



# Wiener Gesundheitsbericht 2016

## Vienna Health Report 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

# **Wiener Gesundheitsbericht 2016**

## Vienna Health Report 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

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



# Wiener Gesundheitsbericht 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

Erstellt von der Gesundheit Österreich GmbH

AutorInnen:

Robert Griebler	Jennifer Delcour
Petra Winkler	Brigitte Juraszovich
Sylvia Gaiswinkler	Monika Nowotny
Theresa Bengough	Irene Schmutterer

Inhaltliche Begleitung (MA 24):

Felix Hofmann	Edda Hafner
Susanne Guld	Otto Rafetseder

Fachliche Expertisen (MA 24):

Claudia Lethmayer  
Judith Wiesinger  
Jana Schultheiß

Projektassistenz:

Alexandra Mayerhofer

Wien, im Frühjahr 2017

Im Auftrag der Magistratsabteilung Gesundheits- und Sozialplanung (MA 24)

ISBN

978-3-85159-209-2

Medieninhaberin, Herausgeberin und Verlegerin:

Stadt Wien

Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

Brigittenauer Lände 50–54 / 2. Stiege / 5. Stock, A-1200 Wien

© STADT WIEN 2017

Vorgeschlagene Zitierweise:

Stadt Wien (Hrsg.): Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014.

Erstellt durch die Gesundheit Österreich GmbH (AutorInnen: Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia et al.)

Coverfoto: MuseumsQuartier Wien © Wolfgang Simlinger

Porträtfotos: Sandra Frauenberger © PID/Bohmann, Richard Gauss © PID/Schaub-Walzer

# Vorwort



## Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser!

Ich freue mich, Ihnen den Wiener Gesundheitsbericht 2016 zu präsentieren. Der Bericht steht in Fortsetzung einer langen und gut gepflegten Tradition der Gesundheitsberichterstattung in Wien. In dieser Ausgabe liegt der Analysefokus auf der Darstellung österreichweit und international erprobter Gesundheitsindikatoren und ermöglicht dadurch Transparenz und Vergleichbarkeit.

Die Ergebnisse geben Einblicke in den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Versorgungssituation der Wiener Bevölkerung. Auf Basis dieser Erkenntnisse werden weitere gesundheitspolitische Maßnahmen entwickelt und Schwerpunkte gesetzt. Besonders freut es mich, dass die weiterhin steigende Lebenserwartung der Wienerinnen und Wiener auch mehr Lebensjahre in guter Gesundheit beinhaltet. Auch der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener hat sich in den letzten Jahren verbessert.

In einer wachsenden und älter werdenden Stadt wird jedoch die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Dazu zählen Allergien, Atemwegserkrankungen und Schmerzprobleme ebenso wie Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch psychische Erkrankungen nehmen weiterhin zu. Niederschwellige und serviceorientierte Primärversorgungsstrukturen sollen besonders diese Patientinnen und Patienten in Abstimmung mit der fachärztlichen und stationären Ebene zum jeweiligen „Best Point of Service“ lotsen und kontinuierlich begleiten. Darüber hinaus wird weiterhin für alle, die eine intensive Versorgung brauchen, Hochleistungsmedizin zur Verfügung stehen und weiterentwickelt.

Die größte politische Herausforderung sehe ich in den Folgen sozialer Ungleichheit für die Gesundheit der Bevölkerung. Gute Gesundheit darf in einer solidarischen Gemeinschaft nicht von Faktoren wie Geschlecht, Herkunft, Bildungsstand oder Einkommen abhängen. Deshalb braucht es ein starkes, öffentliches Gesundheitswesen, das besonders den Schwächsten der Gesellschaft den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung gewährleistet. Diese Überzeugung wird mich auch in der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik leiten. Dafür liefert der vorliegende Wiener Gesundheitsbericht relevante Grundlagen.

A handwritten signature in black ink, reading 'Sandra Frauenberger'.

Sandra Frauenberger  
Stadträtin für Soziales, Gesundheit und Frauen



**Sehr geehrte Damen und Herren,**

die Wienerinnen und Wiener können sich auf ein gut ausgebautes und modernes Gesundheitssystem verlassen. Das Leistungsangebot reicht von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention über die Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen bis hin zur mobilen und stationären Langzeitpflege.

All diese Angebote müssen aufeinander abgestimmt sein, um auch in Zukunft den Bedürfnissen der Wiener Bevölkerung gerecht zu werden. Durch das enge Zusammenspiel von Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung in der Magistratsabteilung 24 wird die Datenerhebung für relevante Fragestellungen und zielorientierte Auswertungen laufend verbessert und weiterentwickelt. Die aktuelle und zeitnahe Publikation dieser Daten ermöglicht allen Stakeholdern und Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich, ihre Angebote bedarfsgerecht auszurichten. Darüber hinaus bietet die Gesundheitsberichterstattung der interessierten Öffentlichkeit Informationen zu epidemiologischen Entwicklungen und gesundheitspolitischen Herausforderungen.

Der hier vorliegende Wiener Gesundheitsbericht gibt einen breiten Überblick über relevante Themenfelder, die direkt oder indirekt den Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener beeinflussen, und zeigt die Entwicklung ausgesuchter Indikatoren im Zeitverlauf. Die aktuellen Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung können mit den im System vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsdaten verknüpft werden und bilden somit auch die Selbsteinschätzung der Wienerinnen und Wiener ab. Die zugrunde liegenden Daten sind repräsentativ und qualitätsgesichert. Auswertung und Aufbereitung aller Daten durch die Gesundheit Österreich GmbH gewährleisten hohe Expertise und eine objektive Interpretation der Ergebnisse.

Ich darf mich bei meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Expertinnen und Experten der Gesundheit Österreich GmbH sowie allen Kooperationspartnerinnen und -partnern recht herzlich für ihren großen Einsatz bedanken, und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine spannende Lektüre wünschen.

Mag. Richard Gauss  
Leiter der MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

# Kurzfassung

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 beschreibt die gesundheitliche Lage der Wienerinnen und Wiener, wichtige Gesundheitsdeterminanten (auf Verhaltens- und Verhältnisebene) und ausgewählte Aspekte des Wiener Gesundheitssystems. Wann immer es die Datensituation erlaubt, wird dabei nach Alter und Geschlecht differenziert. Sofern vorhanden, werden auch Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund dargestellt. Die Darstellung der zeitlichen Entwicklung fokussiert nach Maßgabe der Datenverfügbarkeit auf die Jahre 2005 bis 2014.

## Demografie

Im Jahr 2014 lebten in Wien rund 1,8 Mio. Menschen, das ist etwa ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung. Gemessen an der Zahl der EinwohnerInnen, ist Wien damit das bevölkerungsreichste Bundesland und Österreichs einzige Metropole. Rund 14 Prozent der WienerInnen sind unter 15 Jahre alt, etwa 22 Prozent 60 Jahre oder älter. 42 Prozent der WienerInnen haben einen Migrationshintergrund.

Zwischen 2005 und 2014 ist die Bevölkerung Wiens um 8,5 Prozent angewachsen. Wien ist damit das am stärksten wachsende Bundesland Österreichs. Der dafür bestimmende Faktor ist die Zuwanderung. Darüber hinaus trägt eine positive Geburtenbilanz zum stetigen Wachstum bei. Bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg der Wiener Bevölkerung um weitere 20 Prozent (auf knapp 2,2 Mio. Menschen) prognostiziert. Vor allem die Bevölkerung im Alter von 60 oder mehr Jahren wird in diesem Zeitraum um geschätzte 6 Prozentpunkte zunehmen (von 22 auf rund 28 %).

## Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt in Wien für Männer wie für Frauen: Seit 2005 ist die Lebenserwartung für die männliche Bevölkerung um 1,8 Jahre, für die weibliche Bevölkerung um 1,1 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 konnten neugeborene Mädchen mit 82,6 und Buben mit 77,7 Lebensjahren rechnen.

Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit: Seit 1991 hat sie bei Männern um 9,6 Jahre, bei Frauen um 7,8 Jahre zugenommen. Im Jahr 2014 konnten Wienerinnen mit 64,4 und Wiener mit 65,2 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen.

Da die Lebenserwartung in Gesundheit stärker steigt als die Lebenserwartung insgesamt, verkürzt sich vice versa der Lebensabschnitt in Krankheit.

## Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Vier von fünf WienerInnen (ab 15 Jahren) schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2006/2007 ist – vor allem bei der ab 60-jährigen Bevölkerung – eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen (von 74 auf 79 %).

## Chronische Krankheiten und Beschwerden

Im Jahr 2014 lebten in Wien rund 554.000 Menschen (37 % der Bevölkerung) mit dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen. Im Vergleich zu 2006/2007 hat dieser Anteil leicht abgenommen (von 39 % auf 37 %).

Am häufigsten ist die Wiener Bevölkerung von Allergien (26 %), Rücken- (22 %) und Nackenschmerzen (17 %) sowie von Bluthochdruck betroffen (20 %). Rund jede/r zehnte Wienerin/Wiener leidet an Arthrose, 4 Prozent sind von Asthma, 5 Prozent von chronischer Bronchitis/COPD und 6 Prozent von Diabetes betroffen. Jährlich erkranken etwa 8.600 WienerInnen an Typ-2-Diabetes und mehr als 7.000 WienerInnen an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterkrebs).

terhalskrebs). Rund 3.600 WienerInnen erlitten im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt und knapp 3.000 einen ischämischen Schlaganfall.

Während Allergien, Atemwegserkrankungen (COPD/Bronchitis) und ischämische Schlaganfälle zugenommen haben und auch die Krebsinzidenz bei Frauen gestiegen ist, blieb die Diabetesinzidenz und -prävalenz sowie die Krebsinzidenz bei Männern weitgehend unverändert. Sinkende Trends konnten hingegen bei akutem Myokardinfarkt, bei der Inzidenz von Darm- und „Hautkrebs“, bei Prostatakrebs und beim Zervixkarzinom beobachtet werden.

## **Psychische Krankheiten**

11 Prozent der WienerInnen (rund 165.000 Personen) haben eine ärztlich diagnostizierte Depression. Rund 12.000 WienerInnen wurden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose akut- oder teilstationär behandelt (sinkender Trend), mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen, gefolgt von organischen (einschließlich symptomatischer psychischer) Störungen und von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Insgesamt finden pro Jahr rund 3.600 Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen ohne Verlangen statt. 980 WienerInnen nehmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine stationäre Reha in Anspruch (steigender Trend), insbesondere WienerInnen zwischen 45 und 54 Jahren. Etwa 220 Menschen in Wien begehen pro Jahr Suizid (sinkender Trend). Drei Viertel davon sind Männer. Psychisch bedingte Krankenstände machten im Jahr 2014 rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle aus (steigender Trend) und sind – aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Dauer – für 9 Prozent der Krankenstandstage verantwortlich.

## **Verletzungen**

Verletzungen stellen eine der häufigsten Ursachen für eine vorzeitige Sterblichkeit dar, insbesondere bei Jugendlichen und bei Männern. In den letzten 10 Jahren sind jedoch tödliche Verletzungen in Wien deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2014 haben rund 10 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten, Männer häufiger als Frauen, die jüngere Bevölkerung häufiger als die ältere. Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen (Brüche des Oberschenkelknochens) und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-Jährigen als auch bei der ab 75-jährigen Wiener Bevölkerung.

## **Leistungs- und Handlungsfähigkeit**

In Wien sind rund 442.000 Menschen ab 15 Jahren (29 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat seit 2006/2007 abgenommen (von 34 auf 29 %). Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung weisen 18 Prozent der ab 65-jährigen WienerInnen auf (rund 52.000 Personen). 22 Prozent würden diesbezüglich mehr Hilfe benötigen. 32 Prozent der ab 65-jährigen WienerInnen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (rund 92.000 Personen), wobei diesbezüglich 31 Prozent mehr Unterstützung benötigen.

## **Lebensqualität**

Die Wiener Bevölkerung beurteilt die Qualität ihres Lebens (im Allgemeinen) mit durchschnittlich 73 von 100 möglichen Punkten. Am besten wird dabei das körperliche, am schlechtesten das soziale Wohlbefinden bewertet. Seit 2006/2007 ist es in Wien (wie auch in Österreich insgesamt) jedoch zu einer Verschlechterung der subjektiv empfundenen Lebensqualität gekommen. In Wien betrifft dies das körperliche, das psychische und das soziale Wohlbefinden. WienerInnen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme – ein Zusammenhang, der auch für Gesamtösterreich gilt.

## **(Vorzeitige) Sterblichkeit**

Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Sterblichkeit in Wien weiter zurückgegangen. Dies betrifft unter anderem die Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Vergiftungen und Verletzungen.

Etwa 4.300 Wienerinnen und Wiener waren im Jahr 2014 gestorben, bevor sie das 70. Lebensjahr erreicht haben; Männer häufiger als Frauen. Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit ist nach wie vor Krebs, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch die vorzeitige Sterblichkeit ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich rückläufig – bei Männern um 12 Prozent und bei Frauen um 6 Prozent.

## **Risikofaktoren für chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme**

43 Prozent der WienerInnen (ab 15 Jahren) sind übergewichtig oder adipös, nur 33 Prozent essen täglich Obst und Gemüse, und lediglich 24 Prozent erfüllen die Empfehlung für eine gesundheitswirksame Bewegung. Weitere 33 Prozent rauchen täglich.

Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg bei den Übergewichtigen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen hat hingegen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen abgenommen, am deutlichsten bei den 30- bis 59-Jährigen.

Der Anteil täglich rauchender WienerInnen (ab 15 Jahren) hat sich im selben Zeitraum um 8 Prozentpunkte erhöht, um 3 Prozentpunkte bei den Männern und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen.

Eine Zunahme beim täglichen Obst- und Gemüsekonsum ist – laut HBSC-Studie – bei den 11- und 15-jährigen WienerInnen zu erkennen. In diesen Altersgruppen hat auch das Ausmaß körperlicher Bewegung (Tage pro Woche) zugenommen. Der Anteil täglich Rauchender hat sich bei den 15-Jährigen zwischen 2006 und 2014 um mehr als die Hälfte reduziert, und auch beim Konsum alkoholischer Getränke ist in dieser Altersgruppe ein abnehmender Trend zu beobachten.

