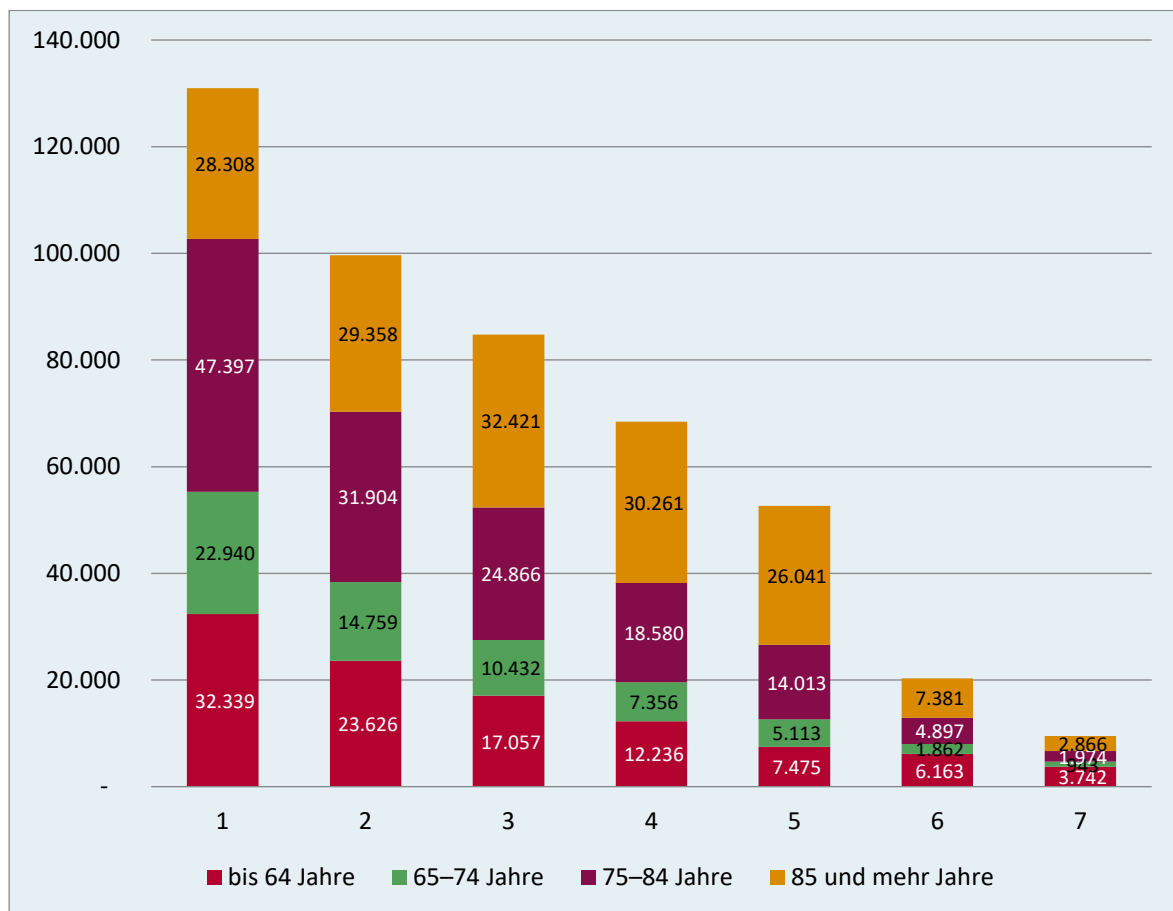
Zur Unterstützung der **24-Stunden-Betreuung** durch Personenbetreuer:innen besteht ein Fördermodell, mit dem Betreuungsleistungen an pflege- und betreuungsbedürftigen Personen gefördert werden.

Die Daten sind dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2019 entnommen, die detaillierten Förderbedingungen sind der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz zu entnehmen.

6.6.1 Pflegegeldbezieher:innen

Mit Stand Dezember 2019 waren rund 466.000 Menschen berechtigt, Pflegegeld zu beziehen, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 5,2 Prozent (BL-Bandbreite: 4,3–6,5 %). Zum Vergleich: Im Jahr 2012 waren es rund 444.000 Personen, 2014 455.000 Personen gewesen.

Abbildung 212: Pflegegeldanspruchsberechtigte in Österreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen 2019



Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2019;
Darstellung GÖG

Etwas weniger als die Hälfte der Pflegegeldbezieher:innen hat Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, ein Drittel bezieht Pflegegeld der Stufen 3 und 4. 18 Prozent sind in die Stufen 5 bis 7 eingereicht.

Die Mehrheit der Personen in Österreich, die Pflegegeld beziehen, sind 65 Jahre und älter (78 Prozent):

- 14 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahre alt.
- 31 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahre alt.
- 34 Prozent sind 85 Jahre und älter.

63 Prozent der Pflegegeldbezieher:innen sind weiblich, 37 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede bei der Verteilung auf die Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 56 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 80 Jahre und älter, hingegen nur 36 Prozent der Pflegegeldbezieher.

Definitionen und Daten

Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt. Erforderlich ist ein Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden pro Monat. Die Anzahl der Stunden des monatlichen Pflegebedarfs wird im Rahmen einer Begutachtung durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Pflegefachkraft festgelegt. Die Daten sind der Pflegegeldstatistik 2019 des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2019.

6.6.2 Formelle Angebote

Für die bedarfsgerechte Versorgung mit Angeboten im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung sind die Bundesländer bzw. Gemeinden zuständig. Die bedeutendsten Pflege- und Betreuungsdienste sind mobile Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfen oder Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste zur Unterstützung des Lebens zu Hause, stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime oder betreute Wohnformen, Kurzzeitpflege und Tagesbetreuungseinrichtungen. Diese Angebote sind in der Pflegedienstleistungsstatistik erfasst und

können daher in der Folge beschrieben werden. Daneben gibt es weitere Entlastungsangebote wie Essen auf Rädern, Reinigungsdienste, Besuchsdienste oder Fahrtendienste, die österreichweit nicht erfasst werden. Ergänzend gibt es in Österreich auch die Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer:innen.

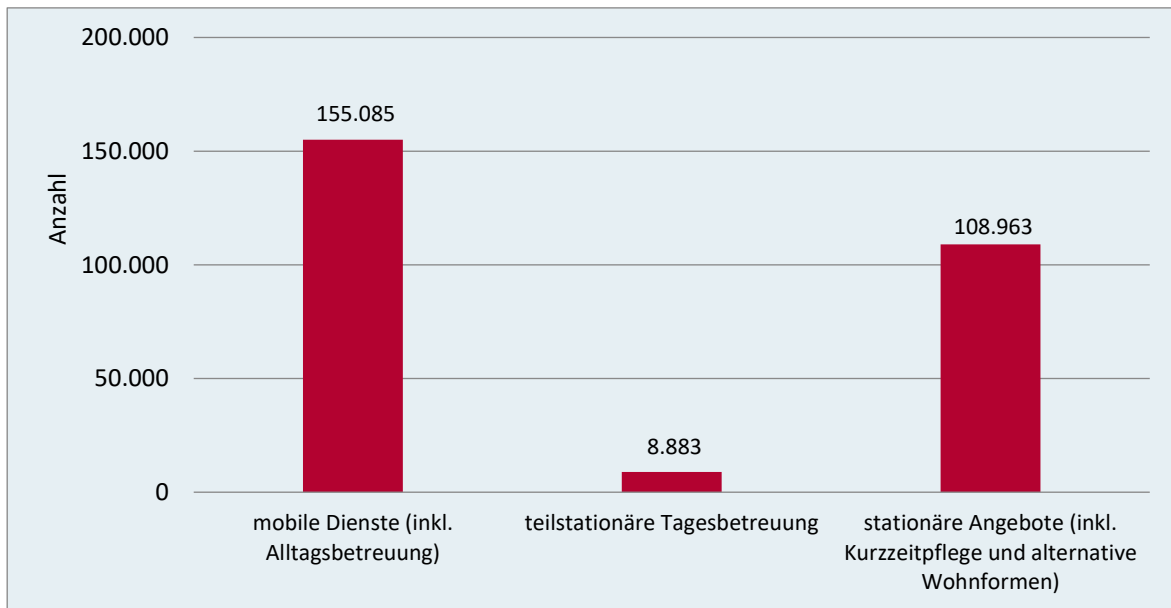
Definitionen und Daten

Die Pflegedienstleistungsstatistik basiert auf den Bestimmungen des Pflegefondsgesetzes und der Pflegedienstleistungsstatistikverordnung 2012. Im Rahmen dieser Statistik werden die Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden erfasst, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung oder sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt. Zur Gänze privat finanzierte Angebote sind in den Daten nicht erfasst. Die Pflegedienstleistungsstatistik wird von der Statistik Austria auf Basis der Angaben der Bundesländer erstellt.

Stationäre, teilstationäre und mobile Dienste

Im Jahr 2019 wurden rund 273.000 Personen entweder von mobilen Diensten betreut, besuchten teilstationäre Einrichtungen oder wohnten in stationären Einrichtungen (s. Abbildung 213), dies entspricht einem Anteil von 32 Prozent aller Personen in Österreich im Alter von 75 Jahren und älter (BL-Bandbreite 29–37 Prozent). Die Mehrheit der Betreuten wurde 2019 von mobilen Diensten beim Wohnen zu Hause unterstützt, nämlich rund 155.000 bzw. 18 Prozent der Personen im Alter von 75 Jahren und mehr. 13 Prozent lebten in einem Pflegeheim bzw. in einer betreuten Wohnform oder nahmen zumindest kurzfristig Pflege im Sinne von Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung in Anspruch. Nur rund ein Prozent der älteren Bevölkerung besuchte an einem oder mehreren Tagen eine Tagesbetreuungseinrichtung.

Abbildung 213: Anzahl der betreuten Personen (Jahressummen) nach Art der Betreuung in Österreich 2019

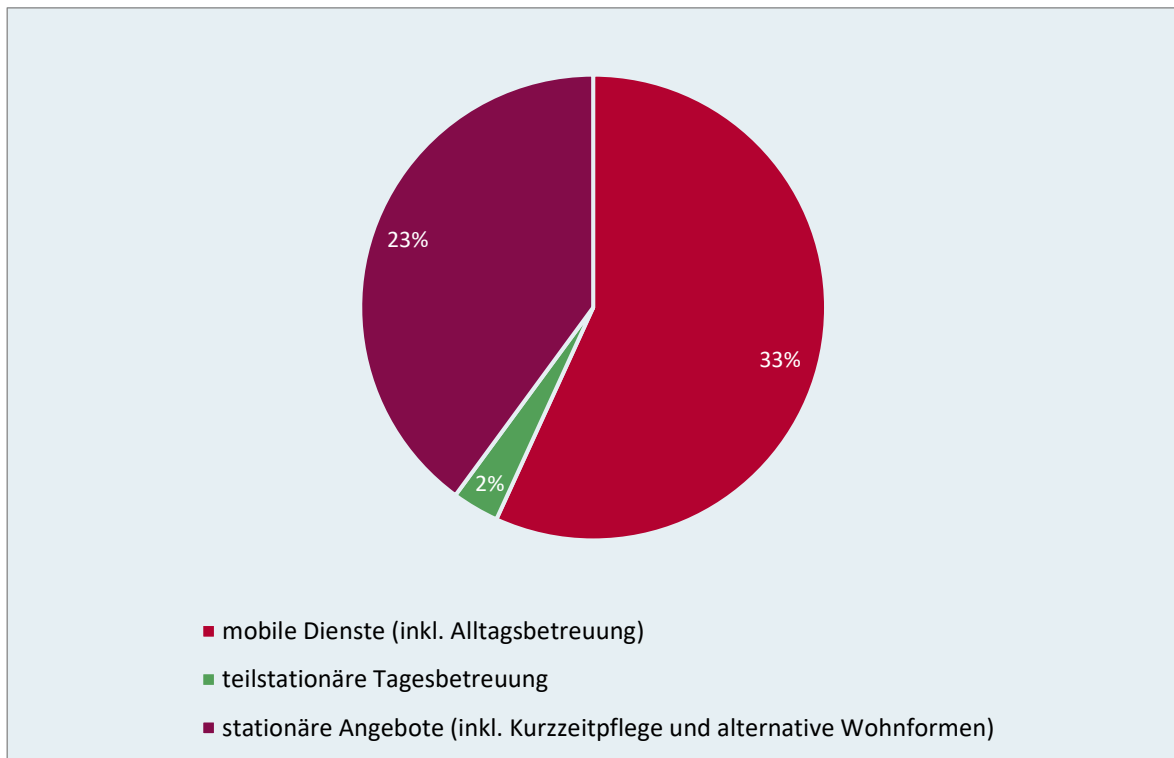


Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2019;
Darstellung GÖG

Bezogen auf die Pflegegeldbezieher:innen haben rund 58 Prozent formale Dienste im Sinne der Pflegedienstleistungsstatistik in Anspruch genommen, rund 42 Prozent konnten sich hingegen entweder allein versorgen, bzw. wurden sie von ihren An- und Zugehörigen oder durch Personenbetreuer:innen im Sinne der 24-Stunden-Betreuung unterstützt.

33 Prozent der Pflegegeldbezieher:innen wurden von mobilen Diensten betreut, 23 Prozent nahmen vorübergehend Kurzzeitpflege in Anspruch oder lebten in stationären Einrichtungen oder betreuten Wohnformen. Nur zwei Prozent besuchten eine Tagesbetreuungseinrichtung (s. Abbildung 214).

Abbildung 214: Anteile der Pflegegeldbezieher:innen, die formale Dienste gemäß Pflegedienstleistungsstatistik in Anspruch nehmen, 2019



Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2019;
Darstellung GÖG

24-Stunden-Betreuung

Neben den formalen Angeboten im Sinne der Pflegedienstleistungsstatistik wurde in Österreich im Jahr 2007 auch die gesetzliche Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer:innen geschaffen. Gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell, somit liegen Daten hinsichtlich der Anzahl jener Menschen vor, die eine Förderung erhalten. Dies waren im Jahr 2019 rund 25.000 Personen (BMSGPK 2019).

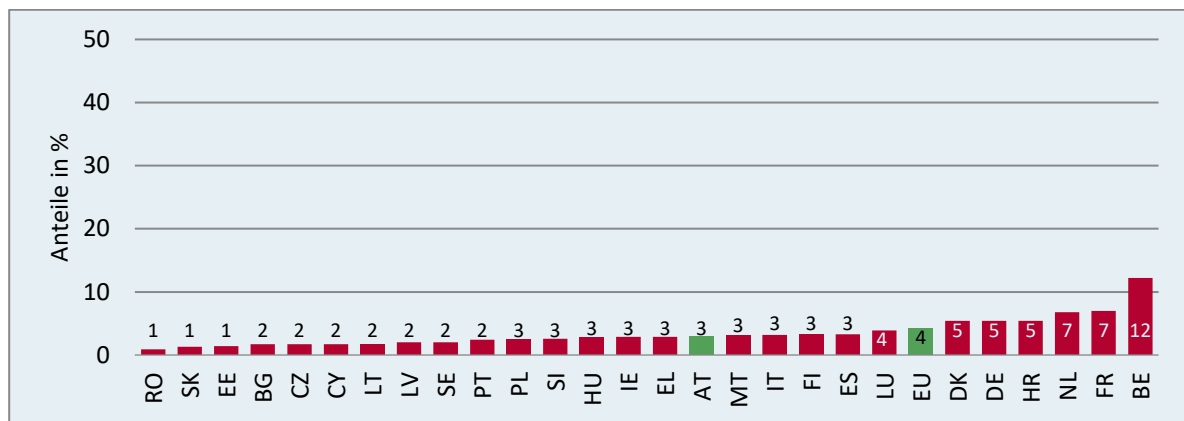
Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste

Laut ATHIS erhielten 2019 drei Prozent der Bevölkerung (rund 223.000 Personen) häusliche Pflege und Betreuung (BL-Bandbreite: 2–4 %) – Frauen häufiger als Männer (4 % vs. 2 %) und ab 60-Jährige häufiger als unter 60-Jährige (8 % vs. 1 %).

Am stärksten werden häusliche Pflege- und Betreuungsdienste von Personen ab 60 Jahren mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschule 12 % vs. Matura oder höher 7 %) und Personen ab 60 Jahren mit geringem Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil 11 % vs. oberstes Einkommensquintil 6 %) in Anspruch genommen.

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste mit rund drei Prozent etwas unter dem europäischen Durchschnitt von vier Prozent (EU-Bandbreite: 1–12 %; s. Abbildung 215).

Abbildung 215: Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste durch 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019;
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b und 15 Abs. 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz). Gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraus-

setzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze, die nicht überschritten werden darf (erhöht sich für jede:n unterhaltsberechtigten Angehörigen). Des Weiteren muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätserfordernisse erfüllen. Die Anzahl der Personenbetreuer:innen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst. Daten hinsichtlich der Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

Die Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste wird auch auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.6.3 COVID-19 und seine Auswirkungen auf den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung

Die COVID-19-Pandemie stellte v. a. für (hoch)betagte Personen ein beträchtliches Gesundheitsrisiko dar. Dies zeigt sich in signifikant höheren Morbiditätszahlen und Todesfällen im Vergleich zu jüngeren Populationen. Vor allem seit Herbst 2020 zeigte sich in Österreich (aber auch in anderen europäischen Ländern) ein diesbezüglicher Trend. Daher wurden ordnete der Bund Präventionskonzepte verpflichtend an, die in den stationären Einrichtungen auch umgesetzt wurden. Eine der größten Herausforderungen war es, den Schutz der Gesundheit der Bewohner:innen stationärer Einrichtungen so einzuhalten, dass ihre persönliche Freiheit nicht zu sehr eingeschränkt wurde. Trotzdem waren Besuchsbeschränkungen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit notwendige Maßnahmen. Bewohner:innen und ihre Betreuer:innen zählten daher zu den ersten Gruppen in Österreich, die eine Impfung in Anspruch nehmen konnten. Ähnliches gilt für pflegebedürftige Menschen, die zu Hause betreut wurden.

6.6.4 Österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“

Demografischer Wandel und damit einhergehende steigende Demenzprävalenzraten wie auch wachsender Betreuungs- und Pflegeaufwand veranlassten die österreichische Regierung, die Entwicklung einer Demenzstrategie in das Regierungsprogramm 2013–2018 aufzunehmen. Im Fokus dieser Strategie stehen neben den zu betreuenden Menschen auch deren An- und Zugehörige. Im Jahr 2015 wurde in einem Partizipationsprozess mit wesentlichen Stakeholderinnen und Stakeholdern die österreichische Demenzstrategie erarbeitet, wobei sieben Wirkungsziele mit Handlungsempfehlungen entwickelt wurden.

Abbildung 216: Die sieben Wirkungsziele der Demenzstrategie



Quelle: GÖG

Die Schwerpunkte lagen in den letzten fünf Jahren auf den Bereichen

- Vernetzung,
- Sensibilisierung und Bewusstseinsarbeit,
- Partizipation und Teilhabe,
- Dokumentation der Umsetzung der Maßnahmen.

Das Jahr 2020 brachte eine nächste Phase der Umsetzung. Im aktuellen Regierungsprogramm der Bundesregierung wird das Ziel gesetzt, die Demenzstrategie österreichweit auszurollen und mit Ressourcen zu versehen. Ein Schwerpunkt ist auf Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger zu setzen. Im laufenden Pflegereformprozess, der Taskforce Pflege, wird die Umsetzung der Demenzstrategie zu einem wichtigen Themenbereich.

COVID-19 hat allerdings in diesem Jahr auch die Arbeit an der Umsetzung stark beeinflusst. Während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 wurde primär daran gearbeitet, Informationen zu Onlineberatungen und Videotreffen für Menschen mit demenziellen Veränderungen und ihre An- und Zugehörigen zur Verfügung zu stellen bzw. Regelungen zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe zu erstellen.

Auf der Website www.demenzstrategie.at werden die Umsetzungsmaßnahmen laufend dokumentiert, die von den relevanten Entscheidungsträgern gesetzt werden. Es werden dort jene Maßnahmen aufgelistet, die ab Jänner 2016 von den Verantwortlichen auf Bundes-, Länder- und Sozialversicherungsebene gesetzt wurden, um die Wirkungsziele der Demenzstrategie zu erreichen.

Die Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategie werden von den dafür verantwortlichen Entscheidungsträgern (Bund, Länder, Sozialversicherung) eingemeldet und nur mit deren Zustimmung auf der Website freigegeben. Mit Stand 31. 12. 2020 waren 97 Umsetzungsmaßnahmen dokumentiert, 27 davon sind bundesweite Maßnahmen, 70 Maßnahmen beziehen sich auf das jeweilige Bundesland.

6.6.5 Informelle Pflege- und Betreuungsleistungen

15 Prozent der österreichischen Bevölkerung haben 2019 – laut ATHIS – mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 1,14 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 12–19 %) – drei Prozentpunkte weniger als noch 2014. In 83 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von Frauen (60 %) erbracht – durch Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (55 %), erwerbstätigen Personen (54 %; 69 % von ihnen vollzeitbeschäftigt) und Pensionistinnen/Pensionisten (30 %). 18 Prozent versor-

gen zudem Kinder unter 14 Jahren (8 % zwei oder mehr Kinder). 73 Prozent sind selbst chronisch krank oder weisen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem auf (berechnet auf Basis aller im ATHIS 2019 angefragten chronischen Erkrankungen und Gesundheitsprobleme, s. Kapitel 3.3.1). 34 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (6 % stark eingeschränkt), 16 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

67 Prozent pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen bis zu zehn Stunden pro Woche, 18 Prozent im Ausmaß von zehn bis 20 Stunden, 16 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (67 %) für Familienangehörige und andere Personen. 47 Prozent sind in Pension, 31 Prozent erwerbstätig (57 % von ihnen vollzeitbeschäftigt).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichtet (Klimont 2020) und mit 2014 verglichen (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.7 Gesundheitsberufe

2016 wurde das Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG) beschlossen, und seit 1. 7. 2018 werden diesem entsprechend alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuK-Berufe) sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) in einem elektronischen Register, dem Gesundheitsberuferegister (GBR), erfasst. Das Register enthält Informationen über die Berufsberechtigung der einzelnen Berufsangehörigen und ist für alle Interessierten unter <https://gbr-public.ehealth.gv.at/> öffentlich einsehbar.

Ziel des Gesundheitsberuferegisters ist es, die beruflichen Qualifikationen aller betroffenen Berufsangehörigen zu erfassen und einsehbar zu machen.

Mit 31. 12. 2019 waren insgesamt 184.866 Personen im GBR registriert, 186 Personen hatten zwei (bzw. eine Person drei) verschiedene Berufe angegeben. 184.680 Personen waren für einen Beruf registriert, 151.251 von ihnen in Pflegeberufen, 33.429 in MTD-Berufen (s. Tabelle 10). Von diesen 184.680 Personen gaben 173.656 an, entweder nur angestellt

oder sowohl angestellt als auch freiberuflich (= in beiden Bereichen) tätig zu sein. 11.024 Personen waren weder angestellt noch freiberuflich tätig. Diese Personen können z. B. nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, im Ausland berufstätig, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig oder in Pension sein.

Tabelle 10: Per 31. 12. 2019 im GBR registrierte Personen nach Beruf und Berufsausübung

Beruf	A. angestellt	B. freiberuflich	C. beides*	Summe A–C	D. Sonstiges**	Gesamt
1. DGKP	91.535	650	1.543	93.728	5.287	99.015
2. PFA	730			730	264	994
3. PA	47.384			47.384	3.858	51.242
Summe 1–3	139.649	650	1.543	141.842	9.409	151.251
4. BMA	5.676	8	14	5.698	320	6.018
5. Diät	730	165	524	1.419	137	1.556
6. Ergo	1.959	638	993	3.590	240	3.830
7. Logo	794	613	519	1.926	68	1.994
8. OT	306	3	21	330	14	344
9. Physio	5.257	5.725	3.038	14.020	595	14.615
10. RT	4.812	2	17	4.831	241	5.072
Summe 4–10	19.534	7.154	5.126	31.814	1.615	33.429
Summe 1–10	159.183	7.804	6.669	173.656	11.024	184.680
mehrere Berufe						186
Gesamt						184.866

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

PFA = Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent, PA = Pflegeassistentin/Pflegeassistent

BMA = Biomedizinische Analytikerin / Biomedizinischer Analytiker, Diät = Diätologin/Diätologe,

Ergo= Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Logo = Logopädin/Logopäde, OT = Orthoptistin/Orthoptist,

Physio = Physiotherapeutin/Physiotherapeut, RT = Radiologietechnologin/Radiologietechnologe

*beides: sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig

**Personen, die zum Beispiel nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt sind, arbeitssuchend sind oder ehrenamtlich tätig sind ,sowie Pensionistinnen/Pensionisten

Quelle: GÖG – Gesundheitsberuferegister 2019;

Berechnung und Darstellung GÖG

Die wesentlichen Einsatzbereiche der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind Krankenanstalten, Pflegeheime und mobile Dienste. Darüber hinaus sind sie auch in Bereichen der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn – zu denen Arztpraxen und Primärversorgungseinheiten, Behinderteneinrichtungen und freiberuflich tätige DGKP zählen – angestellt oder freiberuflich tätig. Ihre weiteren Einsatzbereiche sind u. a. Ausbildungssektor und Forschung, Behörden, Gemeinden, Unternehmen und Versicherungen, Interessenvertretungen, Sachverständigenwesen, Sozialversicherung.

Mehr als die Hälfte der Pflegepersonen sind im akutstationären Bereich (Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen) beschäftigt, knapp 30 Prozent in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und rund acht Prozent bei mobilen Diensten.

Tabelle 11: Einsatzgebiete der GuK-Berufe nach Settings in Prozent 2019 (n = 140.366)

	DGKP in %	PFA in %	PA in %	alle in %
Kranken-, Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	70	61	20,0	53,0
stationäre Langzeitpflege	15	32	55,0	28,5
mobile Pflege	6	5	12,0	8,0
Behindertenbetreuung	1	1	11,0	4,5
niedergelassener Bereich*	4	1	1,0	3,0
Ausbildungseinrichtungen	1	—	—	1,0
weitere Einrichtungen Im GW**	1	—	0,5	1,0
Sonstiges***	2	—	0,5	1,0
Gesamt	100	100	100	100

Anmerkungen:

*Ärztin/Arzt, ärztliche Gruppenpraxis

**selbstständige Ambulatorien, Blutspendeeinrichtungen, Straf- und Maßnahmenvollzug, Forschungseinrichtungen, Gewebebanken

***Sonstiges: Industriebetriebe oder Ähnliches

Quelle: GÖG – Gesundheitsberuferegister 2019;
Berechnung und Darstellung GÖG

Von den 33.429 Berufsangehörigen der medizinisch-technischen Dienste sind 58 Prozent angestellt und können so einem konkreten Setting zugeordnet werden. Insbesondere therapeutisch tätige Angehörige der MTD arbeiten somit häufig freiberuflich. Die wesentlichen Einsatzbereiche der MTD-Angehörigen sind Krankenanstalten sowie Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtungen, in denen knapp 37 Prozent aller Vertreter:innen der MTD tätig sind.

6.8 Hospiz- und Palliativversorgung³⁵

6.8.1 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

Adäquate Hospiz- und Palliativversorgung wird idealerweise in einem System der abgestuften Versorgung geleistet. Dadurch kann dem Grundsatz, die richtigen Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu versorgen, entsprochen werden. Das System einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zielt darauf ab, eine den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angemessene Versorgung sicherzustellen. Das System besteht aus einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und darüber hinaus – bei komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen einer Versorgung – aus eigenen, spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten.

Ein wichtiger Schritt in Richtung breiter Anerkennung dieses Versorgungsbereichs war die Aufnahme der abgestuften spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017, selbst wenn damit Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen noch nicht gelöst waren.

Im Regierungsprogramm *Aus Verantwortung für Österreich 2020–2024* wurde in Hinblick auf den Hospiz- und Palliativbereich zur Regelfinanzierung ausgeführt: *In dieser Legislaturperiode wird die Finanzierung der Palliativpflege und des Hospizes auf sichere Beine gestellt ... Man wolle Palliativpflege und Hospiz in die Regelfinanzierung überführen.* Im Oktober 2021 wurde vom BMSGPK das Hospiz- und Palliativfondsgesetz – HosPalFG zur Begutach-

³⁵ Stand November 2021

tung öffentlich gestellt. Mit diesem Bundesgesetz sollte ein Hospiz- und Palliativfonds eingerichtet werden, aus dem Zweckzuschüsse an die Länder zur finanziellen Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung ab dem Jahr 2022 gewährt werden.

Österreich verfügt in puncto Strukturqualität über bundesweit akkordierte Konzepte der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen (BMG 2014) sowie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Nemeth/Pochobradsky 2013), zusätzlich ist zur Prozessqualität das Prozesshandbuch (GÖG 2012) für alle sechs Angebote im Erwachsenenbereich verfügbar.

Im vorliegenden Kapitel werden die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich dargestellt. Darüber hinaus werden die betreuten Palliativpatientinnen und -patienten nach den Merkmalen Versorgungsangebot, Diagnosegruppe, Alter und Geschlecht charakterisiert.

Alle Ausführungen im vorliegenden Kapitel beziehen sich auf Angebote für Erwachsene. Spezielle Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden in Kapitel 6.8.2 dargestellt.

Definitionen und Daten

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht die adäquate Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten in verschiedenen Settings. Darin übernehmen *Palliativstationen* die akutstationäre Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. *Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung (GÖG 2014)). Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams* unterstützen die Leistungserbringer:innen der Grundversorgung mit spezialisiertem Hospiz- und Palliative-Care-Fachwissen. In *stationären Hospizen* werden Betroffene in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht, versorgt. *Tageshospize* betreuen Palliativpatientinnen/-patienten tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld. Die *Hospizteams* bieten Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung an.

Ziel ist, dass unheilbar kranke Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeheim, Zuhause) Zugang zu spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung erhalten (GÖG 2014).

Die hier vorgestellten Auswertungen beruhen auf den Daten des Dachverbands Hospiz Österreich (DVHÖ) und der BMSGPK-KA-Statistik für die Jahre 2015 und 2019 (z. B. Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen und Ehrenamtlichen, zur Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten in den Versorgungsbereichen).

6.8.1.1 Angebote für Erwachsene

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren sechs spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen in der Grundversorgung. Um ein Leben bis zuletzt in der vertrauten Umgebung (zu Hause, im Pflegeheim) zu ermöglichen, ist ein Versorgungsnetzwerk erforderlich, in welchem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten mobilen und (teil)stationären Angebote sowie die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Alle angeführten Angebote sind Bestandteil der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, deren Ziel es ist, die richtigen Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zu versorgen (GÖG 2014).

Abbildung 217: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste
			Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärzterschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...	Tageshospize	
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quellen: Hospiz Österreich; ÖBIG 2004

Bundesweit waren im Jahr 2019 im stationären Bereich 43 *Palliativstationen* (s. Tabelle 12) mit insgesamt 365 Palliativbetten aktiv, das sind 0,5 Einrichtungen bzw. 4,1 Betten pro 100.000 EW. Zudem stehen der Bevölkerung 13 *stationäre Hospize* mit insgesamt 116 Hospizbetten zur Verfügung, das sind 0,1 Einrichtungen bzw. 1,3 Betten je 100.000 EW. Das Angebot wird im teilstationären Bereich durch fünf *Tageshospize* mit 35 Plätzen ergänzt (0,1 Einrichtungen bzw. 0,4 Plätze je 100.000 EW).

Im mobilen Bereich stehen der Bevölkerung in Österreich insgesamt 61 *Palliativkonsiliardienste* und zusätzlich 69 *mobile Palliativteams* zur Verfügung. Das mobile Angebot wird durch 172 *Hospizteams* ergänzt. In den *Palliativkonsiliardiensten* sind 107,2 VZÄ beschäftigt (das sind 2,4 VZÄ pro 1.000 Betten³⁶), in den *mobilen Palliativteams* 255,6 VZÄ (das sind 2,9 VZÄ je 100.000 EW) und in 172 *Hospizteams* 53,2 vollzeitbeschäftigte hauptamtliche Koordinationspersonen (das sind rund 0,6 VZÄ pro 100.000 EW).

³⁶ Betten in Fonds-KA in Österreich 2019 (rund 43.700)

Gegenwärtig gibt es bei der Gegenüberstellung von Istsituation und Planungsrichtwert (= Zielstand) keine ausreichende Anzahl spezialisierter Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene in Österreich. Der Vergleich zwischen Ist- und Zielstand (entsprechend den Bedarfsrichtwerten) zeigt bei allen sechs Segmenten einen Ausbaubedarf (s. Tabelle 12). Dabei handelt es sich bei den Angaben zum Zielstand 2019 um idealtypische, rein rechnerische Ergebnisse, die von den Ländern adaptiert werden können. In der Gegenüberstellung des gegenwärtigen Umsetzungsstands mit den für 2019 anzustrebenden Kapazitäten lassen sich die unterschiedlichen Ausbauniveaus in den Angeboten verdeutlichen.

Tabelle 12: Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Ist- und Richtwertzielstand 2019

Hospiz- und Palliativeinrichtungen	Österreich Iststand absolut		Österreich Richtwertzielstand	
	absolut	pro 100.000 EW	absolut	pro 100.000 EW
Palliativstationen (Einrichtungen/Betten)	43/365	0,5/4,1	443 Betten	5,0
stationäre Hospize (Einrichtungen/Betten)	13/116	0,1/1,3	266 Betten	3,0
Tageshospize (Einrichtungen/Plätze)*	5/35	0,1/0,4	—*	—
Palliativkonsiliardienste (Teams/VZÄ)**	61/107,2	1,4/2,4	rd. 256 VZÄ	6,0
mobile Palliativteams (Teams/VZÄ)	69/255,6	0,8/2,9	rd. 285 VZÄ	3,2
Hospizteams (Teams / VZÄ hauptamtliche Koordinationspersonen / ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen)	172/53,2/ 3.271	1,9/0,6/36,9	rd. 127 VZÄ	1,4

VZÄ: exkl. administratives Personal (Sekretärinnen/Sekretäre, sonstiges Personal)

Der Richtwertzielstand ergibt sich aus den Bedarfsrichtwerten der GÖG-Broschüre (BMG 2014) über die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung.