## **Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse**

In Wien waren im Jahr 2014 rund 383.000 bis 400.000 Menschen armutsgefährdet (23 %) und rund 283.000 materiell depriviert (16 %). Gäbe es keine Sozialleistungen (Mindestsicherung, Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits- und Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe), wäre rund ein Drittel der WienerInnen von Armut bedroht. Seit 2009 hat der Anteil materiell deprivierter WienerInnen abgenommen (um 4 Prozentpunkte), seit 2011 sinkt auch der Anteil armutsgefährdeter Personen.

Im Jahr 2014 waren 24 Prozent der WienerInnen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) AkademikerInnen, ebenso viele hatten maximal einen Pflichtschulabschluss. Matura oder einen höheren Abschluss konnten 43 Prozent der WienerInnen vorweisen. Seit 2008 ist der Anteil der AkademikerInnen von 20 auf 24 Prozent gestiegen, der Anteil der Absolventinnen und Absolventen maximal einer Pflichtschule von 22 auf 24 Prozent. Der Anteil frühzeitiger Schul- und AusbildungsabgängerInnen lag in Wien im Jahr 2014 bei 9 Prozent. Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass das Schulklima an Wiens Sekundarschulen zwischen 2010 und 2014 eine deutliche Verbesserung erfahren hat (und zwar von 65 auf 71 von 100 möglichen Punkten).

Im Jahr 2014 waren in Wien rund 104.000 Menschen arbeitslos. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von rund 12 Prozent. Arbeitslosigkeit hat in Wien (wie auch in Österreich insgesamt) zwischen 2008 und 2014 deutlich zugenommen. Besonders betroffen von Arbeitslosigkeit sind Personen ab 50 Jahren, Migrantinnen und Migranten, Personen mit geringer formaler Bildung und Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.

Ein Drittel der erwerbstätigen WienerInnen wies 2014 ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf, d. h. entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. 65 Prozent dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. 71 Prozent der Erwerbstätigen sind an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körper-



lichen Belastung ausgesetzt (586.000 Personen), 40 Prozent sind von Zeitdruck und Arbeitsüberforderung betroffen (325.000 Personen). Seit 2007 sind (wie in Österreich insgesamt) sowohl die körperlichen Belastungen als auch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gestiegen. Abgenommen hat hingegen das Ausmaß der Arbeitsunfälle.

Knapp die Hälfte der WienerInnen (46 %) verfügt über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, rund 54 Prozent über ein eingeschränktes Sozialkapital. Letzteres trifft vermehrt ältere Menschen sowie WienerInnen mit chronischen Erkrankungen oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag.

25 Prozent der WienerInnen (rund 435.400 Personen) sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 30 Prozent (rund 514.000 Personen) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert. 19 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (rund 272.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet. Ihr Anteil ist seit 2007 um 2 Prozentpunkte gestiegen. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW, Baulärm und das Lärmaufkommen in der Nachbarschaft gelten als Hauptursachen der Lärmbelastung. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr etwas verringert, während die Lärmbelastung durch die Nachbarschaft zugenommen hat.

Deutliche Verbesserung hat es bei der Luftqualität gegeben: Sowohl die Stickstoffdioxidwerte, die PM10- und PM2,5-Immissionen als auch der Jahresmittelwert für Ozon sind seit 2005 gesunken.

## **Gesundheitsversorgung**

Die Stadt Wien verfügt über eine gut ausgebaute Gesundheitsversorgung. Im niedergelassenen Bereich stehen der Wiener Bevölkerung rund 1.400 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, 3.600 Fachärztinnen/Fachärzte und rund 950 Zahnärztinnen/Zahnärzte zur Verfügung. Zudem gibt es in Wien zahlreiche Spitalsambulanzen, rund 220 selbstständige Ambulatorien und etwa 320 öffentliche Apotheken. Im stationären Bereich stehen der Wiener Bevölkerung 30 Akutkrankenanstalten mit insgesamt 10.900 Akutbetten zur Verfügung sowie stationäre Reha-Einrichtungen mit rund 350 Betten.

Im Bereich der psychosozialen Versorgung können sich die WienerInnen an ein breitgefächertes Angebot von 11 psychiatrischen Ambulanzen, rund 350 niedergelassenen PsychiaterInnen, 45 Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und rund 390 Ärztinnen/Ärzten mit PSY-III-Diplom wenden. Darüber hinaus sind rund 3.400 Personen in Wien zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt, und rund 2.900 Personen in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Der Psychosoziale Dienst bietet Behandlung Beratung, einen psychosozialen Notdienst, betreute Wohnplätze, tagesstrukturierende Angebote sowie eine berufliche Eingliederungshilfe und mobile Arbeitsunterstützung an. Im stationären Bereich unterhält die Stadt Wien sieben Standorte für Allgemeinpsychiatrie (721 Betten), drei Standorte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose (382 Betten, darunter 6 tagesklinische Plätze) und zwei Standorte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (61 Betten, darunter 5 tagesklinische Plätze).

Im Pflegebereich werden von den mobilen Diensten jährlich rund 5,7 Mio. Leistungsstunden angeboten. In stationären Einrichtungen (Wohn- und Pflegehäusern) stehen rund 9.300 Plätze zur Verfügung. Alternative Wohnformen bieten weitere rund 9.200 Plätze an.

## **Gesundheitsförderung (GF)**

Mit der Implementierung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen waren in den letzten Jahren in Wien viele verschiedene AkteurInnen beschäftigt, darunter die 2009 von der Stadt Wien gegründete Wiener Gesundheitsförderung (WiG), der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diverse Vereine, über 100 Schulen, 66 Betriebe mit GF-Gütesiegel, 9 Krankenhäuser, die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) u. v. a. m. Im selben Zeitraum sind von diesen Organisationen zahlreiche Projekte und Programme gestartet worden.

## **Chancengerechtigkeit**

In Wien wie in Gesamtösterreich zeigen sich sowohl für Gesundheitsoutcomes (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Lebensqualität), für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (Krebsvorsorge, Medikamenteneinnahme, Inanspruchnahme ärztlicher, spitalsambulanter und akutstationärer Leistungen) Unterschiede nach Bildung und Einkommen. Sie verlaufen mehrheitlich zum Nachteil niedriger Bildungs- und Einkommensschichten. Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich – in den meisten Fällen – als gleichläufig. Darüber hinaus zeigen sich auch Unterschiede nach dem Geschlecht und dem Migrationshintergrund, welche jedoch kein einheitliches Muster aufweisen.

# Summary

The Vienna Health Report 2016 describes the state of health of the Viennese population, important health determinants (at the behavioural and the environmental level), and selected aspects of Vienna's health care system. Where available, the data is presented by age and by sex or gender, as well as education, income and migration background. Descriptions of developments over time refer to the period from 2005 to 2014, wherever data is available.

## Demographic data

In 2014, Vienna had approximately 1.8 million inhabitants – roughly one fifth of the Austrian population. Vienna is the federal province with the highest total population and Austria's only city with over one million inhabitants. Approximately 14 percent of Viennese are younger than 15, and some 22 percent are 60 years or older. 42 percent of Viennese have a migration background, i.e., are first or second-generation immigrants.

Between 2005 and 2014, Vienna's population grew by 8.5 percent. This makes Vienna Austria's fastest-growing province. This is primarily due to immigration, but the positive rate of natural increase (i.e. birth rate minus death rate) also contributes to this development. Vienna's population is expected to grow by an additional 20 percent by 2050 (to approx. 2.2 million inhabitants). The age group of 60 and over is expected to grow particularly strongly – by 6 percentage points (from 22 to approx. 28%) by 2050.

## Life expectancy

Life expectancy at birth is rising in Vienna for both men and women: Since 2005, life expectancy has increased by 1.8 years for men and 1.1 years for women. Girls born in 2014 can expect to live to the age of 82.6, boys to the age of 77.7.

Healthy life expectancy is also rising: Since 1991, it has increased by 9.6 years for men and 7.8 years for women. Girls born in 2014 can expect to spend 64.4 years of their life in good or very good health; the corresponding figure for boys is 65.2 years.

As healthy life expectancy is growing faster than overall life expectancy, the number of years spent in poor health is shrinking.

## Self-reported health

Four in five Viennese (age 15 and over) describe their state of health as very good or good. This is a marked improvement from the 2006/2007 results (from 74 to 79%), especially for over-60-year-olds.

## Chronic diseases and conditions

In 2014, there were approx. 554,000 people (37% of the population) living with chronic diseases and conditions in Vienna. This is a slight decrease from 2006/2007 (from 39% to 37%).

The most frequent chronic conditions in Vienna are allergies (26%), back pain (22%), hypertension (20%), and neck pain (17%). One in ten Viennese have arthrosis. 4 percent of the population suffer from asthma, 5 percent from chronic bronchitis/COPD, and 6 percent have diabetes. Every year, approx. 8,600 Viennese are diagnosed with type 2 diabetes and over 7,000 Viennese with cancer (with the most frequent localisations being breast, prostate, colon, lung, and cervical cancer). In 2014, some 3,600 Viennese suffered an acute myocardial infarction and just under 3,000 had an ischaemic stroke.

While allergies, respiratory diseases (COPD/bronchitis) and ischaemic strokes have increased, as has the incidence of cancer in women, the incidence and prevalence of diabetes as well as the incidence of cancer in men have remained largely unchanged. On the other hand, downward trends were re-

ported for acute myocardial infarction, intestinal and skin cancer incidence, prostate cancer, and cervical carcinoma.

## **Mental health**

11 percent of Viennese (approx. 165,000 people) have been diagnosed with depression. Approximately 12,000 Viennese received acute inpatient or semi-inpatient treatment for a psychiatric diagnosis in 2014 (downward trend). The most frequent causes of inpatient or semi-inpatient treatment were affective disorders, followed by organic, including symptomatic, mental disorders, and mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use. Approximately 3,600 people a year are committed to psychiatric facilities involuntarily. 980 Viennese a year participate in an inpatient rehabilitation programme for a psychiatric diagnosis (upward trend), especially people between ages 45 and 54. Approximately 220 people a year commit suicide in Vienna (downward trend). Three in four of them are men. In 2014, sick leave for mental health reasons accounted for approx. 2 percent of all cases of sick leave (rising trend) and 9 percent of all sick leave days (due to their above-average duration).

## **Injuries**

Injuries are one of the main causes of premature mortality, in particular in adolescents and men. However, there was a marked decrease in fatal injuries in Vienna in the decade under review. In 2014, some 10 percent of Viennese aged 15 and over were injured in leisure, household or road accidents – men more often than women and younger people more often than older age groups. Pertrochanteric fractures (fractures of the femur) and femoral neck fractures caused by falls went down considerably between 2005 and 2014, both in the age group of 60 to 74-year-olds and among those 75 and older.

## **Capacity to perform everyday activities**

Some 442,000 people aged 15 and over in Vienna (29% of the population) are limited in performing activities of daily life by health issues. Their share decreased from 2006/2007 to 2014 (from 34 to 29%). 18 percent of the population aged 65 and over (approx. 52,000 people) cannot fully perform basic personal care and everyday activities. 22 percent need more assistance with these activities. 32 percent of Viennese aged 65 and over face limitations in terms of housekeeping (approx. 92,000 people). 31 percent of these need more assistance.

## **Quality of life**

The Viennese rate their quality of life (in general) at an average of 73 out of 100 points. Physical wellbeing is rated highest, social wellbeing lowest. However, subjective quality of life has decreased in Vienna (as in Austria overall) since 2006/2007. In Vienna, this deterioration affects the categories of physical, mental and social wellbeing. Viennese with chronic diseases and/or health-related limitations in performing activities of daily life rate their quality of life considerably lower than people without these health issues. This is true for Austria overall, as well.

## **(Premature) mortality**

Mortality continued to sink in Vienna in the decade under review. This includes the main causes of death – cardiovascular diseases, cancer, poisonings and injuries.

Approx. 4,300 Viennese died in 2014 before the age of 70; men more often than women. Cancer remains the main cause of premature death, followed by cardiovascular diseases. Premature mortality also decreased markedly in the decade from 2005 to 2014, by 12 percent for men and 6 percent for women.

## **Risk factors for chronic diseases and health problems**

43 percent of Viennese (15 years and over) are overweight or obese, only 33 percent eat fruit and vegetables daily, and only 24 percent meet the recommendations for health-enhancing physical activity. 33 percent smoke daily.

From 2006/2007 to 2014, the share of obesity in men increased both among 15 to 29-year-olds and those aged 60 and over. Furthermore, there was also an increase in overweight in 15 to 29-year-old men. In contrast, the share of overweight and obese women decreased in all age groups in the same time frame, most markedly among 30 to 59-year-olds.

The share of Viennese aged 15 and over who smoke daily increased by 8 percentage points in the same period: by 3 percentage points in men and by 12 percentage points in women.

The HBSC study found an increase in daily fruit and vegetable consumption in 11- and 15-year-olds. In these age groups, physical activity (in days per week) increased as well. The share of 15-year-olds who smoke daily decreased by over 50% between 2006 and 2014, and a downward trend can also be observed in the alcohol consumption of this age group.

## Health-relevant circumstances

In 2014, between 383,000 and 400,000 people in Vienna were at risk of poverty (23%) and approx. 283,000 were materially deprived (16%). Without social welfare benefits (basic benefit, family, unemployment, health and education benefits and services, housing assistance, and welfare benefit) approximately one in three Viennese would be at risk of poverty. Since 2009, the share of materially deprived Viennese has sunk (by 4 percentage points), and since 2011, the share of persons at risk of poverty has been decreasing as well.

In 2014, 24 percent of Viennese (ages 25 to 64) had a university degree, and another 24 percent had only completed compulsory schooling. 43 percent of Viennese had received an upper secondary school leaving certificate or a higher degree. From 2008 to 2014, the share of university graduates increased from 20 to 24 percent and the share of those with compulsory schooling only from 22 to 24 percent. The share of early leavers from education and training was 9 percent in 2014. The results of the HBSC study show a marked improvement in school climate at Vienna's secondary schools from 2010 to 2014 (rising from 65 to 71 out of 100 available points).