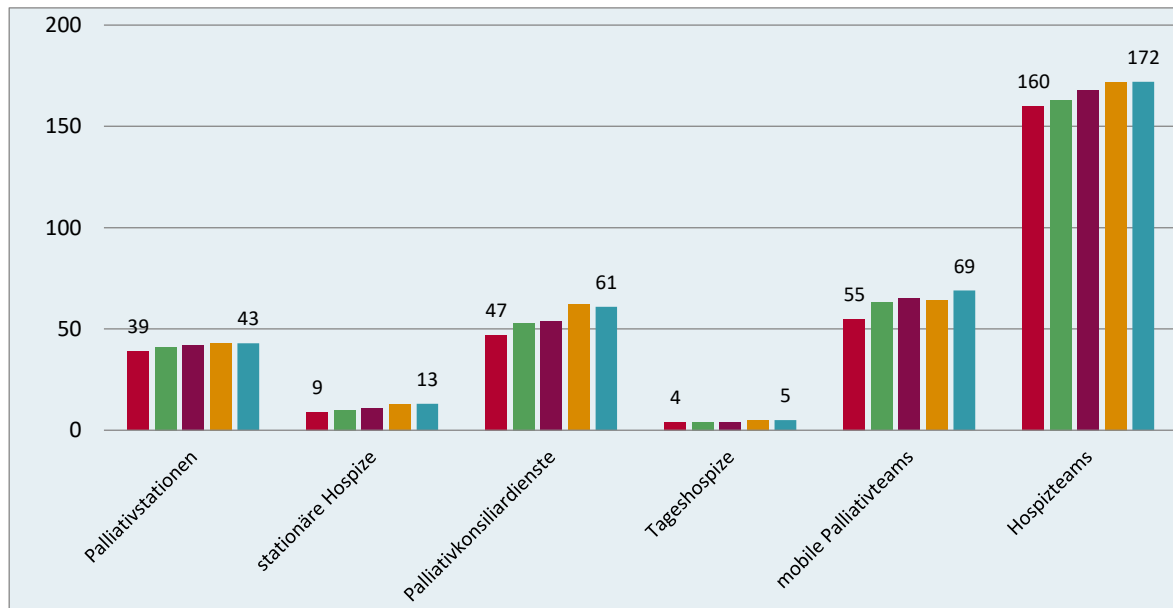
*bis zu 10 Einrichtungen bundesweit; nur in Ballungsräumen mit mind. 150.000 EW sinnvoll (auch BL-übergreifend)

**pro 1.000 Betten in Fonds-KA 2019

Quelle: DVHÖ 2019, BMSGPK – KA-Statistik 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 218: Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2015 und 2019



Quellen: DVHÖ 2015/2019, BMSGPK – KA-Statistik 2015/2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.8.1.2 Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen

Die Hospiz- und Palliativversorgung zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit verschiedener Professionen aus, die als wesentliche Voraussetzung gilt, um auf die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Menschen eingehen zu können. Zu den beteiligten Professionen zählen die Gesundheitsfachberufe ebenso wie die ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiter:innen ohne spezielle Berufsausbildung im Gesundheitsbereich.

Im Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene wurden u. a. Qualitätskriterien für Berufsgruppen und Personalausstattung in den einzelnen Versorgungsangeboten definiert. Nach diesen personellen Kriterien bestehen in den österreichweiten Versorgungsangeboten noch personelle Lücken (GÖG 2014).

In den 172 Hospizteams sind 3.271 Ehrenamtliche tätig und 53 hauptamtliche Koordinationspersonen beschäftigt. Sie leisten rund 379.000 Stunden unentgeltlicher Arbeit. Diese Tätigkeit wird nur von qualifizierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern durchgeführt, die nach den

Standards von Hospiz Österreich ausgebildet sind. Die Ehrenamtlichen sind mit 87 Prozent fast ausschließlich Frauen.

Tabelle 13: Hauptamtliche Mitarbeiter:innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich nach Beruf 2019

	Palliativstation		stationäres Hospiz		Tageshospiz		Palliativ-konsiliardienst		mobiles Palliativteam	
	Perso- nen	VZÄ	Perso- nen	VZÄ	Perso- nen	VZÄ	Perso- nen	VZÄ	Perso- nen	VZÄ
Pflege	660	475,3	204	140,3	16	8,6	145	60,8	324	178,0
Medizin	131	83,5	32	8,1	9	2,1	125	33,9	168	49,9
Sozial- arbeit	39	11,7	9	2,1	3	0,1	38	8,2	45	20,0
Psycho- therapie	50	15,2	7	0,5	2	0,2	28	3,4	25	5,0
Physio- therapie	62	20,4	11	3,1	3	0,7	23	0,1	18	1,9
Seel- sorge	39	7,1	11	1,1	4	0,7	28	0,7	17	0,8
weitere Fach- kräfte Betreu- ung	46	5,5	25	0,8	6	0,4	18	0,1	17	0,0
Sekreta- riat	41	13,9	10	1,5	3	0,9	17	2,9	38	15,4
Sonstige	38	23,4	11	5,6	4	0,4	1	0,0	12	3,9
Gesamt	1106	656,0	320	163,0	50	14,2	423	110,0	664	274,8

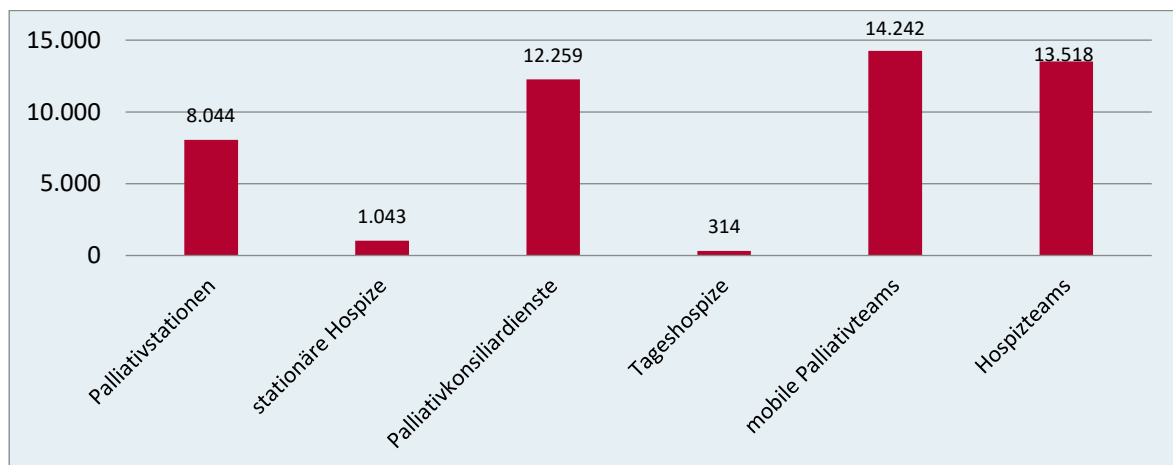
Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.8.1.3 Palliativpatientinnen und -patienten

Hospiz- und Palliative Care richtet sich nach den Bedürfnissen der unheilbar kranken Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen und nicht nach Diagnosen, einem bestimmten Krankheitsstadium oder der verbleibenden Lebenszeitprognose. Es geht dabei um bestmögliche Lebensqualität, Schmerzerfassung und Behandlung auf allen Ebenen (physisch, psychisch, sozial), um Symptomlinderung und um eine multiprofessionelle Betreuung und Begleitung. Kausale kurative Therapien stehen nicht mehr im Zentrum der Versorgung. Deshalb kann Hospiz- und Palliative Care nicht nur Sterbenden, sondern auch schwerkranken Patientinnen und Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Erkrankung eine große Unterstützung sein.

Die Zahl der im Jahr 2019 von den spezialisierten Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung betreuten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 219 ersichtlich. Da Palliativpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß im Zeitverlauf unterschiedliche Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, sind Mehrfachzählungen nicht auszuschließen.

Abbildung 219: Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2019



Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2019, BMSGPK – KA-Statistik 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

In fast allen Versorgungseinrichtungen werden mehr Frauen als Männer betreut (52 % zu 48 %). Von den *Palliativkonsiliardiensten* und in den *Palliativstationen* werden knapp mehr

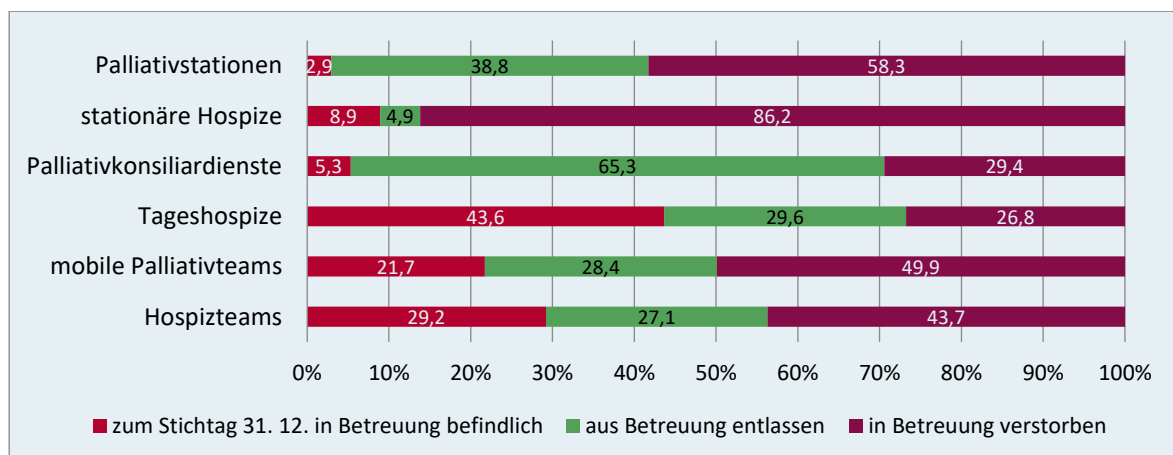
Patienten als Patientinnen betreut (jeweils 52 Prozent Männer). Im Vergleich dazu ist der Anteil der Palliativpatientinnen im *Tageshospiz* (60 %) sowie im *stationären Hospiz* (55 %) und bei den *Hospizteams* (61 %) deutlich höher.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt, über alle sechs Versorgungseinrichtungen betrachtet, bei 72,4 Jahren.

Hospiz- und palliative Behandlungsangebote sind nicht ausschließlich auf Krebspatientinnen/-patienten, sondern auch auf Menschen mit fortgeschrittenen nichtonkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung ausgerichtet. Bei 70 bis 88 Prozent der in spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten liegt allerdings eine Krebserkrankung vor.

Es zeigt sich, dass spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote zunehmend ihrem Auftrag, schwerkranke Personen bis zum Tod zu betreuen, nachkommen (können). Insbesondere die *stationären Hospize* betreuen ihre Patientinnen und Patienten bis zum Tod (86,2 %). Die Betreuung von Patientinnen und Patienten unter Beiziehung von *Palliativkonsiliardiensten* endet in zwei von drei Fällen mit einer Entlassung, gefolgt von den *Palliativstationen* mit 39 Prozent. In *Tageshospizen* und bei den *Hospizteams* war zum Stichtag 31. 12. 2019 ein vergleichsweise großer Anteil der Patientinnen und Patienten in Betreuung.

Abbildung 220: Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Verstorbene, Entlassene und Betreute 2019



Quelle: DVHÖ 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Viele Palliativpatientinnen/-patienten haben den Wunsch, in der vertrauten Umgebung im Kreis ihrer An- und Zugehörigen zu sterben. *Mobile Palliativ- und Hospizteams* haben sich zum Ziel gesetzt, dieses Anliegen möglichst vielen schwerkranken Menschen zu ermöglichen und sie im letzten Lebensabschnitt zu betreuen und zu begleiten. Damit leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

6.8.2 Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bedürfen genauso wie Erwachsene einer umfassenden Versorgung durch ein multiprofessionelles Team, wobei es in ihrem Fall wesentliche Unterschiede zur Hospiz- und Palliativversorgung Erwachsener und eine Vielzahl besonderer Herausforderungen gibt wie vor allem folgende:

- Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung kann bereits ab Diagnosestellung über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod und darüber hinaus benötigt werden.
- Die Krankheiten der Kinder sind oft durch einen jahrelangen Verlauf gekennzeichnet, und die Krankheitssymptome ändern sich im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter. Gegebenenfalls müssen kurative und palliative Versorgung gleichzeitig stattfinden.
- Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung muss nach Alter, Grunderkrankung sowie Entwicklungsstand des Kindes bzw. der:des Jugendlichen bzw. der:des jungen Erwachsenen ausgerichtet sein.

Das Ziel des pädiatrischen Hospiz- und Palliativbereichs ist, schwerstkranken und sterbenden Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie ihren Familien österreichweit ein ihren besonderen Bedürfnissen angepasstes Unterstützungsangebot zur Verfügung zu stellen. Dieses muss den Grundsätzen der qualitativ hochwertigen Begleitung und Versorgung, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Leistbarkeit gerecht werden. Wie auch in der Versorgung Erwachsener sind die wesentlichen Fragen – z. B. jene der Zuständigkeit für Umsetzung und Finanzierung – bundesweit noch zu klären.

Seit 2013 gibt es ein spezifisches bundesweit akkordiertes und auf der Website des BMSGPK veröffentlichtes Expertenkonzept für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von

Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen³⁷ mit vier spezialisierten Versorgungsangeboten:

- Kinder-Hospizteams begleiten Palliativpatientinnen/-patienten und ihre Familien sowie An- und Zugehörigen in der vertrauten Umgebung (zu Hause, im Krankenhaus, im Kinder-Hospiz, in der Betreuungseinrichtung, in der Schule, im Kindergarten ...) mit ehrenamtlichen Kinderhospizbegleiterinnen/-begleitern.
- Mobile Kinder-Palliativteams unterstützen die in der vertrauten Umgebung in der Basisversorgung Tätigen mit fachlicher Expertise.
- Stationäre Kinder-Hospize nehmen erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ihre Familie oder nahen An- und Zugehörigen für eine bestimmte Zeit auf und bieten damit Entlastung und professionelle Unterstützung.
- Pädiatrische Palliativbetten stehen in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde für eine spezialisierte ganzheitliche Versorgung in besonders komplexen Situationen zur Verfügung, wenn ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

In Analogie zur grafischen Aufbereitung des Modells der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Erwachsenenbereich (vgl. HOS/PAL-Broschüre 2014) entwickelte der DVHÖ eine grafische Aufbereitung für den Kinderbereich:

³⁷ <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/279>

Abbildung 221: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		Entlastung	
Einrichtung/ Dienstleister:innen	mobile Angebote	stationäre Angebote	mobile, (teil)stationäre Angebote	
Kinderkliniken, (Kinder-)Krankenhäuser Betreuungseinrichtungen niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft mobile (Kinder-)Krankenpflege Therapeutinnen/Therapeuten	Kinder- Hospizteams	mobile Kinder- Palliativteams	<div style="background-color: #4a90e2; color: white; padding: 5px; text-align: center;">pädiatrische Palliativbetten</div> <div style="background-color: #27ae60; color: white; padding: 5px; text-align: center;">stationäre Kinder- Hospize</div>	Tagesbetreuung Entlastungspflege Kurz-, Langzeitpflege Erholung Trauerbegleitung ...

Quelle und Copyright: Hospiz Österreich (2023)

Im Expertenkonzept wurden alle spezialisierten Angebote charakterisiert und die entsprechenden Qualitätskriterien formuliert, wobei Planungsrichtwerte und quantitative Personalvorgaben in einem weit geringeren Detaillierungsgrad aufgenommen wurden als im Erwachsenenbereich. In Ergänzung des Expertenkonzepts für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene formulierte der Dachverband Hospiz Österreich Umsetzungsempfehlungen³⁸ und veröffentlichte sie im Herbst 2015. Diese Empfehlungen sollen eine flächendeckende, qualitätsvolle pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich fördern und unterstützen.

Die Umsetzung des Konzepts mit spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene befindet sich österreichweit im Aufbau. In Österreich sind alle vier definierten pädiatrischen Versorgungsangebote in Betrieb – wenn auch jeweils in heterogenem Ausmaß (zwischen mobilem und stationärem pädiatrischem Angebot und auch auf Bundeslandebene).

³⁸ https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/Empfehlungen_KiJu_DVHOE_2015.pdf

Zum Stichtag 31. 12. 2019 waren insgesamt 31 Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Betrieb. Der Status quo der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ist Tabelle 14 zu entnehmen.

Die mobile pädiatrische Versorgung erfolgt bundesweit über 14 mobile Kinder-Palliativteams und zwölf Kinder-Hospizteams. Gemäß DVHÖ wurden im Jahr 2019 per mobile Kinder-Palliativteams 559 erkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien betreut. Die Kinder-Hospizteams haben im selben Zeitraum insgesamt 156 Familien begleitet, sowohl erkrankte Kinder und Jugendliche als auch deren Geschwister und Eltern.

Die stationäre pädiatrische Versorgung wird durch acht pädiatrische Palliativbetten (im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich und Tirol) und durch vier stationäre Kinderhospizbetten (in einer Institution mit psychosozialer Ausrichtung im Burgenland und in Form eines Kinderhospizplatzes in Niederösterreich) geleistet.

Tabelle 14: Iststand 2019 im Hospiz- und Palliativbereich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich (Stand 31. 12. 2019)

Versorgungsangebote	Iststand 2019	
	Anzahl	Bundesländer
pädiatrische Palliativbetten	4 Standorte: 8 Betten	B, K, NÖ, T
stationäre Kinderhospize	3 Betten (Institution mit psychosozialer Ausrichtung) 1 Kinderhospizplatz	B NÖ
mobile Kinder-Palliativteams	14 Teams	Je 1 Team: B, K, OÖ, T NÖ: 1 Team mit 4 Standorten je 2 Teams: S, ST., W
Kinder-Hospizteams	12 Teams	Je 1 Team: B, K, NÖ, OÖ, T, V Je 2 Teams: S, ST, W

Quellen: DVHÖ, Datenerhebung 2019;

Darstellung: GÖG

6.9 Ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität

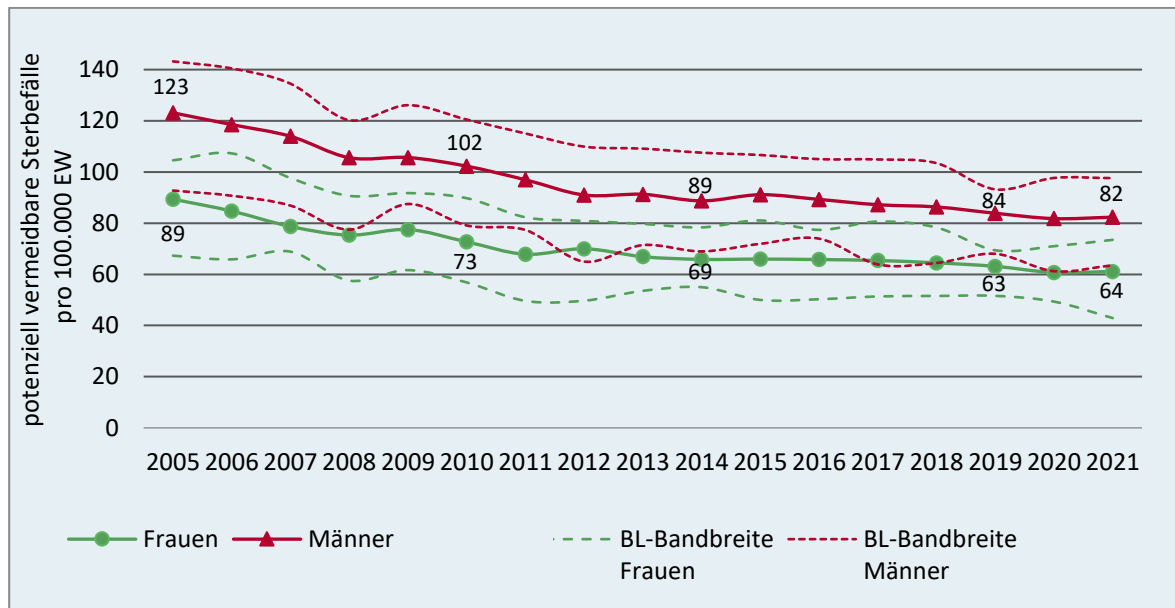
2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c) – darunter auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

6.9.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Gemäß der Definition dieses Indikators (s. Definitionen und Daten) sind im Jahr 2021 in Österreich rund 5.760 Todesfälle eingetreten (2019 waren es rund 5.660), die – aufgrund der Todesursache und des Alters der Betroffenen – seitens des Gesundheitssystems potenziell vermeidbar gewesen wären; 55 Prozent davon betrafen Männer. Bezogen auf 100.000 EW, bedeutet dies eine altersstandardisierte Rate von 82 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 64–98) und 61 Fällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 43–73; s. Abbildung 222).

Die vorzeitige, durch das Gesundheitssystem potenziell vermeidbare Sterblichkeit ist – abgesehen von kleineren jährlichen Schwankungen auf Bundesländerebene – deutlich rückläufig (s. Abbildung 222). Sie hat sich im Beobachtungszeitraum (2005–2021) um rund 33 Prozent von 106 auf 72 Todesfälle pro 100.000 EW reduziert.

Abbildung 222: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht 2005–2021



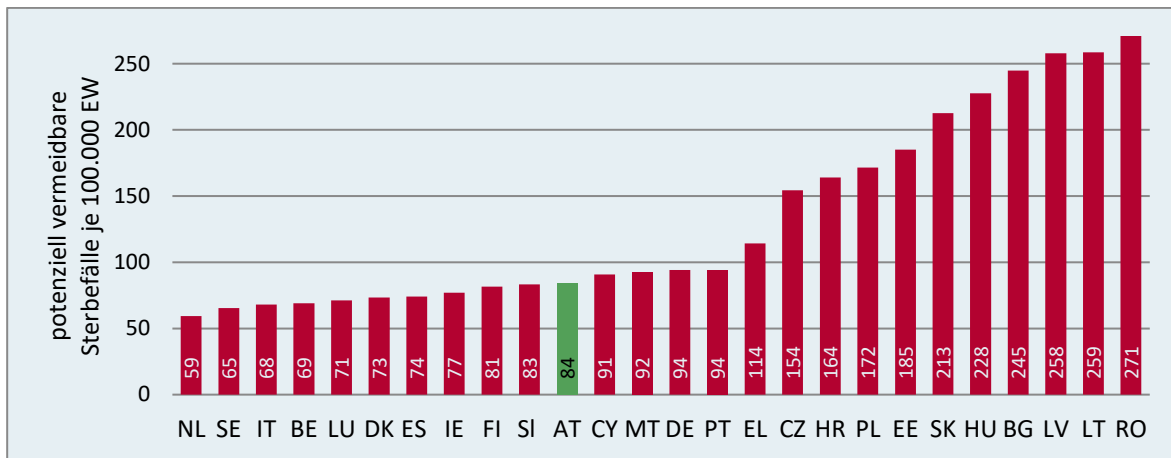
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Laut Eurostat liegt die Rate der Todesfälle, die in Österreich durch Behandlung im Gesundheitssystem vermeidbar gewesen wären, unter dem Durchschnitt der europäischen Union. Es gibt diesbezüglich nahezu eine Zweiteilung Europas mit – insbesondere bei Männern – sprunghaft höheren Werten in osteuropäischen Ländern (s. Abbildung 223 und Abbildung 224).

Abbildung 223: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit bei Männern im EU-Vergleich* 2019



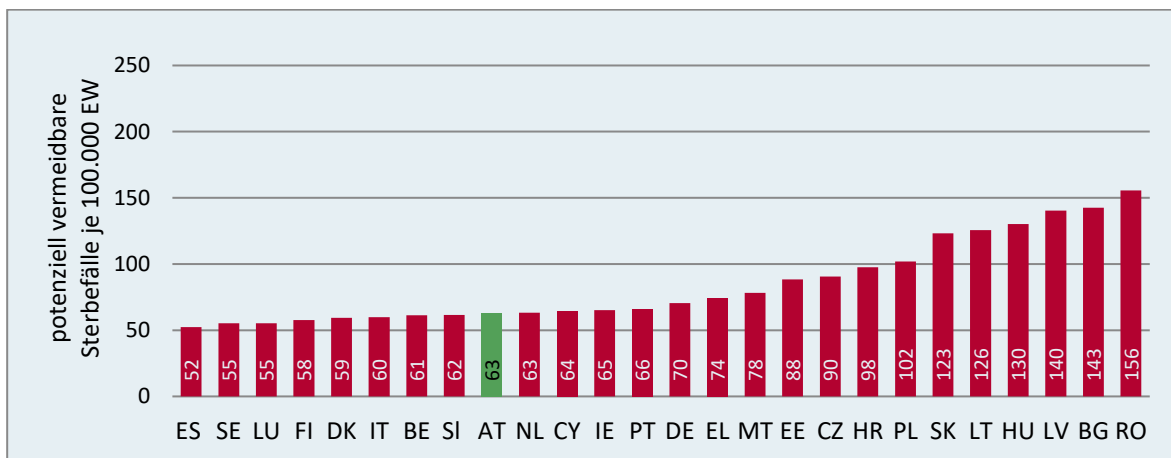
*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat (abgefragt am 6. 12. 2022);

Darstellung: GÖG

Abbildung 224: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit bei Frauen im EU-Vergleich* 2019



Quelle: Eurostat (abgefragt am 6. 12. 2022);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

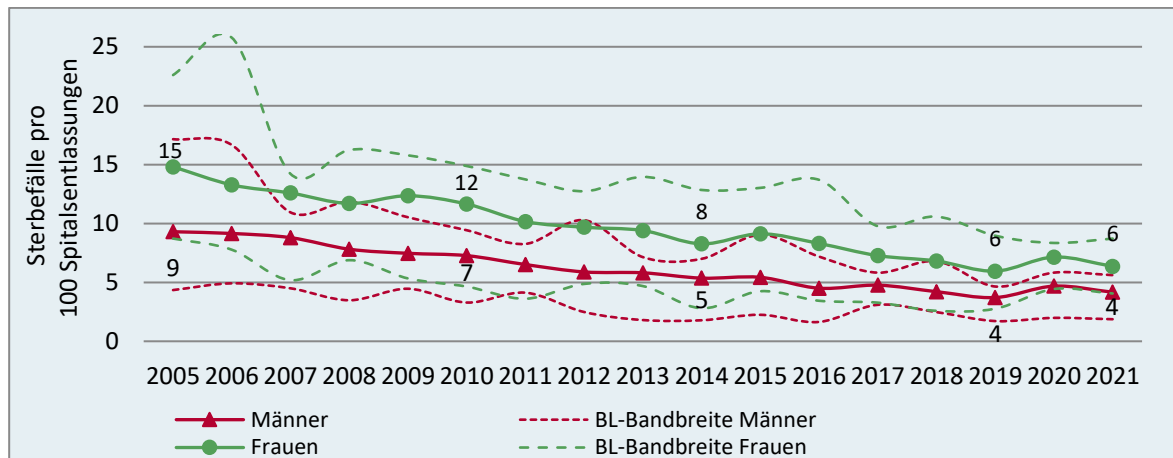
Der Indikator vorzeitige, vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Englisch: mortality amenable to health care, MAHC) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird als vorzeitige Sterblichkeit definiert, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. „Vorzeitig“ bezieht sich bei den meisten Krankheiten auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011; Nolte et al. 2008). Berücksichtigt werden alle Krankheiten, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundene sekundärpräventive Maßnahmen, nicht jedoch durch Primärprävention beeinflussbar gewesen wären. Die MAHC ist damit ein Indikator für die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen. Ende 2018 wurde die Liste der zugrunde liegenden Todesursachen (treatable mortality) von Expertengruppen der OECD und Eurostat überarbeitet und publiziert. Im Folgenden wird die evidenzbasierte Neudefinition des Indikators übernommen und die bisher publizierte Zeitreihe aktualisiert (siehe auch BMSGPK 2021e).

6.9.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

717 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2021 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus (406 Männer und 311 Frauen), ähnlich viele wie 2019 (736). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose, bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 4,9 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Trotz der absolut höheren Sterbezahl von Männern ist die AMI-Sterblichkeit bei Frauen deutlich höher: 6,4 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 4–9), 4,2 bei Männern (BL-Bandbreite: 2–6), am niedrigsten ist die AMI-Sterblichkeit in Vorarlberg.

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist – mit einigen Schwankungen – rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2021 bei Frauen von 15 auf sechs und bei Männern von neun auf vier Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Der Unterschied nach Geschlecht konnte in diesem Zeitraum mehr als halbiert werden (s. Abbildung 225), allerdings ist er auf das höhere Durchschnittsalter von Frauen zurückzuführen: Altersstandardisiert besteht hier kein Unterschied zwischen Männern und Frauen (BMSGPK 2021e).

Abbildung 225: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht 2005–2021



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt war im Jahr 2017 in Österreich höher als im europäischen Durchschnitt (BMSGPK 2021e). Im Jahr 2019 lag Österreich hier auf Rang 7 von insgesamt 17 EU-Ländern mit verfügbaren Daten (OECD-Datenbank, abgefragt am 8. 12. 2022).

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI)* – ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung – misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb 30 Tagen nach einem Myokardinfarkt in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22).

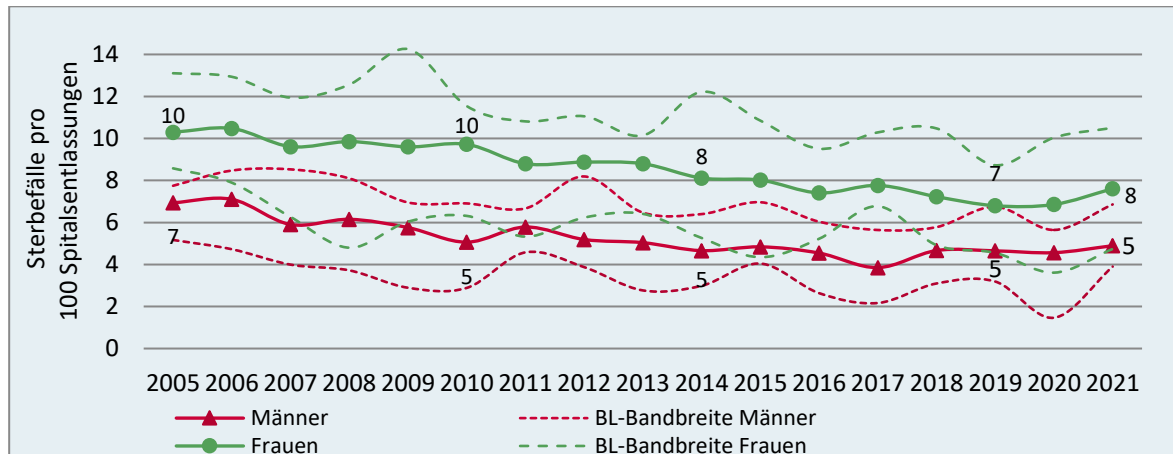
Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

6.9.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

1.137 Menschen starben im Jahr 2021 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem österreichischen Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Etwa 57 Prozent davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der Unterschied nach Geschlecht: 7,6 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen aufgrund eines Schlaganfalls enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich (BL-Bandbreite: 5–11), bei Männern sind es mit 4,9 Fällen deutlich weniger (BL-Bandbreite: 4–7).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist tendenziell bei beiden Geschlechtern rückläufig, wenngleich es zwischendurch auch Steigerungen im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr gab. Auch von 2020 auf 2021 ist eine Zunahme zu beobachten, im Jahr 2019 war sie im Beobachtungszeitraum am geringsten (mit – gegenüber den männlichen – 2,1 weiblichen Sterbefällen von 100 Spitalsaufenthalten mehr; s. Abbildung 226).

Abbildung 226: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht 2005–2021



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall liegt – im Gegensatz zur 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt – in Österreich deutlich unter dem europäischen

Durchschnitt. Nur in drei (bei Frauen) bzw. vier Ländern (bei Männern) waren die altersstandardisierten Werte im Jahr 2019 niedriger als in Österreich (von insgesamt 16 Ländern mit verfügbaren Werten). Die Länder mit den niedrigsten Werten waren Dänemark, die Niederlande und Schweden, jene mit den höchsten Werten waren Lettland und Litauen, gefolgt von Slowenien und Tschechien (OECD-Datenbank, abgefragt am 8. 12. 2022).

Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall* – ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung – misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen nach einem Schlaganfall in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I63 und I64).

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

6.9.4 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

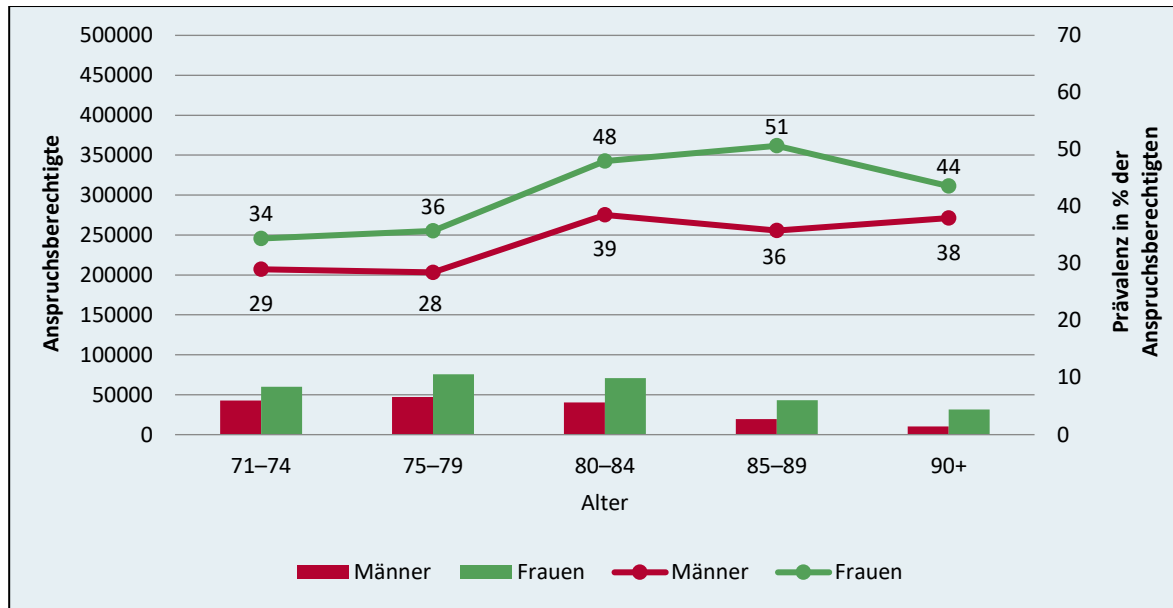
Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Der Indikator ist als jener Anteil der ab 70-Jährigen definiert, die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurden.

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und verweist damit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich, andererseits auf die Patientensicherheit (Mann et al. 2014).

Im Jahr 2020 haben in Österreich 37 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 30–41 %). Im Vergleich zu 2012 (52 %) und 2016 (43 %) zeigt sich damit eine deutliche Abnahme.

Frauen weisen in allen Altersgruppen über 70 Jahre eine höhere PIM-Prävalenz auf als Männer (41 % vs. 32 %; s. Abbildung 227).

Abbildung 227: PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht in Österreich 2020



SV-Anspruchsberechtigte: die Summe aller sozialversicherten Personen in Österreich (98 % der Gesamtbevölkerung)

Quelle: Mann et al. (2014); DVSV-Sonderauswertung (2021)

Darstellung: GÖG

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich erscheint – trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit – die österreichische PIM-Prävalenz relativ hoch und ist mit 37 Prozent bei den über 70-Jährigen höher als in den meisten Referenzländern (BMSGPK 2021e):

- Deutschland: 22 Prozent; über 70-Jährige, Datenjahr 2010, Grundlage PRISCUS-Liste mit derzeit 83 Wirkstoffen ohne Diclofenac (Schubert et al. 2013)
- Schweiz: 23 Prozent; über 65-Jährige, Datenjahr 2012 (Reich et al. 2014)
- Schweden: 16–24 Prozent; über 65-Jährige, Datenjahr 2008; unterschiedliche PIM-Listen (Morin et al. 2015)
- Frankreich: 54 Prozent; über 75-Jährige, Datenjahr 2011 (Bongue et al. 2011)

Allerdings sind die Vergleichsdaten der anderen Länder schon einige Jahre alt. Auch in diesen Ländern kann es zwischenzeitlich bereits positive Entwicklungen gegeben haben.

Definitionen und Daten

Die Definition *potenziell inadäquater Medikation* (PIM) fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2012) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen 73 Wirkstoffe in die Berechnung des PIM-Anteils ein (jeweils nur in oralen Formen). Sobald eine Person ab 70 Jahren einen dieser Wirkstoffe erhalten hat (mindestens eine Packung), zählt sie zur PIM-Gruppe.

Die österreichische PIM-Liste spiegelt die nationalen Gegebenheiten hinsichtlich Verschreibungsverhalten und Zulassungen wider und deckt sich nicht mit den Definitionen anderer Länder. Ein europäischer Vergleich ist daher nur eingeschränkt möglich. Die Definition von Diclofenac (orale Formen) als PIM-Medikament ist umstritten, der Wirkstoff wird in internationalen PIM-Listen meist nicht genannt. Die Auswahl der der Berechnung zugrunde liegenden Wirkstoffe beeinflusst die PIM-Prävalenz in hohem Maße. Die deutlichen Unterschiede zwischen Österreich und den dargestellten Ländern können jedoch durch Diclofenac allein nicht erklärt werden.

Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 (1) Apothekergesamtvertrag) finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patientin oder des Patienten in den Auswertungen Berücksichtigung. Jahresauswertungen sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da die jährliche Rezeptgebührenanpassung Auswirkungen auf die in der Statistik enthaltenen Verordnungen hat.

6.10 Spezifische Versorgungsbereiche

6.10.1 Schwangerschaft und Geburt

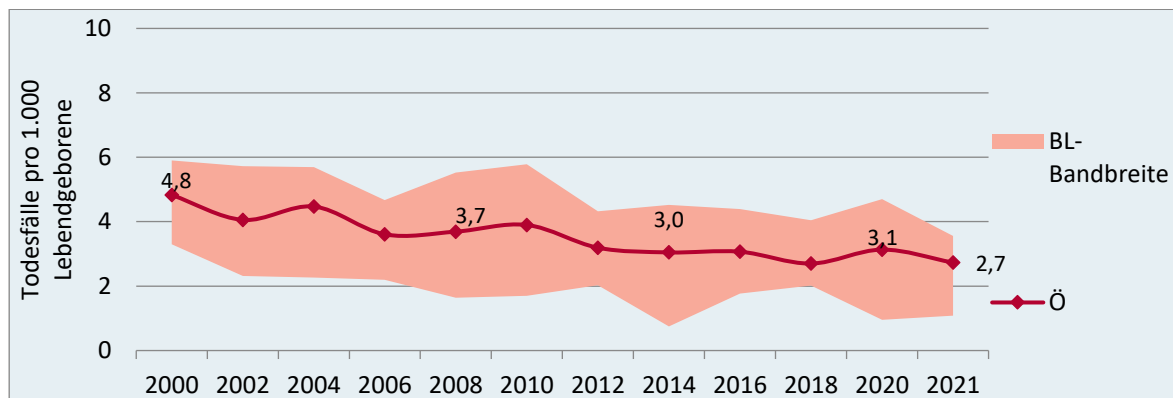
Im Jahr 2021 kamen 86.078 Kinder von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich auf die Welt (749 davon im Ausland). Dieser Wert entspricht einer Rate von 9,6 Lebendgeburten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 7,6–10,8) und ist wieder etwas höher als in den beiden vorangegangenen Jahren.

Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

Im Jahr 2021 starben in Österreich 235 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 2,7 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 1,0–4,7). Das ist erneut so niedrig wie der bisher historisch niedrigste Wert von 2,7 im Jahr 2018. Am höchsten war die Säuglingssterblichkeit – wie seit 2010 fast immer – in Wien, am niedrigsten in Kärnten.

Zu Beginn der 1970er-Jahre war die Säuglingssterblichkeit in Österreich bei 26 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene gelegen, doch bis in die erste Hälfte der 1990er-Jahre war sie stark rückläufig. Seither ist sie – mit jährlichen Schwankungen – tendenziell weiterhin geringfügig gesunken (s. Abbildung 228).

Abbildung 228: Säuglingssterblichkeit in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2000–2021

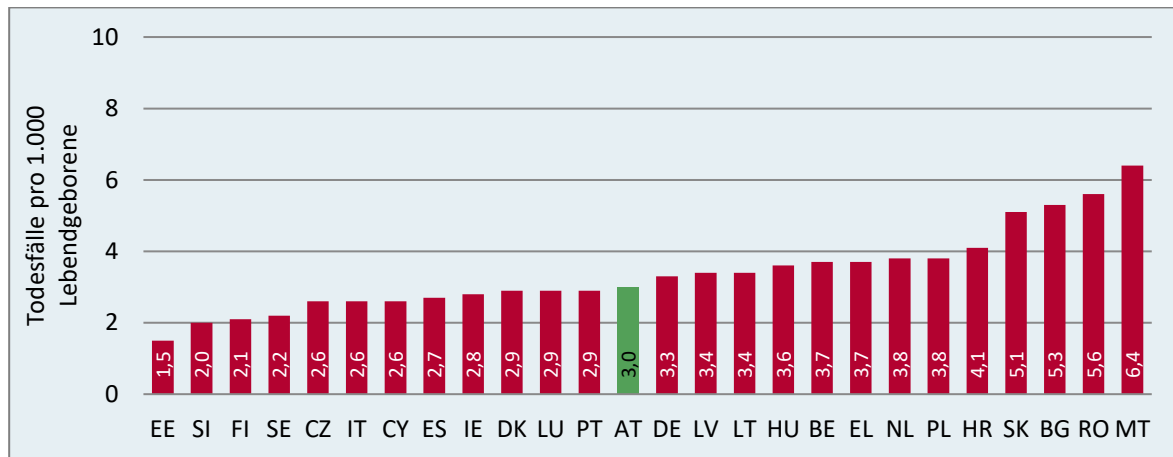


Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Zugriff am 1. 12. 2022);
Darstellung: GÖG

Der überwiegende Teil der Sterbefälle bei Säuglingen ereignet sich in den ersten vier Lebenswochen, 2020 waren es 80 Prozent. Diese Fälle werden als neonatale Sterblichkeit bezeichnet, die in Österreich im Jahr 2021 bei 2,2 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten lag (BL-Bandbreite: 0,9–2,8). Zumeist haben diese Todesfälle ihren Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-10: P00–P96; mehr als die Hälfte) oder sind auf „Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (ICD-10: Q00–Q99, rund ein Drittel) zurückzuführen.

Die Säuglingssterblichkeit in Österreich liegt etwas unter dem europäischen Durchschnitt, ein kontinuierlicher Rückgang zeigt sich sowohl im europäischen als auch im österreichischen Trend. Im Jahr 2019 lag Österreich auf Rang 13 der EU-Länder (wobei für Frankreich für dieses Jahr keine Zahlen vorliegen; s. Abbildung 229).

Abbildung 229: Säuglingssterblichkeit im EU-Vergleich* 2019



*ohne Frankreich

AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, FI: Finnland, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: Eurostat (Database – Eurostat [europa.eu], Zugriff am 6. 12. 2022);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Säuglingssterblichkeit gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene in dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburt und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator neonatale Sterblichkeit, welcher die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene in dieser Zeitspanne misst. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

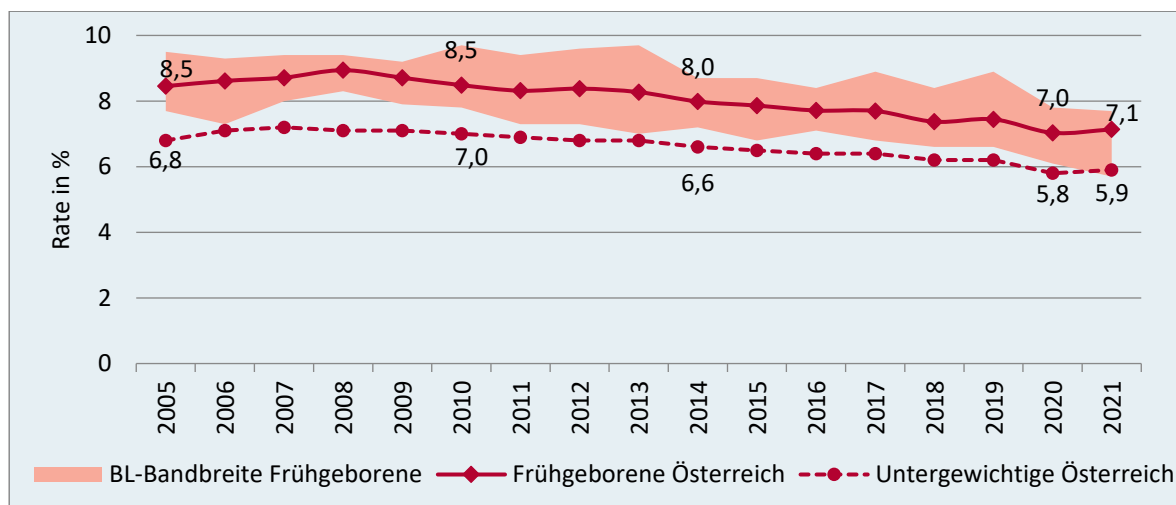
Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

Von insgesamt etwa 85.300 Neugeborenen im Jahr 2021, die in Österreich von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich geboren wurden, kamen rund 6.100 Kinder zu früh auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 7,1 Prozent (BL-Bandbreite: 5,7–7,7 %). Der Großteil von ihnen sind eher spätere Frühgeburten, „nur“ 14,3 Prozent der frühgeborenen bzw. ein Prozent aller Kinder oder 869 Kinder kamen vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt (Statistik Austria online, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Zugriff am 1. 12. 2022).

Die Frühgeborenenrate ist seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Seit Beginn der 1980er-Jahre schwankte der Wert zwischen 7,8 und knapp neun Prozent. Doch seit 2008, als 8,9 Prozent der Babys zu früh geboren wurden, zeichnet sich ein Rückgang ab (s. Abbildung 230).

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Auch hier ist ein leichter Rückgang seit 2008 ersichtlich, wenngleich zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht nicht zwangsläufig eine Kausalität besteht (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012). Im Jahr 2021 kamen in Österreich 5,9 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,0–7,3).

Abbildung 230: Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Österreich 2005–2021

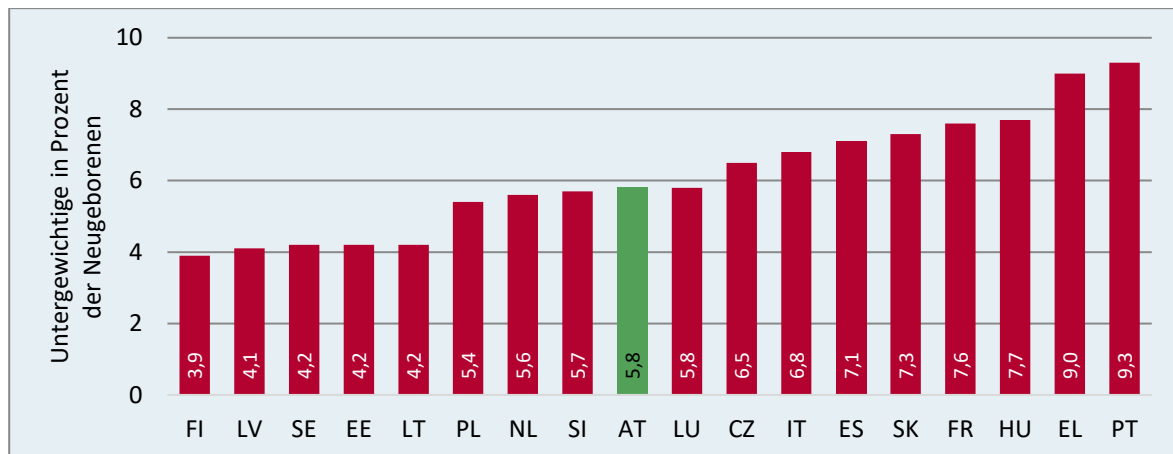


Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Zugriff am 1. 12. 2022);
Darstellung: GÖG

Ein klares Risiko für eine Frühgeburt und/oder für ein untergewichtiges Baby birgt eine Mehrlingsschwangerschaft. Rund 58 Prozent der Mehrlingsgeborenen waren im Jahr 2021 Frühgeborene, und ebenso viele hatten ein Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm. Der Anteil der Mehrlingsgeborenen ist nach einem deutlichen Anstieg insbesondere in den 1990er-Jahren seit etwa zehn Jahren wieder rückläufig. Im Jahr 2010 waren 3,5 Prozent aller Neugeborenen Mehrlingskinder, im Jahr 2021 waren es 2,9 Prozent (Statistik Austria 2022b).

Österreich liegt hinsichtlich des Anteils Neugeborener mit geringem Geburtsgewicht im europäischen Mittelfeld. Unter den Ländern, für die im Jahr 2019 einschlägige Daten zur Verfügung standen, war – wie auch in den Jahren davor – der Anteil mit etwa 4,0 Prozent in den nordischen und baltischen Staaten am geringsten und in Griechenland und Portugal mit neun bzw. 9,4 Prozent am höchsten (s. Abbildung 231).

Abbildung 231: Geringes Geburtsgewicht im Vergleich mit ausgewählten EU-Ländern 2020



AT: Österreich, CZ: Tschechische Republik, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, HU: Ungarn, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: OECD-Datenbank (abgefragt am 9. 12. 2022);

Darstellung: GÖG

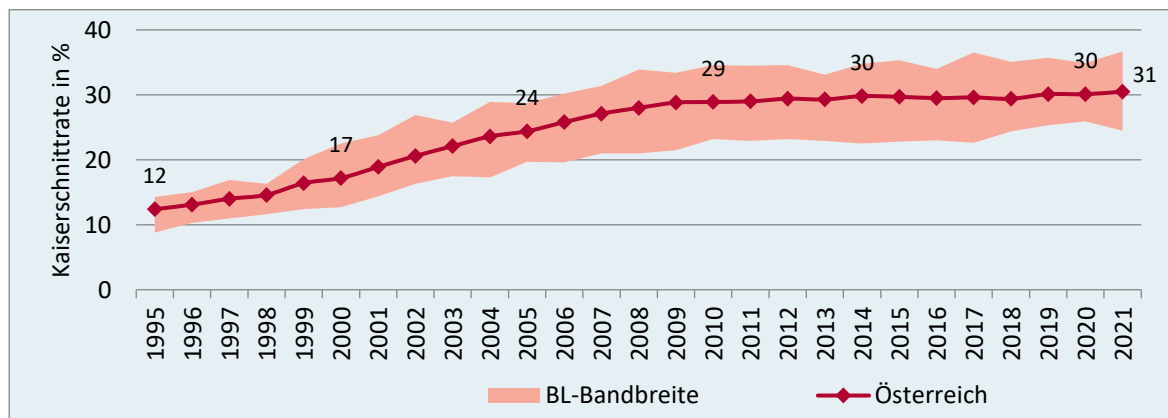
Definitionen und Daten

Als Frühgeburt gilt die Beendigung jeder Schwangerschaft vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten als Low-Birth-Weight-Säuglinge, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstands (Statistik Austria).

Kaiserschnitttrate

Die Art der Entbindung hat sich in Österreich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2021 kamen rund 30 Prozent aller Kinder mittels Kaiserschnitts auf die Welt (BL-Bandbreite: 24,5–36,7 %). Kurz vor der Jahrtausendwende waren es noch 15 Prozent. Die Rate hat sich also verdoppelt (s. Abbildung 232).

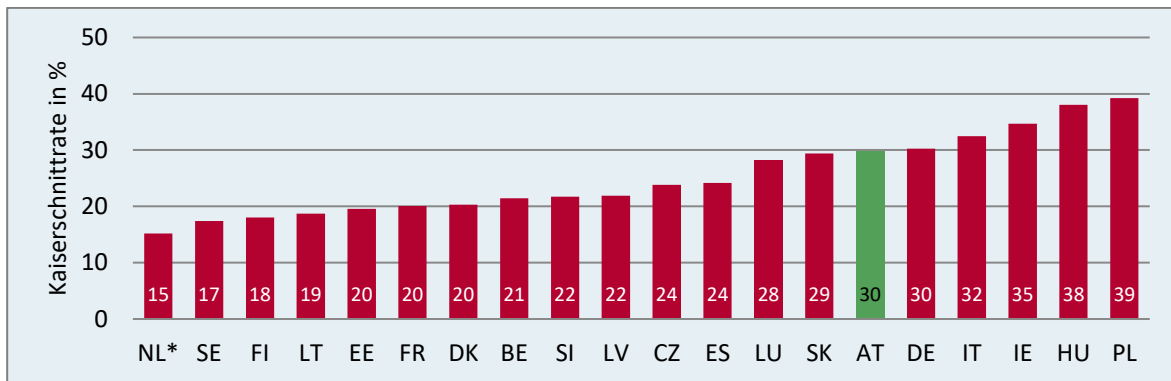
Abbildung 232: Kaiserschnitttrate in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1998–2021



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Zugriff am 1. 12. 2022);
Darstellung: GÖG

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern kommen Kinder in Österreich häufig mittels Kaiserschnitts auf die Welt. Österreich liegt bei der Kaiserschnitttrate im oberen Drittel der in Abbildung 233 dargestellten europäischen Länder.

Abbildung 233: Kaiserschnittrate im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern 2020



*Wert von 2019

AT: Österreich, BE: Belgien, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LU: Luxemburg, LV: Lettland, NL: Niederlande, PL: Polen, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: OECD-Datenbank (abgefragt am 9. 12. 2022);

Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

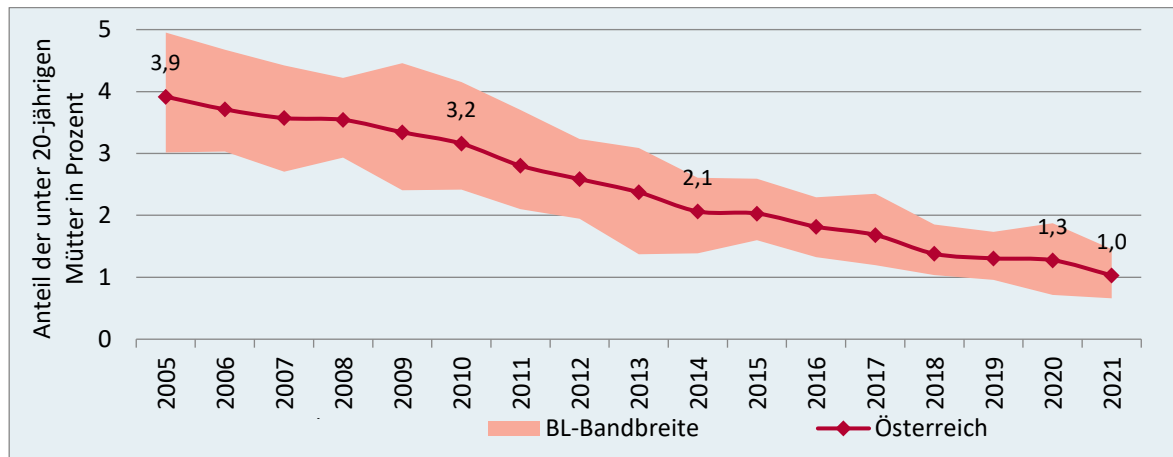
Die Art der Geburt wird in der Geburtenstatistik der Statistik Austria dokumentiert. Es wird derzeit nicht zwischen medizinisch indizierten und sogenannten Wunschkaiserschnitten unterschieden, sondern „nur“ nach primärem (geplantem) und sekundärem Kaiserschnitt. Diese Differenzierung ist hinsichtlich der medizinischen Indikation nicht sehr zuverlässig, zumal das Verhältnis zwischen primärem und sekundärem Kaiserschnitt zwischen den Bundesländern stark schwankt. Im Jahr 2021 beispielsweise waren in Vorarlberg 84 Prozent aller Kaiserschnitte primär, im Burgenland und in Salzburg nur 47 Prozent.

Teenagermütter

Um die Jahrtausendwende waren rund vier Prozent der Mütter Neugeborener unter 20 Jahre alt gewesen, im Jahr 2021 lag die Rate bei nur mehr einem Prozent (BL-Bandbreite: 0,7–1,5 %; s. Abbildung 234). Die Unterschiede nach Bundesländern wurden geringer. Im

Jahr 2021 waren die Mütter knapp 900 Neugeborener in Österreich unter 20 Jahre alt (bei sechs Babys waren die Mütter jünger als 15 Jahre).

Abbildung 234: Teenagergeburten in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021



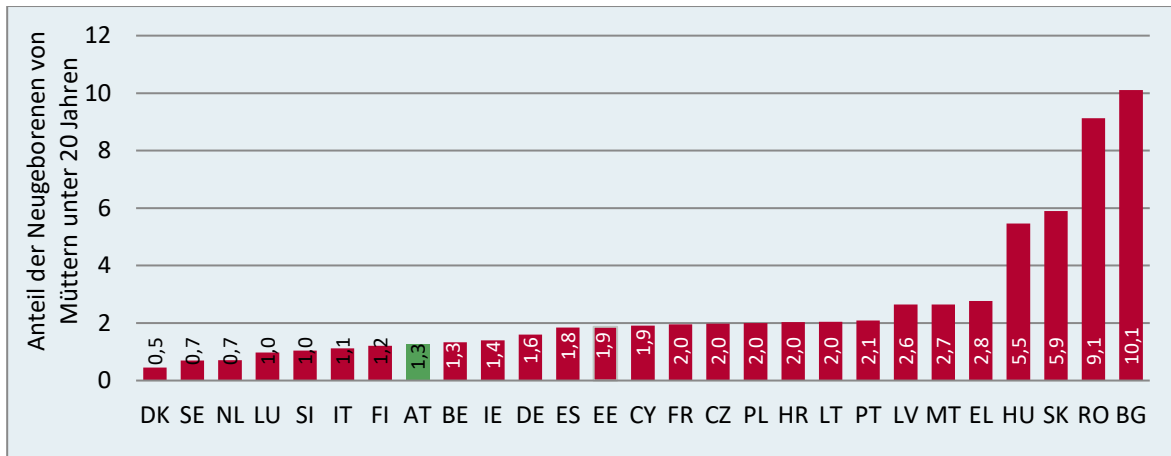
ab 2015 inklusive im Ausland Geborener von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Zugriff am 1. 12. 2022);
Darstellung: GÖG

Am anderen Ende der Skala zeigt sich ein gegenläufiger Trend: Der Anteil von Kindern mit einer Mutter im Alter von 40 oder mehr Jahren ist in Österreich von 2,9 Prozent im Jahr 2005 auf 3,7 im Jahr 2010 und 4,5 Prozent im Jahr 2021 gestiegen (BL-Bandbreite: 3,3–5,9). Das Durchschnittsalter aller österreichischen Mütter bei der Geburt eines Kindes lag im Jahr 2021 bei 31,5 Jahren (BL-Bandbreite: 31,1–32,2) und ist damit innerhalb der letzten zehn Jahre um etwa eineinhalb Jahre gestiegen. (Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Onlinetabelle, Zugriff am: 1. 12. 2022)

Im europäischen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich des Anteils an Geburten bei Frauen unter 20 Jahren im unteren Durchschnitt. Am seltensten sind Teenagermütter in Dänemark, Schweden und den Niederlanden, am häufigsten in Osteuropa, insbesondere in Rumänien und Bulgarien (s. Abbildung 235).

Abbildung 235: Teenagergeburten im EU-Vergleich 2020



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Quelle: WHO-Datenbank (abgefragt am 17. 12. 2022);
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das Alter der Mutter bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Statistik Austria) dokumentiert.

6.10.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

6.10.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

In Österreich standen der Bevölkerung 2019 laut Krankenanstaltenstatistik 41 Fondskrankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen und 18 Fondskrankenanstalten mit Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung.

Die niedergelassene Versorgung wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie
- Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- klinische Psychologinnen und Psychologen

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie

In Österreich praktizierten im Jahr 2019 860 niedergelassene Psychiater:innen³⁹. Das entspricht einer Ärztedichte von 9,7 niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten (FÄ) pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4,8–20,7). 18 Prozent von ihnen hatten einen Kassenvertrag⁴⁰ (1,7 FÄ pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,1–2,8). 50 Prozent der niedergelassenen FÄ für Psychiatrie sind Frauen, 55 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 15 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2015 ist die Ärztedichte von 9,2 auf 9,7 niedergelassene FÄ für Psychiatrie pro 100.000 EW gestiegen (+6 %).

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich praktizierten im Jahr 2019 80 niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie⁴¹. Das entspricht einer Ärztedichte von 0,9 niedergelassenen FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0–2,0). 40 Prozent von ihnen haben einen Kassenvertrag⁴² (0,4 FÄ pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 0–1,0). 63 Prozent dieser niedergelassenen FÄ sind Frauen, 40 Prozent sind 55 Jahre oder älter.

Seit 2015 ist die Ärztedichte von 0,4 auf 0,9 niedergelassene FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 100.000 EW gestiegen (+128 %).

³⁹ Berufstätigkeit im Erstfach

⁴⁰ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

⁴¹ Berufstätigkeit im Erstfach

⁴² Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Zum Stand 31. 12. 2019 waren in Österreich insgesamt 9.996 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt⁴³. Das entspricht einer Dichte von 11,3 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5,8–21,4 Therapeutinnen/Therapeuten pro 10.000 EW). Der Anteil berufsberechtigter Psychotherapeutinnen liegt bei 73 Prozent., Ihr Durchschnittsalter ist mit rund 56 Jahren etwas niedriger als jenes der berufsberechtigten Psychotherapeuten, das bei 60 Jahren liegt. 94 Prozent der berufsberechtigten Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind österreichische Staatsbürger:innen.

Seit 1991 stieg die Zahl der zur selbstständigen Ausübung berechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf rund das Zehnfache (s. Tabelle 15). Die Bundesländer mit der höchsten Angebotsdichte sind hier Wien und Salzburg.

Tabelle 15: Österreich – Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Bundesländern in den Jahren 1991, 2001, 2011 und 2019

Bundesländer	Österreich							
	1991		2001		2011		2019	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Burgenland	5	0,18	60	2,16	111	3,90	169	5,76
Kärnten	27	0,49	257	4,59	362	6,48	504	8,98
Niederösterreich	69	0,47	452	2,92	788	4,89	1.208	7,20
Oberösterreich	85	0,64	526	3,82	722	5,11	1.066	7,19
Salzburg	129	2,67	543	10,54	669	12,58	772	13,90
Steiermark	87	0,73	560	4,73	747	6,17	1.020	8,21
Tirol	68	1,08	420	6,24	621	8,75	804	10,65
Vorarlberg	40	1,21	259	7,38	310	8,38	383	9,71

⁴³ Personen, die ihre Berufsausübung vorübergehend stillgelegt haben, wurden in den Auswertungen nicht berücksichtigt.

Bundesländer	Österreich							
	1991		2001		2011		2019	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Wien	440	2,86	2.248	14,50	3.078	17,96	4.070	21,45
Österreich	950	1,22	5.325	6,63	7.408	8,81	9.996	11,28

EW = Einwohner:innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

Quelle: BMSGPK – Psychotherapeutenliste 1991, 2001, 2011, 2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom

In Österreich praktizierten im Jahre 2020 995 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von elf pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 6,5–21,5). 24 Prozent dieser Ärztinnen/Ärzte haben einen Kassenvertrag⁴⁴ (2,6 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,7–4,3). 56 Prozent der praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom sind Frauen, 68 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 21 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Klinische Psychologinnen/Psychologen

Zum Stand 31. 12. 2019 waren in Österreich insgesamt 9.880 Personen in die Liste der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen mit aktivem Berufs- und/oder Dienst-sitz eingetragen.⁴⁵ Dies entspricht einer Dichte von 11,2 klinischen Psychologinnen/Psychologen pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5,9–16,2 pro 10.000 EW). Der Anteil berufsberechtigter Psychologinnen liegt bei 84 Prozent. Das Durchschnittsalter der klinischen Psychologinnen ist mit 45 Jahren niedriger als jenes der klinischen Psychologen, welches bei 52 Jahren liegt.

⁴⁴ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

⁴⁵ Zusätzlich gibt es klinische Psychologinnen und klinische Psychologen, die mit dem Status „Nichtausübung“ bzw. „unterbrochen“ in die Berufslisten eingetragen sind und daher nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Seit 1991 stieg die Anzahl der zur Ausübung der klinischen Psychologie berechtigten Personen in Österreich um ein Vielfaches. Die Bundesländer mit der höchsten Angebotsdichte sind hier Wien und Salzburg (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Österreich – Anzahl der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen nach Bundesländern in den Jahren 1991, 2001, 2011 und 2019

Bundesländer	Österreich							
	1991		2001		2011		2019	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Burgenland	4	0,15	40	1,44	134	4,70	174	5,93
Kärnten	11	0,20	182	3,25	546	9,78	762	13,58
Niederösterreich	24	0,16	301	1,95	821	5,09	1.106	6,59
Oberösterreich	31	0,23	298	2,16	841	5,95	1.105	7,46
Salzburg	58	1,20	377	7,32	764	14,37	853	15,36
Steiermark	31	0,26	367	3,10	1.064	8,79	1.498	12,05
Tirol	27	0,43	274	4,07	749	10,55	965	12,79
Vorarlberg	16	0,48	120	3,42	233	6,30	339	8,60
Wien	157	1,02	1.170	7,55	2.408	14,05	3.078	16,22
Österreich	359	0,46	3.129	3,90	7.561*	9,00	9.880	11,15

EW = Einwohner:innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

*Eine in der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragene Person hat ihren Berufssitz in Deutschland.

Quellen: BMSGPK – Liste der klinischen Psychologinnen und Psychologen; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

FÄ für Psychiatrie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK.

Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten: Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl. Nr. 361/1990) die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom BMSGPK geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die dort eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs. 1 PthG binnen eines Monats an das BMSGPK zu melden. Diese Liste erfasst zwar genau die Anzahl der berufsberechtigten Personen, daraus kann jedoch nicht auf die sehr unterschiedlichen Kapazitäten der angebotenen Psychotherapiestunden geschlossen werden. Außerdem schließt die Liste der berufsberechtigten Personen auch jene ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10–20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig, Sophie/Nowotny 2020).

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom: Mit der Erlangung des ÖÄK-Diploms für psychotherapeutische Medizin (PSY-III-Diplom) erhalten Ärztinnen/Ärzte die Berechtigung, selbstständig und eigenverantwortlich psychotherapeutische Medizin durchzuführen. Die Datenquellen sind hier die Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK.

klinische Psychologinnen/Psychologen: Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl. Nr. 360/1990) die Berufsausübung der klinischen Psychologinnen/Psychologen. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl. Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl. Nr. 360/1990 trat mit 1. 7. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom BMSGPK geführte Liste der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen eingetragen. Die dort eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs. 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMSGPK zu melden (Sagerschnig, Sophie/Nowotny 2020).

6.10.2.2 Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote

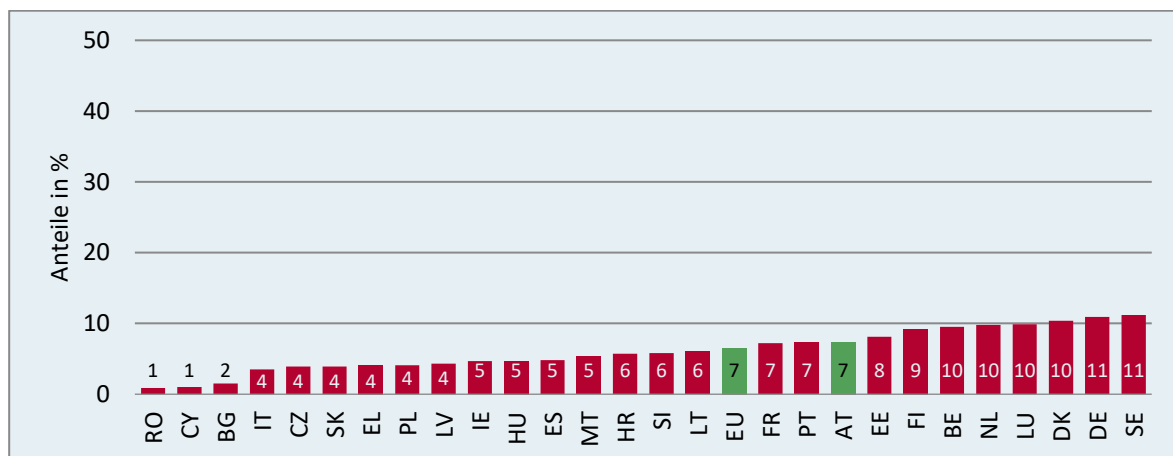
Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 haben sieben Prozent der österreichischen Bevölkerung (BL-Bandbreite: 6–9 %) – das sind rund 550.000 Personen – in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung entweder eine Psychologin / einen Psychologen, eine Psychotherapeutin / einen Psychotherapeuten und/oder eine Psychiaterin / einen Psychiater in Anspruch genommen; Frauen häufiger als Männer (8 % vs. 6 %).

Während von den 30- bis 59-Jährigen etwa neun Prozent und von den 15- bis 29-Jährigen sieben Prozent derartige Angebote in Anspruch nehmen, sind es bei den ab 60-Jährigen nur vier Prozent.

Europäischer Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich bei der Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiatern mit rund sieben Prozent im europäischen Durchschnitt (s. Abbildung 236).

Abbildung 236: Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiatern in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019



AT: Österreich, BE: Belgien, BG: Bulgarien, CY: Zypern, CZ: Tschechische Republik, DE: Deutschland, DK: Dänemark, EE: Estland, EL: Griechenland, ES: Spanien, EU: Europäische Union, FI: Finnland, FR: Frankreich, HR: Kroatien, HU: Ungarn, IE: Irland, IT: Italien, LT: Litauen, LU: Luxemburg, LV: Lettland, MT: Malta, NL: Niederlande, PL: Polen, PT: Portugal, RO: Rumänien, SE: Schweden, SI: Slowenien, SK: Slowakei

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiatern in den letzten zwölf Monaten wird auf Basis des ATHIS 2019 berichtet. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.10.2.3 Psychosoziale Dienste

Der folgende Abschnitt geht auf die gesamte österreichische Versorgung ein und behandelt folgende psychosozialen Dienste:

- psychosoziale Beratung
- psychosoziale Notdienste
- Wohnangebote
- Tagesstruktur und Klubeinrichtungen
- Selbsthilfe und Peerberatung

Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratungsstellen werden in allen Versorgungsregionen Österreichs vorgehalten und sind das am weitesten ausgebaute ambulante Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2016 wurden von den bestehenden psychosozialen Diensten insgesamt 53.210 Personen betreut.

Die aktuelle Personalstruktur in den psychosozialen Diensten zeigt einerseits quantitative Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, aber auch hinsichtlich der Zusammensetzung aus den eingebundenen Berufsgruppen (Schwerpunkt Ärzte/Ärztinnen, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiter:innen, psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, sonstige Berufsgruppen). Im Burgenland, in Kärnten, Salzburg und der Steiermark sind in den psychosozialen Diensten großteils Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten tätig, in Niederösterreich überwiegen die Sozialarbeiter:innen.

Für die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Wien liegen keine Angaben zur Personalausstattung vor.

Die Organisationsform der psychosozialen Dienste ist hinsichtlich der ärztlichen Behandlungsberechtigung ein entscheidendes Kriterium. Hier bestehen drei unterschiedliche Modelle in den Bundesländern:

psychosoziale Dienste ohne Behandlungsberechtigung: Österreichweit findet sich dieses Modell am häufigsten, vorgehalten wird es in den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg. In den Institutionen arbeiten Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie. Diese dürfen allerdings keine Rezepte ausstellen und sind auf die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angewiesen. Obwohl diese Kooperationen gut etabliert sind, verkomplizieren sie dennoch die Inanspruchnahme von Leistungen, da Patientinnen und Patienten ein Mehrfaches an Wegen auf sich nehmen müssen.