In 2014, 104,000 people in Vienna were unemployed, which is an unemployment rate of approx. 12 percent. Unemployment increased considerably in Vienna (and overall Austria) between 2008 and 2014. Persons aged 50 and over, immigrants, people with a low level of formal education and people who are hard to place for health reasons are particularly affected by unemployment.

One in three working Viennese were in non-standard employment in 2014, i.e., part-time or temporary employment or a form of employment that is not subject to compulsory social insurance. Women account for 65 percent of these non-standard employment situations. 71 percent of employed people are subjected to at least one type of physical strain in their work (586,000 people), and 40 percent experience job-related strain from tight deadlines and high workload (325,000 people). Since 2007, physical strain, tight deadlines and high workload have increased in Vienna (and Austria as a whole). On the other hand, work-related accidents have gone down.

Just under half of all Viennese (46 percent) have a strong network of social relationships, while 54 have only limited social capital. The latter is particularly true for elderly people and those with chronic diseases or health-related impairments in their everyday activities.

25 percent of Viennese (approx. 435,400 persons) are subjected to average traffic noise of over 60 dB in their homes. Approx. 30 percent (some 514,000 people) are exposed to a noise level of over 50 dB at night. 19 percent of Viennese age 15 and over (approx. 272,000 persons) report that they feel highly or very highly affected by noise at home, an increase by 2 percentage points since 2007. The main causes of excessive noise are traffic (lorries and cars), construction sites, and neighbours. Excessive noise caused by traffic went down a bit from 2007, while noise from neighbours increased.

Air quality has improved considerably: Nitrogen dioxide concentration, PM10 and PM2.5 emissions and the annual average for ozone have all gone down since 2005.

## Health care

The City of Vienna has a good network of health care services. There are approximately 1,400 GPs, 3,600 specialists and some 950 dentists in private practice. There are also numerous hospital outpa-

tient clinics, some 220 independent walk-in clinics, and approx. 320 public pharmacies. In terms of inpatient care, Vienna's population is served by 30 acute care hospitals with a total of 10,900 acute beds and inpatient rehabilitation facilities with approx. 350 beds.

Psychosocial care is provided by 11 psychiatric outpatient departments, approx. 350 psychiatrists in private practice, 45 child and adolescent psychiatrists, and approx. 390 physicians with a PSY-III diploma (psychotherapeutic medicine). Furthermore, 3,400 people in Vienna are licensed for the independent practice of psychotherapy and some 2,900 people are on the list of clinical psychologists. The Vienna Psychosocial Services provide care, counselling, a psychosocial emergency service, assisted living, services that help provide daily structure, labour market inclusion assistance, and mobile job support. For inpatient mental health care, the City of Vienna has seven wards for general psychiatry (721 beds), three for patients with an addiction diagnosis (382 beds, among them 6 day clinic places) and two for child and adolescent psychiatry (61 beds, 5 of them day clinic places).

The mobile care services provide 5.7 million hours of care annually. Residential care facilities and nursing homes for the elderly have approx. 9,300 places, and another approx. 9,200 places are available in alternative forms of residential care.

### **Health promotion (HP)**

In the last few years many different health promotion measures have been implemented by numerous actors. Among them are the City of Vienna and its health promotion agency Wiener Gesundheitsförderung (WiG), the Austrian health fund Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), various associations, over 100 schools, 66 HP-certified businesses, 9 hospitals, the Vienna Regional Health Insurance Fund (WGKK), and many others. A large number of projects and programmes were started in the period under review.

### **Equal opportunities**

There are visible differences by education and income for health outcomes (self-rated health, chronic diseases, health-related limitations in performing activities of daily life, quality of living), for a number of health determinants (overweight and obesity, hypertension, fruit and vegetable consumption, health-enhancing physical activity, smoking, unemployment, social capital) and health care (cancer prevention, use of medication, visits to doctors, use of outpatient and acute inpatient services in hospitals), both for Vienna and for Austria overall. These differences are mostly to the detriment of those with lower education and income. The effects of education and income appear to mostly be parallel. Furthermore, there are numerous differences by gender and migration background, but these do not follow a uniform pattern.

# Inhalt

Kurzfassung.....	III
Abbildungen und Tabellen .....	XV
Abkürzungen .....	XX
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen .....	1
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	1
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	4
<b>2 Demografie</b> .....	<b>7</b>
2.1 Bevölkerungsstand .....	9
2.2 Bevölkerungsstruktur.....	9
2.3 Bevölkerungsentwicklung .....	10
<b>3 Gesundheitszustand</b> .....	<b>13</b>
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit .....	15
3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit .....	17
3.3 Krankheiten und Beschwerden .....	19
3.3.1 Chronische Krankheiten und Beschwerden .....	19
3.3.2 Verletzungen infolge von Unfällen und ihre Versorgung.....	28
3.3.3 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten .....	30
3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	32
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag .....	32
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen .....	33
3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL.....	34
3.4.4 Krankenstände .....	36
3.5 Lebensqualität .....	38
3.6 Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre.....	42
3.6.1 Gesamtsterblichkeit .....	42
3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit.....	46
3.6.3 Suizid.....	48
<b>4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten</b> .....	<b>51</b>
4.1 Körperliche Faktoren .....	53
4.1.1 Adipositas und Übergewicht.....	53
4.1.2 Bluthochdruck .....	55
4.2 Psychische Faktoren .....	56
4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung.....	57
4.3 Gesundheitsverhalten.....	57
4.3.1 Ernährung .....	57
4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung .....	60
4.3.3 Tabakkonsum.....	63

4.3.4	Alkoholkonsum .....	65
4.3.5	Konsum illegaler Drogen.....	67
<b>5</b>	<b>Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten .....</b>	<b>69</b>
5.1	Materielle Lebensbedingungen.....	71
5.1.1	(Dauerhafte) Armutsgefährdung.....	73
5.1.2	Materielle Deprivation .....	74
5.1.3	Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung .....	74
5.1.4	20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens .....	74
5.2	(Aus)Bildung.....	75
5.2.1	Bildungsniveau .....	75
5.2.2	Bildungsmobilität.....	76
5.2.3	Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen.....	77
5.2.4	Schulklima.....	78
5.3	Arbeit und Beschäftigung.....	78
5.3.1	Erwerbstätigkeit.....	80
5.3.2	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz .....	86
5.3.3	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung .....	88
5.3.4	Arbeitsunfälle .....	89
5.3.5	Work-Life-Balance.....	90
5.3.6	Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme.....	91
5.4	Soziale Beziehungen und Netzwerke .....	91
5.5	Umwelt .....	94
5.5.1	Luftqualität.....	94
5.5.2	Lärm .....	95
<b>6</b>	<b>Gesundheitsversorgung und -förderung .....</b>	<b>97</b>
6.1	Gesundheitsförderung.....	99
6.2	Prävention .....	102
6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen .....	102
6.2.2	Outcome-Messung .....	105
6.3	Ambulante Versorgung.....	106
6.3.1	Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	106
6.3.2	Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	111
6.3.3	Selbstständige Ambulatorien.....	112
6.3.4	Spitalsambulante Versorgung .....	113
6.3.5	Pharmazeutische Versorgung .....	113
6.4	Akutstationäre Versorgung .....	115
6.4.1	Krankenhausaufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten .....	118
6.4.2	Wiener PatientInnen in österreichischen Akutkrankenanstalten .....	119
6.5	Stationäre Rehabilitation.....	122
6.6	Langzeitpflege und -betreuung.....	125
6.6.1	PflegegeldbezieherInnen .....	125
6.6.2	Formelle Angebote .....	126
6.6.3	Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen .....	130
6.7	Ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität .....	130



6.7.1 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) .....	131
6.7.2 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall .....	131
6.7.3 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren .....	132
6.8 Spezifische Versorgungsaspekte.....	133
6.8.1 Schwangerschaft und Geburt .....	133
6.8.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung.....	136
6.8.3 Versorgung von Menschen mit einem Drogenproblem .....	146
<b>7 Chancengerechtigkeit .....</b>	<b>147</b>
7.1 Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund .....	150
7.1.1 Gesundheitliche Ebene.....	150
7.1.2 Individuelle Determinanten.....	151
7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten .....	152
7.1.4 Gesundheitsversorgung .....	153
7.2 Unterschiede nach Geschlecht .....	154
7.2.1 Gesundheitliche Ebene.....	154
7.2.2 Individuelle Determinanten.....	154
7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten .....	155
7.2.4 Gesundheitsversorgung .....	155
<b>8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung .....</b>	<b>159</b>
<b>Literatur und Anhang .....</b>	<b>165</b>
<b>Tabelle Indikatoren des Gesundheitsberichts .....</b>	<b>175</b>

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

<i>Abbildung 1.1:</i> Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten ...	2
<i>Abbildung 2.1:</i> Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Wiener Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005–2015.....	9
<i>Abbildung 2.2:</i> Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Wiener Bevölkerung nach Bezirken, 2005 und 2014 .....	10
<i>Abbildung 2.3:</i> Bevölkerungsveränderung in Wien, 2005–2014.....	11
<i>Abbildung 2.4:</i> Bevölkerungsveränderung von 2005 auf 2015 nach Wiener Bezirken .....	11
<i>Abbildung 2.5:</i> Bevölkerungsprognose für Wien nach Altersgruppen bis 2050 .....	12
<i>Abbildung 3.1:</i> Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländerbandbreite, Wien 2005–2014 .....	15
<i>Abbildung 3.2:</i> Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Wien nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014.....	16
<i>Abbildung 3.3:</i> Lebenserwartung in Gesundheit ab der Geburt und mit 65 Jahren nach Bildungsstufen, Österreich 2014.....	17
<i>Abbildung 3.4:</i> WienerInnen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014 .....	18
<i>Abbildung 3.5:</i> WienerInnen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014 .....	19
<i>Abbildung 3.6:</i> WienerInnen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014 .....	19
<i>Abbildung 3.7:</i> Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	20
<i>Abbildung 3.8:</i> Allergien in Wien nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014 .....	21
<i>Abbildung 3.9:</i> Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Wien 2014 .....	22
<i>Abbildung 3.10:</i> Geschätzte Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt für Wien, 2012–2014 .....	23
<i>Abbildung 3.11:</i> Inzidenz akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Wien 2005–2014 .....	24
<i>Abbildung 3.12:</i> Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014 .....	24
<i>Abbildung 3.13:</i> Krebs-Inzidenz in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012 .....	25
<i>Abbildung 3.14:</i> Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen bei Wienerinnen und Wienern in Prozent, 2003–2012 .....	26
<i>Abbildung 3.15:</i> Krebs-Inzidenz bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012 ...	26
<i>Abbildung 3.16:</i> Krebs-Inzidenz bei Wienern für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012 .....	27

<i>Abbildung 3.17: WienerInnen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014</i> .....	27
<i>Abbildung 3.18: Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Wien 2014</i> .....	28
<i>Abbildung 3.19: Akutstationäre Aufenthalte bei ab 60-jährigen Wienerinnen und Wienern aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014</i> .....	30
<i>Abbildung 3.20: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Wien, 2011–2015</i> .....	31
<i>Abbildung 3.21: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014</i> .....	33
<i>Abbildung 3.22: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der Wiener Wohnbevölkerung, 2014</i> .....	33
<i>Abbildung 3.23: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Wienerinnen, 2014</i> .....	35
<i>Abbildung 3.24: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Wienerinnen, 2014</i> .....	36
<i>Abbildung 3.25: Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei WGKK-versicherten erwerbstätigen Personen, 2014</i> .....	37
<i>Abbildung 3.26: Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei WGKK-versicherten erwerbstätigen Personen, 2005–2014</i> .....	38
<i>Abbildung 3.27: Lebensqualität der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014</i> .....	39
<i>Abbildung 3.28: Lebensqualität der Wiener Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014</i> .....	40
<i>Abbildung 3.29: Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter WienerInnen, Mittelwerte, 2014</i> .....	41
<i>Abbildung 3.30: Lebenszufriedenheit 11- und 15-jähriger WienerInnen, Mittelwerte, 2002–2014</i> .....	41
<i>Abbildung 3.31: Gesamtsterblichkeit nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländerbandbreite, Wien 2005–2014</i> .....	43
<i>Abbildung 3.32: Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, Wien 2005–2014</i> .....	43
<i>Abbildung 3.33: Sterblichkeit der Wiener Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 2005–2014</i> .....	44
<i>Abbildung 3.34: Krebssterblichkeit bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014</i> .....	44
<i>Abbildung 3.35: Krebssterblichkeit bei Wienern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014</i> ....	45
<i>Abbildung 3.36: Sterblichkeit der Wiener Bevölkerung aufgrund von Myokardinfarkt bzw. ischämischem Schlaganfall nach Geschlecht, 2005–2014</i> .....	45
<i>Abbildung 3.37: Sterblichkeit der unter 70-jährigen WienerInnen im Vergleich zur Bundesländerbandbreite nach Geschlecht, 2005–2014</i> .....	46
<i>Abbildung 3.38: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Wienerinnen nach Todesursachen, in Prozent, 2014</i> .....	47
<i>Abbildung 3.39: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Wienern nach Todesursachen, in Prozent, 2014</i> .....	47