Ambulatorien (nichtbettenführende Krankenanstalten): Diese Organisationsform wird in vielen Bundesländern angestrebt, ist aber erst in Wien und zum Teil in Niederösterreich etabliert. Die Ambulatorien bieten ein Behandlungsspektrum, das jenem eines psychiatrischen Krankenhauses vergleichbar ist. Der Status als Krankenanstalt bedingt allerdings rechtliche Vorschriften, die zu hohen Investitionen bei der Errichtung führen. In NÖ wird derzeit schon ein Teil der Beratungsstellen des PSD als Teilambulanzen geführt, die Ausweitung des Ambulanzstatus auf alle Standorte ist geplant. In der Steiermark läuft ein Ansuchen um Anerkennung vorhandener PSD als Ambulatorien. Die Gesundheitsplattform sieht in ihrer Planung bereits eine Umwandlung in „sozialpsychiatrische Ambulatorien“ vor.

psychosoziale Dienste mit Behandlungsberechtigung: Dieser Organisationstyp findet sich derzeit nur im Bundesland Burgenland. Patientinnen und Patienten können entsprechende Leistungen mit ihrer e-card in Anspruch nehmen. Der Vorteil dieses Modells besteht darin, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sehr rasch und unbürokratisch behandelt werden können.

Psychosoziale Notdienste

Eigene Notdienste für das gesamte Bundesland haben im Jahre 2016 Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Wien eingerichtet. Konkrete Planungen dazu gibt es mittlerweile auch in den Bundesländern Niederösterreich, Steiermark und Vorarlberg. Eine Sonderstel-

lung nimmt hier das Burgenland ein, wo der Not- und Krisendienst vom allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst wahrgenommen wird, in dem Allgemeinmediziner:innen tätig sind. Insgesamt waren im Jahr 2016 in Österreich 14 Kriseneinrichtungen für psychiatrische Notfälle und Krisen vorhanden. Der angestrebte Aufbau eines rund um die Uhr aktiven ambulanten und mobilen Kriseninterventionsdienstes für NÖ wird als Empfehlung des NÖ Psychiatrieplans 2014 (Schöny et al. 2016) angeführt. Die Krisenversorgung erfolgt noch vorrangig stationär. Es gibt ein psychosoziales Akutteam, das in ganz NÖ bei akuten Ereignissen, bei denen eine Traumatisierung anzunehmen ist und wonach posttraumatische Belastungssymptome auftreten können, Krisenhilfe vor Ort leistet. Es handelt sich dabei aber nicht um einen mobilen Krisendienst speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige. Zusätzlich wurde ein niederösterreichweites Krisentelefon eingerichtet, das rund um die Uhr besetzt ist.

Folgende organisatorische Varianten von Krisendiensten waren im Jahr 2016 vorhanden bzw. geplant:

- eigene Einrichtung, die rund um die Uhr zur Verfügung steht und deren Personal Betroffene in sehr schwierigen Situationen persönlich aufsuchen kann (z. B. in Oberösterreich)
- Anbindung des Krisendienstes an eine stationäre Einrichtung, die über ausreichende Ressourcen verfügt, um im Bedarfsfall ein mobiles Team vor Ort zu schicken (z. B. in Kärnten, Tirol)
- Anbindung an eine psychosoziale Beratungsstelle mit erweiterten Öffnungszeiten, telefonischem Bereitschaftsdienst und einer mobilen Einheit, die kurzfristig die Beratungsstelle verlassen kann (z. B. in Salzburg)
- Übernahme der Not- und Krisenversorgung durch im Bereitschaftsdienst stehende Allgemeinmediziner:innen, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen (z. B. im Burgenland)

Jedes der genannten Modelle bietet Vor- und Nachteile. In der Planung müssen sowohl regionale Gegebenheiten als auch die Besiedlungsdichte und die zu erwartende Anzahl von Einsätzen berücksichtigt und daraus Lösungen entwickelt werden, um die ambulante, aufsuchende Krisenversorgung effektiv und kostengünstig zu betreiben.

Wohnangebote

Wohnangebote stellen ein sehr breites Spektrum von mobiler Unterstützung zu Hause bis zu vollbetreuten Wohnformen dar.

Nach den Empfehlungen von GÖG/ÖBIG (Danmayr/Glatz 1998) sollten im Bereich Wohnen fünf bis sieben Plätze pro 10.000 EW angeboten werden. Dieser Richtwert erlaubt allerdings keine Differenzierung nach Betreuungsgrad der Wohnformen.

Die Istversorgung mit Wohnplätzen entsprach im Jahr 2016 in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien den definierten Bedarfsrichtwerten. Die geringste Versorgungsdichte bestand in den Bundesländern Steiermark, Tirol und Vorarlberg.

In den meisten Bundesländern sind die Wohnangebote überwiegend in kleinere Wohneinheiten mit weniger als 15 Plätzen strukturiert. Im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Wien existieren zusätzlich größere Wohneinrichtungen mit mehr als 30 Plätzen, die meisten davon in Kärnten, Niederösterreich und Wien.

Zusätzlich zur Betreuung in voll- und teilbetreuten Wohneinrichtungen entstanden in allen Bundesländern Angebote der aufsuchenden, mobilen Wohnbetreuung im Lebensumfeld der Klientinnen und Klienten – mit dem Ziel, ihnen ein weitgehend selbstständiges Leben im bisherigen Umfeld zu ermöglichen. Diese Leistungen haben sich teilweise aus herkömmlichen stationären Wohnformen entwickelt oder sind ins Leistungsspektrum der psychosozialen Dienste integriert.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 8.163 Personen durch eine mobile Wohnbetreuung versorgt, wobei hier insbesondere in der Steiermark ein deutlicher Schwerpunkt zu erkennen ist. Der mobilen Wohnbetreuung wird auch für die künftige Entwicklung der Wohnangebote ein wichtiger Stellenwert zugemessen.

Tagesstruktur und Klubeinrichtungen

Tagesstrukturierende Einrichtungen bieten eine Vielzahl von Aktivitäten, die sowohl arbeits- als auch freizeitorientiert sein können. Kochgruppen, handwerkliche und sportliche Beschäftigungsinitiativen sind Beispiele dafür. Die Intensität der Betreuung variiert sehr stark.

Die GÖG empfiehlt für diesen Versorgungsbereich drei bis vier Plätze pro 10.000 EW. Im Bundesdurchschnitt kommen rund vier Plätze auf 10.000 Einwohner:innen. In allen Bundesländern entspricht der Iststand dem definierten Mindestbedarf. Allerdings sind tagesstrukturierende Angebote überwiegend auf Ballungsräume konzentriert, sodass trotzdem in einigen Versorgungsregionen von einer Unterversorgung gesprochen werden muss.

In den meisten Bundesländern werden Klubeinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen als eigene Kategorie geführt, wobei der „Kaffeehauscharakter“ im Sinne eines gemeinsamen Treffpunkts häufig im Vordergrund steht. Das Angebot überschneidet sich teilweise mit jenem tagesstrukturierender Einrichtungen, beispielsweise im Falle der gemeinsamen Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten und Ausflügen. Im Unterschied zu tagesstrukturierenden Einrichtungen sind Klubeinrichtungen in der Regel stärker patientenbestimmt und -verwaltet. Außer im Burgenland, in Kärnten und Vorarlberg gab es im Jahr 2016 in allen anderen Bundesländern Klubeinrichtungen in sehr unterschiedlicher Anzahl.

Selbsthilfe und Peerberatung

Selbsthilfegruppen und Peerberatungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige sind ein wichtiger Bestandteil der Versorgung. Die meisten Selbsthilfegruppen sind als sehr kleine Einheiten organisiert und in allen Bundesländern vertreten. In Niederösterreich und in der Steiermark sind diese weitgehend in landesweiten unabhängigen Organisationen zusammengeschlossen (HSSG Landesverband NÖ⁴⁶, Verein Achterbahn⁴⁷). In Vorarlberg und Salzburg bieten eigene Peerberatungsstellen auch Gruppenangebote an (Verein Omnibus⁴⁸, Peer Center Salzburg⁴⁹). In Oberösterreich verfügen die zentralen Träger der psychosozialen Versorgung über ein ausgedehntes Netzwerk an Interessenvertretungen in ihren Einrichtungen (strada OÖ⁵⁰, EXIT-sozial⁵¹). Im Burgenland und in Kärnten sind ebenfalls Interessenvertretungen aktiv, primär innerhalb der pro mente. In Kärnten, Tirol und Wien gibt es zudem auch landesweite unabhängige Peerorganisationen,

⁴⁶ Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG), siehe <http://www.hssg.at>

⁴⁷ siehe <https://www.achterbahn.st>

⁴⁸ siehe <https://www.verein-omnibus.org>

⁴⁹ siehe <https://www.peercenter.at>

⁵⁰ siehe <http://www.stradaooe.at>

⁵¹ siehe <http://www.exitsozial.at/iv>

die sich primär auf Interessenvertretung konzentrieren (Voice4You⁵², TIPSI⁵³, IdEE Wien⁵⁴). In Wien ist außerdem auch ein trialogischer Verein aktiv (Verein Freiräume⁵⁵), und in Tirol wird unter der Federführung von TIPSI die erste trialogische Beratungsstelle in Österreich geführt. Seit 2019 gibt es einen bundesweiten Dachverband IDEE Austria, eine unabhängige Interessenvereinigung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für psychische Gesundheit⁵⁶.

In der Angehörigenarbeit ist die Organisation HPE⁵⁷ (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) bundesweit tätig und bietet umfangreiche Beratungsleistungen für Angehörige und Betroffene.

Definitionen und Daten

Die Daten der psychosozialen Dienste stammen aus der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2016, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde (Kern et al. 2018).

6.10.2.4 Vollstationäres und tagesambulantes Versorgungsangebot

Allgemeinpsychiatrie

Laut Kostenstellenstatistik 2019 werden in Österreich insgesamt 3.001 Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung vorgehalten. Das entspricht einer Bettenmessziffer für vollstationäre Aufenthalte (BMZvs) von 0,34 tatsächlichen Psychiatriebetten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,14–0,51 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt innerhalb des im ÖSG 2017 (BMSGPK 2021c) definierten Sollbereichs (0,31 bis 0,51 Betten pro 1.000 EW).

⁵² siehe <https://www.voice-4-you.at>

⁵³ Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI), siehe <https://www.trialog.tirol>

⁵⁴ Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten (IdEE Wien), siehe <https://idee-wien.at>

⁵⁵ siehe <https://www.freiraeume.at>

⁵⁶ siehe <https://www.dv-idee.at>

⁵⁷ Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE), siehe <https://www.hpe.at>

Österreichweit gab es 2019 bereits 504 ambulante Betreuungsplätze in der Psychiatrie, das sind rund 0,06 ambulante Betreuungsplätze (ambBP) pro 1.000 EW. Die Platzmessziffer (PMZ) weist im ÖSG bis 2025 einen Bedarf von 0,09 ambBP pro 1.000 EW aus.

Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

In Österreich werden 797 Betten für vollstationäre Aufenthalte zur längerfristigen Versorgung von Patientinnen und Patienten, die eine Suchtdiagnose aufweisen, bereitgestellt (2019). Das entspricht einer Bettendichte von 0,09 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,22) und liegt somit unterhalb des Planungsrichtwerts von 0,15 Betten pro 1.000 EW (Valady et al. 2020).

Österreichweit gab es 2019 zusätzlich 32 ambulante Betreuungsplätze für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten, die eine Suchtdiagnose erhalten haben.

Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Laut Kostenstellenstatistik 2019 werden in Österreich insgesamt 332 Betten für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorgehalten. Das entspricht einer Bettenmessziffer für vollstationäre Aufenthalte (BMZvs) von 0,04 tatsächlichen KJP-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,06 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt unterhalb des im ÖSG 2017 (BMSGPK 2021c; BMSGPK 2021d) definierten Sollbereichs (0,05 bis 0,09 Betten pro 1.000 EW).

Österreichweit gab es 2019 bereits 122 ambulante Betreuungsplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das sind rund 0,01 ambulante Betreuungsplätze (ambBP) pro 1.000 EW. Die Platzmessziffer (PMZ) weist im ÖSG bis 2025 einen Bedarf von 0,04 ambBP pro 1.000 EW aus.

Psychosomatik

Die Abteilungen für Psychosomatik (PSO) werden in Österreich drei unterschiedlichen Fachbereichen zugeordnet: Es gibt PSO-Abteilungen der Psychiatrie, der inneren Medizin und der Kinderheilkunde.

Insgesamt stehen 402 Betten für die PSO-Versorgung Erwachsener (PSO-E) zur Verfügung. Das entspricht einer BMZvs von 0,045 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite:

0–0,10 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit an der unteren Grenze der ÖSG-Planungsrichtwerte (0,04 bis 0,06 Betten pro 1.000 EW).

Österreichweit stehen 57 ambulante Betreuungsplätze zur Verfügung, das sind 0,006 ambBP pro 1.000 EW und liegt unter der im ÖSG bis 2025 angestrebten PMZ von 0,01 ambBP pro 1.000 EW.

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen (PSO-KJ) gibt es in Österreich 113 Betten. Das entspricht einer BMZvs von 0,013 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,027 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit unterhalb des ÖSG-BMZvs-Intervalls (0,02–0,04 tatsächliche Betten pro EW).

6.10.2.5 Inanspruchnahme der tagesklinisch-ambulanten und vollstationären Versorgungsangebote

Besuche an psychiatrischen und psychosomatischen tagesklinisch-ambulanten Abteilungen in Österreich

In Österreich wurden im Jahre 2019 etwa 129.600 Besuche in ambulanten tagesklinischen psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen der Fondskrankenhäuser verzeichnet. 92 Prozent der Besuche (= 119.576) fanden in psychiatrischen und acht Prozent der Besuche (= 9.993) in psychosomatischen Tageskliniken statt.

Patientinnen und Patienten an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Österreich

In Österreich wurden im Jahre 2019 etwa 46.000 Personen (mit rund 70.500 Aufenthalten) an vollstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Auf eine Person entfielen im Durchschnitt 1,5 Aufenthalte (exkl. NTA). Die durchschnittliche Belagsdauer betrug (exkl. NTA) 18 Tage. 92 Prozent der Aufenthalte fanden in psychiatrischen, acht Prozent der Aufenthalte in psychosomatischen Abteilungen statt (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen vollstationären Versorgungsangebote in Österreich nach behandelnden Abteilungen 2019

Art der Abteilung	Anzahl Patientinnen/ Patienten	Anzahl Aufenthalte	durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wiederaufnahmerate
psychiatrische Abteilung	42.157	64.979	18	1,5
psychosomatische Abteilung	4.469	5.536	27	1,2
Gesamt	45.947	70.515	18	1,5

alle Angaben exklusive Nulltagesaufenthalten

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

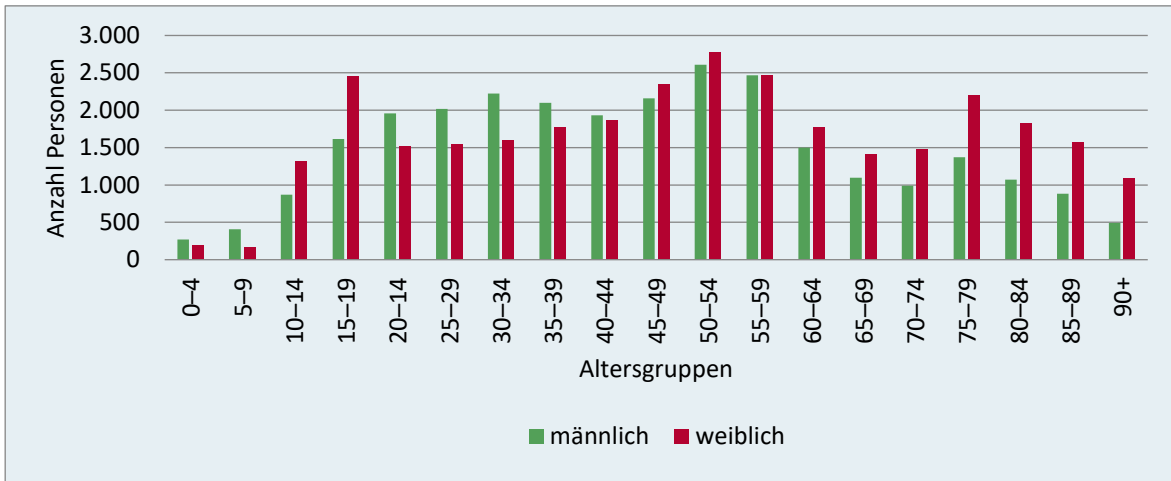
Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in vollstationären Abteilungen in Österreich

Im Jahr 2019 wurden rund 58.300 Patientinnen und Patienten aus Österreich mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00–F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (vollstationär) behandelt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 652 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 485–903 pro 100.000 EW). Im Jahre 2020 gab es hier einen Rückgang von 14 Prozent (49.900 Personen).

53 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose sind Mädchen und Frauen. In der Altersgruppe der Zehn- bis 19-Jährigen überwiegen die Mädchen und jungen Frauen. In der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen überwiegen die Männer, ab dem 45. Lebensjahr wieder die Frauen (s. Abbildung 237).

Gemessen an der absoluten Patientenzahl, ist die anteilig größte Gruppe jene der 45- bis 59-Jährigen. Gemessen an der Rate pro 100.000 ist allerdings der Anteil der ab 80-Jährigen am höchsten (s. Abbildung 238).

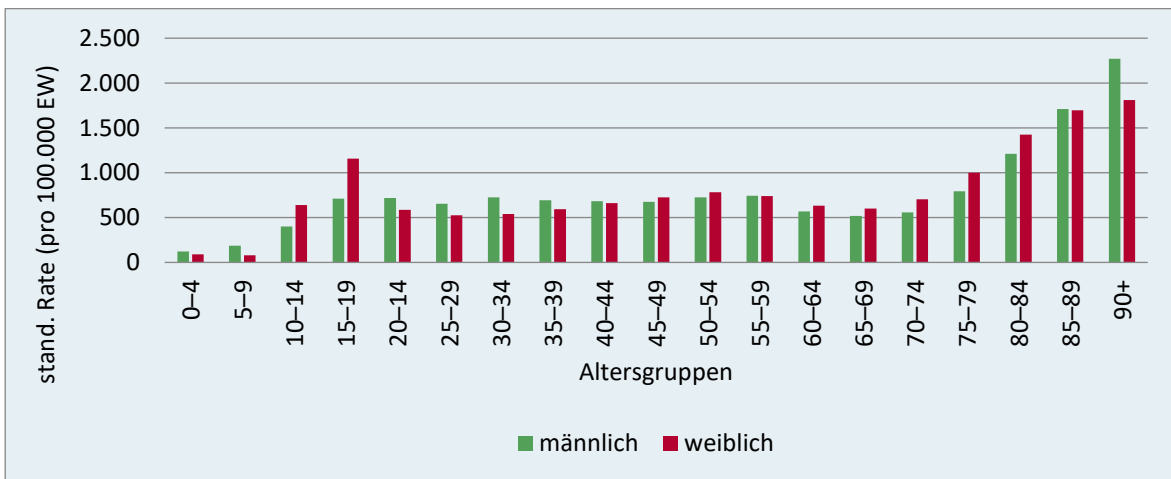
Abbildung 237: Personen mit vollstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht in Absolutzahlen 2019



exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 238: Personen mit vollstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht 2019, altersstandardisierte Rate

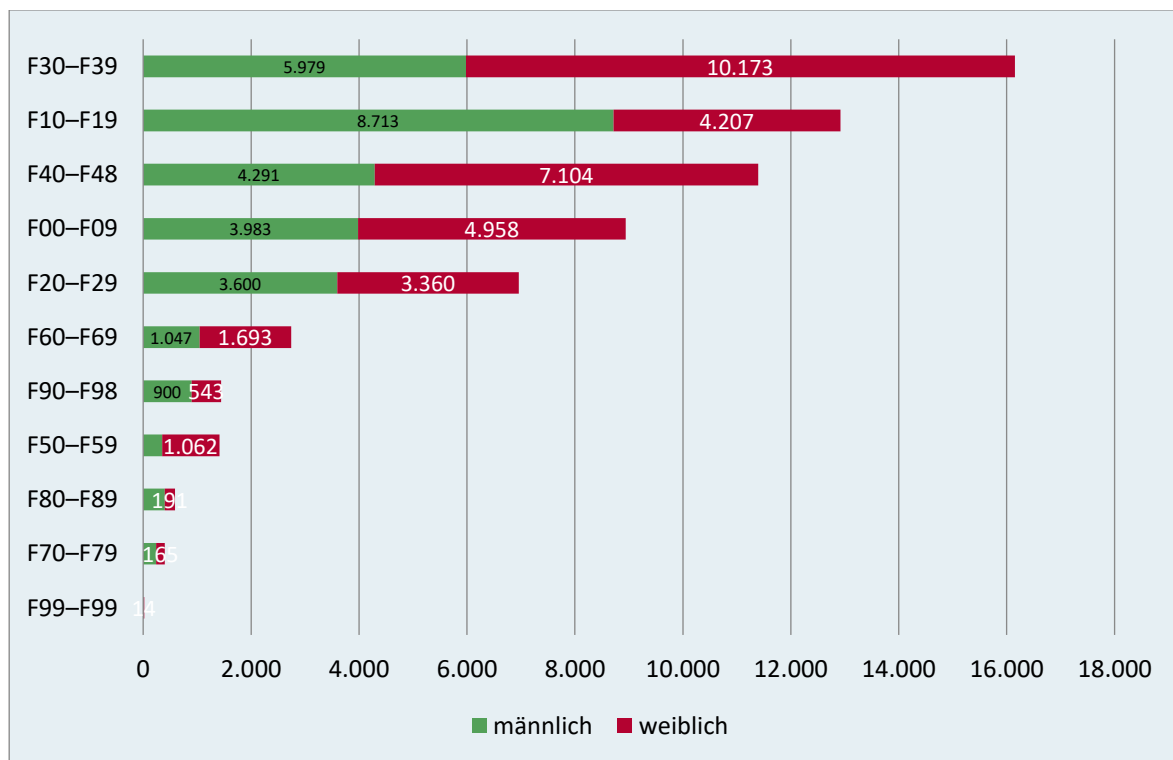


exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen;
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen dieser (teil)stationären Patientinnen und Patienten sind affektive Störungen (ICD-10: F30–F39), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10–F19) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F40–F48; s. Abbildung 239). Bei Patientinnen stehen mit 30 Prozent die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Patienten mit gleichfalls 30 Prozent die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Abbildung 239: Personen mit stationärem Aufenthalt und einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht 2019



exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung. Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00–F09 organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10–F19 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30–F39 affektive Störungen, F40–F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70–F79 Intelligenzminderung, F80–F89 Entwicklungsstörungen, F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

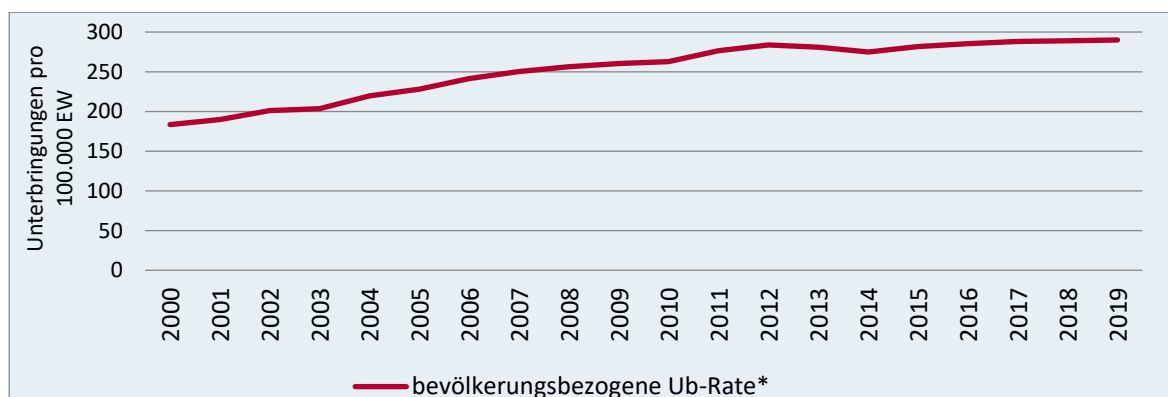
Definitionen und Daten

Datenbasis für die Inanspruchnahme vollstationärer Versorgungsangebote ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten, die jeden einzelnen Aufenthalt erfasst. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Unter vollstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden. Personen mit Aufenthalten, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.10.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

Im Jahr 2019 fanden 25.703 Unterbringungen ohne Verlangen gemäß UbG an psychiatrischen Abteilungen in Österreich statt. Das entspricht einer rohen Rate von 290 Unterbringungen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 156–413 pro 100.000 EW). Die Unterbringungsrate in Österreich ist seit dem Jahr 2000 um 58 Prozent gestiegen (von 183 auf 290 Unterbringungen pro 100.000 EW; s. Abbildung 240).

Abbildung 240: Unterbringungsrate* in Österreich 2000–2019



*Unterbringungen pro 100.000 Einwohner:innen

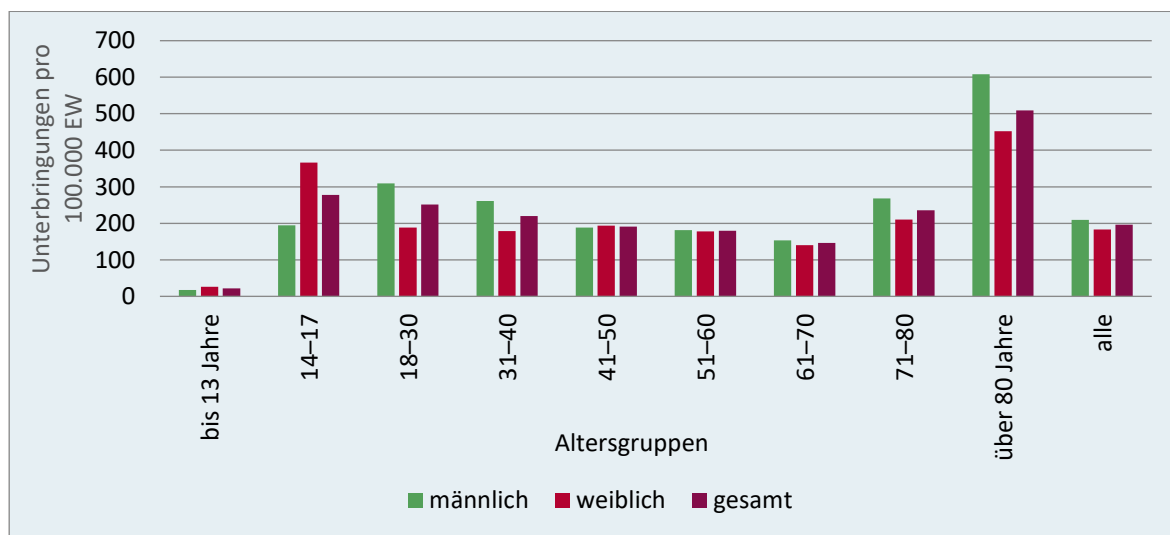
Quelle: Bundesrechenzentrum 2000–2019;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2019 waren in Österreich insgesamt rund 17.400 Personen untergebracht, davon waren rund 8.300 (47 %) Frauen und rund 9.200 (53 %) Männer. Dies entspricht einer Rate von 196 untergebrachten Personen pro 100.000 Einwohner:innen (EW; 183 Frauen, 210 Männer pro 100.000 Frauen bzw. Männer). In der Altersstufe der 14- bis 17-Jährigen werden häufiger junge Frauen als junge Männer untergebracht. In den Altersgruppen der 18- bis 40-Jährigen sowie in den höheren Altersgruppen ab 71 Jahren ist die Rate untergebrachter Männer deutlich höher als jene der Frauen (vgl. Abbildung 241).

Betrachtet man die untergebrachten Personen pro 100.000 Einwohner:innen in den einzelnen Altersklassen, zeigt sich, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis 13 Jahre gering ist (22 Personen pro 100.000 EW), wohingegen in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Rate bereits über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt (2019: 278 untergebrachte Personen pro 100.000 EW). In den Altersgruppen 18 bis 30 Jahre und 31 bis 40 Jahre liegt die Rate ebenfalls über dem Bevölkerungsdurchschnitt (2019: 251 und 220 untergebrachte Personen pro 100.000 EW). In der Altersstufe der über 80-Jährigen zeigt sich im Altersvergleich die höchste Rate untergebrachter Personen (2019: 509 pro 100.000 EW; vgl. Abbildung 241).

Abbildung 241: Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000 EW nach Altersstufen und Geschlecht 2019



*distinkte Personen; Doppelzählungen nur noch vereinzelt bei Unterbringungen in Vorarlberg und in einem anderen Bundesland innerhalb eines Berichtsjahrs möglich

Quellen: VertretungsNetz-Patientenanwaltschaft und IfS 2019;
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz novelliert (UbG).

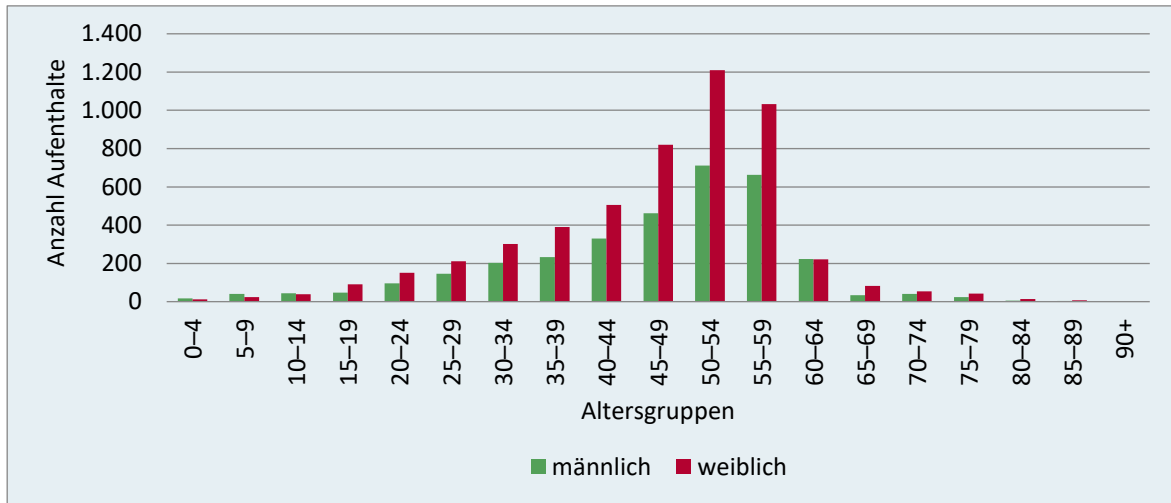
Die Daten der Bezirksgerichte zu den registrierten Unterbringungen in Österreich wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Daten der Patientenanwaltschaften (VertretungsNetz-Patientenanwaltschaft und Institut für Sozialdienste IfS) wurden für die Zielgruppenbeschreibung herangezogen. Für die Bevölkerungsrate wurde die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria herangezogen. Die Gesundheit Österreich GmbH publiziert im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) alle zwei Jahre einen ausführlichen Monitoringbericht zum Thema: „Monitoring der Unterbringungen in Österreich“ (Sagerschnig, S. et al. 2021).

6.10.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

Im Jahr 2019 wurden rund 8.500 Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00–F99) in stationären Rehabilitationsangeboten gezählt (quellbezogen). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 91 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 24–146 Aufenthalte pro 100.000 EW).

61 Prozent dieser Aufenthalte wurden von Frauen in Anspruch genommen. Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 45- bis 59-Jährigen mit einem höheren Anteil an Aufenthalten von Frauen (Absolut- und Relativwerte, s. Abbildung 242 und Abbildung 243).

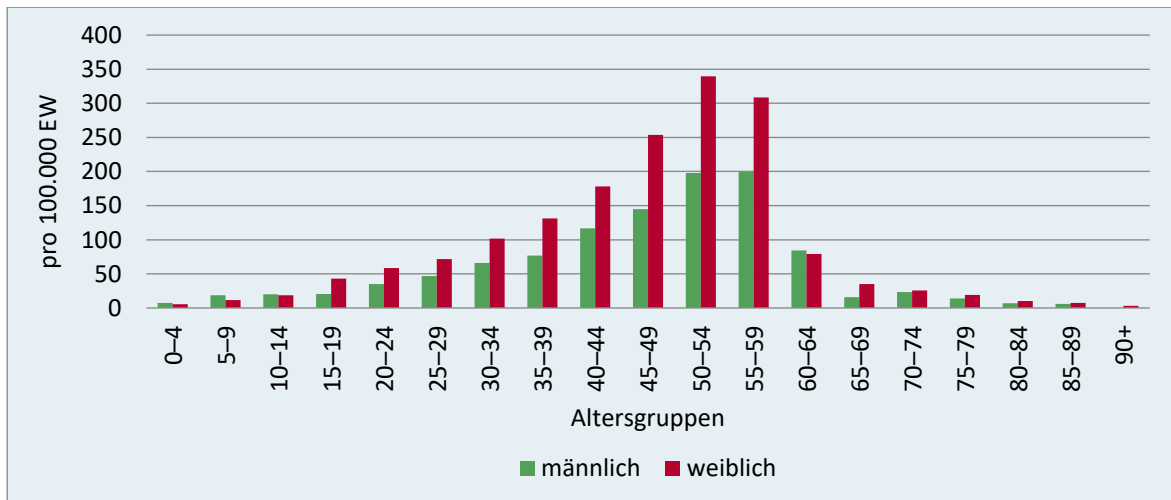
Abbildung 242: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht in Absolutzahlen 2019



exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 243: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht 2019, altersstandardisierte Rate



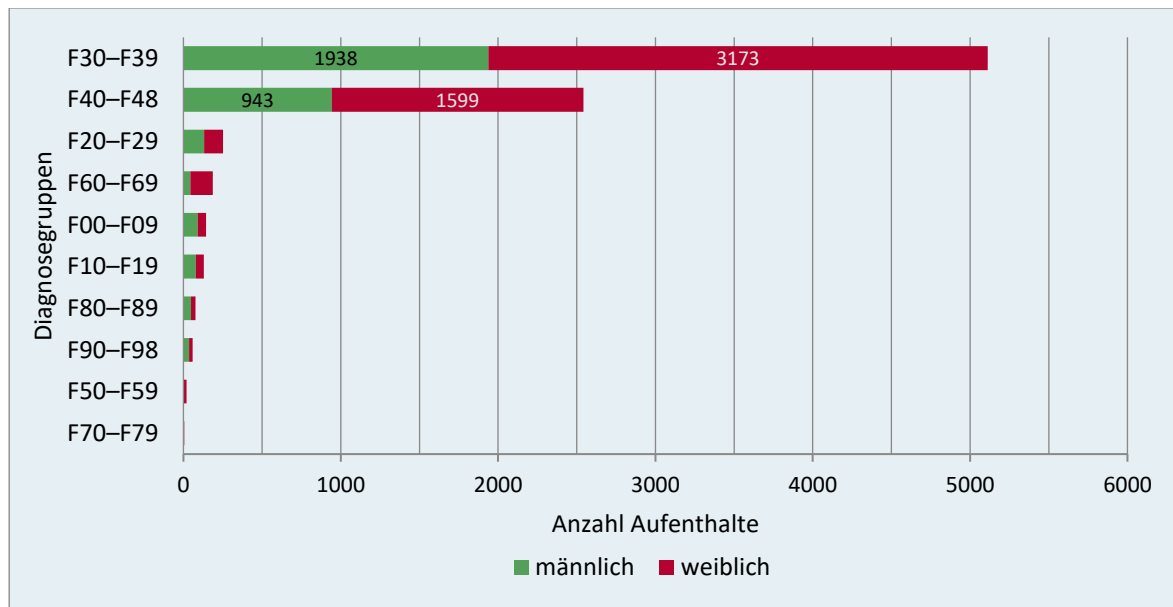
exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2019 gingen die meisten Reha-Aufenthalte auf die psychiatrischen Hauptdiagnosen der Gruppe der affektiven Störungen (F30–F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) zurück (s. Abbildung 244). Bei beiden Geschlechtern stehen Aufenthalte aufgrund affektiver Störungen an erster Stelle (Frauen: 60 %; Männer 58 %).