<i>Abbildung 3.40:</i> Suizidrate in Wien im Vergleich zur Bundesländerbandbreite, nach Geschlecht, 2005–2014 .....	49
<i>Abbildung 3.41:</i> Suizidrate in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014 .....	49
<i>Abbildung 4.1:</i> Übergewicht und Adipositas in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006/2007 und 2014 .....	53
<i>Abbildung 4.2:</i> Übergewicht und Adipositas in Wien nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014 .....	54
<i>Abbildung 4.3:</i> WienerInnen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014 .....	56
<i>Abbildung 4.4:</i> Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014 .....	58
<i>Abbildung 4.5:</i> Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014 .....	59
<i>Abbildung 4.6:</i> Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei 11- und 15-Jährigen in Wien, 2002–2014 .....	59
<i>Abbildung 4.7:</i> Bewegungsverhalten der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014 .....	60
<i>Abbildung 4.8:</i> Bewegungsverhalten im Alltag nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014 .....	61
<i>Abbildung 4.9:</i> Ausmaß körperlicher Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014 .....	62
<i>Abbildung 4.10:</i> Körperliche Bewegung bei 11- und 15-Jährigen in Wien, Mittelwerte, 2002–2014 .....	62
<i>Abbildung 4.11:</i> Raucherstatus der WienerInnen nach Alter und Geschlecht, 2014 .....	64
<i>Abbildung 4.12:</i> Täglich rauchende WienerInnen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014 .....	64
<i>Abbildung 4.13:</i> Rauchverhalten 15-jähriger Wienerinnen und Wiener, 2002–2014 .....	65
<i>Abbildung 4.14:</i> Alkoholkonsum von Wienerinnen und Wienern nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	66
<i>Abbildung 4.15:</i> Alkoholkonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014 .....	66
<i>Abbildung 4.16:</i> Wöchentlicher Alkoholkonsum bei 15-Jährigen in Wien, 2002–2014 .....	67
<i>Abbildung 5.1:</i> ÖsterreicherInnen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014 .....	71
<i>Abbildung 5.2:</i> ÖsterreicherInnen mit chronischen Krankheiten und starker Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014 .....	72
<i>Abbildung 5.3:</i> Armutsindikatoren in Wien, 2009–2014 .....	72
<i>Abbildung 5.4:</i> Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012 .....	77
<i>Abbildung 5.5:</i> Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012 .....	77
<i>Abbildung 5.6:</i> Gesundheits- und Krankheitsindikatoren nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), Wien 2014 .....	79
<i>Abbildung 5.7:</i> Arbeitslosigkeit nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, Wien 2014 .....	79

<i>Abbildung 5.8:</i> Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Männer nach dem ILO-Konzept, 2005–2015 .....	81
<i>Abbildung 5.9:</i> Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005–2015 .....	81
<i>Abbildung 5.10:</i> Atypische Beschäftigungsverhältnisse der Wiener Erwerbsbevölkerung nach Geschlecht, 2014 .....	83
<i>Abbildung 5.11:</i> Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitsuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Wien 2014 .....	85
<i>Abbildung 5.12:</i> WienerInnen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008–2014 .....	85
<i>Abbildung 5.13:</i> Personen in Wiener Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr geringer Erwerbsintensität, 2009–2014 .....	86
<i>Abbildung 5.14:</i> Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2013 ....	87
<i>Abbildung 5.15:</i> Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2007 und 2013 .....	88
<i>Abbildung 5.16:</i> Arbeitsunfälle insgesamt und für die 15- bis 24-jährige Bevölkerung nach Geschlecht, erwerbstätige WienerInnen 2005–2015 .....	89
<i>Abbildung 5.17:</i> Überstunden bzw. Mehrstunden unselbständig erwerbstätiger WienerInnen, 2005–2015 .....	90
<i>Abbildung 5.18:</i> Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Wien 2014 .....	92
<i>Abbildung 5.19:</i> Ausmaß sozialer Unterstützung nach Altersgruppen, Wien 2014 .....	93
<i>Abbildung 5.20:</i> Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014 .....	93
<i>Abbildung 6.1:</i> Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Wien, 2005–2014 ....	102
<i>Abbildung 6.2:</i> Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015 .....	107
<i>Abbildung 6.3:</i> Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015 .....	108
<i>Abbildung 6.4:</i> Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015 .....	110
<i>Abbildung 6.5:</i> Leistungsbereiche selbstständiger Ambulatorien in Wien, 2014 und 2016 .....	112
<i>Abbildung 6.6:</i> Apothekendichte nach Wiener Bezirken, 2015 .....	114
<i>Abbildung 6.7:</i> Stationäre Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	118
<i>Abbildung 6.8:</i> Akutstationär versorgte WienerInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	120
<i>Abbildung 6.9:</i> Entwicklung akutstationär versorgter WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen, 2005–2014 .....	122
<i>Abbildung 6.10:</i> Wiener Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, 2014 .....	124
<i>Abbildung 6.11:</i> Wiener Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen und Geschlecht, 2014 .....	125
<i>Abbildung 6.12:</i> PflegegeldbezieherInnen in Wien nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014 .....	126

<i>Abbildung 6.13:</i> Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Wien, 2014 .....	128
<i>Abbildung 6.14:</i> Betreute WienerInnen nach Diensten und Altersgruppen, 2014 .....	129
<i>Abbildung 6.15:</i> Betreute WienerInnen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014 .....	130
<i>Abbildung 6.16:</i> 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Wiener Akutkrankenhäusern im Vergleich zur Bundesländerbandbreite nach Geschlecht, 2005–2014 .....	131
<i>Abbildung 6.17:</i> 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Wiener Akut-Krankenhäusern im Vergleich zur Bundesländerbandbreite nach Geschlecht, 2005–2014 .....	132
<i>Abbildung 6.18:</i> Säuglingssterblichkeit in Wien im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1970–2014 .....	133
<i>Abbildung 6.19:</i> Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Wien, 2005–2014 .....	134
<i>Abbildung 6.20:</i> Kaiserschnitttrate in Wien im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1998–2014 .....	135
<i>Abbildung 6.21:</i> Teenagergeburten in Wien im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 1998–2014 .....	135
<i>Abbildung 6.22:</i> WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014 .....	141
<i>Abbildung 6.23:</i> WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014 .....	141
<i>Abbildung 6.24:</i> WienerInnen mit stationärem Aufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014 .....	142
<i>Abbildung 6.25:</i> Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG in Wien, nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	143
<i>Abbildung 6.26:</i> Unterbringungsrate in Wien, 2000–2015 .....	143
<i>Abbildung 6.27:</i> WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014 .....	144
<i>Abbildung 6.28:</i> WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014 .....	145
<i>Abbildung 6.29:</i> Wiener Patientinnen und Patienten mit stationären Reha-Aufenthalten aufgrund psychiatrischer Diagnosen, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014 .....	145
 <i>Abbildung 7.1:</i> Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege .....	 150

## **Tabellen**

<i>Tabelle 5.1:</i> Bildungsstand der WienerInnen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014 .....	76
<i>Tabelle 5.2:</i> Wiener Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept), 2014 .....	80
<i>Tabelle 6.1:</i> Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Wien nach Fachbereichen, 2005 und 2014 .....	116
<i>Tabelle 6.2:</i> Akutstationäre versorgte WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen, 2014 .....	121
<i>Tabelle 6.3:</i> Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und Aufenthalte in stationären Reha-Einrichtungen in Wien nach Reha-Indikationsgruppen, 2012 und 2014 .....	123
<i>Tabelle 6.4:</i> Pflege- und Betreuungsangebote in Wien, 2011 und 2014 .....	127
<i>Tabelle 6.5:</i> Betreute Personen in Wien nach Angeboten, in Köpfen und als Prozentanteil der PflegegeldbezieherInnen bzw. der EW (60 Jahre und älter), 2011 und 2014 .....	129

# Abkürzungen

µg/m <sup>3</sup>	Mikrogramm pro Kubikmeter
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ADL	Activities of daily life
AES	Adult Education Survey
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ALQ	Arbeitslosenquote
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BALI	Beschäftigung : Arbeitsmarkt : Leistungsbezieher : Informationen
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BL-Bandbreite	Bundesländerbandbreite
BL-Vergleich	Bundesländervergleich
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMZ	Bettenmessziffer
CO	Kohlenmonoxid
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
d3mft/D3MFT	Durchschnittliche Anzahl der kariösen, wegen Karies gezogenen oder gefüllten Zähne
dB	Dezibel
DCO	Death Certificate Only
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DVHÖ	Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EU	Europäische Union
EU-SILC	Statistics on Income and Living Conditions
EVP	erwerbstätige versicherte Person
EW	EinwohnerInnen

FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
FKA	Fonds-Krankenanstalt/-en
g	Gramm
GF	Gesundheitsförderung
GG	Medizinisch-technische Großgeräte
GMF	Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HiAP	Health in All Policies
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Classification of Diseases
IG-L	Immissionsschutzgesetz Luft
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
KA	Krankenanstalt/-en
kg	Kilogramm
KH	Krankheit/-en
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Lden/Lnight	Lärmindizes
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
m	Meter
MAHC	Mortality Amenable to Health Care
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule (Druckangabe in der Medizindiagnostik)
MMR	Masern – Mumps – Röteln
NO <sub>2</sub>	Stickstoffdioxid
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NO <sub>x</sub>	Stickstoffoxide
NTA	Null-Tage-Aufenthalte



O <sub>3</sub>	Ozon
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OBSAN	Schweizer Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p. a.	per annum
PFG	Pflegefondsgesetz
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PM	Feinstaub
PSO	Psychosomatik
PYLL	Potential Years Life Lost
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
RKI	Robert Koch Institut
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SO <sub>2</sub>	Schwefeldioxid
SV	Sozialversicherung
UbG	Unterbringungsgesetz
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WGZ	Wiener Gesundheitsziele
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF 1	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der WHO
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ZS-G MVKO	Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

# Kapitel 1



## 1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

Mit dem „Wiener Gesundheitsbericht 2016“ werden Aussagen zur gesundheitlichen Lage und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Wiener Bevölkerung sowie zur Gesundheitsversorgung in Wien getroffen. Zudem werden die Lebensverhältnisse der WienerInnen dargestellt und – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – gesundheitsrelevante Zusammenhänge mit anderen Politikbereichen aufgezeigt.

In der aktuellen 15 a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in § 4 festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an Public Health Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung einfordern (Zielsteuerung-Gesundheit 2013). Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 ist als periodische Fortschreibung der Wiener Gesundheitsberichte konzipiert (Stadt Wien 2004; Stadt Wien 2008; Stadt Wien 2010).

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 bietet eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Er soll auch die Weiterentwicklung des Wiener Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) unterstützen. Das Ziel des Berichts ist, Steuerungsimpulse zu geben und Handlungsfelder aufzuzeigen.

Darüber hinaus schließt der Wiener Gesundheitsbericht 2016 sowohl inhaltlich als auch methodisch an die Monitoring-Routinen aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. Der Bezug zu den österreichischen Gesundheitszielen, zur Zielsteuerung-Gesundheit, zu den Wiener Gesundheitszielen sowie zu wichtigen internationalen Strategien und Frameworks wird hergestellt.

## 1.2 Determinanten der Gesundheit

An der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit, ihrer Determinanten und deren Wirkung entwickelt (Public Health Monitoring Framework, PHMF; s. Abbildung 1.1, folgende Seite).

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen, versucht deren Stärken zu kombinieren, und systematisiert relevante Determinanten der Gesundheit (s. Griebler/Winkler 2015). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, in denen der Determinanten-Orientierung auf Verhältnisebene (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes) Rechnung getragen wird, und schafft einen Rahmen für Monitoring im Gesundheitsbereich.

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

1. Gesundheit ist ein multidimensionales Konzept, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist.

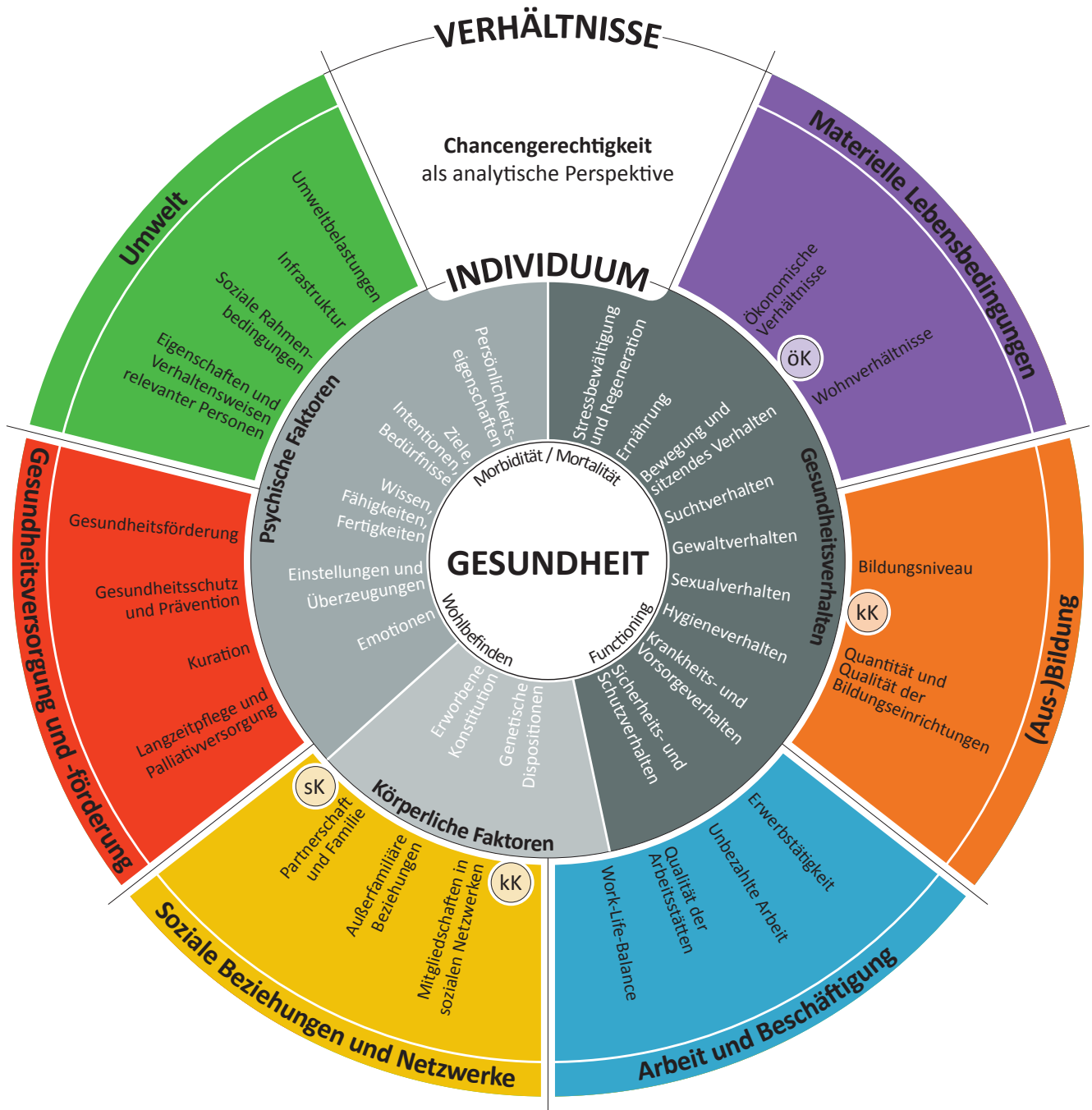
In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) wird unter Gesundheit verstanden:

- ▶ Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden
- ▶ Uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005)
- ▶ Umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial)

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 also nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank (kein Entweder-oder),

# 1 Einleitung

Abbildung 1.1:  
Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



ök ... ökonomisches Kapital  
kK ... kulturelles Kapital  
sK ... soziales Kapital

Quelle: Griebler/Winkler 2015

sondern auf einem Entwicklungskontinuum der Dimensionen Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

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

Gemäß Punkt 3 unterscheidet das Framework zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten. *Verhältnisdeterminanten* werden im Framework durch sechs Themenfelder abgebildet (s. Abbildung 1.1, äußerer Ring des Frameworks). Die darunter gefassten 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 der Ebene der *individuellen Determinanten* (s. Abbildung 1.1, grauer Ring des Frameworks) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch das Risiko- und Vororgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert können diese Verhaltensweisen als unterschiedliche 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. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit mehrheitlich direkt (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 Public Health Monitoring Framework der GÖG als eine analytische Kategorie geführt, die durch eine systematische Stratifizierung aller Indikatoren nach Haushaltseinkommen, Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt werden kann. Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird das Thema Chancengerechtigkeit in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 7).

Trotz seiner klaren Systematik lässt das Public Health Monitoring Framework Gestaltungsspielräume

offen – vor allem da zwischen einzelnen Themenfeldern inhaltliche Überschneidungen bestehen. Nach dem Setting-Ansatz 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 Wiener Gesundheitsbericht 2016 orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abbildung 1.1). Da es jedoch teilweise (generell oder auf Landesebene) an Daten mangelt, können im Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Bedeutung für Gesundheit abgebildet werden.

Der Bericht ist in sechs große Kapitel gegliedert:

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

Im Kapitel *Demografie* (Kapitel 2) wird die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung 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.

Für die *individuellen Gesundheitsdeterminanten* (Kapitel 4) bestehen vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt des Kapitels – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren – auf zentrale Indikatoren in puncto Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) beschränkt.

Die *verhältnisbezogenen Determinanten* (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen/Netzwerke und Umwelt 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 ambulante und stationäre Versorgung, um Rehabilitation und um die Situation in der Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung. Zudem werden ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität thematisiert (Abschnitt 6.7) sowie drei spezifische Versorgungsthemen aufgegriffen (Abschnitt 6.8).

In Kapitel 7 werden Ergebnisse bezüglich der *Chancengerechtigkeit* (Unterschiede nach Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit

werden Ergebnisse in Sachen *Chancengerechtigkeit* auch in den Kapiteln 2 bis 6 angesprochen und grafisch illustriert. Die *Schlussbetrachtung* am Ende des Berichts fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt den Bezug zu laufenden Strategien für mehr Gesundheit her.

Der Bericht ist überwiegend indikatoren- bzw. datenorientiert aufgebaut. Bei relevanten Determinanten wird einleitend der Bezug zur Gesundheit dargestellt. Die Datenanalysen werden großteils grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Zentrale Informationen über Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich am Ende jedes Kapitels.

Von Befragungen bzw. Stichproben werden nur signifikante Ergebnisse genannt. Altersstandardisierte Ergebnisse beziehen sich – sofern nicht anders erwähnt – auf die Europa-Bevölkerung 2013.

*Überregionale Vergleiche* werden auf Bundeslandebene angestellt. Diesbezüglich werden die Maximal- und Minimalwerte der neun Bundesländer angeführt (BL-Bandbreite). Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Wien als einziges Bundesland fast zu Gänze aus urbanem, dichtbebautem Gebiet besteht und Österreichs einzige Metropole ist.

Soweit möglich, rekurren die Daten auf das Jahr 2014. *Zeitliche Entwicklungen* werden meist auf Basis der letzten zehn Jahre dargestellt (2005–2014). Je nach Datenquelle ist es aber teilweise notwendig, davon abzuweichen. In manchen Fällen ist es außerdem sinnvoll, eine längerfristige Entwicklung aufzuzeigen, etwa für die Kaiserschnitt- oder die Frühgeburtenrate.

*Chancengerechtigkeit* wird – neben der Differenzierung nach Geschlecht – über die Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund abgebildet (je nach Datenverfügbarkeit). Dies ist vor allem auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 möglich.

In Bezug auf *Bildung* werden drei Bildungskategorien (hinsichtlich des jeweils höchsten Bildungsabschlusses 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 auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Die Stratifizierung nach dem *Einkommen* erfolgt anhand der von Statistik Austria bereitgestellten Einkommensquintile. Die entsprechenden Einkommensdaten stammen aus der Einkommensstatistik. Es handelt sich dabei um das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen, das in fünf Gruppen unterteilt ist. Das äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen ist das verfügbare 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 erwachsene Person 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.

Als Kriterium für den *Migrationshintergrund* gilt im vorliegenden Bericht der Geburtsort der Eltern. Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile im Ausland geboren sind (= beidseitiger Migrationshintergrund); kein Migrationshintergrund liegt vor, wenn nur ein Elternteil im Ausland geboren ist. Dies ist also ein recht grober Indikator, der die Heterogenität der betreffenden Personen (z. B. hinsichtlich ihrer Geburtsländer oder jener ihrer Eltern) unberücksichtigt lässt. Die ATHIS-Auswertungen nach Migrationshintergrund beziehen sich auf die ab 15-jährige Bevölkerung und stützen sich auf zusätzliche Daten von Statistik Austria. Dem ATHIS zufolge ist die Wiener Be-



völkerung mit Migrationshintergrund häufiger weiblich, deutlich jünger, häufiger arbeitslos, hat ein geringes Haushaltseinkommen und weist häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss bzw. seltener einen Lehr- oder BMS-Abschluss auf.

Der Anhang enthält schließlich einen Überblick über Strategien und Frameworks, in denen die im Gesundheitsbericht verwendeten Indikatoren eine Rolle spielen. Dies soll veranschaulichen, inwiefern diese Indikatoren über den Gesundheitsbericht hinaus von politischer Bedeutung sind.

## **Kapitel 2**



Demografische Indikatoren sind für Gesundheitsberichte unerlässlich, da sie, wie insbesondere das Alter und Geschlecht, ganz grundlegende Gesundheitsdeterminanten darstellen. Die demografische Entwicklung einer Gesellschaft gibt zudem Hinweise auf zukünftige gesundheits- und sozialpolitische Herausforderungen, etwa jene, die sich aus einer sich wandelnden Altersstruktur ergeben (chronische Krankheiten, Multimorbidität, Pflegebedarf, soziale Hilfeleistungen etc.).

## 2.1 Bevölkerungsstand

In Wien lebten im Jahr 2014 rund 1,8 Mio. Menschen (Jahresdurchschnittswert). Das ist rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung. Gemessen an der Zahl der EinwohnerInnen (EW), ist Wien damit das größte Bundesland und das urbane Zentrum Österreichs.

Wien umfasst insgesamt 23 Bezirke. Die drei einwohnerstärksten Bezirke sind Favoriten (rund 190.000 EW), Donaustadt (rund 171.000 EW) und Floridsdorf (rund 150.000 EW).

## 2.2 Bevölkerungsstruktur

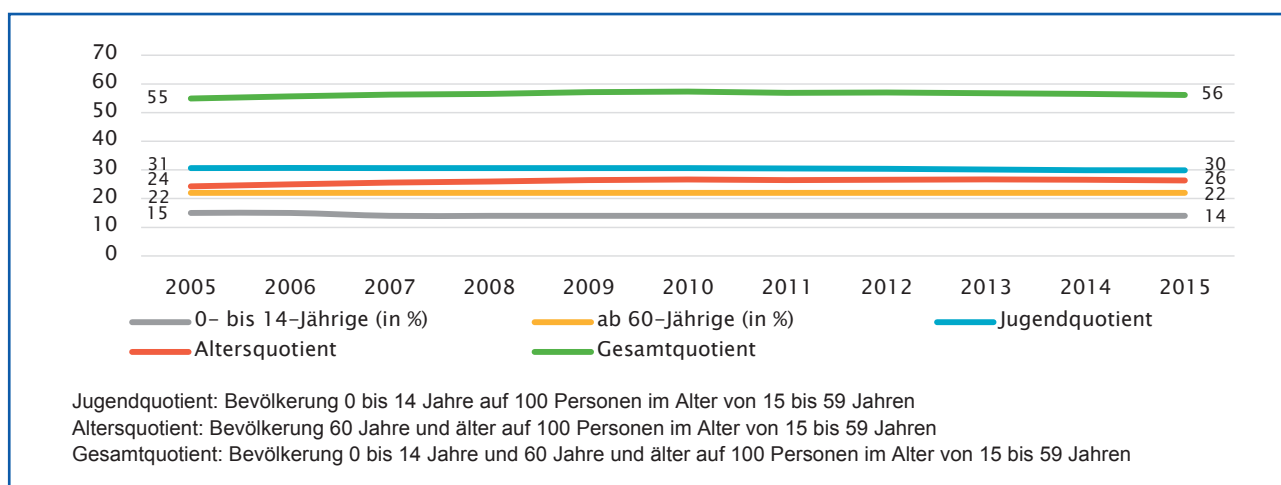
### Altersstruktur

Neben der Entwicklung der Bevölkerungszahl ist die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur von Bedeutung. In Wien lebten im Jahr 2014 rund 254.000 0- bis 14-Jährige, 361.000 15- bis 29-Jährige, 776.000 30- bis 59-Jährige und 391.000 ab 60-Jährige (davon sind 125.000 im Alter von 75 oder mehr Jahren). Damit besteht die Wiener Bevölkerung zu rund 14 Prozent aus 0- bis 14-Jährigen (BL-Bandbreite: 13–16 %) und zu 22 Prozent aus ab 60-Jährigen (BL-Bandbreite: 22–27 %). Das Durchschnittsalter der WienerInnen beträgt rund 41 Jahre (BL-Bandbreite: 41–45) und ist seit 2005 um 2 Monate gestiegen. Im Jahr 2014 sind 50 Prozent der Bevölkerung 40 Jahre oder älter.

Der Anteil der unter 15-Jährigen liegt 2015 bei 14 Prozent und ist seit 2005 um einen Prozentpunkt gesunken. Der Anteil der ab 60-Jährigen liegt hingegen seit 2005 unverändert bei 22 Prozent. Damit sank tendenziell der Jugendquotient (0- bis 14-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen), während der Altersquotient (ab 60-Jährige im Verhältnis zu den 15- bis 59-Jährigen) bis 2010 leicht gestiegen und seither unverändert ist (s. Abbildung 2.1). Das Verhältnis von unter 15- und ab 60-Jährigen zu den 15- bis 59-Jährigen (Gesamtquotient) stieg bis zum Jahr 2010 auf 57,3 je 100 Personen, um anschließend wieder auf 56,2 zu sinken.

Abbildung 2.1:

Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Wiener Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005–2015



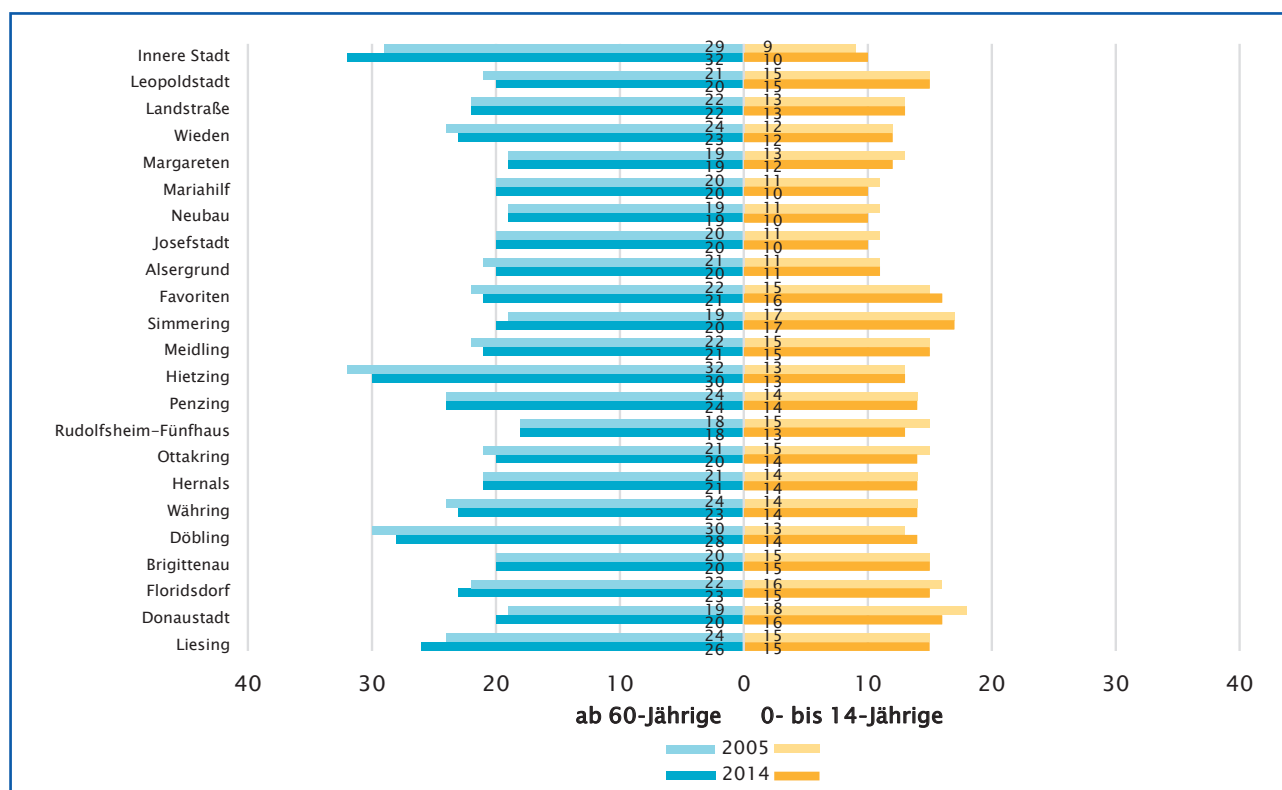
Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2015  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

In 12 Bezirken liegt der Anteil der jungen und in 9 Bezirken der Anteil der älteren Bevölkerung im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 auf konstantem Niveau. In 8 Bezirken ist der Anteil der jungen

Bevölkerung rückläufig, während der Anteil der älteren Bevölkerung in 5 Bezirken zunimmt. Die Veränderung bei den unter 15-Jährigen schwankt je nach Bezirk zwischen einem Minus von 2 Prozentpunkten (Donaustadt und Rudolfsheim-Fünfhaus) und einem Plus von einem Prozentpunkt (Döbling, Favoriten und Innere Stadt). Bei den ab 60-Jährigen reicht die Bandbreite der Veränderung von einem Rückgang um zwei Prozentpunkte (Hietzing und Döbling) bis zu einem Zuwachs um 3 Prozentpunkte (Innere Stadt). Generell lässt sich sagen, dass der Anteil sehr junger Personen an der Wohnbevölkerung in den Bezirken innerhalb des Gürtels etwas unter jenem in den anderen Bezirken liegt (s. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:

Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Wiener Bevölkerung nach Bezirken, 2005 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Geschlecht

In Wien leben mehr Frauen als Männer (52 %; BL-Bandbreite: 51–52 %). Der Frauenanteil variiert je nach Bezirk zwischen 50 und 54 Prozent.