Abbildung 244: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht 2019



exklusive Nulltagesaufenthalten; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung. Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00–F09 organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10–F19 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30–F39 affektive Störungen, F40–F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70–F79 Intelligenzminderung, F80–F89 Entwicklungsstörungen, F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wird der GÖG vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthalts. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Auswertungen beziehen sich auf Rehabilitationszentren. Rehabilitationszentren, die nicht als bettenführende Krankenanstalten, sondern als „selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb“ geführt werden (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall, Sonnenpark Lans), werden in der DLD nicht erfasst. Aufenthalte, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.10.3 Versorgung von Menschen, die eine Drogenproblematik aufweisen

Am 31. 12. 2019 befanden sich in Österreich 17.679 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 299 Personen pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 139–604). Insgesamt haben im Jahr 2019 19.587 Personen eine Substitutionsbehandlung erhalten. Das sind zwischen 53 Prozent und 63 Prozent aller Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum (Anzenberger et al. 2020b).

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der österreichischen Bevölkerung 575versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2019; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt laut LISA (= Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte) 674. (Anzenberger et al. 2020b)

In Österreich gab es zum Stand November 2021 insgesamt 103 §-15-Einrichtungen, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtmittelmissbrauch zur Verfügung stehen.

Europäischer Vergleich

Bezüglich des Anteils der Personen mit risikoreichem Opiatkonsum, der sich in Substitutionsbehandlung befindet, liegt Österreich im Mittelfeld. Allerdings liegen derzeit nur für ausgewählte EU-Länder entsprechende Ergebnisse vor. Bei einem Vergleich von 18 Ländern liegt Österreich auf Platz 9.

COVID-19 und die Versorgung von Menschen, die eine Drogenproblematik aufweisen

Im Pandemiejahr 2020 zeigte sich, dass die bereits bestehenden Opioidsubstitutionsbehandlungen in den meisten Fällen gut aufrechterhalten werden konnten. Ein Rückgang zeigte sich jedoch bei Behandlungsbeginn, insbesondere bei lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen. Es ist anzunehmen, dass einige Menschen mit einer Suchterkrankung, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund der COVID-19-Pandemie keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. (Anzenberger et al. 2021b)

Definitionen und Daten

§-15-Einrichtungen sind Einrichtungen, die gemäß § 15 Suchtmittelgesetz für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtgiftmissbrauch zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse betreffend den risikoreichen Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- eSuchtmittel (eine vom BMSGPK betriebene personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung es aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist)
- Österreichischer Suchthilfekompass
- LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2020 (Horvath et al. 2020a) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Anzenberger et al. 2020b).

7 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen⁵⁸ – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit⁵⁹ werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Richter/Hurrelmann 2009; WHO 2013).

In der Fachliteratur wird zwischen vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dergleichen entstehen (Hradil 2009).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (vgl. Beiträge in Richter/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung

⁵⁸ Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

⁵⁹ „Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ (Hradil 2009)

und entfalten oftmals über Generationen hinweg⁶⁰ ihre gesundheitserhaltende/-fördernde oder -schädigende Wirkung. (Dragano/Siegrist 2009; WHO 2013)

Im Fachdiskurs werden unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit angeboten (Mackenbach 2006; Mielck 2005).

Sämtliche Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch beeinflusst sind (s. Abbildung 245) und durch Unterschiede

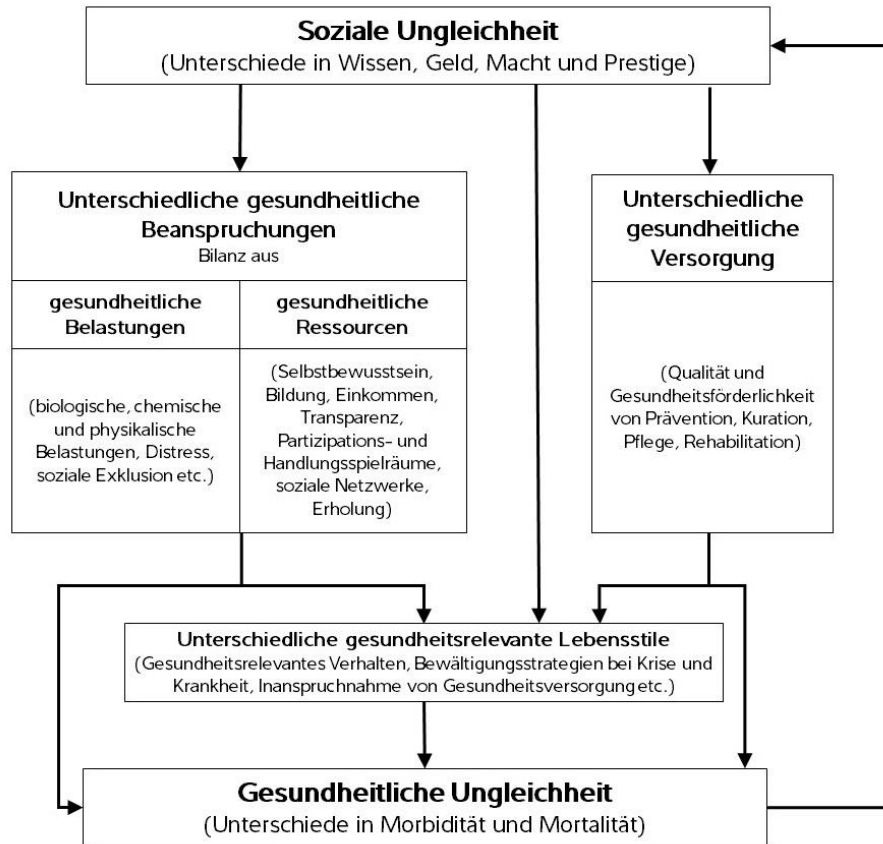
- hinsichtlich (körperlicher und) psychischer Anforderungen und Ressourcen,
- im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten),
- in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen),
- in der Versorgung

sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind.

Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 Prozent bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

⁶⁰ über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen etc.

Abbildung 245: Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (2009, modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993)

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (horizontale Ungleichheiten) sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen (vertikale Ungleichheiten) betrachtet. Die wichtigste Datenquelle, die eine Verknüpfung zwischen Gesundheit und gesundheitlichen Dimensionen einerseits sowie sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die Österreichische Gesundheitsbefragung. Die EU-SILC-Erhebung ist per se eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt ebenfalls die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wichtigen Datenquellen – etwa der Todesursachenstatistik, welche die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt – ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publicationen der Statistik Austria (Klotz, Johannes 2007; Klotz, Johannes/Doblhammer 2008). Bei wiederum anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Kapitel 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Österreich um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auch auf vertikalen Chancengerechtigkeitsdimensionen.

7.1 Unterschiede nach Geschlecht

7.1.1 Gesundheitszustand

In puncto Gesundheit zeigen sich zahlreiche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (s. Tabelle 18; Ausnahmen: chronische Rückenschmerzen, Asthma/COPD).

Frauen leben insgesamt länger, verbringen aber mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen (Allergien, chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen und Depression), sind häufiger im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkt (auch infolge der höheren Lebenserwartung) und weisen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden auf.

Männer hingegen eignet eine um 4,7 Jahre kürzere Lebenserwartung, sie verbringen aber weniger Lebenszeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall), Krebs und Diabetes betroffen, verletzen sich häufiger (auch bei der Arbeit, s. Abschnitt „Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten“), schätzen ihre Mundgesundheit als schlechter ein, sterben häufiger an Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs und begehen häufiger Suizid.

Tabelle 18: Gesundheitszustand nach Geschlecht in Österreich

	Männer	Frauen
LEBENSERWARTUNG BEI GEBURT 2019 (in Jahren)	79,5	84,2
LEBENSERWARTUNG IN MITTELMÄßIGER BIS SCHLECHTER GESUNDHEIT 2019 (in Jahren)	16,2	19,3
SELBSTEINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND 2019 (sehr gut oder gut in %)	76	73
CHRONISCHE KRANKHEITEN 2019 (in % / durchschnittliche Anzahl)	65/1,6	67/1,9
Allergien (inkl. allergischen Asthmas) 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	25/20/12	20/24/18
chronische Rückenschmerzen 2019 (in %)	25	27
chronische Nackenschmerzen 2019 (in %)	14	25
Arthrose 2019 (in %)	10	16
chronische Kopfschmerzen 2019 (in %)	6	10
Asthma/COPD 2019 (in %)	4/4	4/5
Diabetes 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	01/4/16	0,4/3/13
Typ-2-Diabetes (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	391	338
akuter Myokardinfarkt 2019 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	307	137
ischämische Schlaganfälle 2019 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	240	163
Krebsinzidenz 2019 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	564	395
Depression innerhalb der letzten 12 Monate / akute depressive Diagnose und/oder Symptomatik 2019 (in %)	4/5/7	8/7/12
VERLETZUNGEN 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	23/12/10	16/10/15
GESUNDHEITSBEDINGTE EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG 2019 (in %)	29	31
körperliche und sensorische Einschränkungen 2019 (in %)	36	37
Sehen	13	15
Hören (ruhiger Raum / lauter Raum)	8/26	7/24
Treppensteigen	7	11
Gehen	9	14

	Männer	Frauen
kognitive Einschränkungen 2019 (in %)	13	16
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person 2019 (in %; ab 65-Jährige)	18	26
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts 2019 (in %; ab 65-Jährige)	34	50
SELBSTEINGESCHÄTZTE MUNDGESUNDHEIT 2019 (sehr gut oder gut in %)	69	72
LEBENSQUALITÄT 2019 (Punkte: 0 bis 100)		
allgemeine Lebensqualität	78	77
körperliches Wohlbefinden	81	78
psychisches Wohlbefinden	81	78
soziales Wohlbefinden	77	77
umweltbezogene Lebensqualität	82	81
vorzeitige STERBLICHKEIT 2019 (Todesfälle pro 100.000 EW)	302	163
STERBLICHKEIT 2019 (Todesfälle pro 100.000 EW)	1.162	836
bösartige Neubildungen	306	169
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	433	315
Verletzungen	76	33
Suizid	21	5

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 15-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.1.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Körperliche und psychische Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten spielen eine zentrale Rolle für die Gesundheit und geben ebenfalls Aufschluss über spezifische gesundheitsrelevante Problemlagen. Wie beim Gesundheitszustand zeigen sich auch hier durchgehend Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. Tabelle 19).

Männer verfügen über eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz, sind häufiger übergewichtig und adipös, haben im mittleren Lebensalter häufiger Bluthochdruck, ernähren sich ungünstiger, haben häufiger erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride, rauchen häufiger täglich und trinken häufiger Alkohol (auch in riskanten Mengen). Sie weisen

somit einen ungünstigeren Lebensstil auf, der vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs begünstigt. Lediglich bei der körperlichen Aktivität schneiden Männer besser ab als Frauen.

Frauen weisen insgesamt ein günstigeres Gesundheitsverhalten auf, sind allerdings seltener in einem gesundheitswirksamen Ausmaß körperlich aktiv.

Tabelle 19: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht in Österreich

	Männer	Frauen
KÖRPERLICHE FAKTOREN		
Übergewicht und Adipositas 2019 (in %)	59	42
Bluthochdruck 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	3/18/45	4/13/47
erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	3/19/31	4/14/34
PSYCHISCHE FAKTOREN		
Allgemeine Gesundheitskompetenz 2020 (Punkte: 0 bis 100)	84	86
GESUNDHEITSVERHALTEN		
täglicher Obst- und Gemüsekonsum 2019 (in %)	25	41
gesundheitswirksame Bewegung 2019 (in %, 30- bis 39-Jährige)	26	20
täglicher Tabakkonsum 2019 (in %)	24	18
täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum 2019 (in %)	13	4
riskanter Alkoholkonsum 2019 (in %)	15	5

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 15-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.1.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Über verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten können gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge aufgezeigt werden, die gesundheitsrelevante Auswirkungen haben können.

Frauen haben häufiger höchstens einen Pflichtschulabschluss, verfügen gleichzeitig aber auch häufiger über Matura oder einen höheren Bildungsabschluss. Sie sind häufiger von Armut und Ausgrenzung betroffen, sind seltener erwerbstätig und weisen im Falle einer Erwerbstätigkeit häufiger ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (vor allem eine Teilzeitbeschäftigung). Insgesamt zeigt sich damit für Frauen eine ungünstige Erwerbssituation, die einer finanziellen Unabhängigkeit und Absicherung entgegensteht (s. Tabelle 20).

Männer haben häufiger keinen weiterführenden Bildungsabschluss (frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger), sind bei der Arbeit / am Arbeitsplatz stärker von körperlichen Belastungen, ungünstigeren Arbeitsbedingungen und von Arbeitsunfällen betroffen. Dies hängt auch mit ihren beruflichen Tätigkeiten zusammen. Darüber hinaus berichten Männer auch häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Neben dem Lebensstil (Gesundheitsverhalten) spielen also auch berufliche Risikofaktoren eine entscheidende Rolle für die Gesundheit von Männern (s. Tabelle 20).

Im Gegensatz zu den Gesundheitsindikatoren und den individuellen Determinanten gibt es auf Ebene der verhältnisbezogenen Einflussfaktoren auch eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten, bei denen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen festzustellen sind. Dies betrifft die Wohnsituation und ihre sozialen Beziehungen und Netzwerke.

Doppel- und Mehrfachbelastungen, von denen Frauen stärker betroffen sind, werden im Bericht leider noch nicht adäquat abgebildet und sollten in Zukunft noch stärker berücksichtigt werden.

Tabelle 20: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht in Österreich

	Männer	Frauen
ÖKONOMISCHE VERHÄLTNISSE		
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung 2019 (in %)	15	18
Wohnprobleme 2019 (in %)	16	17
Überbelag	7	7
Feuchtigkeit und Schimmel	9	10
dunkle Räume	5	5
BILDUNGSNIVEAU		
maximal Pflichtschulabschluss 2019 (in %; 20- bis 64-Jährige)	15	20

	Männer	Frauen
Matura und höher 2016 (in %; 20- bis 64-Jährige)	32	37
frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen 2019 (in %, 18- bis 24-Jährige)	10	6
ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG		
Erwerbstätigenquote 2019 (in %)	78	69
Arbeitslosenquote 2019 (in %)	7	7
atypische Beschäftigungsverhältnisse 2019 (in %)	16	53
Teilzeitquote 2019 (in %)	11	48
körperliche Belastungen 2020 (in %)	83	75
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung 2020 (in %)	39	37
geleistete Überstunden (inkl. Mehrstunden) 2019 (in %)	23	14
Arbeitsbedingungen 2017 (Punkte: 0 bis 100; 50- bis 65-Jährige)	67	70
Arbeitsunfälle 2019 (pro 100.000 EW)	2.323	816
trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen 2019 (in %)	52	58
SOZIALE BEZIEHUNGEN UND NETZWERKE		
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen 2019 (in %; sehr zufrieden / zufrieden)	88	88
Sozialkontakte 2018 (in %, mehrmals pro Woche bis täglich)	46	43
Ausmaß sozialer Unterstützung 2019 (in %; hoch)	55	56
soziales Vertrauen (Punkte: 0 bis 10)	5,5	5,6
LEBENSRAUM UND WOHNUMFELD		
Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden in der Wohngegend als Problem wahrgenommen 2019 (in %)	8	9

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 15-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.1.4 Gesundheitsversorgung

Österreichs Männer gehen seltener zur Hausärztin / zum Hausarzt und zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten als österreichische Frauen. Sie gehen seltener zur Zahnärztin / zum Zahnarzt und nehmen seltener Medikamente ein.

Im akutstationären Bereich werden Männer häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen behandelt als Frauen und weisen eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf.

Österreichs Frauen nehmen im Vergleich zu österreichischen Männern etwas häufiger allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und nehmen häufiger ärztlich verschriebene sowie rezeptfreie Medikamente ein. Sie sind stärker von potenziell inadäquater Medikation betroffen, werden häufiger ambulant von Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten behandelt und nehmen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiater:innen in Anspruch.

Im akutstationären Bereich werden Frauen häufiger wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie wegen Krankheiten des Urogenitalsystems behandelt und sterben häufiger innerhalb von 30 Tagen nach einer akutstationären Aufnahme wegen eines Myokardinfarkts oder Schlaganfalls.

Frauen sind stärker in die informelle Pflege und Betreuung eingebunden, erhalten häufiger Pflegegeld und nutzen häufiger häusliche Pflege- und Betreuungsdienste.

Tabelle 21: Gesundheitsversorgung nach Geschlecht in Österreich

	Männer	Frauen
PRÄVENTION		
allgemeine Vorsorgeuntersuchung 2019 (in %)	14	16
Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre 2019 (in %; ab 50-Jährige)	44	41
AMBULANTE VERSORGUNG		
Inanspruchnahme Allgemeinmediziner:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	77	82

	Männer	Frauen
Inanspruchnahme Fachärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	64	85
Inanspruchnahme Zahnärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	68	73
Inanspruchnahme Physiotherapeutin/-therapeut 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	19	24
Inanspruchnahme Psychologin/Psychologe, Psychotherapeutin/ -therapeut und/oder Psychiater:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	6	9
PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG		
Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente 2019 (in %)	47	56
Einnahme rezeptfreier Medikamente 2019 (in %)	31	48
potenziell inadäquate Medikation 2020 (in %; ab 70-Jährige)	32	41
AKUTSTATIONÄRE VERSORGUNG		
Patientinnen/Patienten 2019 (pro 100.000 EW)		
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2.560	1.816
Verletzungen und Vergiftungen	2.540	2.072
Krankheiten des Verdauungssystems	2.268	1.767
Atemwegserkrankungen	1.586	1.147
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	2.010	2.288
Krankheiten des Urogenitalsystems	1.265	1.637
30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (pro 100 Spitalsaufenthalte)	4,2	6,4
30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall (pro 100 Spitalsaufenthalte)	4,9	7,6
PFLEGE UND BETREUUNG		
Anteil an den Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern 2019 (in %)	37	63
Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste 2019 (in %; ab 60-Jährige)	2	4
informelle Pflege- und Betreuungsleistungen 2019 (in %)	12	18
VERMEIDBARE STERBLICHKEIT		
vom Gesundheitssystem potenziell vermeidbare Sterblichkeit 2019 (pro 100.000 EW)	84	63

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 15-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.2 Unterschiede nach Bildung

7.2.1 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der in Österreich lebenden Personen unterscheidet sich deutlich nach ihrer formalen Bildung. Mit wenigen Ausnahmen (Allergien und Verletzungen bei Männern) ist dabei ein Bildungsgradient erkennbar, der zuungunsten der Bevölkerungsgruppe mit geringerer formaler Bildung verläuft.

Personen mit maximal Pflichtschulabschluss haben eine kürzere Lebenserwartung und verbringen weniger Lebensjahre in sehr guter bis guter Gesundheit als gleichaltrige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Ab 30-Jährige sind häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, Asthma, chronische Bronchitis / Lungenemphysem / COPD, Diabetes und Depressionen), sind im Alltag öfter gesundheitsbedingt eingeschränkt, sind häufiger von körperlichen/sensorischen und kognitiven Einschränkungen betroffen, weisen eine geringere Lebensqualität auf und haben eine schlechtere Mundgesundheit. Sie schätzen damit völlig zu Recht ihren Gesundheitszustand als schlechter ein denn Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) sind hingegen häufiger von Allergien betroffen, Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger von Verletzungen.

Insgesamt zeigt sich also ein klares Muster: Personen mit geringerer formaler Bildung haben eine deutlich schlechtere Gesundheit (s. Tabelle 22).

Tabelle 22: Gesundheitszustand nach Bildung in Österreich

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
LEBENSERWARTUNG BEI GEBURT 2019 (in Jahren)		
Männer	76,7	83,2
Frauen	82,7	86,4

¹ höhere Schule / Universität / Fachhochschule

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
LEBENSERWARTUNG IN MITTELMÄßIGER BIS SCHLECHTER GESUNDHEIT 2019 (in Jahren)		
Männer	54,1	68,5/71,6 ¹
Frauen	56,0	69,3/70,9
¹ höhere Schule / Universität / Fachhochschule		
SELBSTEINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND 2019 (sehr gut oder gut in %)	46	84
CHRONISCHE KRANKHEITEN 2019 (in % / durchschnittliche Anzahl)	83/2,9	64/1,4
Allergien (inkl. allergischen Asthmas) 2019 (in %)	17	26
chronische Rückenschmerzen 2019 (in %)	42	19
chronische Nackenschmerzen 2019 (in %)	31	16
Arthrose 2019 (in %)	27	9
chronische Kopfschmerzen 2019 (in %)	12	7
Asthma/COPD 2019 (in %)	6/9	4/3
Diabetes 2019 (in %)	13	3
Depression innerhalb der letzten 12 Monate / akute depressive Diagnose und/oder Symptomatik 2019 (in %)	12/12/19	5/4/7
VERLETZUNGEN 2019 (in %)		
Männer	9	13
Frauen	15	12
GESUNDHEITSBEDINGTE EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG 2019 (in %)	55	22
körperliche und sensorische Einschränkungen 2019 (in %)	61	31
Sehen	25	13
Hören (ruhiger Raum / lauter Raum)	18/40	4/21
Treppensteigen	35	6
Gehen	28	4
kognitive Einschränkungen 2019 (in %)	34	9
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person 2019 (in %; ab 65-Jährige)	35	13
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts 2019 (in %; ab 65-Jährige)	62	28
SELBSTEINGESCHÄTZTE MUNDGESUNDHEIT 2019 (sehr gut oder gut in %)	50	77
LEBENSQUALITÄT 2019 (Punkte: 0 bis 100)		

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
allgemeine Lebensqualität	67	81
körperliches Wohlbefinden	67	83
psychisches Wohlbefinden	74	81
soziales Wohlbefinden	71	77
umweltbezogene Lebensqualität	75	83

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.2.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Ein Pendant zur gesundheitlichen Situation von Personen mit geringer formaler Bildung findet sich auch auf Ebene der individuellen Gesundheitsdeterminanten: Personen ab 30 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger übergewichtig und adipös, haben häufiger Bluthochdruck, ernähren sich ungünstiger, haben häufiger erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride und weisen eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz auf als gleichaltrige Personen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss. Auch beim täglichen Rauchen zeigt sich der beschriebene Bildungsgradient, allerdings nur bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung (s. Tabelle 23).

Lediglich beim Alkoholkonsum zeigt sich ein anderes Muster: Hier trinkt die ab 60-jährige Bevölkerung mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger Alkohol (auch in riskanten Mengen) als jene mit maximal Pflichtschulabschluss.

Tabelle 23: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Bildung in Österreich

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
KÖRPERLICHE FAKTOREN		
Übergewicht und Adipositas 2019 (in %)	65	44
Bluthochdruck 2019 (in %)	40	17
erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride 2019 (in %)	28	17
PSYCHISCHE FAKTOREN		

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
allgemeine Gesundheitskompetenz 2020 (Punkte: 0 bis 100)	81	85
GESUNDHEITSVERHALTEN		
täglicher Obst- und Gemüsekonsum 2019 (in %)	34	40
gesundheitswirksame Bewegung 2019 (in %)	18	27
täglicher Tabakkonsum 2019 (in %; 30- bis 59-Jährige)	41	17
täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum 2019 (in %; ab 60-Jährige)	9	23
riskanter Alkoholkonsum 2019 (in %; ab 60-Jährige)	6	16

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.2.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Eine Fortsetzung des identifizierten Musters ist auch auf Ebene der verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten zu beobachten (s. Tabelle 24). Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Armut und Ausgrenzung bedroht, sind öfter arbeitslos und sind von Wohnproblemen wie etwa Überbelag oder Feuchtigkeit und Schimmel häufiger betroffen. Sie sind bei der Arbeit öfter körperlichen Belastungen ausgesetzt und haben schlechtere Arbeitsbedingungen. Außerdem verfügen sie über ein geringeres Sozialkapital als Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Personen mit höherer formaler Bildung sind hingegen häufiger von Zeitdruck, Arbeitsüberlastung und Überstunden betroffen und gehen etwas öfter trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit.

Kein Unterschied zeigt sich bei den atypischen Beschäftigungsverhältnissen, die sowohl bei Personen mit geringer als auch bei solchen mit hoher formaler Bildung häufig sind und bei Personen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss etwas seltener vorkommen.

Tabelle 24: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Bildung in Österreich

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
ÖKONOMISCHE VERHÄLTNISSE		
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung 2019 (in %)	28	13
Wohnprobleme 2019 (in %)	20	15
Überbelag	10	5
Feuchtigkeit und Schimmel	10	8
dunkle Räume	7	5
ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG		
Arbeitslosenquote 2019 (in %)	22	3–6
atypische Beschäftigungsverhältnisse 2019 (in %)	36	37
körperliche Belastungen 2020 (in %)	81	73
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung 2020 (in %)	29	41
geleistete Überstunden (inkl. Mehrstunden) 2019 (in %)	6	28 ¹
¹ Universitäts-/Fachhochschulabschluss		
Arbeitsbedingungen ² 2017 (Punkte: 0 bis 100; 50- bis 65-Jährige)	77 ³	77
² gerechtes Einkommen, Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit, Autonomie, soziale Unterstützung und Anerkennung, körperliche Anstrengung und Zeitdruck		
³ ISCED 0–2 vs. ISCED 5–6		
trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen 2019 (in %)	50	53
SOZIALE BEZIEHUNGEN UND NETZWERKE		
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen 2019 (in %; sehr zufrieden / zufrieden)	84	88
Sozialkontakte 2018 (in %, mehrmals pro Woche bis täglich)	36	48
Ausmaß sozialer Unterstützung 2019 (in %; hoch)	45	58
soziales Vertrauen (Punkte: 0 bis 10)	5,3	6,0
LEBENSRAUM UND WOHNUMFELD		
Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden in der Wohngegend als Problem wahrgenommen 2019 (in %)	8	9

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.2.4 Gesundheitsversorgung

Deutliche Unterschiede nach Bildung zeigen sich auch bei der Gesundheitsversorgung (s. Tabelle 25): Die Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss (30 Jahre und älter) nimmt deutlich seltener Früherkennungsangebote in Anspruch, konsultiert häufiger Allgemeinmediziner:innen, seltener hingegen Fachärztinnen/-ärzte sowie Zahnärztinnen/-ärzte und Physiotherapeutinnen/-therapeuten. Sie nimmt häufiger ärztlich verordnete Medikamente ein, sucht häufiger Spitals- und Unfallambulanzen auf und wird öfter stationär behandelt. Außerdem nutzt sie häufiger häusliche Pflege- und Betreuungsdienste.

Rezeptfreie Medikamente werden von Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger eingenommen als von jenen mit maximal Pflichtschulabschluss.

Tabelle 25: Gesundheitsversorgung nach Bildung in Österreich

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
PRÄVENTION		
Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre 2019 (in %; ab 50-Jährige)	36	47
Früherkennungsmammografie innerhalb der letzten zwei Jahre 2019 (in %; 45- bis 69-Jährige)	68	72
Gebärmutterhalsabstrich innerhalb der letzten drei Jahre 2019 (in %; 20- bis 69-Jährige)	73	88
AMBULANTE VERSORGUNG		
Inanspruchnahme Allgemeinmediziner:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	85	77
Inanspruchnahme Fachärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)		
Männer	66	69
Frauen	76	87
Inanspruchnahme Zahnärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	52	78
Inanspruchnahme Physiotherapeut:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	19	26
Inanspruchnahme Spitals- oder Unfallambulanz (in %; in den letzten 12 Monaten)	30	25

	maximal Pflichtschule	Matura oder höher
PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG		
Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente 2019 (in %)	78	47
Einnahme rezeptfreier Medikamente 2019 (in %)	31	48
AKUTSTATIONÄRE VERSORGUNG		
stationärer Aufenthalt (in %; in den letzten 12 Monaten)	23	14
PFLEGE UND BETREUUNG		
Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste 2019 (in %; ab 60-Jährige)	12	7

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.3 Unterschiede nach Einkommen

7.3.1 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung ab 30 Jahren unterscheidet sich deutlich auch nach ihren finanziellen Möglichkeiten. Mit wenigen Ausnahmen (Allergien, Verletzungen bei Männern) sind deutliche Unterschiede zuungunsten der Bevölkerung mit niedrigem Haushaltseinkommen (gemessen am Nettoäquivalenzeinkommen der Haushalte) festzustellen (s. Tabelle 26).

Personen aus dem untersten Einkommensquintil (= 20 % der Haushalte mit dem geringsten Nettoäquivalenzeinkommen) sind häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, Asthma, chronische Bronchitis / Lungenemphysem / COPD, Diabetes und Depressionen), sind im Alltag öfter gesundheitsbedingt eingeschränkt, sind häufiger von körperlichen/sensorischen und kognitiven Einschränkungen betroffen, weisen eine geringere Lebensqualität und eine schlechtere Mundgesundheit auf. Sie schätzen damit völlig zu Recht ihren Gesundheitszustand als schlechter ein denn Personen aus dem obersten Einkommensquintil (= 20 % der Haushalte mit dem höchsten Nettoäquivalenzeinkommen).

Personen aus dem obersten Einkommensquintil sind hingegen häufiger von Allergien und Männer dieser Gruppe häufiger von Verletzungen betroffen.

Insgesamt zeigt sich also ein klares Muster: Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen verfügen über eine deutlich schlechtere Gesundheit.

Tabelle 26: Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen in Österreich

	unterstes Einkommensquintil	oberstes Einkommensquintil
SELBSTEINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND 2019 (sehr gut oder gut in %)	53	88
CHRONISCHE KRANKHEITEN 2019 (in % / durchschnittliche Anzahl)	80/2,7	67/1,4
Allergien (inkl. allergischen Asthmas) 2019 (in %, 15- bis 29-Jährige / 30- bis 59-Jährige / ab 60-Jährige)	18	23
chronische Rückenschmerzen 2019 (in %)	39	20
chronische Nackenschmerzen 2019 (in %)	28	18
Arthrose 2019 (in %)	24	9
chronische Kopfschmerzen 2019 (in %)	12	6
Asthma/COPD 2019 (in %)	6/9	4/2
Diabetes 2019 (in %)	12	3
Depression innerhalb der letzten 12 Monate / akute depressive Diagnose und/oder Symptomatik 2019 (in %)	13/11/18	3/3/5
VERLETZUNGEN 2019 (in %)		
Männer	10	15
Frauen	14	11
GESUNDHEITSBEDINGTE EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG 2019 (in %)	51	19
körperliche und sensorische Einschränkungen 2019 (in %)	56	31
Sehen	22	11
Hören (ruhiger Raum / lauter Raum)	14/37	3/22
Treppensteigen	27	3
Gehen	21	3
kognitive Einschränkungen 2019 (in %)	26	8

	unterstes Einkommensquintil	oberstes Einkommensquintil
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person 2019 (in %; ab 65-Jährige)	28	14
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts 2019 (in %; ab 65-Jährige)	53	29
SELBSTEINGESCHÄTZTE MUNDGESUNDHEIT 2019 (sehr gut oder gut in %)	54	79
LEBENSQUALITÄT 2019 (Punkte: 0 bis 100)		
allgemeine Lebensqualität	68	84
körperliches Wohlbefinden	70	85
psychisches Wohlbefinden	74	83
soziales Wohlbefinden	71	81
umweltbezogene Lebensqualität	75	86

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.3.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die gesundheitliche Situation von Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen erweist sich auch auf Ebene der individuellen Gesundheitsdeterminanten (s. Tabelle 27) als schlechter: Personen ab 30 Jahren mit niedrigem Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil) haben häufiger Bluthochdruck, und Personen in finanziell prekären Lebenslagen verfügen über eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz.

Ein entsprechendes Muster findet sich auch bei Frauen ab 30 Jahren in Sachen Übergewicht und Adipositas, ungünstige Ernährung und erhöhte Cholesterin-/Blutfett-/Triglyceridwerte – nicht jedoch bei den Männern. Beim täglichen Rauchen zeigt sich der beschriebene Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen nur bei den 30- bis 59-Jährigen, nicht aber in der älteren Bevölkerung.

Lediglich beim Alkoholkonsum zeigt sich ein anderes Muster: Hier trinken Personen des obersten Einkommensquintils häufiger Alkohol (auch in riskanten Mengen) als Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen (unterstes Quintil).

Tabelle 27: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Haushaltseinkommen in Österreich

	unterstes Einkommensquintil	oberstes Einkommensquintil
KÖRPERLICHE FAKTOREN		
Übergewicht und Adipositas 2019 (in %)		
Männer	65	65
Frauen	54	40
Bluthochdruck 2019 (in %)	38	18
erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride 2019 (in %)		
Männer	25	23
Frauen	28	14
PSYCHISCHE FAKTOREN		
allgemeine Gesundheitskompetenz 2020 (Punkte: 0 bis 100)	80 ¹	86
<small>¹ finanzielle Situation: (sehr) schwierig vs. (sehr) einfach</small>		
GESUNDHEITSVERHALTEN		
täglicher Obst- und Gemüsekonsum 2019 (in %)		
Männer	26	27
Frauen	38	46
gesundheitswirksame Bewegung 2019 (in %)	13	29
täglicher Tabakkonsum 2019 (in %; 30- bis 59-Jährige)	38	15
täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum 2019 (in %; ab 60-Jährige)	11	25
riskanter Alkoholkonsum 2019 (in %; ab 60-Jährige)	7	19

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.3.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Bei den verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten beschreibt der Bericht nur vereinzelt Zusammenhänge. Auch hier bestätigt sich das bisher beobachtete Zusammenhangsmuster (s. Tabelle 28): Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen sind häufiger von Wohnproblemen wie etwa Überbelag oder Feuchtigkeit und Schimmel betroffen und verfügen über ein geringeres Sozialkapital als Personen mit hohem Haushaltseinkommen.

Tabelle 28: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Haushaltseinkommen in Österreich

	unterstes Einkommensquintil ¹ / < 60 % des Medianhaushaltseinkommens ²	oberstes Einkommensquintil / ≥ 180 % des Medianhaushaltseinkommens
ÖKONOMISCHE VERHÄLTNISSE		
Wohnprobleme 2019 (in %)	23	9
Überbelag	12	2
Feuchtigkeit und Schimmel	12	6
dunkle Räume	7	4
ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG		
trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen 2019 (in %)	55	53
SOZIALE BEZIEHUNGEN UND NETZWERKE		
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen 2019 (in %; sehr zufrieden / zufrieden)	80	92
Sozialkontakte 2018 (in %, mehrmals pro Woche bis täglich)	40	45
Ausmaß sozialer Unterstützung 2019 (in %; hoch)	43	67
soziales Vertrauen (Punkte: 0 bis 10)	5,7	5,9
LEBENSRAUM UND WOHNUMFELD		
Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden in der Wohngegend als Problem wahrgenommen 2019 (in %)	9	8

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

¹ ATHIS-Daten

² EU-SILC-Daten

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

7.3.4 Gesundheitsversorgung

Deutliche Unterschiede nach dem Haushaltseinkommen zeigen sich auch bei der Gesundheitsversorgung (s. Tabelle 29): Die ab 30-jährige Bevölkerung mit geringem Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil) nimmt deutlich seltener Früherkennungsangebote

in Anspruch, konsultiert häufiger Allgemeinmediziner:innen, dafür seltener Fachärztinnen/-ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte und Physiotherapeutinnen/-therapeuten. Sie nehmen häufiger ärztlich verordnete Medikamente ein als Personen im Alter von 30+ mit einem hohem Haushaltseinkommen (oberstes Einkommensquintil), suchen häufiger Spitals- und Unfallambulanzen auf und werden häufiger stationär behandelt. Außerdem nutzen sie häufiger häusliche Pflege- und Betreuungsdienste.