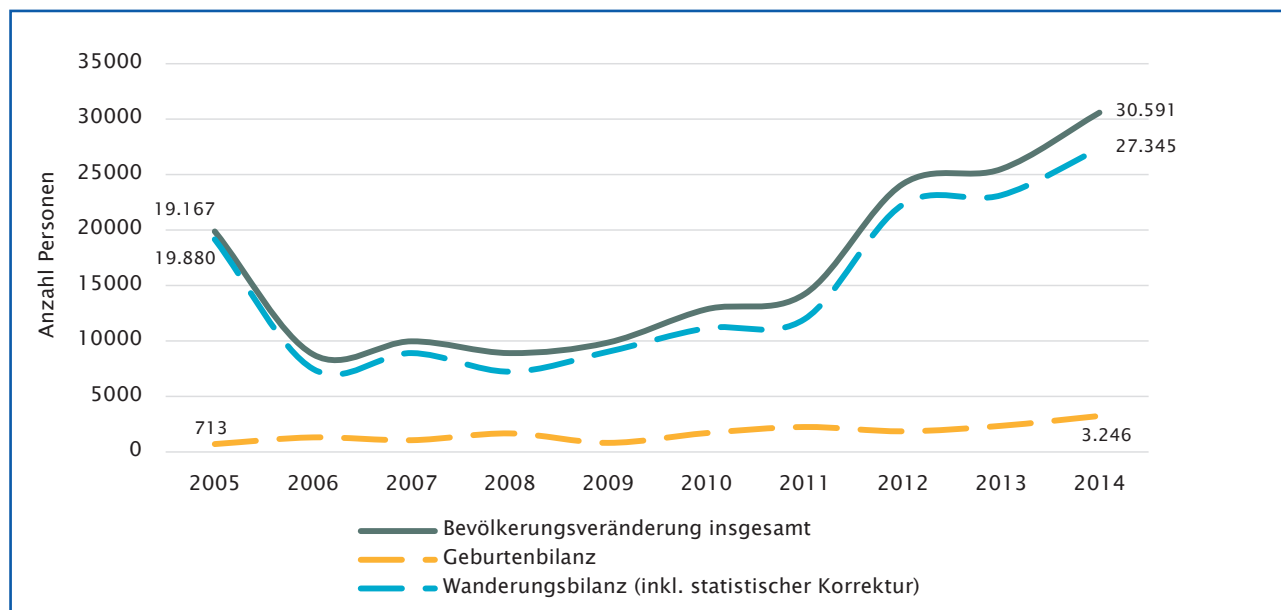
## Migrationshintergrund und Staatsbürgerschaft

Rund 746.000 Wienerinnen und Wiener weisen (lt. Definition von Statistik Austria) einen Migrationshintergrund auf, beide Eltern wurden im Ausland geboren (Mikulasek et al. 2015); das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 42 Prozent (BL-Bandbreite: 12–42 %). Der Anteil an Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft beträgt hingegen rund 27 Prozent (504.000 Personen).

## 2.3 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 ist die Einwohnerzahl Wiens um 8,5 Prozent gestiegen (BL-Bandbreite: -0,4 bis +8,5 %). Wien ist damit das am stärksten wachsende Bundesland Österreichs. Der bestimmende Faktor dafür ist die starke Zuwanderung. Darüber hinaus ist das Bevölkerungswachstum in Wien auch durch eine positive Geburtenbilanz bestimmt (2014: 3.250 Personen; s. Abbildung 2.3).

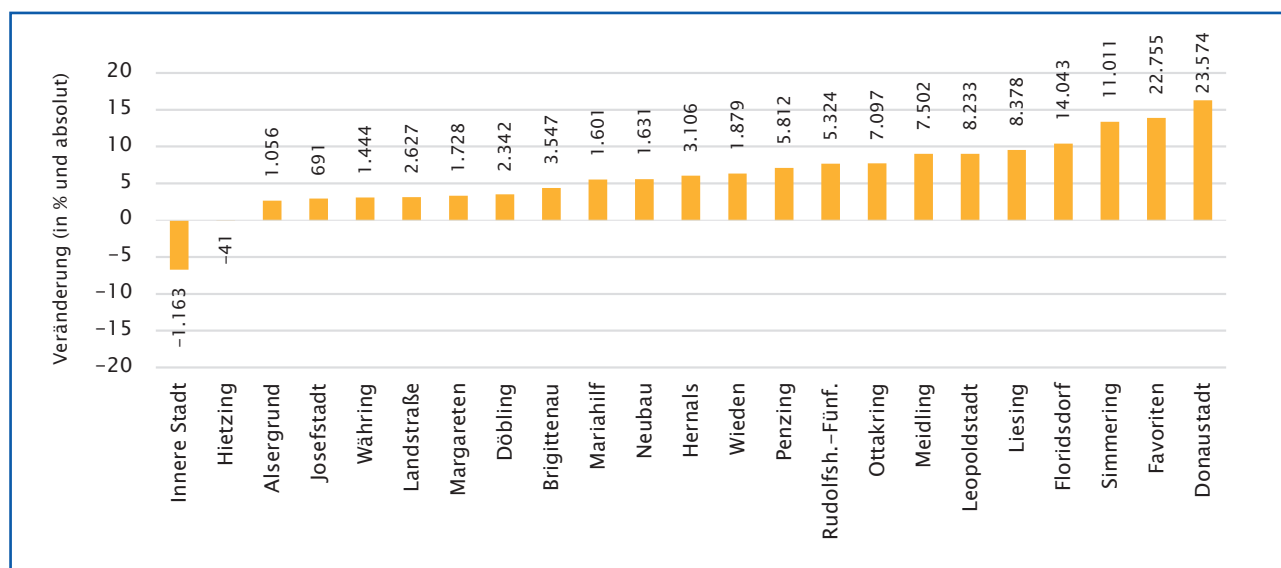
Abbildung 2.3:  
Bevölkerungsveränderung in Wien, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Auf Bezirksebene gibt es in Wien nur zwei Bezirke, die im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 einen Bevölkerungsrückgang erlebt haben: die Innere Stadt und Wien-Hietzing. Dies dürfte sowohl mit der Altersstruktur als auch mit der niedrigen Zuwanderungsrate (Wohnraumknappheit, hohes Preisniveau) zusammenhängen. In allen anderen Bezirken zeigt sich ein Bevölkerungszuwachs (von rund 3 % im Bezirk Alsergrund bis 16 % im Bezirk Donaustadt; s. Abbildung 2.4), der hauptsächlich auf Zuwanderung aus dem In- und Ausland beruht. Die fünf Bezirke mit dem größten Bevölkerungszuwachs zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie als Flächenbezirke einen relativ hohen Anteil an noch unverbauter Fläche aufweisen, die für Stadterweiterungsprojekte genutzt werden kann, welche ZuwandererInnen und junge Familien anziehen (Stadt Wien 2014; Taxacher/Lebhart 2016).

Abbildung 2.4:  
Bevölkerungsveränderung von 2005 auf 2015 nach Wiener Bezirken



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Bevölkerungsprognose

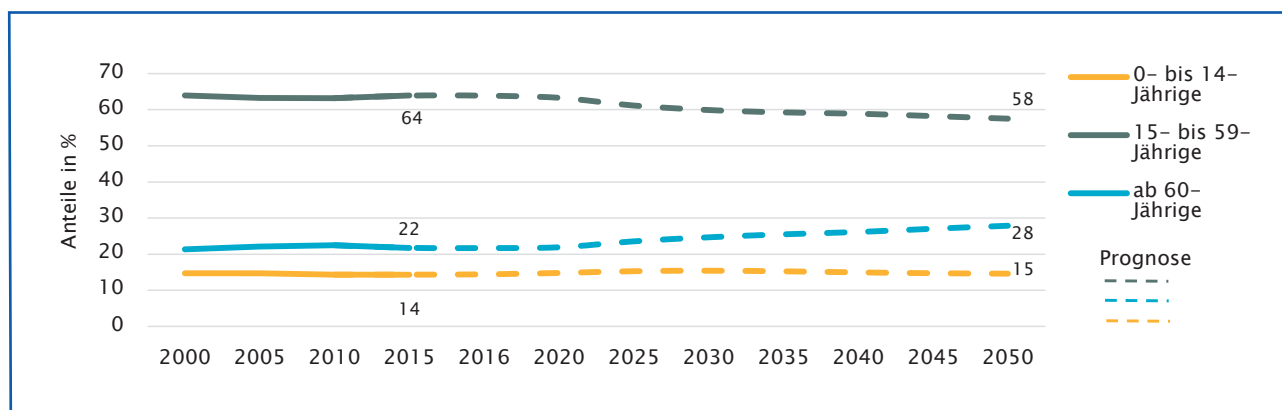
Die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria geht davon aus, dass die Wiener Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2050 – bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz – um weitere 20 Prozent zunehmen wird (von derzeit rund 1,8 Mio. auf knapp 2,2 Mio.). Die Bevölkerungsstruktur würde sich damit wie folgt ändern (s. Abbildung 2.5):

- ▶ Der Anteil der unter 15-Jährigen steigt um einen Prozentpunkt (von 14 auf 15 %).
- ▶ Der Anteil der 15- bis 60-Jährigen sinkt, nämlich um rund 6 Prozentpunkte (von 64 auf 58 %).
- ▶ Der Anteil der ab 60-Jährigen steigt um 6 Prozentpunkte (von 22 auf 28 %).

Diese Entwicklung sorgt vor allem durch die anwachsende ältere Bevölkerungsgruppe für gesundheits- und sozialpolitische Herausforderungen in den Bereichen Pflege und Betreuung, bei der Versorgung chronisch kranker Menschen sowie in Fragen der Mobilität und geeigneter Wohnumgebungen.

Abbildung 2.5:

### Bevölkerungsprognose für Wien nach Altersgruppen bis 2050



Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsprognose 2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

*Jugendquote* = Bevölkerung von 0 bis 14 Jahren pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

*Altersquote* = Bevölkerung von 60 Jahren und älter pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

*Gesamtquote* = Bevölkerung von 0–14 sowie 60 Jahren und älter pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

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

*Wanderungsbilanz* = Differenz zwischen Zuzügen in die und Wegzügen aus der jeweils betrachteten Gebietseinheit; ein positiver Wanderungssaldo (Zuzüge minus Wegzüge) wird als Wanderungsgewinn, ein negativer Wanderungssaldo als Wanderungsverlust bezeichnet.

Die berichteten Ergebnisse beruhen auf der Statistik des Bevölkerungsstandes, der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung und der Bevölkerungsprognose 2015 von Statistik Austria.