Rezeptfreie Medikamente werden von Personen mit einem hohen Haushaltseinkommen häufiger eingenommen als von jenen mit geringem Haushaltseinkommen.

Tabelle 29: Gesundheitsversorgung nach Bildung in Österreich

	unterstes Einkommensquintil	oberstes Einkommensquintil
PRÄVENTION		
Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre 2019 (in %; ab 50-Jährige)	39	49
Früherkennungsmammografie innerhalb der letzten zwei Jahre 2019 (in %; 45- bis 69-Jährige)	69	77
Gebärmutterhalsabstrich innerhalb der letzten drei Jahre 2019 (in %; 20- bis 69-Jährige)	78	91
AMBULANTE VERSORGUNG		
Inanspruchnahme Allgemeinmediziner:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	83	75
Inanspruchnahme Fachärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	75	81
Inanspruchnahme Zahnärztin/-arzt 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	60	81
Inanspruchnahme Physiotherapeut:in 2019 (in %; in den letzten 12 Monaten)	21	28
Inanspruchnahme Spitals- oder Unfallambulanz (in %; in den letzten 12 Monaten)	30	23
PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG		
Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente 2019 (in %)	72	45
Einnahme rezeptfreier Medikamente 2019 (in %)	38	45

	unterstes Einkommens- quintil	oberstes Einkommens- quintil
AKUTSTATIONÄRE VERSORGUNG		
stationärer Aufenthalt (in %; in den letzten 12 Monaten)	22	13
PFLEGE UND BETREUUNG		
Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste 2019 (in %; ab 60-Jährige)	11	6

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die ab 30-jährige Bevölkerung.

Quelle: GÖG (auf Basis der vorigen Berichtskapitel)

8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

Zwischen 2005 und 2019 ist die *Lebenserwartung* für Männer um 2,9 Jahre und für Frauen um zwei Jahre gestiegen. Im Jahr 2019 konnten neugeborene Burschen mit 79,5 und neugeborene Mädchen mit 84,2 Lebensjahren rechnen. Damit liegt Österreich über dem Durchschnitt der EU-Länder, aber noch nicht im Spitzenfeld. Obwohl der Zugewinn an Lebensjahren bei den Männern größer war als bei den Frauen, hat die weibliche Bevölkerung immer noch eine um 4,7 Jahre höhere Lebenserwartung als die männliche. Aufgrund der COVID-19-Pandemie sank die Lebenserwartung 2020 und 2021 um 0,7 Jahre bei den Männern und um 0,5 Jahre bei den Frauen.

Ebenso wie die Lebenserwartung (mit Ausnahme der COVID-19-Jahre) ist auch die *Lebenserwartung in Gesundheit* deutlich gestiegen: seit 1991 um 7,4 Lebensjahre bei Männern und um 7,8 Lebensjahre bei Frauen. Im Jahr 2019 konnten neugeborene Burschen 63,1 und neugeborene Mädchen 64,7 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit erwarten. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit über dem EU-Durchschnitt. Der beobachtete Rückgang der gesunden Lebensjahre zwischen 2014 und 2019 ist auf methodische Unterschiede zwischen den ATHIS-Erhebungen 2014 und 2019 zurückzuführen und stellt ein methodisches Artefakt dar.

Vergleicht man die Lebenserwartung mit der Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit, wird deutlich, dass Frauen in Österreich länger leben, aber auch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbringen als Männer (19,5 vs. 16,4 Lebensjahre).

Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

2019 litten in Österreich rund 4,9 Mio. Menschen (ab 15 Jahren; 66 % der Bevölkerung) an dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen. Bei diesen Beeinträchtigungen handelt es sich mehrheitlich um Erkrankungen/Gesundheitsprobleme, die mit einem ungünstigen Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol) und mit Determinanten auf der Verhältnisebene im Zusammenhang stehen (Erwerbstätigkeit, Armut

etc.). Besonders häufig ist die ab 15-jährige Bevölkerung von den nachstehenden chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen:

- chronische Rückenschmerzen (26 %, rund 1,9 Mio. Personen)
- Allergien (20 %, diagnostiziert, rund 1,5 Mio. Personen)
- chronische Nackenschmerzen (20 %, rund 1,45 Mio. Personen)
- Arthrose (13 %, diagnostiziert, rund 973.000 Personen)
- chronische Kopfschmerzen (8 %, rund 581.000 Personen)
- Diabetes (6 %, diagnostiziert, rund 438.000 Personen)
- Depression (6 %, diagnostiziert, rund 435.000 Personen)
- chronische Bronchitis / COPD (5 %, rund 344.000 Personen)
- Asthma (4 %, diagnostiziert, rund 289.000 Personen)

Im Jahr 2019 erkrankten in Österreich rund 32.000 Menschen neu an Typ-2-Diabetes und knapp 42.000 an Krebs (am häufigsten an Brust-, Prostata-, Darm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Etwa 19.000 Menschen erlitten 2019 einen akuten Myokardinfarkt und etwa 18.000 einen ischämischen Schlaganfall. Während die Myokardinfarktrate und die Rate ischämischer Schlaganfälle sowie die Krebsinzidenz (insgesamt, aber auch für häufige Lokalisationen: Lungenkrebs bei Männern, Darmkrebs, Brustkrebs bei Frauen) rückläufig sind, ist bei der Lungenkrebsinzidenz bei Frauen, bei Gesundheitsproblemen des Bewegungsapparats (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose) und bei der Diabetesinzidenz (von 2018 auf 2019) ein Anstieg zu beobachten. Die Prävalenz von Allergien, chronischen Kopfschmerzen, Diabetes, Asthma, COPD und Depressionen ist hingegen weitgehend unverändert geblieben.

Insgesamt liegt Österreich bei den chronischen Erkrankungen über dem EU-Durchschnitt, rangiert jedoch bei einzelnen Erkrankungen (z. B. Krebs) unter dem europäischen Durchschnitt.

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme tragen zu einer Verminderung der Lebensqualität bei und sind – im Falle von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – häufig für einen vorzeitigen Tod verantwortlich.

Verletzungen

Verletzungen sind die mit Abstand häufigste Todesursache bei 15- bis 29-Jährigen und sind für sieben Prozent aller vorzeitigen Todesfälle bei Frauen und für zwölf Prozent bei Männern verantwortlich. Die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist bei den Männern zwischen 2005 und 2014 deutlich zurückgegangen und seither relativ stabil geblieben und bei Frauen auf einem niedrigen Niveau verharrt.

Im Jahr 2019 verletzten sich rund 13 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 972.000 Personen; 131 Personen pro 1.000 EW ab 15 Jahren) bei einem Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfall. Besonders gefährdet sind dabei 15- bis 29-Jährige durch Freizeit- und Straßenverkehrsunfälle (mehrheitlich Männer) und ab 60-Jährige durch Haushaltsunfälle (vermehrt Frauen). Insgesamt kommt es in Österreich häufiger zu Verletzungen (Tendenz steigend) als im EU-Durchschnitt.

2019 wurden in Österreich rund 93.000 Arbeitsunfälle registriert (rund 1.569 Fälle pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Drei Viertel davon betrafen Männer, 26 Prozent die erwerbstätige Bevölkerung im Alter von 15 bis 25 Jahren. 86 Arbeitsunfälle endeten tödlich. Die Arbeitsunfallrate der Männer ist seit 2008 rückläufig, stieg aber zwischen 2017 und 2019 wieder. Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Muster, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau. Österreich liegt bei den Arbeitsunfällen über dem europäischen Durchschnitt. Im Sinne des österreichischen Gesundheitsziels 1 (Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen) sollte dem Thema Arbeitssicherheit folglich weiterhin Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

In Österreich waren im Jahr 2019 rund 2,22 Mio. Menschen (ab 15 Jahren; 30 % der Bevölkerung) im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkt. Ihr Anteil hat sich seit 2006 nicht wesentlich verändert. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit in puncto gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag über dem EU-Durchschnitt.

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen waren 2019 in Österreich rund 2,72 Mio. Menschen (37 %) betroffen – am häufigsten beim Hören oder Sehen. Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten haben rund 15 Prozent der Bevölkerung – vermehrt Personen ab 60 Jahren (25 %), aber auch schon rund neun Prozent der 15- bis 29-Jährigen.

Mit Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung (ADL) sehen sich 22 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung (rund 363.000 Personen) konfrontiert, wobei 27 Prozent von ihnen mehr Hilfe benötigen würden, als ihnen zur Verfügung steht. 43 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (IADL, 706.000 Personen) – 19 Prozent dieser Gruppe benötigen diesbezüglich mehr Unterstützung. Sowohl bei den ADL als auch bei den IADL ist ein Anstieg zu beobachten, wobei methodische Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei den ADL etwa im EU-Durchschnitt, bei den IADL unter diesem.

Lebensqualität

Von den vier Dimensionen der Lebensqualität – körperlich, psychisch, sozial, umweltbezogen – wurde 2019 die umweltbezogene Lebensqualität am besten und das soziale Wohlbefinden am schlechtesten bewertet. Im Vergleich zu 2006 gab es Verbesserungen bei der umweltbezogenen Lebensqualität und beim psychischen Wohlbefinden (wobei die COVID-19-Pandemie mittlerweile zu einer deutlichen Verschlechterung geführt haben dürfte) und Verschlechterungen insbesondere beim sozialen Wohlbefinden. Im Sinne des Gesundheitsziels 5 (Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken) wäre es daher wünschenswert, den sozialen Zusammenhalt noch stärker zu fördern.

Personen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität als deutlich schlechter ein denn Personen ohne diese Gesundheitsprobleme. Hier scheint vor allem die Zielsteuerung-Gesundheit gefordert, um die Lebensqualität chronisch kranker Menschen noch weiter zu verbessern.

Sterblichkeit

Im Jahr 2019 starben rund 83.000 Menschen, am häufigsten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen. 17.800 Personen verstarben vor ihrem 70. Geburtstag. Die Sterblichkeit hat sich zwischen 2005 und 2019 deutlich vermindert, vor allem aufgrund eines Rückgangs bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Die COVID-19-Pandemie führte hingegen zu einem Anstieg der Sterblichkeit, der bei Männern stärker war als bei Frauen.

In Österreich begingen in den Jahren 2019 bis 2021 jeweils rund 1.100 Menschen Suizid. Knapp 80 Prozent von ihnen waren Männer. Die Suizidrate ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2021 deutlich zurückgegangen.

Risikofaktoren für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme

Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden stark durch den Lebensstil, aber auch direkt und indirekt durch Determinanten im HiAP-Bereich beeinflusst.

Nur 33 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung essen 2019 täglich Obst und Gemüse, und nur 23 Prozent erfüllen die Empfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung. Beide Werte liegen leicht unter dem Niveau von 2014. Während Österreich beim Obst- und Gemüsekonsum im EU-Durchschnitt liegt, rangiert es bei der körperlichen Aktivität deutlich über dem EU-Durchschnitt.

Rund 34 Prozent der Bevölkerung (ab 15 Jahren; rund 2,54 Mio. Personen) waren 2019 übergewichtig, knapp 17 Prozent (rund 1,22 Mio. Personen) adipös. 22 Prozent litten an Bluthochdruck (rund 1,62 Mio. Personen), und 19 Prozent waren von erhöhten Cholesterin-/Blutfett-/Triglyceridwerten betroffen (rund 1,37 Mio. Personen). Vor allem der Anteil der Adipösen hat seit 2006 zugenommen. Bei Übergewicht und Adipositas liegt Österreich wie beim Bluthochdruck im EU-Durchschnitt, bei erhöhten Cholesterin-/Blutfett-/Triglyceridwerten deutlich über dem Durchschnitt der EU-Länder.

21 Prozent der ab 15-Jährigen (rund 1,53 Mio. Personen) zählten 2019 zur Gruppe der täglichen Raucher:innen, 36 Prozent von ihnen haben vergeblich versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Im Vergleich zu 2014 ist der Anteil der täglichen Raucher:innen zurückgegangen – als Folge der in den letzten zehn bis 15 Jahren gesetzten Maßnahmen, die vor allem bei den Männern zu einer kontinuierlich sinkenden Raucherprävalenz geführt haben. Fast jede:r Zehnte war 2019 dennoch mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt. Im EU-Vergleich liegt Österreich damit bei den täglich rauchenden Männern im EU-Durchschnitt und bei den täglich rauchenden Frauen noch immer über dem EU-Durchschnitt, wengleich nicht mehr auf Platz 1.

Neun Prozent der ab 15-Jährigen konsumieren an mindestens fünf Tagen pro Woche Alkohol. Korrigiert um Verkaufszahlen und um die Alkoholikerprävalenz, steigt dieser Wert sogar auf 18 Prozent. Rund zehn Prozent der ab 15-Jährigen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Im Vergleich zu 2014 zeigen sich damit keine signifikanten Veränderungen, und im EU-Vergleich liegt Österreich damit bei den (fast) täglichen Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten im europäischen Durchschnitt.

Gesundheitskompetenz

Ein näherungsweise Vergleich der Ergebnisse der ersten (HLS-EU, 2011) und der zweiten Gesundheitskompetenz-Erhebung in Österreich (HLS₁₉, 2020) lässt einen Anstieg in der allgemeinen Gesundheitskompetenz vermuten, und zwar von 48 Prozent mit ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz auf 53 Prozent. Verbesserungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen zeigen sich im Bereich der Gesundheitsförderung sowie beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen und insbesondere diejenigen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, weisen eine deutlich geringere allgemeine Gesundheitskompetenz auf als Menschen ohne chronische Erkrankungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, die damit gut zurechtkommen.

Im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass noch größere Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und der digitalen Gesundheitskompetenz (Umgang mit Onlineinformationen) bestehen.

Es braucht daher dringend Maßnahmen zur Stärkung der GK in der Bevölkerung und zur Weiterentwicklung von Gesundheitseinrichtungen in Richtung gesundheitskompetente Organisation. Darüber hinaus gilt es die professionelle GK Angehöriger der Gesundheitsprofessionen/-berufe zu stärken, da sie zu den wichtigsten Anlaufstellen in Sachen Gesundheits- und Krankheitsfragen zählen.

Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus. Ihre gesundheitsfördernde Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein.

Ökonomische Bedingungen

2019 waren in Österreich rund 1,16 Mio. Menschen (13 % der Bevölkerung) von Armut bedroht oder betroffen und sechs Prozent materiell depriviert (knapp 511.000 Menschen). Etwa 1,47 Mio. Menschen (17 %) waren armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Seit 2008 hat der Anteil materiell deprivierter Personen deutlich abgenommen (von 14 auf 6 Prozent), während die Armutsgefährdung in etwa gleich geblieben ist (zw. 13 % und 15 %). Der Anteil

armuts- oder ausgrenzungsgefährdeter Personen hat in diesem Zeitraum von knapp 21 Prozent auf rund 17 Prozent abgenommen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit in allen drei Punkten unter dem EU-Durchschnitt.

Wohnsituation

Von Überbelag waren 2019 rund 612.000 Menschen in Österreich (7 % der Bevölkerung; vor allem Personen unter 60 Jahren) betroffen. Mit Feuchtigkeit und Schimmel hatten rund 822.000 Menschen (11 %) und mit dunklen Räumen rund 443.000 Personen (5 %) zu tun. Während die Überbelagsproblematik seit 2008 leicht abgenommen hat, bleiben die Probleme mit Feuchtigkeit und Schimmel sowie mit dunklen Räumen bestehen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei Feuchtigkeit und Schimmel deutlich unter dem EU-Durchschnitt, bei Überbelag leicht unter dem EU-Durchschnitt und bei dunklen Räumen im EU-Durchschnitt.

(Aus-)Bildung

Im Jahr 2019 konnten rund 18 Prozent der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung maximal einen Pflichtschulabschluss vorweisen. Dieser Anteil blieb seit 2008 weitgehend konstant. Umgekehrt verfügen rund 33 Prozent der 25- bis 64-Jährigen über eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss. Ihr Anteil stieg seit 2008 um rund fünf Prozentpunkte. Bei Frauen zeigt sich eine geringere Bildungsmobilität als bei Männern, sodass sie – trotz eines höheren Anteils an den akademischen Abschlüssen – häufiger als Männer nicht über einen Pflichtschulabschluss hinauskommen.

Acht Prozent der 18- bis 24-Jährigen in Österreich hatten 2019 keinen weiterführenden Schulabschluss (also maximal einen Pflichtschulabschluss) oder befanden sich nicht mehr in Ausbildung. Seit 2008 hat der Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger:innen kontinuierlich abgenommen (von 10 % auf 7 % im Jahr 2018), bevor er 2019 wieder um rund einen Prozentpunkt gestiegen ist.

Im EU-Vergleich liegt Österreich sowohl bei den Personen mit niedrigem Bildungsniveau als auch bei den frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgängerinnen/-abgängern unter dem EU-Durchschnitt.

Arbeit und Beschäftigung

Im Jahr 2019 waren in Österreich (laut AMS) rund 301.000 Menschen arbeitslos. Dies entspricht einer Arbeitslosenquote von 7,4 Prozent. Rund 16 Prozent der Arbeitslosen (ca. 48.000 Personen) waren langzeitarbeitslos, 14 Prozent (ca. 43.000 Personen) zwischen 15 und 24 Jahre alt und rund 25 Prozent waren Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (ca. 75.500 Personen; mehrheitlich ab 45 Jahren). Die Arbeitslosenquote stieg zwischen 2008 und 2015, zwischen 2017 und 2019 sank sie wieder, gefolgt von der COVID-19-Periode, die erneut zu einem Anstieg führte. Die Jugendarbeitslosigkeit folgte dem allgemeinen Trend, und die Langzeitarbeitslosigkeit nahm zwischen 2013 und 2017 deutlich zu und ist seither auf einem hohen Niveau geblieben. Auch der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen stieg seit 2008 kontinuierlich, was auf Probleme bei der (Re-)Integration von Langzeitarbeitslosen und gesundheitlich beeinträchtigten Personen in den Arbeitsmarkt hindeutet. Im europäischen Vergleich liegt die Arbeitslosenquote der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung unter dem EU-Durchschnitt.

Gut ein Drittel der unselbstständigen erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren war im Jahr 2019 in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis (rund 1,3 Mio. Personen), d. h. entweder in Teilzeit, befristet oder nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Dieser Anteil ist seit 2012 weitgehend konstant. Bei der Teilzeitquote liegt Österreich im europäischen Vergleich deutlich über dem EU-Durchschnitt, vor allem bei den Frauen. Traditionelle Rollen- und Familienbilder sowie ein lückenhaftes Kinderbetreuungsangebot scheinen in Österreich nach wie vor eine gleichberechtigte Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt zu erschweren.

79 Prozent der Erwerbstätigen ab 15 Jahren (rund 3,4 Mio.) waren im Jahr 2020 durch körperliche Belastungen (zumindest eine) am Arbeitsplatz beeinträchtigt. Im Vergleich zum Jahr 2013 ist der Anteil der körperlich belasteten Erwerbstätigen um rund sechs Prozentpunkte gestiegen. Eine Zunahme ist in den Kategorien „starke Anstrengung der Augen“ (von 35 % auf 37 %) und „schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe“ (von 27 % auf 33 %) zu beobachten. Beides sind Belastungen, die auch mit der Zunahme von Büro- und Bildschirmarbeit zusammenhängen. Hinzu kommt, dass 34 Prozent durch sich wiederholende Hand- und Armbewegungen körperlich belastet sind. Eine deutliche Verbesserung zeigt sich in der Kategorie „Unfallgefahr“, hier ist ein Rückgang von 27 Prozent auf 22 Prozent zu verzeichnen.

38 Prozent der Erwerbstätigen ab 15 Jahren (rund 1,65 Mio. Personen) litten 2020 unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Dies entspricht dem Wert von 2013.

Ältere Erwerbstätige (im Alter von 50 bis 64 Jahren) bewerteten ihre Arbeitsbedingungen (u. a. gerechtes Einkommen, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit, Autonomie, soziale Unterstützung und Anerkennung, körperliche Anstrengungen und Zeitdruck) im Jahr 2017 mit rund 69 von 100 Punkten. Gegenüber 2010/11 bedeutet dies eine Verbesserung um rund elf Punkte. Im europäischen Vergleich liegt Österreich hier damit deutlich über dem Durchschnitt von elf EU-Ländern.

Überstunden wurden 2019 von rund 19 Prozent aller unselbstständig erwerbstätigen Personen geleistet (rund 705.000 Personen). Zwischen 2005 und 2019 ist die Anzahl der überstundenleistenden Frauen nahezu konstant geblieben, während die Anzahl überstundenleistender Männer um acht Prozent gesunken ist.

Rund 54 Prozent der erwerbstätigen Personen in Österreich (rund 2,17 Mio. Personen) gingen 2019 trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit. Das ist jede zweite erwerbstätige Person und entspricht dem Wert von 2014.

Soziale Beziehungen und Netzwerke

44 Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich sehen mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit. Für rund zwölf Prozent gilt dies nur einmal im Monat oder seltener. Im Vergleich zu 2006 ist eine deutliche Verschiebung in der Kontakthäufigkeit erkennbar: von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten ist hingegen etwas kleiner geworden. Durch die zunehmende Urbanisierung und Digitalisierung des Alltags (Stichwort: Homeoffice) scheinen die persönlichen sozialen Kontakte zusehends zu schwinden. Zudem scheint bereits heute etwa jede:r Zehnte sozial isoliert zu sein.

Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (55 %) verfügt über ein hohes Maß an sozialer Unterstützung, dieser Wert entspricht in etwa jenem von 2014.

88 Prozent der ab 15-Jährigen in Österreich sind mit ihren persönlichen Beziehungen (sehr) zufrieden. Dieser Anteil bleibt über die Jahre konstant hoch, wobei der Anteil der sehr Zufriedenen zunimmt.

Das soziale Vertrauen in die Mitmenschen schätzte die österreichische Bevölkerung (ab 15 Jahren) 2018 im Durchschnitt mit 5,8 von 10 möglichen Punkten ein. Im Vergleich zum Jahr 2006 hat es 2016 um 0,4 Punkte zugenommen.

Im europäischen Vergleich liegt Österreich sowohl bei den Sozialkontakten als auch beim sozialen Vertrauen über dem EU-Durchschnitt.

Lebensraum und Wohngegend

In Österreich hat sich die Luftqualität in den letzten Jahrzehnten verbessert, und zwar bei Stickstoffdioxid, Feinstaub und Ozon, wobei Letzteres seit 2017 wieder ansteigt. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im (oberen) Mittelfeld. In Hinblick auf Umweltbelastungen und Gesundheit wäre jedoch eine stärkere Berücksichtigung weiterer Indikatoren im Gesundheitsmonitoring notwendig, um umfassendere Aussagen treffen zu können.

Im Jahr 2017 waren (laut Lärmmessung) rund acht Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 538.000 Personen) an ihrem Wohnort einem durchschnittlichen Straßenlärm von mehr als 60 dB (Dezibel) ausgesetzt. Rund zwölf Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung fühlten sich 2019 in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark von Lärm belästigt. 48 Prozent nannten dafür Verkehrslärm als Hauptursache (insbesondere Pkw- und Lkw-Lärm, 19 % bzw. 14 %), gefolgt von Nachbarschaftslärm (23 %) und Baulärm (15 %). Seit 2007 hat die Lärmbelastung durch Verkehr abgenommen (insbesondere der Pkw-Lärm, von 27 % auf 19 %), während der Nachbarschaftslärm zugenommen hat (von 13 % auf 23 %).

Kriminalität, Gewalt und Vandalismus sind für rund acht Prozent der Bevölkerung (rund 734.000 Personen) ein Problem in ihrer Wohngegend. Österreich liegt hier damit unter dem europäischen Durchschnitt. Seit 2016 ist die Tendenz rückläufig.

Gesundheitsversorgung und -förderung

Österreich verfügt über eine gut ausgebaute Gesundheitsversorgung. Dennoch gibt es Bereiche, denen mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden sollte.

Schwangerschaft und Geburt

Von den rund 86.000 Neugeborenen in Österreich kamen im Jahr 2021 rund 6.100 Kinder vorzeitig zur Welt (8 %). Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 7,1 Prozent, die seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant ist. Der Großteil der Frühgeborenen wird nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche geboren. Knapp ein Drittel aller Neugeborenen (30 %) kommt per Kaiserschnitt zur Welt, wobei sich die Kaiserschnitttrate in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt hat. Im ersten Lebensjahr verstarben 2021 235 Kinder. Dies entspricht einer Säuglingssterblichkeit von 2,7 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten. Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei der Frühgeborenenrate und der Säuglingssterblichkeit im europäischen Mittelfeld und bei der Kaiserschnitttrate im oberen Mittelfeld.

Vorsorge und Früherkennung

Rund 1,08 Mio. Menschen (= 15 % der über 19-jährigen Bevölkerung) haben 2019 eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, Tendenz steigend.

42 Prozent der ab 50-Jährigen haben in den letzten fünf Jahren eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs durchführen lassen. Rund 74 Prozent der 45- bis 69-jährigen Frauen ließen eine Vorsorgemammografie (innerhalb der letzten zwei Jahre) und 85 Prozent der 20- bis 69-jährigen Frauen einen Pap-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (in den letzten drei Jahren) machen. Die Ergebnisse zur Früherkennung häufiger Krebserkrankungen entsprechen weitgehend jenen von 2014. Im europäischen Vergleich liegt Österreich hier damit deutlich über dem EU-Durchschnitt.

Ambulante Versorgung

Im niedergelassenen Bereich standen der Bevölkerung im Jahr 2019 rund 6.700 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zur Verfügung, davon rund 61 Prozent mit Kassenvertrag (= 46 Vertragsärztinnen/-ärzte pro 100.000 EW). Zwischen 2005 und 2019 ist ein kontinuierlicher Rückgang der Vertragsarztdichte bei Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern zu beobachten (von 50 Vertragsärztinnen/-ärzten pro 100.000 EW auf 46), während die Wahlarztdichte zunimmt (von 24 auf 30 Wahlärztinnen/-ärzte pro 100.000 EW). Eine Ärztin / Einen Arzt für Allgemeinmedizin haben rund 79 Prozent der Bevölkerung (ab 15 Jahren; rund 5,89 Mio. Personen) im vergangenen Jahr aufgesucht. Verglichen mit 2014, ist die Inanspruchnahme damit konstant geblieben und liegt im europäischen Vergleich leicht über dem EU-Durchschnitt.

Auch stehen der Bevölkerung rund 11.000 Fachärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnärztinnen/-ärzten) im niedergelassenen Bereich zur Verfügung, 32 Prozent mit einem Kassenvertrag (= 41 Vertragsärztinnen/-ärzte pro 100.000 EW). Seit 2005 ist auch bei den Fachärztinnen/-ärzten ein Rückgang der Vertragsarztdichte zu beobachten (von 45 auf 41), während der Wahlarztbereich boomt (Anstieg von 56 Wahlärztinnen/-ärzten pro 100.000 EW auf 84). Mindestens eine Fachärztin / einen Facharzt haben rund 75 Prozent der Bevölkerung (ab 15 Jahren; rund 5,53 Mio. Personen) im vergangenen Jahr aufgesucht. Die Inanspruchnahme ist damit ähnlich hoch wie 2014. Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit über dem EU-Durchschnitt auf Platz 1.

Für die zahnmedizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung standen im Jahr 2019 rund 3.850 Zahnärztinnen/-ärzte zur Verfügung, davon rund 71 Prozent mit einem Kassenvertrag (= 33 Vertragsärztinnen/-ärzte pro 100.000 EW). Während die Dichte der Vertragszahnärztinnen/-ärzte zwischen 2005 und 2019 weitgehend gleich geblieben ist, hat jene der Wahlzahnärztinnen/-ärzte leicht zugenommen (von 9 auf 11). 70 Prozent der Bevölkerung (ab 15 Jahren; 5,21 Mio. Personen) haben im vergangenen Jahr zumindest einmal eine Zahnärztin / einen Zahnarzt aufgesucht. Die Inanspruchnahme ist damit nur geringfügig niedriger als 2014 und liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt.

Im niedergelassenen Bereich stehen der Bevölkerung außerdem rund 10.500 Physiotherapeutinnen/-therapeuten, rund 1.900 Ergotherapeutinnen/-therapeuten und rund 700 Logopädinnen/-logopäden zur Verfügung.

Die im niedergelassenen Bereich zu beobachtende Ausweitung des Ärzteangebots im Falle der Wahlärztinnen/-ärzte, insbesondere im fachärztlichen Bereich, die im vertragsärztlichen Bereich nicht zu beobachten ist, kann zu zunehmenden Zugangsbarrieren vor allem für Personen mit geringem Einkommen führen, sei es in finanzieller Hinsicht oder durch längere Wartezeiten im vertragsärztlichen Bereich. Im Sinne eines gerechten Zugangs zur fachärztlichen Versorgung sollte dies vermieden werden.

Eine Spitals-/Unfallambulanz haben 2019 in Österreich rund 3,7 Mio. Menschen aufgesucht, am häufigsten in den Fachrichtungen innere Medizin, Unfallchirurgie und Radiologie. Zwischen 2005 und 2019 ist die Inanspruchnahme von Spitals- und Unfallambulanzen absolut um elf Prozent und pro 100.000 EW um acht Prozent gestiegen.

Pharmazeutische Versorgung

52 Prozent der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren; rund 3,83 Mio. Personen) haben 2019 in den zwei Wochen vor der Österreichischen Gesundheitsbefragung ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen, 40 Prozent rezeptfreie Medikamente (rund 2,93 Mio. Personen). Das ist jeweils eine Steigerung gegenüber 2014. Österreich liegt damit sowohl bei den verschriebenen als auch bei den rezeptfreien Medikamenten deutlich über dem EU-Durchschnitt.

Zu den verordnungstärksten Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich gehörten 2019 Arzneimittelgruppen (ATC-Level 2), die vielfach „Zivilisationskrankheiten“ betreffen: Blutdruckhemmer (C09), Psychoanaleptika (N06), Cholesterinsenker (C10), Blutverdünner (C10) und Antidiabetika (A10). Psychoanaleptika, Medikamente, die eine stimulierende Wirkung auf den Organismus haben, machten ebenfalls einen großen Teil der Verordnungen aus. Zu dieser Gruppe zählen auch Antidepressiva.

Im Jahr 2020 haben in Österreich 37 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) erhalten. Im Vergleich zu 2012 (52 %) und 2016 (43 %) zeigt sich damit eine deutliche Abnahme. Im europäischen Vergleich erscheint – trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit – die österreichische PIM-Prävalenz dennoch relativ hoch und ist ausgeprägter als in den meisten Referenzländern.

Akutstationäre Versorgung

Im Jahr 2019 standen der österreichischen Bevölkerung 151 Akutkrankenanstalten zur Verfügung, wobei zumindest eine dieser Akutkrankenanstalten von 92 Prozent der Bevölkerung innerhalb einer halben Stunde Fahrzeit (Individualverkehr) erreicht werden konnte. In diesen Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2019 rund 1,42 Mio. Patientinnen und Patienten (= rund 15.900 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW) durchschnittlich 1,6-mal behandelt. Mehrheitlich wurden Patientinnen/Patienten aufgrund der nachstehenden Diagnosen versorgt:

- Verletzungen und Vergiftungen (2.300 Pat. pro 100.000 EW)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.200 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (2.100 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Verdauungssystems (2.000 Pat. pro 100.000 EW)
- Krebserkrankungen (1.500 Pat. pro 100.000 EW)

Die altersstandardisierte Rate der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akut-stationären Aufenthalt ist seit 2005 um rund zwölf Prozent gesunken.

Stationäre Rehabilitation

2019 gab es in Österreich 79 stationäre Reha-Einrichtungen, in denen rund 156.000 stationäre Reha-Aufenthalte bei über 19-Jährigen dokumentiert wurden. Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt waren Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats (rund 69.900 Aufenthalte; 45 % aller Reha-Aufenthalte), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (rund 22.000 Aufenthalte; 14 %) sowie Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (rund 19.300 Aufenthalte; 12 %). Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte gestiegen. Dies gilt für alle Rehabilitationsindikationsgruppen. Die Reha-Aufenthalte haben insgesamt um 71 Prozent zugenommen.

Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

In puncto psychischer Erkrankungen standen der Bevölkerung im Jahr 2019 41 Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen und 18 Krankenanstalten mit kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen zur Verfügung. Die niedergelassene Versorgung erfolgte durch verschiedene Berufsgruppen:

- 860 Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie, davon 18 Prozent mit Kassenvertrag (1,7 pro 100.000 EW)
- 80 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, davon 40 Prozent mit Kassenvertrag (0,4 pro 100.000 EW)
- 9.996 Psychotherapeutinnen/-therapeuten (11,3 pro 10.000 EW)
- 995 Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom, davon 24 Prozent mit Kassenvertrag (2,6 pro 100.000 EW)
- 9.880 klinische Psychologinnen und Psychologen (11,2 pro 10.000 EW)

Darüber hinaus gibt es verschiedene psychosoziale Dienste (psychosoziale Beratung, psychosoziale Notdienste, Wohnangebote, Tagesstruktur- und Klubeinrichtungen, Selbsthilfe und Peerberatung) sowie stationäre und tagesambulante Versorgungsangebote (Allgemeinpsychiatrie, spezielle Versorgungsangebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik).

Im Jahr 2019 wurden rund 129.600 Besuche in ambulanten psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken registriert. 46.000 Personen wurden in vollstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt.

Rund 58.300 Patientinnen und Patienten wurden 2019 aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00–F99) stationär behandelt (= 652 Patientinnen und Patienten je 100.000 EW). Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen waren affektive Störungen (ICD-10: F30–F39), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10–F19) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F40–F48). Darüber hinaus wurden im Jahr 2019 25.703 Unterbringungen ohne Verlangen (= 290 Unterbringungen pro 100.000 EW) und rund 8.500 Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in stationären Rehabilitationseinrichtungen (91 Aufenthalte pro 100.000 EW) gezählt. Die meisten dieser Reha-Aufenthalte entfielen auf affektive Störungen (F30–F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48).

Vor allem im ambulanten Bereich und in Sachen Kinder und Jugendpsychiatrie sowie in puncto Psychosomatik bedarf es eines Ausbaus der Versorgungskapazitäten.

Langzeitpflege und Betreuung

Mit Stand Dezember 2019 haben rund 466.000 Menschen bzw. 5,2 Prozent der Bevölkerung Pflegegeld bezogen. Dies entspricht in etwa dem Anteil von 2014. Knapp die Hälfte von ihnen (52 %) hatte Anspruch auf die Pflegegeldstufen 1 und 2, ein Drittel auf die Pflegegeldstufen 3 und 4. Die Mehrheit der Pflegegeldbezieher:innen ist weiblich (63 %) und 75 Jahre oder älter (65 %). 42 Prozent von ihnen werden durch An- und Zugehörige oder durch Personenbetreuer:innen (24-Stunden-Betreuung) unterstützt. Von mobilen Diensten (155.000), in teilstationären Einrichtungen (rund 9.000) oder in stationären Einrichtungen (rund 109.000 Personen) wurden 2019 rund 273.000 Menschen gepflegt und betreut.

15 Prozent der österreichischen Bevölkerung haben sich 2019 einmal pro Woche oder öfter um eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gekümmert (rund 1,14 Mio. Personen; –3 % gegenüber 2014). 36 Prozent tun dies in einem Ausmaß von zehn oder mehr Stunden pro Woche. In 83 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder. Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von

- Frauen (60 %),
- Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (55 %) und
- erwerbstätigen Personen (54 %; davon 69 % vollzeitbeschäftigt)

erbracht. 73 Prozent dieser Helfer:innen sind selbst chronisch krank, 34 Prozent von ihnen sind selbst gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist die Pflege und Betreuung älterer Menschen damit weiterhin ein Thema mit steigender Brisanz.

Hospiz- und Palliativversorgung

Bundesweit waren im Jahr 2019 im stationären Bereich 43 Palliativstationen mit insgesamt 365 Palliativbetten in Betrieb. Darüber hinaus standen der Bevölkerung 13 stationäre Hospize mit insgesamt 116 Hospizbetten zur Verfügung. Ergänzt wird dieses Angebot im teilstationären Bereich durch fünf Tageshospize mit 35 Plätzen.

Im mobilen Bereich standen der Bevölkerung insgesamt 61 Palliativkonsiliardienste und zusätzlich 69 mobile Palliativteams zur Verfügung. Das mobile Angebot wird dabei durch 172 Hospizteams ergänzt.

Der Vergleich zwischen Ist und Soll (entsprechend den Bedarfsrichtwerten) zeigt bei allen sechs Segmenten einen Ausbaubedarf.

Für Kinder und Jugendliche waren 2019 insgesamt 31 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Betrieb. Die mobile pädiatrische Versorgung erfolgte bundesweit über 14 mobile Kinder-Palliativteams und zwölf Kinder-Hospizteams. Die stationäre pädiatrische Versorgung wird durch acht pädiatrische Palliativbetten und durch vier stationäre Kinderhospizbetten geleistet.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung setzt an der Stärkung individueller und gesellschaftlicher Ressourcen an und unterstützt die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen, z. B. durch die Schaffung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und gesundheitsfördernder Lebenswelten (z. B. Schulen, Betriebe, Gemeinden), durch die Förderung gesundheitsbezoge-

ner Gemeinschaftsaktivitäten, durch die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten und anderen gesundheitsrelevanten Einrichtungen sowie durch die Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen.

Mit den Gesundheitszielen Österreich und der Gesundheitsförderungsstrategie wurden in Österreich zwei Strategien vorgelegt, die der Gesundheitsförderung eine klare Richtung geben. Darüber hinaus unterstützen Netzwerke und wichtige Akteure im Gesundheitsbereich Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen, Gemeinden und Städte bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Initiativen.

Belastbare Zahlen über die Anzahl durchgeführter Gesundheitsförderungsaktivitäten und deren Breitenwirkung liegen nicht vor. Ein umfassendes Monitoring der Gesundheitsförderung unter Einbeziehung bestehender Monitoringsysteme wäre daher notwendig. Ganz grundsätzlich mangelt es aber an der Etablierung wirksamer Maßnahmen und Programme und deren Finanzierung, um die Gesundheitsförderung in Österreich systematisch zu verankern.

Die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) trägt mit ihren Schwerpunkten (Gute Gesundheitsinformation, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings, Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Messung von Gesundheitskompetenz) zur Vernetzung relevanter Akteure und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch konkrete Strategiekonzepte, praxistaugliche Tools und Daten zur Identifikation relevanter Handlungsfelder bei.

Chancengerechtigkeit

Männer und Frauen verfügen über unterschiedliche Gesundheitsprofile: Frauen leben länger, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen (Allergien, chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen und Depression), sind häufiger im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkt (auch infolge ihrer höheren Lebenserwartung) und weisen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden auf. Männern hingegen eignet eine um 4,7 Jahre kürzere Lebenserwartung, sie verbringen aber weniger Lebenszeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall), Krebs und Diabetes betroffen, verletzen sich häufiger (auch bei der Arbeit, s. Abschnitt „Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten“), schätzen ihre Mundgesundheit als schlechter

ein, sterben häufiger an Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs und begehen häufiger Suizid.

Männer verfügen über eine geringere allgemeine Gesundheitskompetenz, sind häufiger übergewichtig und adipös, haben häufiger Bluthochdruck, ernähren sich ungünstiger, haben häufiger erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride, rauchen häufiger täglich und trinken öfter Alkohol (auch in riskanten Mengen). Frauen hingegen machen weniger Bewegung und Sport.

Frauen haben öfter höchstens einen Pflichtschulabschluss und sind häufiger von Armut und Ausgrenzung betroffen. Sie sind seltener erwerbstätig und weisen im Falle einer Erwerbstätigkeit häufiger ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (vor allem eine Teilzeitarbeit). Männer sind bei der Arbeit / am Arbeitsplatz stärker von körperlichen Belastungen, ungünstigeren Arbeitsbedingungen und von Arbeitsunfällen betroffen. Darüber hinaus berichten Männer häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung.

Frauen nehmen etwas seltener allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und nehmen häufiger ärztlich verschriebene sowie rezeptfreie Medikamente ein. Sie sind stärker von potenziell inadäquater Medikation betroffen, werden häufiger ambulant von Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten behandelt und nehmen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiater:innen in Anspruch. Im akutstationären Bereich werden Frauen häufiger wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie wegen Krankheiten des Urogenitalsystems behandelt. Sie sind stärker in die informelle Pflege und Betreuung eingebunden, erhalten häufiger Pflegegeld und nutzen häufiger häusliche Pflege- und Betreuungsdienste. Männer gehen seltener zur Hausärztin / zum Hausarzt, zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten, zur Zahnärztin / zum Zahnarzt und nehmen seltener Medikamente ein. Im akutstationären Bereich werden Männer häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen behandelt und weisen eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf.

Als besonders gesundheitlich benachteiligt erweisen sich Personen mit geringer formaler Bildung und solche mit geringem Haushaltseinkommen. Erstere haben eine geringere Lebenserwartung und verbringen mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit als Gleichaltrige anderer Bildungsgruppen. Personen mit geringer Bildung und jene

mit geringem Haushaltseinkommen sind häufiger chronisch krank, häufiger im Alltag eingeschränkt und weisen eine geringere Lebensqualität auf. Für diesen Unterschied sind vor allem ein ungünstiger Lebensstil, eine benachteiligte Lebenssituation und Unterschiede in der Inanspruchnahme von Screeningangeboten und der medizinischen Versorgung verantwortlich. Im Sinne von Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen) sollte daher das Thema Chancengerechtigkeit noch stärker forciert und in gesundheitsrelevanten Strategien berücksichtigt werden.

Laufende Strategien, Programme und Initiativen für mehr Gesundheit

Der vorliegende Gesundheitsbericht unterstreicht die Bedeutung zahlreicher Strategien, Programme und Initiativen im Gesundheitsbereich, mit deren Umsetzung Verbesserungen herbeigeführt werden können. Dazu zählen:

- Gesundheitsziele Österreich (Antony et al. 2019) (BMGF 2017d)
- Gesundheitsförderungsstrategie (BMGF 2016)
- Sustainable Development Goals (United Nations 2015b)
- Nationaler Aktionsplan Ernährung (BMG 2013)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 7 (Ernährung) (BMSGPK 2022a)
- Nationaler Aktionsplan Bewegung (BMLVS 2013)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 8 (Bewegung) (BMGF 2017b)
- Österreichische Suchtpräventionsstrategie (BMG 2015c)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 9 (psychosoziale Gesundheit) (BMGF 2017c)
- Suizidpräventionsprogramm (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017)
- Diabetesstrategie (BMGF 2017e)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 3 (Gesundheitskompetenz) (BMGF 2017a)
- Frühe Hilfen (www.fruehehilfen.at)
- Social Prescribing (<https://goeg.at/socialprescribing>)
- Community Nursing (<https://cn-oesterreich.at>)

Da ein Teil der Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitsressorts liegt, ist zudem eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen unumgänglich. Auch hier bieten die Gesundheitsziele Österreich und die Sustainable Development Goals gute Anknüpfungspunkte.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kariesprävalenz bei Sechs- und Zwölfjährigen in Österreich	125
Tabelle 2: Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2019	225
Tabelle 3: Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)	240
Tabelle 4: Bevölkerung in Österreich nach dem Erwerbsstatus (Definition des Erwerbsstatus nach dem ILO-Konzept*) und Geschlecht 2019 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen	246
Tabelle 5: Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)	281
Tabelle 6: Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen (in den letzten 12 Monaten) nach Altersgruppen, Geschlecht und Fachrichtungen (in Prozent und absolut in Tausend) in Österreich 2019	342
Tabelle 7: Top Ten der verordnungstärksten und kostenintensivsten Mittel im Jahr 2019	359
Tabelle 8: Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen* 2019	363
Tabelle 9: Ausgaben von Bund und Ländern für den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung 2019	368
Tabelle 10: Per 31. 12. 2019 im GBR registrierte Personen nach Beruf und Berufsausübung	380
Tabelle 11: Einsatzgebiete der GuK-Berufe nach Settings in Prozent 2019 (n = 140.366)	381
Tabelle 12: Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Ist- und Richtwertzielstand 2019	386
Tabelle 13: Hauptamtliche Mitarbeiter:innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich nach Beruf 2019	388
Tabelle 14: Iststand 2019 im Hospiz- und Palliativbereich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich (Stand 31. 12. 2019)	394
Tabelle 15: Österreich – Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Bundesländern in den Jahren 1991, 2001, 2011 und 2019	413
Tabelle 16: Österreich – Anzahl der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen nach Bundesländern in den Jahren 1991, 2001, 2011 und 2019	415
Tabelle 17: Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen vollstationären Versorgungsangebote in Österreich nach behandelnden Abteilungen 2019	426
Tabelle 18: Gesundheitszustand nach Geschlecht in Österreich	440

Tabelle 19: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht in Österreich	442
Tabelle 20: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht in Österreich	443
Tabelle 21: Gesundheitsversorgung nach Geschlecht in Österreich	445
Tabelle 22: Gesundheitszustand nach Bildung in Österreich.....	447
Tabelle 23: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Bildung in Österreich	449
Tabelle 24: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Bildung in Österreich	451
Tabelle 25: Gesundheitsversorgung nach Bildung in Österreich	452
Tabelle 26: Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen in Österreich	454
Tabelle 27: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Haushaltseinkommen in Österreich	456
Tabelle 28: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Haushaltseinkommen in Österreich	457
Tabelle 29: Gesundheitsversorgung nach Bildung in Österreich	458

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten	22
Abbildung 2: Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der österreichischen Bevölkerung (in %), Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient 2005–2021	31
Abbildung 3: 0- bis 14-Jährige sowie ab 60-Jährige (in %) im Bundesländervergleich 2005, 2014, 2019 und 2021.....	32
Abbildung 4: Unter 15-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019.....	34
Abbildung 5: Über 60-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019	34
Abbildung 6: Über 75-jährige Bevölkerung im EU-Vergleich 2019	35
Abbildung 7: Bevölkerungsveränderung in Österreich 2005–2021	36
Abbildung 8: Bevölkerungsveränderung (in %) im Bundesländervergleich 2019 versus 2005	36
Abbildung 9: Bevölkerungsprognose bis 2050 nach Altersgruppen	37
Abbildung 10: Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2005–2021	40
Abbildung 11: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit in Österreich nach Geschlecht 1978, 1983, 1991, 1999, 2006, 2014 und 2019	41
Abbildung 12: Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung in Österreich 2014 und 2019.....	42
Abbildung 13: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen in Österreich 2019.....	44
Abbildung 14: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	46
Abbildung 15: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2019.....	47
Abbildung 16: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	50
Abbildung 17: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	51
Abbildung 18: Zumindest eine chronische Krankheit / ein Gesundheitsproblem bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019.....	52
Abbildung 19: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen in Österreich 2019	54
Abbildung 20: Die fünf häufigsten dauerhaften/chronischen Gesundheitsprobleme pro Altersgruppe für Männer und Frauen in Österreich 2019	55

Abbildung 21: Einzelne chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme im EU-Vergleich 2019.....	57
Abbildung 22: Allergien nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	58
Abbildung 23: Allergien nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	59
Abbildung 24: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen in Österreich 2019	61
Abbildung 25: Chronische Rückenschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	62
Abbildung 26: Nackenschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	62
Abbildung 27: Arthrose nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	63
Abbildung 28: Chronische Kopfschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019.....	64
Abbildung 29: Chronische Kopfschmerzen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	65
Abbildung 30: Atemwegserkrankungen nach Altersgruppen in Österreich 2019	66
Abbildung 31: Atemwegserkrankungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	67
Abbildung 32: Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019.....	68
Abbildung 33: Diabetes nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	69
Abbildung 34: Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen in Österreich 2019.....	70
Abbildung 35: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht: Neuerkrankungsfälle pro 100.000 in Österreich 2019.....	71
Abbildung 36: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht in Österreich 2005–2020.....	72
Abbildung 37: Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	74
Abbildung 38: Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht: Neuerkrankungsfälle in Österreich (in %) im Durchschnitt der Jahre 2010–2019	74
Abbildung 39: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen nach Geschlecht in Österreich 2005–2019.....	75
Abbildung 40: Krebsinzidenz der Männer im EU-Vergleich 2020.....	76
Abbildung 41: Krebsinzidenz der Frauen im EU-Vergleich 2020.....	77
Abbildung 42: Diagnostizierte Depressionen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019.....	79
Abbildung 43: Diagnostizierte Depressionen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	80
Abbildung 44: Depressionen (Prävalenz) bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019.....	81

Abbildung 45: Akute depressive Symptomatik nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	82
Abbildung 46: Akute depressive Symptomatik nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	83
Abbildung 47: Depression: Diagnose und/oder Symptome nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	84
Abbildung 48: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Altersgruppen und Unfallart in Österreich 2019	86
Abbildung 49: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate (in der Freizeit, im Straßenverkehr und im Haushalt) in der ab 15-jährigen Bevölkerung 2019 im EU-Vergleich*	88
Abbildung 50: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht: Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich 2005–2020	90
Abbildung 51: Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten: Erkrankungsfälle in Österreich 2010–2021	93
Abbildung 52: COVID-19-Neuerkrankungen: COVID-19-Hospitalisierungen und -Todesfälle in Österreich 2020 und 2021	94
Abbildung 53: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	96
Abbildung 54: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	97
Abbildung 55: Gesundheitsbedingte Einschränkungen der ab 15-Jährigen im Alltag im EU-Vergleich* 2019	98
Abbildung 56: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	99
Abbildung 57: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	100
Abbildung 58: Körperliche und sensorische Einschränkungen der ab 15-Jährigen im Alltag im EU-Vergleich* 2019	101
Abbildung 59: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen in Österreich 2019 ..	102
Abbildung 60: Kognitive Einschränkungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	106
Abbildung 61: Kognitive Einschränkungen nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	107
Abbildung 62: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Personen 2019	108

Abbildung 63: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-Jährigen im EU-Vergleich* 2019	110
Abbildung 64: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Personen 2019	111
Abbildung 65: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-Jährigen im EU-Vergleich* 2019	113
Abbildung 66: Krankenstandstage bei ausgewählten Krankheitsgruppen nach Geschlecht in Österreich 2019	116
Abbildung 67: Psychisch bedingte Krankenstandsfälle nach Geschlecht in Österreich 2005–2019	118
Abbildung 68: Selbsteingeschätzte Mundgesundheit im Vergleich zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands in Österreich 2019	122
Abbildung 69: Sehr gute bis gute Mundgesundheit nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	123
Abbildung 70: Schwierigkeiten ab 55-jähriger Personen beim Beißen oder Kauen nach Bildung und Haushaltseinkommen 2019	124
Abbildung 71: Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht: Mittelwerte 2019	130
Abbildung 72: Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen: Mittelwerte 2019	131
Abbildung 73: Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen: Mittelwerte 2019	132
Abbildung 74: Gesamtsterblichkeit in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021	135
Abbildung 75: Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen 2005–2021	136
Abbildung 76: Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in Österreich 2005–2021	137
Abbildung 77: Sterblichkeit aufgrund von Atmungssystemerkrankungen und COVID-19 in Österreich nach Geschlecht 2005–2021	138
Abbildung 78: Krebssterblichkeit bei Frauen in Österreich für ausgewählte Lokalisationen 2005–2021	139
Abbildung 79: Krebssterblichkeit bei Männern in Österreich für ausgewählte Lokalisationen 2005–2021	139
Abbildung 80: Sterblichkeit von Frauen und Männern aufgrund eines Myokardinfarkts oder eines ischämischen Schlaganfalls 2005–2021	140

Abbildung 81: Sterblichkeit der unter 70-Jährigen in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021.....	141
Abbildung 82: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Frauen 2021 nach Haupttodesursachen in Prozent.....	143
Abbildung 83: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Männern 2021 nach Haupttodesursachen in Prozent.....	143
Abbildung 84: Suizidrate in Österreich nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021	145
Abbildung 85: Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht 2005–2021.	146
Abbildung 86: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2006/2007 und 2019	148
Abbildung 87: Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	149
Abbildung 88: Übergewicht und Adipositas bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019 ..	150
Abbildung 89: Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019 ...	153
Abbildung 90: Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	154
Abbildung 91: Bluthochdruck bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019	155
Abbildung 92: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	156
Abbildung 93: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nach Bildung und Einkommen in Österreich 2019.....	157
Abbildung 94: Erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride bei ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019.....	158
Abbildung 95: Allgemeine Gesundheitskompetenz (GK-Score) nach Bildung und finanzieller Situation in Österreich 2020: Mittelwerte	161
Abbildung 96: Allgemeine Gesundheitskompetenz (GK-Score) nach chronischen Erkrankungen und diesbezüglichen Copingschwierigkeiten in Österreich 2020: Mittelwerte	162
Abbildung 97: Gesundheitskompetenzbereiche im Vergleich (GK-Scores) in Österreich 2020: Mittelwerte	163
Abbildung 98: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	165
Abbildung 99: Verzehr von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Fleisch in kg pro Kopf und Jahr im Trend in Österreich 2013/2014–2018/2019.....	166
Abbildung 100: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	167

Abbildung 101: Täglicher Obst- und täglicher Gemüsekonsum der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019.....	168
Abbildung 102: Bewegungsverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	171
Abbildung 103: Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	172
Abbildung 104: Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	173
Abbildung 105: Gesundheitswirksame Bewegung der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich 2019	174
Abbildung 106: Raucherstatus nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019..	176
Abbildung 107: Passivrauchexposition nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	178
Abbildung 108: Tägliche Raucher:innen der Altersgruppe 30–59 Jahre nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	179
Abbildung 109: Tägliche Raucher:innen unter den ab 15-Jährigen im EU-Vergleich 2019	180
Abbildung 110: Passivrauchexposition (mind. 1 Stunde tgl.) der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019	181
Abbildung 111: Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	184
Abbildung 112: Riskanter Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	185
Abbildung 113: Riskanter Alkoholkonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen der ab 60-Jährigen in Österreich 2019	186
Abbildung 114: (Fast) täglicher Alkoholkonsum der ab 15-Jährigen im EU-Vergleich* 2019	187
Abbildung 115: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019	193
Abbildung 116: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019	194
Abbildung 117: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Einkommensgruppen* in Österreich 2008, 2014 und 2019	195
Abbildung 118: Armutsindikatoren in Österreich 2008–2021	196
Abbildung 119: Armutsgefährdung nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019	199
Abbildung 120: Armutsgefährdung im EU-Vergleich 2019	200
Abbildung 121: Materielle Deprivation nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019	202

Abbildung 122: Materielle Deprivation im EU-Vergleich 2019	203
Abbildung 123: Erhebliche materielle Deprivation im EU-Vergleich 2019	205
Abbildung 124: Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019	207
Abbildung 125: Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung im EU-Vergleich 2019.....	208
Abbildung 126: 80:20-Verhältnis des Nettoäquivalenzeinkommens der 18- bis 64-Jährigen im EU-Vergleich* 2021	209
Abbildung 127: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Wohnsituation in Österreich 2019.....	211
Abbildung 128: Gesundheitszustand nach Wohnsituation in Österreich 2019.....	212
Abbildung 129: Wohnprobleme in Österreich 2008–2021.....	213
Abbildung 130: Überbelag nach Bildungsabschluss und Altersgruppen in Österreich 2019	215
Abbildung 131: Überbelag im EU-Vergleich 2019.....	216
Abbildung 132: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Altersgruppen in Österreich 2008, 2014 und 2019.....	217
Abbildung 133: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Einkommen* in Österreich 2008, 2014 und 2019.....	218
Abbildung 134: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Bildungsabschluss und Alter in Österreich 2019	219
Abbildung 135: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition im EU-Vergleich 2019	220
Abbildung 136: Dunkle Wohnräume nach Einkommen* in Österreich 2008, 2014 und 2019	221
Abbildung 137: Von dunklen Wohnräumen Betroffene im EU-Vergleich 2019	222
Abbildung 138: Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht 2008, 2014 und 2019	226
Abbildung 139: Bildungsabschlüsse der 25- bis 64-Jährigen im EU-Vergleich 2019.....	227
Abbildung 140: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich 2007, 2011/12 und 2016/17	231
Abbildung 141: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich 2007, 2011/12 und 2016/17	232
Abbildung 142: Teilnahmequote 25- bis 64-Jähriger an nichtformalen Bildungsaktivitäten nach höchster abgeschlossener Schulbildung 2016/2017.....	235
Abbildung 143: Teilnahmequote 25- bis 64-Jähriger betreffend nichtformale Bildungsaktivitäten im EU-Vergleich 2016/17	236
Abbildung 144: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen im EU-Vergleich 2019	238

Abbildung 145: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgängerinnen im EU-Vergleich 2019	238
Abbildung 146: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen im EU-Vergleich 2019	239
Abbildung 147: Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas im EU-Vergleich*, Mittelwerte, Österreich 2018.....	241
Abbildung 148: Gesundheits- und Krankheitsindikatoren nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos) in Österreich 2019.....	244
Abbildung 149: Arbeitslosigkeit nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Österreich 2019.....	244
Abbildung 150: Kennzahlen des Erwerbsstatus für Männer (bezogen auf die Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren) nach dem ILO-Konzept* 2005–2020 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen.....	248
Abbildung 151: Kennzahlen des Erwerbsstatus für Frauen (bezogen auf die Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren) nach dem ILO-Konzept* 2005–2020 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen.....	249
Abbildung 152: Erwerbstätigen-, Teilzeit- und Arbeitslosenquote – Frauen in Österreich (15–64 Jahre) im EU-Vergleich 2005–2020.....	251
Abbildung 153: Erwerbstätigen-, Teilzeit- und Arbeitslosenquote – Männer in Österreich (15–64 Jahre) im EU-Vergleich 2005–2020.....	252
Abbildung 154: Unselbstständig Erwerbstätige ⁺ nach Beschäftigungsform in der Haupttätigkeit in Österreich 2019 im Jahresdurchschnitt über alle Wochen.....	255
Abbildung 155: Entwicklung atypischer Beschäftigungsformen, Definition Erwerbstätige nach dem ILO-Konzept ⁺ , Jahresdurchschnitt über alle Wochen 2012, 2015, 2018 und 2020	256
Abbildung 156: Arbeitslosigkeit in Österreich, ILO versus AMS, Jahresdurchschnitt 2008– 2020.....	259
Abbildung 157: Arbeitslosigkeit nach Bildung in Österreich 2019.....	260
Abbildung 158: Langzeitarbeitslosigkeit (> 12 Monate) in Österreich im Jahresdurchschnitt 2008–2020.....	261
Abbildung 159: Jugendarbeitslosigkeit in Österreich, ILO versus AMS, Jahresdurchschnitt 2008–2020.....	262
Abbildung 160: Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitssuchenden nach Altersgruppen und Bildung in Österreich 2020.....	264
Abbildung 161: Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Geschlecht in Österreich 2008–2020.....	265

Abbildung 162: Erwerbstätige nach dem schwerwiegendsten körperlichen Belastungsfaktor am Arbeitsplatz nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich) in Österreich 2013 und 2020.....	268
Abbildung 163: Erwerbstätige nach körperlichen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz nach höchster abgeschlossener Ausbildung 2020.....	269
Abbildung 164: Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht in Österreich 2013 und 2020.....	271
Abbildung 165: Arbeitsunfälle in Österreich insgesamt und für die 15- bis 25-jährige Bevölkerung nach Geschlecht 2005–2020.....	274
Abbildung 166: Arbeitsunfälle im EU-Vergleich gesamt (nichttödlich und tödlich), standardisierte Inzidenzrate, 2018.....	275
Abbildung 167: Tödliche Arbeitsunfälle im EU-Vergleich, standardisierte Rate, 2018	275
Abbildung 168: Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden in Österreich nach Geschlecht 2005–2020	279
Abbildung 169: Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich* 2017, Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100, Mittelwerte.....	282
Abbildung 170: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Österreich 2019	285
Abbildung 171: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen im Trend, Österreich 2006, 2014 und 2019.....	286
Abbildung 172: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	287
Abbildung 173: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte in Österreich 2018.....	288
Abbildung 174: Lebenszufriedenheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte in Österreich 2018.....	289
Abbildung 175: Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte im Trend 2002–2018*.....	290
Abbildung 176: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschlüssen bei über 30-Jährigen in Österreich 2018.....	291
Abbildung 177: Häufigkeit sozialer Kontakte (mehrmals oder täglich) ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2018.....	292
Abbildung 178: Soziale Unterstützung und selbsteingeschätzte Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Österreich 2014 und 2019	293
Abbildung 179: Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	295
Abbildung 180: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens in Österreich 2018	296

Abbildung 181: Allgemeine Lebenszufriedenheit nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens in Österreich 2018	297
Abbildung 182: Soziales Vertrauen im Trend (Mittelwert) in Österreich 2002–2018	298
Abbildung 183: Entwicklung des sozialen Vertrauens in Österreich 2002–2018*	298
Abbildung 184: Ausmaß sozialen Vertrauens nach Bildungsabschlüssen bei über 30-Jährigen in Österreich 2018.....	299
Abbildung 185: Soziales Vertrauen ab 15-Jähriger im EU-Vergleich* 2018	300
Abbildung 186: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Einkommen* im Zeitverlauf 2008, 2014 und 2019	311
Abbildung 187: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend im EU-Vergleich 2019	312
Abbildung 188: Programmlinien und Schwerpunkte des FGÖ im Jahr 2020	316
Abbildung 189: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Österreich 2005–2021	324
Abbildung 190: Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre in der ab 50-jährigen Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	326
Abbildung 191: Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken innerhalb der letzten fünf Jahre in der ab 50-jährigen Bevölkerung im EU-Vergleich* 2019	327
Abbildung 192: Inanspruchnahme einer Vorsorgemammografie in den letzten zwei Jahren durch 45- bis 69-jährige Frauen im EU-Vergleich* 2019.....	329
Abbildung 193: Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs innerhalb der letzten drei Jahre durch Frauen zw. 20 und 69 Jahren nach Bildung und Einkommen in Österreich 2019.....	331
Abbildung 194: Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in den letzten drei Jahren durch 20- bis 69-jährige Frauen im EU-Vergleich 2019.....	332
Abbildung 195: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019.....	336
Abbildung 196: Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019.....	338
Abbildung 197: Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019.....	339
Abbildung 198: Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen in Österreich 2019	340

Abbildung 199: Inanspruchnahme niedergelassener Fachärztinnen/-ärzte in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019.....	343
Abbildung 200: Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Österreich: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale 2005–2019.....	344
Abbildung 201: Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte in den letzten zwölf Monaten nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019	346
Abbildung 202: Inanspruchnahme niedergelassener Zahnärztinnen/-ärzte in den letzten 12 Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019	347
Abbildung 203: Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen/-therapeuten in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019.....	350
Abbildung 204: Medikamenteneinnahme innerhalb der letzten zwei Wochen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2019	355
Abbildung 205: Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen in Österreich 2019.....	356
Abbildung 206: Einnahme rezeptfreier Medikamente* nach Bildung und Haushaltseinkommen, Österreich 2019.....	356
Abbildung 207: Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente (in den letzten 2 Wochen) im EU-Vergleich durch Personen 15 Jahre oder älter 2019	357
Abbildung 208: Einnahme rezeptfreier Medikamente in den letzten zwei Wochen durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019	358
Abbildung 209: Österreichische Patientinnen/Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Alter und Geschlecht (quellbezogen) 2019	361
Abbildung 210: Österreichische Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Hauptdiagnosegruppen* 2005–2019.....	364
Abbildung 211: Stationäre Reha-Aufenthalte in österreichischen Rehabilitationszentren nach Rehabilitationsindikationsgruppe (zielbezogen)* 2005–2019	367
Abbildung 212: Pflegegeldanspruchsberechtigte in Österreich nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen 2019.....	370
Abbildung 213: Anzahl der betreuten Personen (Jahressummen) nach Art der Betreuung in Österreich 2019.....	373
Abbildung 214: Anteile der Pflegegeldbezieher:innen, die formale Dienste gemäß Pflegedienstleistungsstatistik in Anspruch nehmen, 2019	374
Abbildung 215: Nutzung häuslicher Pflege- und Betreuungsdienste durch 15-Jährige im EU-Vergleich 2019	375
Abbildung 216: Die sieben Wirkungsziele der Demenzstrategie	377
Abbildung 217: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	385

Abbildung 218: Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2015 und 2019.....	387
Abbildung 219: Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2019.....	389
Abbildung 220: Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich: Verstorbene, Entlassene und Betreute 2019.....	390
Abbildung 221: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	393
Abbildung 222: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit in Österreich nach Geschlecht 2005–2021	396
Abbildung 223: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit bei Männern im EU-Vergleich* 2019	397
Abbildung 224: Vonseiten des Gesundheitssystems potenziell vermeidbare Sterblichkeit bei Frauen im EU-Vergleich* 2019	397
Abbildung 225: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht 2005–2021	399
Abbildung 226: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in österreichischen Akutkrankenhäusern nach Geschlecht 2005–2021	400
Abbildung 227: PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht in Österreich 2020	402
Abbildung 228: Säuglingssterblichkeit in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2000–2021	404
Abbildung 229: Säuglingssterblichkeit im EU-Vergleich* 2019	405
Abbildung 230: Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Österreich 2005–2021..	406
Abbildung 231: Geringes Geburtsgewicht im Vergleich mit ausgewählten EU-Ländern 2020	407
Abbildung 232: Kaiserschnitttrate in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1998–2021	408
Abbildung 233: Kaiserschnitttrate im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern 2020.....	409
Abbildung 234: Teenagergeburten in Österreich im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite 2005–2021	410
Abbildung 235: Teenagergeburten im EU-Vergleich 2020.....	411
Abbildung 236: Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiatern in den letzten zwölf Monaten durch ab 15-Jährige im EU-Vergleich 2019.....	417
Abbildung 237: Personen mit vollstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht in Absolutzahlen 2019	427

Abbildung 238: Personen mit vollstationären Aufenthalten und einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht 2019, altersstandardisierte Rate	427
Abbildung 239: Personen mit stationärem Aufenthalt und einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht 2019	428
Abbildung 240: Unterbringungsrate* in Österreich 2000–2019	429
Abbildung 241: Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000 EW nach Altersstufen und Geschlecht 2019	430
Abbildung 242: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht in Absolutzahlen 2019	432
Abbildung 243: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht 2019, altersstandardisierte Rate	432
Abbildung 244: Stationäre Reha-Aufenthalte aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht 2019	433
Abbildung 245: Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege	438

Literaturverzeichnis

- Ahmad, Khansa / Erqou, Sebhat / Shah, Nishant / Nazir, Umair / Morrison, Alan R / Choudhary, Gaurav / Wu, Wen-Chih (2020): Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties. In: *PLoS ONE* 15/11:e0241327.
- AK Oberösterreich (2020): *Der Österreichische Arbeitsklima Index: Arbeiten in der Corona-Krise: Home-Office, Kurzarbeit oder Business as usual*. Pressekonferenz, Wien: 24. Juni 2020.
- Allen, T. D. / Herst, D. E. / Bruck, C. S. / Sutton, M. (2000): Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. In: *Journal of occupational health psychology* 5/2:278-308.
- American Institute for Cancer Research (2007): *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. A project of World Cancer Research Fund International*. Washington: American Institute for Cancer Research.
- Amstad, F. T. / Meier, L. L. / Fasel, U. / Elfering, A. / Semmer, N.K. (2011): A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations. In: *Journal of occupational health psychology* 16/2:151-169.
- Angermeyer, Matthias C / Kilian, Reinhold / Matschinger, Herbert (2000): *WHOQoL-100 und WHOQoL-bref*. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, Aaron (1979): *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron / Franke, Alexa (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonovsky, H. / Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. In: *The Journal of social psychology* 126/2:213-225.
- Antony, Gabriele / Haas, Sabine / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Delcour, Jennifer / Griebler, Robert / Marbler, Carina / Winkler, Petra (2019): *Die Gesundheit der Bevölkerung effektiv und nachhaltig fördern: Gesundheitsziele Österreich – Konzept Phase 4*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antosik, Jennifer / Griebler, Robert (2021): *Gesundheitsziele Österreich: Analyse der Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 7 – Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antosik, Jennifer / Winkler, Petra / Kern, Daniela / Gugglberger, Lisa (2021): *Themenfeld 3 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie: „Gesunde Entwicklung“ Was hat sich in den letzten zehn Jahren verändert?* Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja (2020a): *Epidemiologiebericht Sucht 2020 Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.

- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2021a): *Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Hojni, Markus / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Strizek, Julian / Tanios, Aida (2019): *Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Klein, Charlotte / Priebe, Birgit / Schmutterer, Irene / Strizek, Julian (2020b): *Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Klein, Charlotte / Priebe, Birgit / Schmutterer, Irene / Strizek, Julian (2021b): *Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- AUVA (2021): *Auszug aus der Statistik 2020*. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Abteilung Statistik.
- B-ZK (2014): *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Bachmann, Nicole / Burla, Laila / Kohler, Dimitri (2015): *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Hg. v. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Hogrefe Verlag.
- Bambra, Clare / Riordan, Ryan / Ford, John / Matthews, Fiona (2020): The COVID-19 pandemic and health inequalities. In: *J Epidemiol Community Health* 74/11:964-968.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84/ 2:191-215.
- Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H / Richter, Matthias (2008): *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, Peter (2001): Modelle der Gesundheit–Ansätze der Gesundheitsförderung. In: *Gesundheitsoffensive Prävention–Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik*. (Hrsg.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. S. 41-53.
- Becker, Peter (2006): *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- BKA / BMEIA (2020): *Österreich und die Agenda 2030. Freiwilliger Nationaler Bericht zur Umsetzung der Nachhaltigen Entwicklungsziele / SDGs (FNU)*. Wien: Bundeskanzleramt Österreich.
- Blaxter, M (1990): *Health and Lifestyles*. Tavistock/Routledge, London/New York, <http://dx.doi.org/10.4324/9780203393000>
- BMASGK (2018): *Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Ergebnisbericht*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASK (2015): *Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2015*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK). Wien.