## **Kapitel 3**





# 3 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung wird anhand nachstehender Indikatoren beschrieben:

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

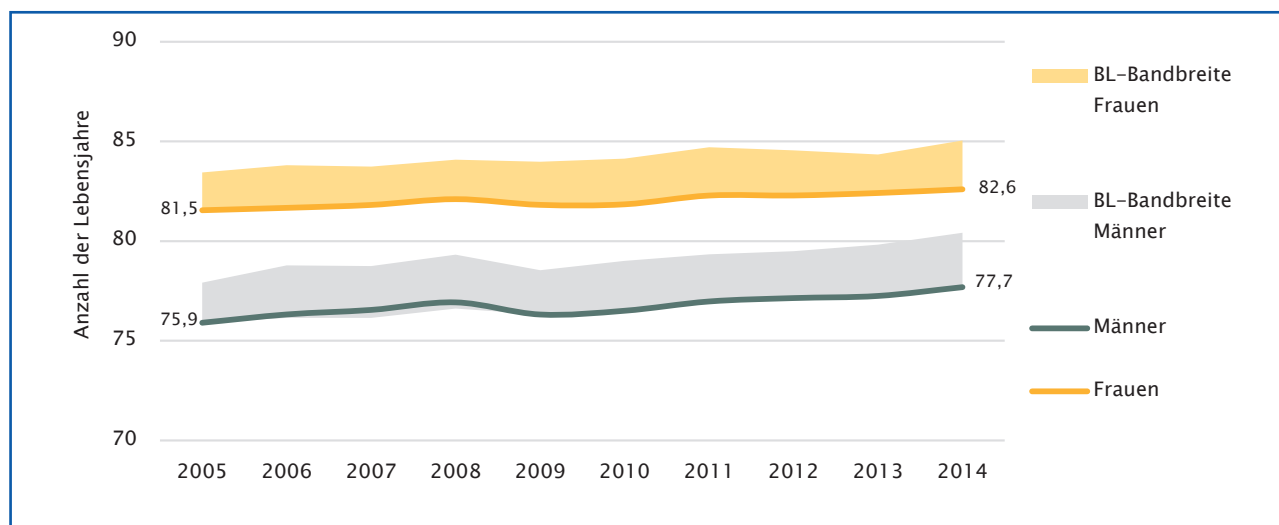
## 3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

### Lebenserwartung

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

Abbildung 3.1:

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



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

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

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

## Lebenserwartung in Gesundheit

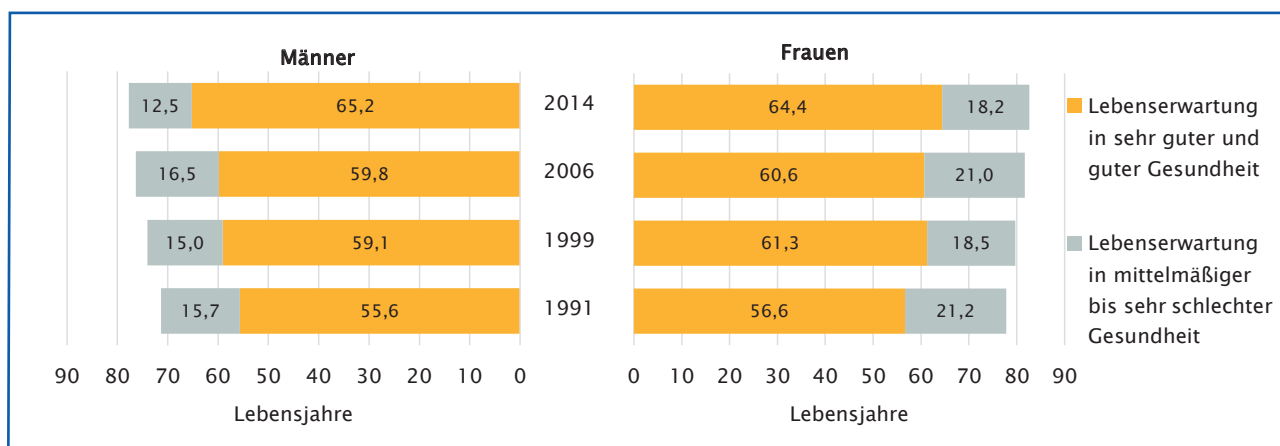
Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit. Seit 1991 ist sie bei der männlichen Bevölkerung um 9,6 Jahre, bei der weiblichen Bevölkerung um 7,8 Jahre gestiegen (s. Abbildung 3.2). Im Jahr 2014 geborene Wienerinnen können mit 64,4 und Wiener mit 65,2 Lebensjahren in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

Hinsichtlich der Entwicklung sind drei Aspekte hervorzuheben:

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

Abbildung 3.2:

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



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

## Unterschiede nach Bildung

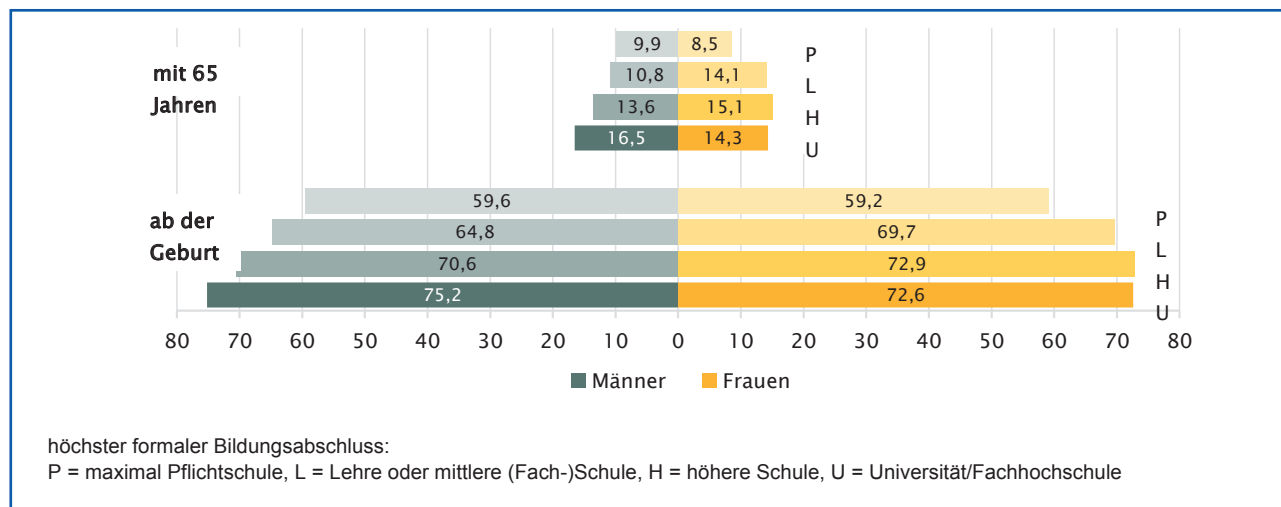
Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung in Gesundheit. Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit 75,2 Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsstufe mit 59,6 Jahren (d. h.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

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

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.3:

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



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

## Definitionen und Daten

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

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

Varianten:

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

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

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

## 3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit

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

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

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

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

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

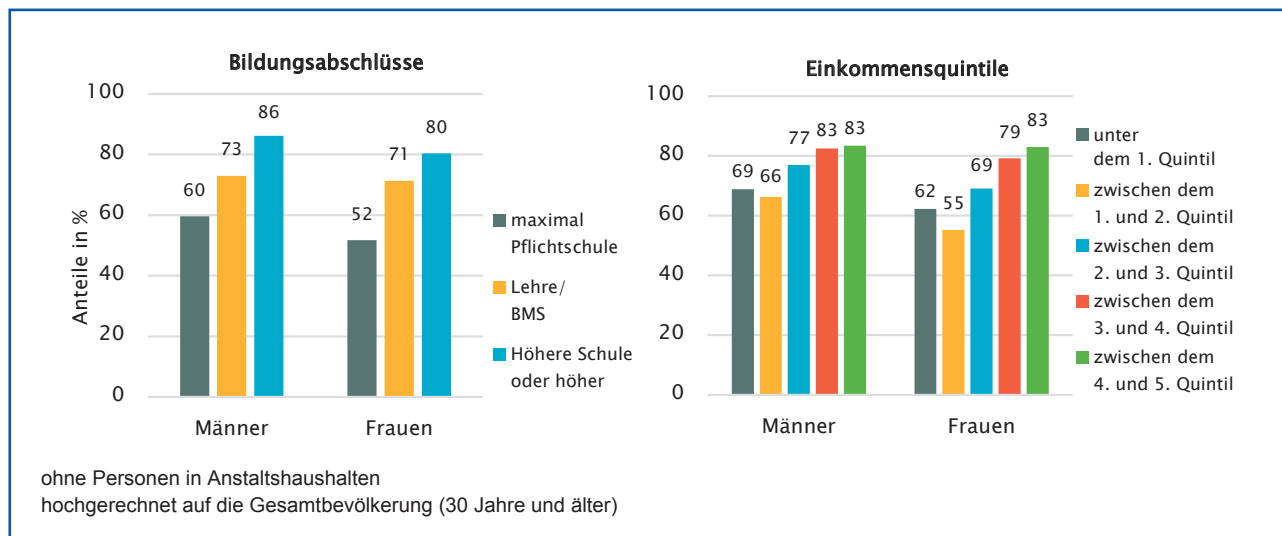
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

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

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

Abbildung 3.4:

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



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

### Definitionen und Daten

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

## 3.3 Krankheiten und Beschwerden

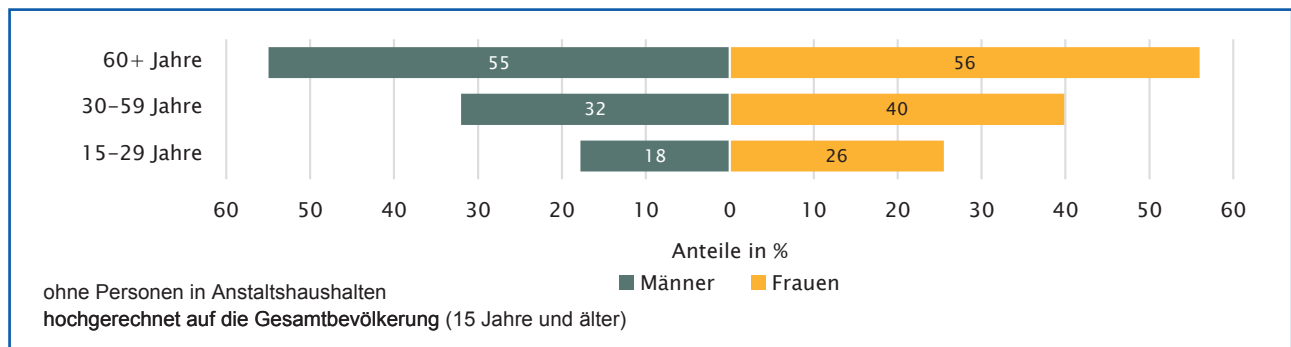
### 3.3.1 Chronische Krankheiten und Beschwerden

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

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

Abbildung 3.5:

WienerInnen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014



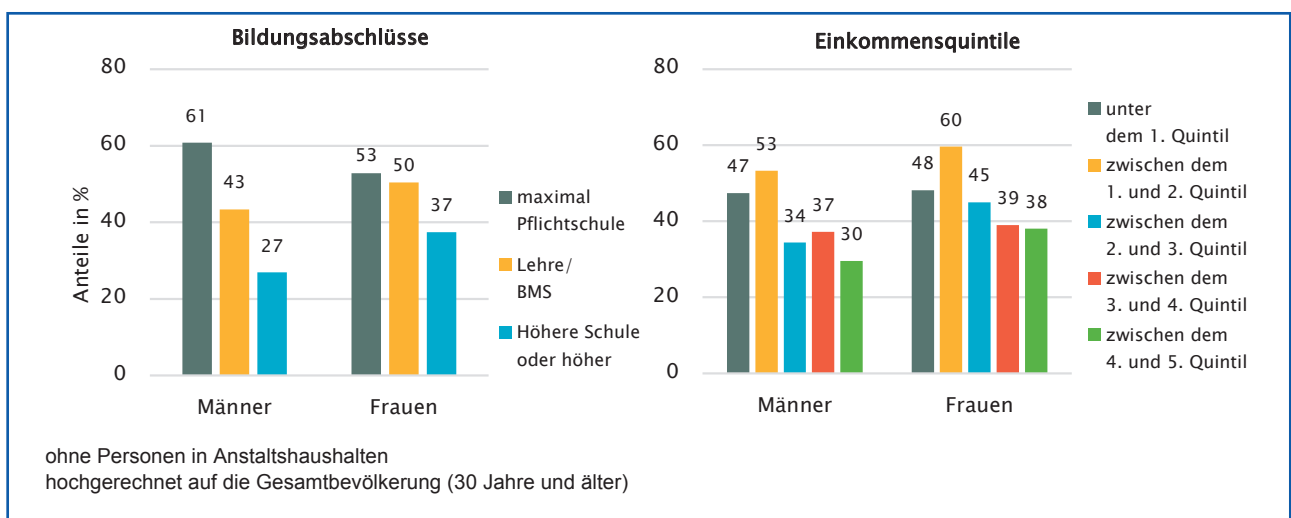
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

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

Abbildung 3.6:

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



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

# 3 Gesundheitszustand

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

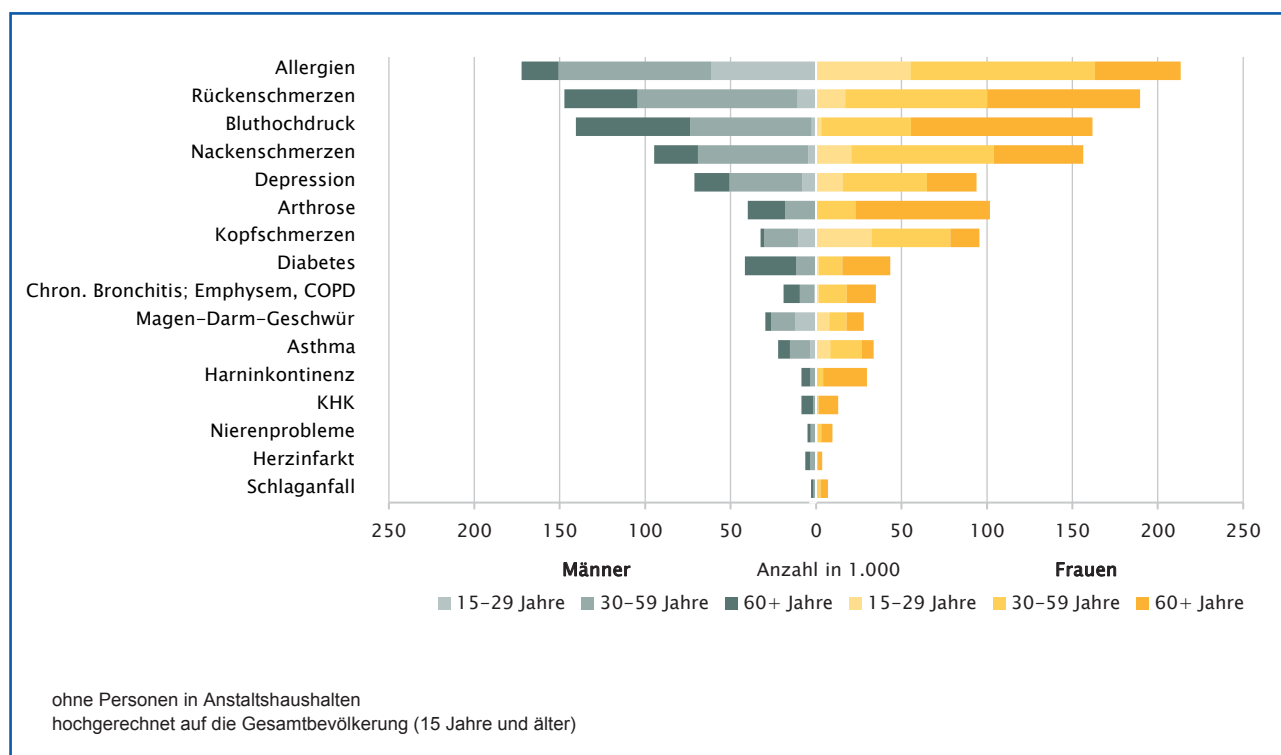
Wiener mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden seltener an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Wiener ohne Migrationshintergrund (28 vs. 35 %), ein Ergebnis, das vor allem mit dem Altersunterschied der Vergleichsgruppen begründbar ist (WienerInnen ohne Migrationshintergrund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