- BMG (2013): *NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2014): *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*. Wien: Gesundheit Österreich.
- BMG (2015a): *Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK*. Bundesministerium für Gesundheit, unveröffentlicht.
- BMG (2015b): *Luftschadstoffe und Gesundheitsgefahren*. [Online]. Bundesministerium für Gesundheit.
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsgefahr-en-luftschadstoffe.html> [Zugriff am 27.06.2016].
- BMG (2015c): *Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2016): *Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 1. Juli 2016*. Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2016): *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014, aktualisiert und wieder beschlossen am 7. Dezember 2016*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMGF (2017a): *Gesundheitsziel 3. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Ausgabe April 2017*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMGF (2017b): *Gesundheitsziel 8. Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Ausgabe April 2017*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMGF (2017c): *Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern, Bericht der Arbeitsgruppe*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017d): *Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Ausgabe mit aktualisiertem Vorwort*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMGF (2017e): *Österreichische Diabetes-Strategie. Gemeinsam Diabetes begegnen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und Gesundheit Österreich GmbH.
- BMLFUW (2009): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2007 Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- BMLVS (2013): *Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b*. Wien: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport.
- BMSGPK (2019): *Österreichischer Pflege-vorsorgebericht 2019*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021a): *COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich*. Hg. v. Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.

- BMSGPK (2021b): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Gesundheitsfoerderungstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Gesundheitsfoerderungstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html) [Zugriff am 16.01.2023].
- BMSGPK (2021c): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021d): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021e): *Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021f): *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2021*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Wien.
- BMSGPK (2022a): *Gesundheitsziel 7. Gesunde und nachhaltige Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen. Bericht der Arbeitsgruppe*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2022b): *So geht's uns heute: die sozialen Krisenfolgen im ersten Quartal 2022. Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2023): HBSC. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheit/HBSC.html> [Zugriff am 21.03.2023].
- Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Sozialschutz und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen Sozialschutzmaßnahmen und Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. In: *Pravention und Gesundheitsforderung*: <https://doi.org/10.1007/s11553-11019-00701-y>
- Bodenwinkler, Andrea / Kerschbaum, Johann / Sax, Gabriele (2012): *Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG.
- Bodenwinkler, Andrea / Kerschbaum, Johann / Sax, Gabriele (2014): *Länder-Zahnstatuserhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich*. Wien: ÖBIG.
- Bodenwinkler, Andrea / Kerschbaum, Johann / Sax, Gabriele (2017): *Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich.

- Bodenwinkler, Andrea / Sax, Gabriele / Kerschbaum, Johann (2009): *Zahnstatus 2007: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Böhm, Karin / Tesch-Römer, Clemens / Ziese, Thomas (Hrsg.) (2009): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Bongue, B. / Laroche, M. L. / Gutton, S. / Colvez, A. / Gueguen, R. / Moulin, J. J. / Merle, L. (2011): Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. In: *Eur J Clin Pharmacol* 67/12:1291-1299.
- Bonnefoy, Xavier (2007): Inadequate housing and health: an overview. In: *International Journal Environment and Pollution* 30/3/4:411-429.
- Börsch-Supan, Axel (2017): Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) wave 5. In: *Release version 6/*.
- Börsch-Supan, Axel / Brandt, Martina / Litwin, Howard / Weber, Guglielmo (Hrsg.) (2013): *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. In: First results from SHARE after the economic crisis. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Bowman, Shanthy A. / Vinyard, Bryan T. (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: *Journal of the American College of Nutrition* 23/2:163-168.
- Brach, Cindy / Dreyer, Benard / Schyve, Paul / Hernandez, Lyla M / Baur, Cynthia / Lemerise, Andrew J / Parker, Ruth (2012): *Attributes of a health literate organization. Discussion Paper*. Institute of Medicine of the national academies.
- Brown, Mary Jean / Jacobs, David E (2011): Residential light and risk for depression and falls: results from the LARES study of eight European cities. In: *Public Health Reports* 126/1_suppl:131-140.
- Bürgisser, Titus (2008): Schulklima und Schulkultur. In: *Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen* Hg v Wicki, Werner; Bürgisser, Titus.(Hrsg.). Bern: Haupt. S. 141-159.
- CHAIN (2020): *The COVID pandemic and health inequalities: we are not all in it together*; Centre for Global Health Inequalities Research. Centre for Global Health Inequalities Research.
- Cockerham, William C (2005): Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. In: *Journal of health and social behavior* 46/1:51-67.
- Conner, Mark / Norman, Paul (2005): *Predicting Health Behaviour*. Berkshire (UK): Open University Press.
- Currie, Candace / Zanotti, Cara / Morgan, Antony / Currie, Dorothy / De Looze, Margaretha / Roberts, Chris / Samdal, Oddrun / Smith, Otto RF / Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. In: *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey Health Policy for Children and Adolescents, No 6 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen*.
- Danmayr, Eberhard / Glatz, Waltraud (1998): *Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Wartung und Fortführung*. Wien: ÖBIG.
- De Silva, M.J. / McKenzie, K. / Harpham, T. / Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 59/8:619-627.

- Dragano, Nico / Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Aufl. 2. aktualisierte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 194-181.
- Dubos, René J. (1959): *The Mirage of Health*. New York: Harper and Row.
- Dür, Wolfgang / Griebler, Robert (2007): *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- DWD (2006): *Feinstaubmessung in Kurorten*. Broschüre. , Deutscher Wetterdienst, Freiburg.
- ECDC (2020): *Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic; European Centre for Disease Prevention and Control*.
- EEA (2020): *Air quality in Europe — 2020 report*. Luxembourg: European Environment Agency.
- Eichmann, Hubert / Saupe, Bernhard (2014): *Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums*. Sozialpolitische Studienreihe,15. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien: Verlag des ÖGB GmbH.
- Eidgenössische Kommission für Lufthygiene (EKL) (2011): *Sommersmog in der Schweiz. Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene (EKL)*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Elkeles, T / Mielck, A (1993): Soziale Ungleichheit. In: (Hrsg.). Berlin: WZB discussion paper93-208.
- Ellert, Ute / Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 56/5-6:643-649.
- EMCDDA (2013): *PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht*. Lissabon.
- EMCDDA (2022): Statistical Bulletin 2021 — problem drug use. [Online]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/pdu_en [Zugriff am 27.08.2021].
- Enste, Dominik / Möller, Marie (2015): *IW-Vertrauensindex 2015: Vertrauen in Deutschland und Europa. Ein internationaler Vergleich von 20 Ländern*. Köln: IW Policy Paper.
- ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019: Results from European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2017): *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Europäische Kommission (2008): *EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung*. Kurzversion. Aufl. 4. Brüssel: Gebilligt von der EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“ auf ihrer Sitzung vom 25. September 2008, bestätigt von den

- Sportministern der EU-Mitgliedstaaten auf ihrer Sitzung in Biarritz vom 27.-28. November 2008.
- Eurostat (2013): *Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW). Zusammenfassende Methodik*. Luxemburg.
- EUROSTAT (2023): Persons living in households with very low work intensity by age and sex (population aged 0 to 59 years) - EU 2020 strategy. [Online]. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_lvhl11\\$DV_652/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_lvhl11$DV_652/default/table?lang=en) [Zugriff am 28.05.2023].
- Falascetti, E / Hingorani, AD / Jones, A / Charakida, M / Finer, N / Whincup, P / Lawlor, DA / Smith, GD / Sattar, N / Deanfield, JE (2010): Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. In: *European Heart Journal* 31/24:3063-3072.
- Felder-Puig, R / Teutsch, F / Ramelow, D / Maier, G (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- Feuerlein, Wilhelm (1979): *Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*. Stuttgart: Thieme.
- FGÖ (2019): *Arbeitsprogramm 2020*. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- FGÖ (2020): *Österreichische Bewegungsempfehlungen. Wissensband 17*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Flodmark, Carl-Erik / Lissau, I / Moreno, LA / Pietrobelli, A / Widhalm, K (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: *International journal of obesity* 28/10:1189-1196.
- Franzkowiak, P. (2018): Soziale Unterstützung. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Gay, J. Gay / Paris, Valérie / Devaux, Marion / de Looper, Michael (2011): *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues*. OECD Health Working Papers No 55. OECD Health Working Papers. OECD.
- Gerlach, Stefanie (2021): Bedeutung der COVID-19-Pandemie für Menschen mit Adipositas. In: *Cardiovasc* 21/3:42-44.
- gesundheit.gv.at (2022): Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [file:///goegsfile02.goeg.local/goeg_public\\$/Projekte/Gesundheit_und_Gesellschaft/1_Gesundheitsberichterstattung%20und%20Epidemiologie/8%20Literatur/Jenny%20GB%C3%96%20f%C3%BCr%20Endnote/Gesundheitgvat_Feinstaub%20-%202018.html](file:///goegsfile02.goeg.local/goeg_public$/Projekte/Gesundheit_und_Gesellschaft/1_Gesundheitsberichterstattung%20und%20Epidemiologie/8%20Literatur/Jenny%20GB%C3%96%20f%C3%BCr%20Endnote/Gesundheitgvat_Feinstaub%20-%202018.html) [Zugriff am 18.05.2022].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2023): Altersstandardisierung. [Online]. Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn vertreten durch den Präsidenten. https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FI&p_sprache=D&p_suchstring=10215 [Zugriff am 24.03.2023].
- Gesundheitsförderungsgesetz: *Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz – GfG)*, BGBl. I Nr. 51/1998, in der geltenden Fassung.

- GÖG (2012): *Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- GÖG (2014): *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014*. 2. Aufl., Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Nowotny, Monika / Tanios, Aida / Kapusta, Nestor (2017): *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016*. Hg. v. Frauen, Bundesministerium für Gesundheit und. Wien.
- Gratt, W. / Doppler, A. (2009): *Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge*. Aufl. 2. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft.
- Green, Francis / Mostafa, Tarek (2012): *Trends in job quality in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Griebler, Robert (2018): *Rahmenmodell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten*. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht.
- Griebler, Robert / Dür, Walter (2009): Gesundheit und Gesellschaft. In: *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*. Biendarra I., Weeren M. (Hrsg.). Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 265-284.
- Griebler, Robert / Gaiswinkler, Sylvia / Winkler, Petra / Delcour, Jennifer / Bengough, Theresa / Schmutterer, Irene (2020): *Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter. Berichtszeitraum 2005 – 2016/17*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Griebler, Robert / Geißler, Wolfgang / Winkler, Petra (2013): *Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Mikšová, Dominika / Link, Thomas / Nowak, Peter / Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021a): *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSPGK). Wien.
- Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Nowak, Peter / und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2022): *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Ergebnisse und Empfehlungen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Befragung (HLS19-AT). Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Bengough, Theresa (2016): *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Delcour, Jennifer / Eisenmann, Alexander (2021b): *Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Gaiswinkler, Sylvia / Delcour, Jennifer / Juraszovich, Brigitte / Nowotny, Monika / Pochobradsky, Elisabeth / Schleicher, Barbara / Schmutterer, Irene (2017): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- Haas, Sabine / Antony, Daniela / Antony, Gabriele / Gaiswinkler, Sylvia / Griebler, Robert / Marbler, Carina / Weigl, Marion / Winkler, Petra (2021): *Soziale Faktoren der Pandemie*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Habl, Claudia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Renner, Anna / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2014): Armut und Gesundheit. In: *Handbuch Armut in Österreich*. Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hrsg.). Innsbruck - Wien - Bozen: StudienVerlag. S. 240-267.
- Hartley, Louise / Igbinedion, Ewemade / Holmes, Jennifer / Flowers, Nadine / Thorogood, Margaret / Clarke, Aileen / Stranges, Saverio / Hooper, Lee / Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD14009874>.
- HLS19 Consortium, The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institut.
- Hojni, Markus / Delcour, Jennifer / Strizek, Julian / Uhl, Alfred (2020): *ESPAD Österreich 2019*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Hollederer, Alfons / Brand, Helmut (Hrsg.) (2006): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Holt-Lunstad, J / Smith, TB / Baker, M / Harris, T / Stephenson, D (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. In: *Perspective Psychology Science* 10/2:227-237.
- Holzweber, Leonie / Zach, Monika / Gruböck, Anna / Juraszovich, Brigitte / Mathis-Edenhofer, Stefan / Rappold, Elisabeth / Wallner, Alexander (2021): *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Horvath, Ilonka / Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja (2020a): *Bericht zur Drogensituation 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Horvath, Ilonka / Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja (2020b): *Bericht zur Drogensituation 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Hospiz Österreich (2023): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. [Online]. Dachverband Hospiz Österreich. <https://www.kinder-hospiz.at/hospiz-palliative-care/abgestuftes-versorgungskonzept/> [Zugriff am 28.05.2023].
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Aufl. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 54-35.
- HVB (2020): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- IFES (2022a): *Austrian Health Report 2022*. Sozialforschung, Institut für Empirische, Wien.
- IFES (2022b): *Austrian Health Report 2022 – W2*. Sozialforschung, Institut für Empirische, Wien.
- Inchley, J. / Currie, D. / Budisavljevic, S. / Torsheim, T. / Jastad, A. / Cosma, A. (2020): *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health*

- Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Jordan, S (2015): Diskussion von Indikatoren zur Erfassung von Prozessen und Outcomes der Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Studien. Kongressbeitrag. In: *Gesundheitswesen* 77/A279.
- Jungbauer-Gans, Monika (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit.* (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 17-43.
- Kade, Jochen / Seitter, Wolfgang (2013): *Lebenslanges Lernen Mögliche Bildungswelten: Erwachsenenbildung, Biographie und Alltag.* Bd. 10. Springer-Verlag.
- Karasek, Robert A. / Theorell, Tores (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life.* Basic Books.
- Kern, Daniela / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Sagerschnig, Sophie / Valady, Sonja (2018): *Indikatoren zur stationären und außerstationären psychosozialen Versorgung.* Wien: Gesundheit Österreich.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft.* Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klein, Charlotte / Fröschl, Barbara / Kichler, Rita / Pertl, Daniela / Tanios, Aida / Weigl, Marion (2015): *Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie.* Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Kleven, Henrik / Landais, Camille / Sjøgaard, Jakob Egholt (2021): Does biology drive child penalties? Evidence from biological and adoptive families. In: *American Economic Review: Insights* 3/2:183-198.
- Klimont, Jeanette / Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: *Statistische Nachrichten* 9:664-669.
- Klimont, Jeanette / Kytir, Josef / Leitner, Barbara (2007): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Klimont, Jeannette (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika / Ihle, Petra (2016): *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.* Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Klimont, Jeannette / Ihle, P / Baldaszi, Erika / Kytir, J (2008): *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus*

- der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Klimont, Jeannette / Prammer-Waldhör, Michaela (2020): *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit; Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Klotz, J. / Till, M. / Wisbauer, A (2018): Sterberisiko und Wohnungslosigkeit. Ein Vergleich der Sterblichkeit wohnungsloser Männer und der Allgemeinbevölkerung. In: *Statistische Nachrichten* 2/:131-137.
- Klotz, Johannes (2007): Soziale Unterschiede in der todesursachenspezifischen Sterblichkeit 2001/2002. In: *Statistische Nachrichten* 62 (2007)/:1010-1021.
- Klotz, Johannes / Doblhammer, Gabriele (2008): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit - zeitliche Trends. Bildungsspezifische Mortalitätsrisiken 1981/1982, 1991/1992 und 2001/2002. In: *Statistische Nachrichten* 2008/12:1112-1121.
- Knittler, Käthe (2018): Atypische Beschäftigung 2017 - allgemein und im Familienkontext. In: *Statistische Nachrichten* 9/2018/:744-753.
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 37/1:1-11.
- Kobasa, S.C. (1982): Commitment and coping in stress resistance among lawyers. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 42/4:707-717.
- Krieger, James; Higgins, Donna L. (2002): Housing and Health: Time Again for Public Health Action. In: *American journal of public health* 92/5:758-768.
- Kroenke, K. / Strine, T. W. / Spitzer, R. L. / Williams, J. B. W. / Berry, J. T. / Mokdad, A. H. (2009): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. In: *Journal of Affective Disorders* 14/1-3:163-173.
- Kuntz, Benjamin / Lampert, Thomas (2012): Bildung als Ressource für Gesundheit. In: *Impulse* 74/2012; Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin.
- Künzli, Nino / Perez, Laura / Rapp, Regula (2010): *Luftverschmutzung und Gesundheit*. Lausanne: European Respiratory Society.
- Kurth, Bärbel-Maria / Ellert, Ute (2008): *Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS*. 105, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
- Lampert, Thomas / Kroll, LE (2010): *Armut und Gesundheit*. GBE kompakt. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Lampert, Thomas / Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften*. Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Wiesbaden: Springer. S. 209-231.
- Lampert, Thomas / Ziese, Thomas / Saß, Anke Christine / Häfelinger, Michael (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch-Institut*. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Lärminfo.at (2019): Bekämpfung von Umgebungslärm. [Online]. Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie.

https://www.laerminfo.at/laermschutz/EU_noise_policy/BekaempfungVonUmgebungs-laerm.html [Zugriff am 04.08.2021].

- Lazarus, R.S. (1999): *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.
- Leoni, Thomas (2015): *Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Hg. v. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien.
- Leoni, Thomas (2020): *Fehlzeitenreport 2020. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien: Dachverband der Sozialversicherungsträger.
- Leppo, Kimmo / Ollila, Eeva / Peña, Sebastián / Wismar, Matthias / Cook, Sarah (2013): *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Li, Min / Fan, Yingli / Zhang, Xiaowei / Hou, Wenshang / Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: *BMJ Open* 2014/4:e005497.
- Mackenbach, Johan (2006): *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Erasmus MC - University Medical Center Rotterdam.
- Malik, Vasanti S / Popkin, Barry M / Bray, George A / Després, Jean-Pierre / Willett, Walter C / Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. In: *Diabetes care* 33/11:2477-2483.
- Mann, E. / Bohmdorfer, B. / Fruhwald, T. / Roller-Wirnsberger, R. E. / Dovjak, P. / Duckelmann-Hofer, C. / Fischer, P. / Rabady, S. / Iglseder, B. (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: *Wien Klin Wochenschr* 124/5-6:160-169.
- Mann, E. / Haastert, B. / Frühwald, T. / Sauermann, R. / Hinteregger, M. / Hölzl, D. / Keuerleber, S. / Scheuringer, M. / Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6:399-405.
- Marmot, Michael (2010): Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review on Health Inequalities in England post-2010. In:
- Marmot, Michael / Wilkinson, Richard (2005): *Social determinants of health*. Oup Oxford.
- Mayrhuber, Christine / Bittschi, Benjamin (2021): Fehlzeitenreport 2021. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit. In: *WIFO Studies*.
- Mendell, Mark J.; Mirer, Anna G.; Cheung, Kerry; Tong, My; Douwes, Jeroen (2011): Respiratory and Allergic Health Effects of Dampness, Mold, and Dampness-Related Agents: A Review of the Epidemiologic Evidence. In: *Environmental Health Perspectives* 119/6:748-756.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mildschuh, Stephan / Birner, Andreas / Stoppacher, Andreas / Paschek, Verena (2012): *Dokumentation im ambulanten Bereich. Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe Bundesländer*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG.
- Morin, L. / Fastbom, J. / Laroche, M. L. / Johnell, K. (2015): Potentially inappropriate drug use in older people: a nationwide comparison of different explicit criteria for population-based estimates. In: *Br J Clin Pharmacol* 80/2:315-324.

- Murayama, H. / Fujiwara, Y. / Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3:179-187.
- Nemeth, Claudia / Pochobradsky, Elisabeth (2013): *Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Netzwerk-BGF (2008): Ihr Weg zur BGF-Marke. [Online]. Österreichische Gesundheitskasse. <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.889460&portal=nbgfportal> [Zugriff am 31.05.2023].
- Neubauer, Milla (2020): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2019. Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria).
- Neuhauser, HK / Adler, C / Rosario, AS / Diederichs, C / Ellert, U (2015): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. In: *Journal of human hypertension* 29:247-253 doi:210.1038/jhh.2014.1082, published online 1032 October 2014.
- Nolte, Ellen / Knai, Cécile / McKee, Martin (2008): *Managing chronic conditions : experience in eight countries*. Observatory Studies Series Bd. 15. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Nowotny, Monika / Kern, Daniela / Breyer, Elisabeth / Bengough, Theresa / Griebler, Robert (Hrsg.) (2018): *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Nyqvist, F. / Forsman, A.K. / Giuntoli, G. / Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: *Aging and Mental Health* 17/4:394-410.
- OECD (2015): *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris.
- OECD (2016): *Bildung auf einen Blick 2016 OECD-Indikatoren*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2020a): *Education at a Glance 2020, OECD Indicators* Paris: OECD Publishing.
- OECD (2020b): *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Oral health in Europe (2022): The State of Oral Health in Europe. [Online]. The Platform for Better Oral Health in Europe. <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/> [Zugriff am 19.05.2022].
- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Hernandez, Lyla M. (Hrsg.). Washington: The National Academies Press. S. 98-91.
- Parsons, Talcott (1981): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan (2010): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: *Dür, W, Felder-Puig R (Hrsg) Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* :60-69.
- Pelikan, Jürgen M / Röthlin, Florian / Ganahl, Kristin (2012): *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. Hg. v. Consortium, HLS-EU.
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity - by use of sociological system theory. In: *Health and Modernity*. McQueen, David V. / Kickbusch, Ilona S. (Hrsg.). New York: Springer. S. 74-102.

- Pfortner, Timo-Kolja (2013): *Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Pirouznia, Mahshid (2001): The influence of nutrition knowledge on eating behavior-the role of grade level. In: *Nutrition & Food Science* 31/2:62-67.
- Poland, Blake D / Green, Lawrence W / Rootman, Irving (Hrsg.) (2000): *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Pongratz, R / Staber, C / Fischer, T / Goltz, A / Soffried J / Spath-Dreyer, I / Füreder, H (2014): *Evidenzinformierte Entscheidungskultur am Beispiel Gebärmutterhalskrebs – Pap-Abstrich, Bericht 2014*. . Steiermärkische Gebietskrankenkasse.
- Predotova, Karonila / Vargas Llave, Oscar (2021): Workers want to telework but long working hours, isolation and inadequate equipment must be tackled. [Online]. Eurofund.
<https://www.eurofound.europa.eu/de/publications/article/2021/workers-want-to-telework-but-long-working-hours-isolation-and-inadequate-equipment-must-be-tackled> [Zugriff am 24.05.2023].
- Ramelow, Daniela / Griebler, Robert / Hofmann, Felix / Unterweger, Katrin / Mager, Ursula / Felder-Puig, Rosemarie / Dür, Wolfgang (2011): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ramelow, Daniela / Teutsch, Friedrich / Hofmann, Felix / Felder-Puig, Rosemarie (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ramelow, Daniela / Unterweger, Katrin / Gugglberger, Lisa / Felder-Puig, Rosemarie (2013): *Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/innen und Lehrer/innen*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut.
- Reich, O. / Rosemann, T. / Rapold, R. / Blozik, E. / Senn, O. (2014): Potentially inappropriate medication use in older patients in Swiss managed care plans: prevalence, determinants and association with hospitalization. In: *PLoS ONE* 9/8:e105425.
- Reiter, Daniela / Fülöp, Gerhard / Pochobradsky, Elisabeth / Röhlin, Florian / Stoppacher, Andreas (2020): *Rehabilitationsplan 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktualisierte Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rihmer, Zoltán / Rutz, Wolfgang / Pihlgren, Hans (1995): Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. In: *Journal of Affective Disorders* 35:147-152.
- RKI (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2004): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf / Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In:

- Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Aufl. 2. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 388-371.
- Rotter, J.B. (1971): Generalized expectancies for interpersonal trust. In: *American Psychologist* 26/5:443-452.
- Rust, Petra / Hasenegger, Verena / König, Jürgen (2017): *Österreichischer Ernährungsbericht 2017*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMF). Wien.
- Sagerschnig, S. / Nowotny, M. / Ladurner, J. (2021): *Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2018/2019*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Sagerschnig, Sophie / Nowotny, Monika (2020): *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2019*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Salfinger-Pilz, Brigitte / Peterbauer, Jakob (2018): *Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*.
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: *Current Opinion in Psychiatry* 16/SUPPL. 2:S101-S105.
- Schiestl, David W. (2020): Alkohol und Tabak in der Krise – ein Update zum Genussmittelkonsum Anfang Mai. [Online]. Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog36/>.
- Schmutterer, Irene (2021): *Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie sonstige Nikotinerzeugnisse: Zahlen und Fakten 2021*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Schmutterer, Irene / Delcour, Jennifer / Griebler, Robert (2017): *Österreichischer Diabetesbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Schneeberger, A / Petanovitsch, A (2005): Anerkennung non-formalen und informellen Lernens in Aus- und Weiterbildung und im Hinblick auf die Hochschulzulassung. In: *Analyse europäischer Ansätze zur Anrechnung und deren Relevanz für Österreich; ibw-research Brief, Ausgabe Nr 17/November 2005*.
- Schneller, Thomas / Salman, Ramazan / Goepel, Christiane (2006): *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn: DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege.
- Schöny, Werner / Koren, Gernot / Unteregger, Sonja / Gruber, Dominik / Woisetschläger, Nina / Weichbold, Martin (2016): *NÖ Psychiatrieplan Evaluation 2014. Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich*. Hg. v. Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds. Korneuburg: Ueberreuter Print GmbH.
- Schubert, I. / Kupper-Nybelen, J. / Ihle, P. / Thurmann, P. (2013): Prescribing potentially inappropriate medication (PIM) in Germany's elderly as indicated by the PRISCUS list. An analysis based on regional claims data. In: *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 22/7:719-727.
- Schwarz, Tanja / Schulze, Elisabeth (2022): *Mundgesundheit und mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Semmer, Norbert / Udris, Ivars (2004): Wirkungen der Arbeit. In: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Nerdinger et al. 2011 (Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Seniorliving (2016): <http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm>. [Online] [Zugriff am 17.11.2021].
- Siegrist, Johannes (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: *Journal of occupational health psychology* 1/1:27-41.
- Siegrist, Johannes (2003): "Machen wir uns selber krank." In: *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen*. Schwartz, Friedrich et al. (Hrsg.). München: Urban & Fischer. S. 139-151.
- Siegrist, Johannes / Dragano, Nico / dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Gesundheitliche Ungleichheit*. Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Aufl. 2 Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 167-180.
- Singer, Mafred V / Batra, Anil / Mann, Karl (2011): *Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart. Thieme Verlag. Stuttgart.
- Sørensen, Kristine / Van den Broucke, Stephan / Fullam, James / Doyle, Gerardine / Pelikan, Jürgen / Slonska, Zofia / Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12/1:80.
- Spangl, Wolfgang / Nagl, Christian (2014): *Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2013*. Bd. REP-0469. Wien: Umweltbundesamt.
- Spangl, Wolfgang / Nagl, Christian (2020): *Luftgütemessung in Österreich 2019*. Wien: Umweltbundesamt.
- Ståhl, Timo / Wismar, Matthias / Ollila, Eeva / Lahtinen, Eero / Leppo, Kimmo (2006): *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Statistik Austria (2013): *Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria).
- Statistik Austria (2014): *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria).
- Statistik Austria (2015a): *Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung* Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria).
- Statistik Austria (2015b): *Tabellenband EU-SILC 2014: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien.
- Statistik Austria (2017): *Tabellenband EU-SILC 2016: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen; Wien am 02.05.2017 (Rev. 3 vom 12.09.2017)*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2018a): *Bildung in Zahlen 2016/17, Schlüsselindikatoren und Analysen*. Wien.
- Statistik Austria (2018b): *Erwachsenenbildung 2016/17, Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*. Wien.
- Statistik Austria (2018c): *Statistik Brief Dezember 2018. Vererbung von Bildungschancen*. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.
- Statistik Austria (2020a): *Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung* Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.

- Statistik Austria (2020b): *Tabellenband EU-SILC 2019 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2017 bis 2019, Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2021a): *Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2020. Indikatoren für soziale Inklusion in Österreich*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Statistik Austria (2021b): *Pressemitteilung vom 09.12.2021: 12.680-271/21 Arbeitsmarkt im 3. Quartal 2021: vor dem vierten Lockdown weiter deutliche Erholung*.
- Statistik Austria (2022a): *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2020*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria).
- Statistik Austria (2022b): *Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung*. Erstellt am 01.07.2022.
- Statistik Austria (2022c): *Tabellenband EU-SILC 2020 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2018 bis 2020: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen; Wien am 29.04.2021 (Rev. 3 vom 24.08.2022)*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2022d): *Tabellenband EU-SILC 2021 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2019 bis 2021. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2023a): *Soziale Krisenfolgen*. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/einkommen-und-soziale-lage/soziale-krisenfolgen> [Zugriff am 21.03.2023].
- Statistik Austria (2023b): *Versorgungsbilanzen*. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/land-und-forstwirtschaft/landwirtschaftliche-bilanzen/versorgungsbilanzen> [Zugriff am 24.03.2023].
- Stegeman, I. / Kuipers, Y. / Costongs, C. (2012): *Health for all Policies. Gemeinsam für Gesundheit und Wohlbefinden. CrossingBridges*.
- Stewart, Bernard W / Wild, Christopher P (2014): *World Cancer Report 2014*. Hg. v. International Agency for Research on Cancer. Lyon.
- Straßmayr, C. / Griebler, R. / Nowak, P. / und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2022): *Digitale Gesundheitskompetenz. Ergebnisse und Empfehlungen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Befragung (HLS19-AT). Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, Julian / Busch, Markus / Puhm, Alexandra / Schwarz, Tanja / Uhl, Alfred (2021): *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, Julian / Uhl, Alfred (2016): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Stuckler, David / Basu, Sanjay (2014): *Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit*. 1 Aufl.: Verlag Klaus Wagenbach.
- Sundquist, K. / Yang, M. (2007): *Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden*. In: *Health and Place* 13/2:324-334.
- SV (2023): *Gesundheitsförderung in der Schule*. [Online]. Dachverband der Sozialversicherungsträger.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal> [Zugriff am 31.05.2023].

- Talcott, Parsons (2013): *The social system*. London: Routledge.
- te Velde, Saskia J / Twisk, Jos WR / Brug, Johannes (2007): Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. In: *British Journal of Nutrition* 98/02:431-438.
- Tweed, Emily (2017): *Foundations for well-being: reconnecting public health and housing. A Practical Guide to Improving Health and Reducing Inequalities*. ScotPHN report. Glasgow: Scottish Public Health Network.
- UbG: *Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010 – Ub-HeimAuf-Nov 2010*, in der geltenden Fassung.
- Uhl, Alfred / Strizek, Julian / Puhm, Alexandra / Kobrna, Ulrike / Springer, Alfred (2009): *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch - Erhebung 2008. Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Umweltbundesamt (2016): Luftschadstoffe. [Online].
<http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/> [Zugriff am 27.06.2016].
- Umweltbundesamt (2020): Vorläufige Bilanz der Luftqualität 2020. [Online].
Umweltbundesamt. <https://www.umweltbundesamt.at/news201230> [Zugriff am 04.08.2021].
- United Nations (2015a): *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015; 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
- United Nations (2015b): *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.: United Nations.
- Van der Doef, M. / Maes, S. (1999): The Job Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. In: *Work and Stress* 13/2:87-114.
- Van Vegchel, N. / De Jonge, J. / Bosma, H. / Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. In: *Social Science and Medicine* 60/5:1131-1131.
- Vartanian, Lenny R / Schwartz, Marlene B / Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. In: *American journal of public health* 97/4:667-675.
- Waller, Heiko (1996): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wancata, J. (2018): Studienergebnisse „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“. In: *Depressionsbericht Österreich Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.). Wien. S. 95-98.
- Wang, Xia / Ouyang, Yingying / Liu, Jun / Zhu, Minmin / Zhao, Gang / Bao, Wei / Hu, Frank B. (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-

- analysis of prospective cohort studies. In: *BMJ (Clinical research ed)* 349/:g4490-g4490.
- Weghuber, Daniel / Maruszczak, Katharina (2023): *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Bericht Österreich 2020*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- WHO (1948): *Constitution of the World Health Organization*. United Nations. City of New York.
- WHO (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. World Health Organization, abrufbar: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>.
- WHO (2000): *Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: Geneva June 3-5-1997*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003): *MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979-2002*. Genf: HO World Health Organization.
- WHO (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- WHO (2013): *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2014): *Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2015): *Health in all policies. Training manual*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018): *Housing and health equity*. [Online]. World Health Organisation. <http://www.who.int/sustainable-development/housing/health-equity/en/> [Zugriff am 31.10.2018].
- Winkler, Petra / Pochobradsky, Elisabeth / Wirl, Charlotte (2012): *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Wien: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abk.	Abkürzung
Abs.	Absatz
ADL	activities of daily living
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AKP	Arbeitskräftepotenzial
ALQ	Arbeitslosenquote
ambBP	ambulante Betreuungsplätze
AMI	akuter Myokardinfarkt
AMS	Arbeitsmarktservice
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ASVÖ	Allgemeine Sportverband Österreichs
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel-wirkstoffe
ATHIS	Austrian Health Interview Survey Österreichische Gesundheitsbefragung
Art.	Artikel
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B	Burgenland
BALI	Beschäftigung – Arbeitsmarkt – Leistungsbezieher:innen – Information, Abfrage-tool für Arbeitslosenstatistiken
BGBL	Bundesgesetzblatt
BHS	berufsbildende höhere Schule
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BL	Bundesland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index

BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMS	berufsbildende mittlere Schule
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMZvs	Bettenmessziffer für vollstationäre Aufenthalte
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung / chronic obstructive pulmonary disease
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
COVID-19	Coronavirus-Krankheit 2019
dB	Dezibel
DCO	Death Certificate Only
Dr./Dr. ⁱⁿ	Doktorat, akademischer Grad
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
DVHÖ	Dachverband HOSPIZ Österreich
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
ECIS	European Cancer Information System
EHIS	European Health Interview Survey
ESAW	Europäische Arbeitsunfallstatistik
EW	Einwohner:innen
ESS	European Social Survey
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions / Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen
FÄ	Fachärztinnen/-ärzte
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GBÖ	Österreichischer Gesundheitsbericht
GBR	Gesundheitsberuferegister
GF	Gesundheitsförderung
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz

GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuK-Berufe	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies
HOS/PAL	Hospiz- und Palliativversorgung
HPV	humane Papillomaviren
HS	Hauptschule
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IADL	instrumental activities of daily living
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme / International statistical classification of diseases and related health problems
ID	Identifikationsnummer
i. e.	id est, das heißt
IG-L	Immissionsschutzgesetz Luft
ILO	International Labour Organization
ISCED	International Standard Classification of Education / Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen
K	Kärnten
k. A.	Keine Angabe
KFA	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
kWB	körperliches Wohlbefinden
LDEN	day–evening–night noise level
Lkw	Lastkraftwagen
m ³	Kubikmeter
µg	Mikrogramm
MAHC	vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit
Mio.	Million

MTD	medizinisch-technische Dienste
NMS	Neue Mittelschule
NO ₂	Stickstoffdioxid
NÖ	Niederösterreich
NTA	Null-Tagesaufenthalte
O ₃	Ozon
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖFG	Opferfürsorgegesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖKUSS	Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe
OÖ	Oberösterreich
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
p. a.	pro anno / pro Jahr
Pat.	Patientinnen/Patienten
PhD	Philosophiae Doctor, akademischer Grad
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PHQ-8	Personal Health Questionnaire Depression Scale
PIAAC	Programme for the International Assessment of Adult Competencies
PIM	potenziell inadäquate Medikation
Pkw	Personenkraftwagen
PM ₁₀ , PM _{2,5}	Feinstaub
PMZ	Platzmessziffer
PSD	Psychosoziale Dienste
PSO	Psychosomatik

PthG	Psychotherapiegesetz
PTS	polytechnische Schule
pWB	psychisches Wohlbefinden
RIG	Rehabilitationsindikationsgruppe
S	Salzburg
SO ₂	Schwefeldioxid
ST	Steiermark
STEC	shigatoxin-bildende E. coli
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
T	Tirol
UbG	Unterbringungsgesetz
V	Vorarlberg
VTEC	verotoxin-bildende E. coli
VU	Vorsorgeuntersuchung
W	Wien
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF1	Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)