## Überblick

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

Abbildung 3.7:

Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



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

## Definitionen und Daten

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

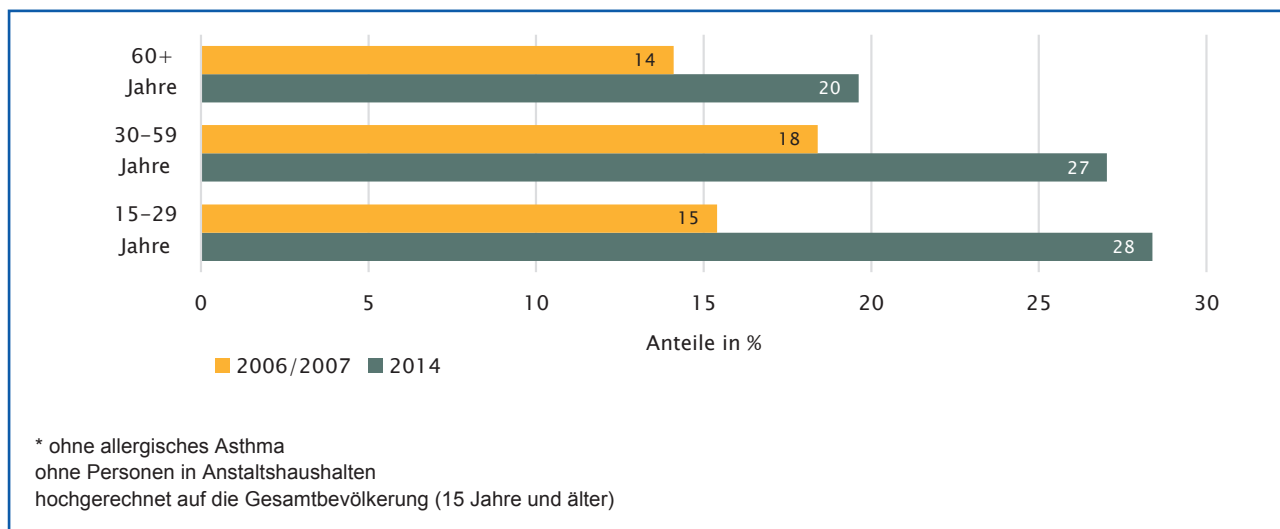
## Allergien

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

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

Abbildung 3.8:

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



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

## Erkrankungen des Bewegungsapparats

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

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

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

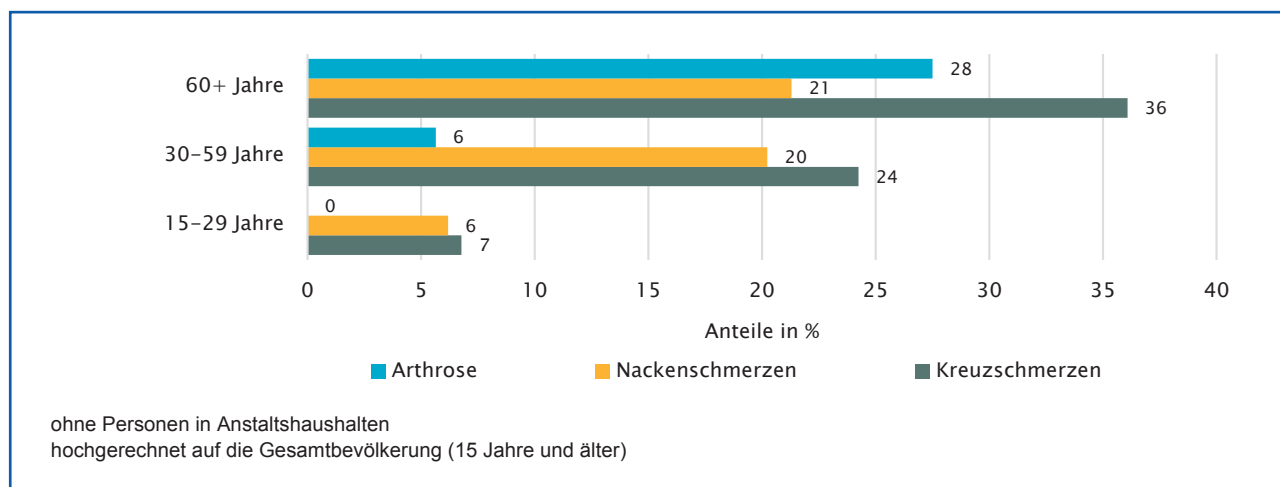
Frauen leiden insgesamt häufiger an Krankheiten und Beschwerden des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (24 vs. 20 %), Nackenschmerzen (20 vs. 13 %) und von Arthrose betroffen (13 vs. 6 %).

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



Abbildung 3.9:

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



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

### Atemwegserkrankungen

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

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

### Diabetes

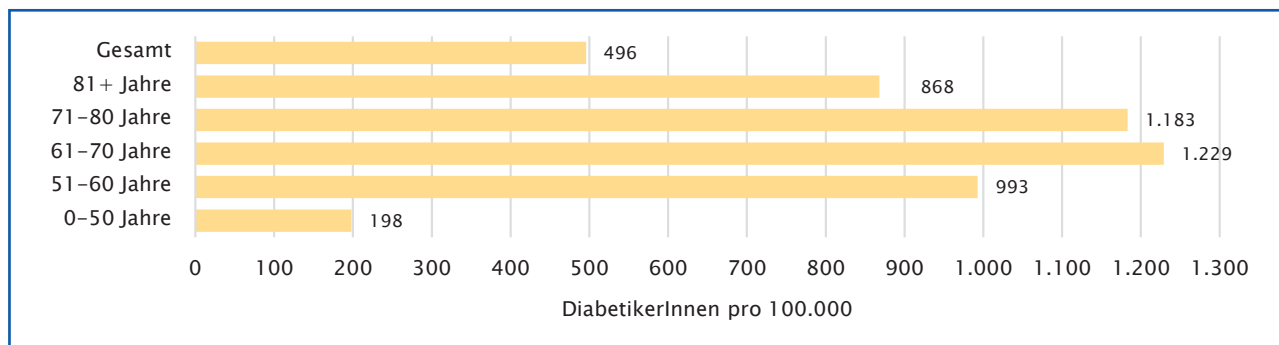
Rund 6 Prozent der Wiener Bevölkerung sind gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zuckerkrank (das sind hochgerechnet etwa rund 85.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–7 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig. Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 hat die Diabetes-Prävalenz damit (bezogen auf die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

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

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

Abbildung 3.10:

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



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

## Definitionen und Daten

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

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

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

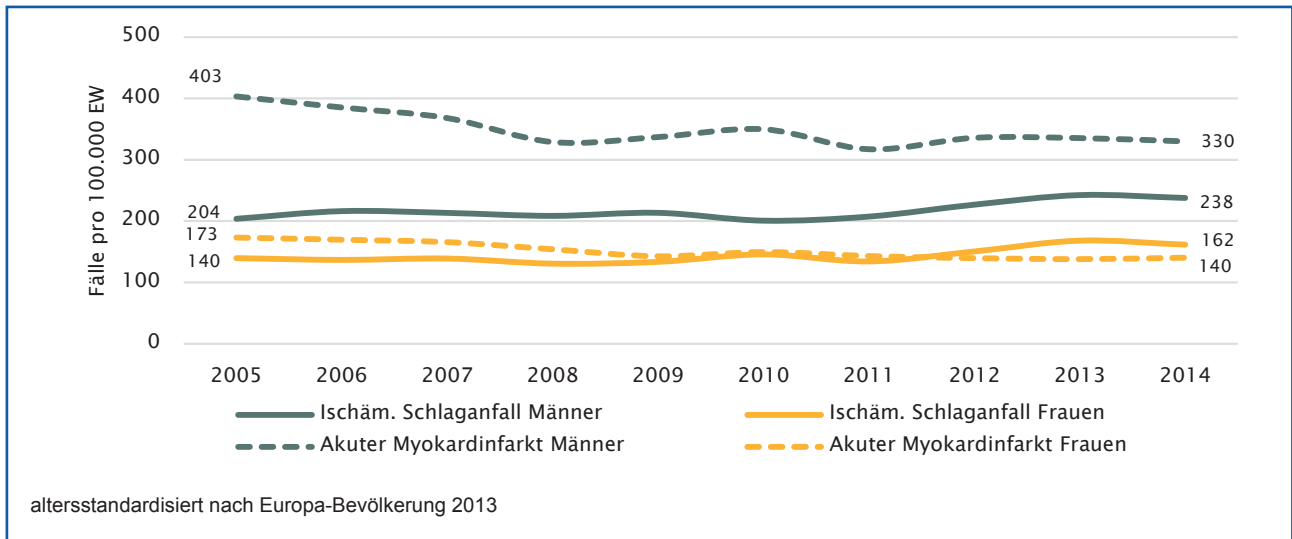
Im Jahr 2014 erlitten in Wien rund 1.300 Frauen und rund 2.260 Männer einen akuten Myokardinfarkt (ICD-10: I21 und I22). Das entspricht einer (nach Europa-Bevölkerung 2013) altersstandardisierten Rate von rund 140 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 106–184 pro 100.000) und 330 Fällen bei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

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

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

Abbildung 3.11:

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



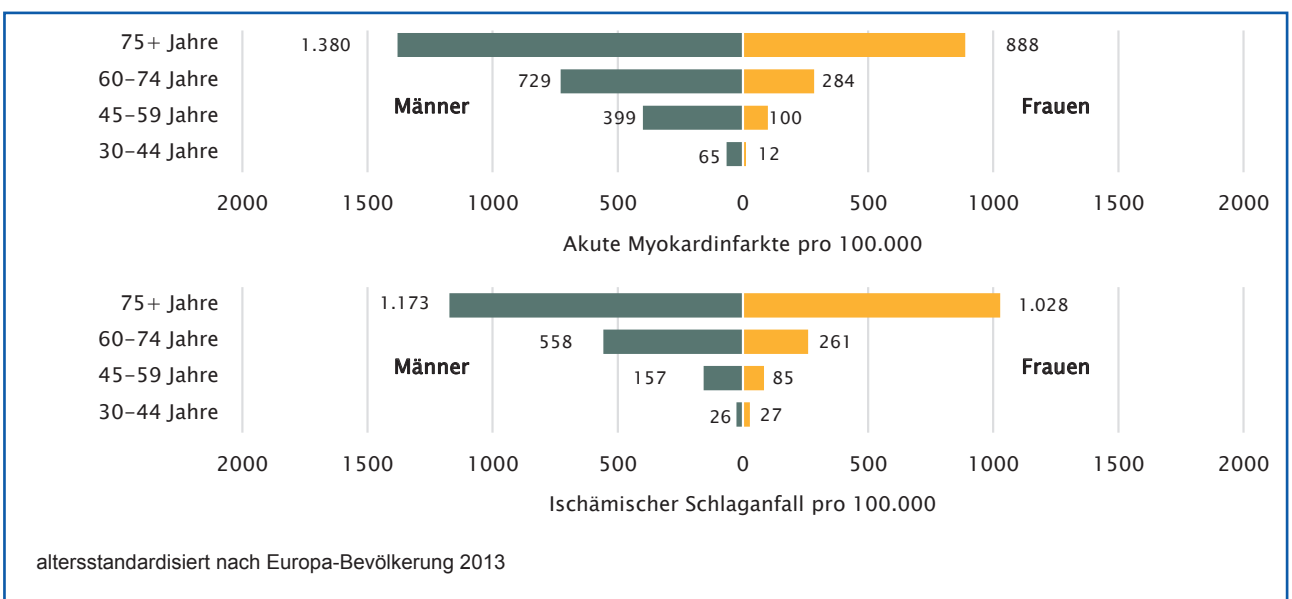
Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

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

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

Abbildung 3.12:

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



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

## Definitionen und Daten

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

## Krebs

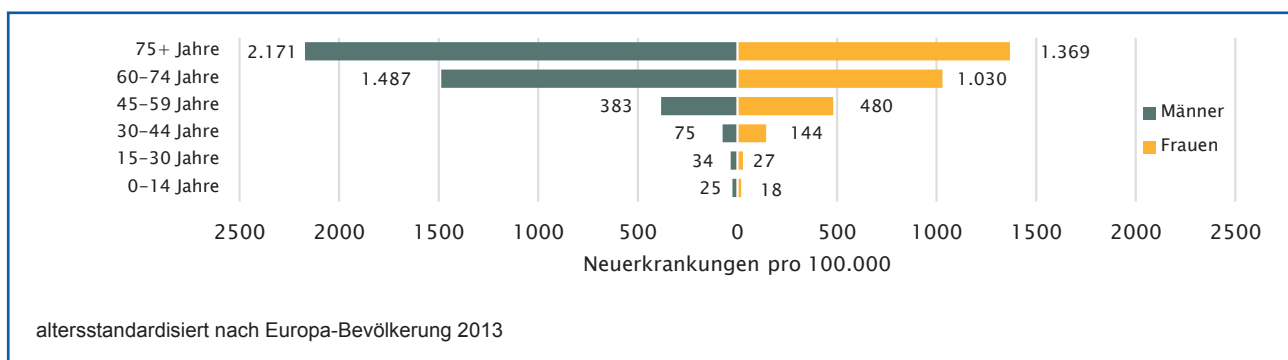
Jährlich erkranken in Wien – laut dem österreichischen Krebsregister – etwas mehr als 7.000 Menschen an Krebs; im Jahr 2012 (letzstverfügbares Datenjahr zum Zeitpunkt der Berichtserstellung) waren es 7.323 Personen (3.818 Frauen und 3.505 Männer). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (nach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

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

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

Abbildung 3.13:

Krebs-Inzidenz in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012



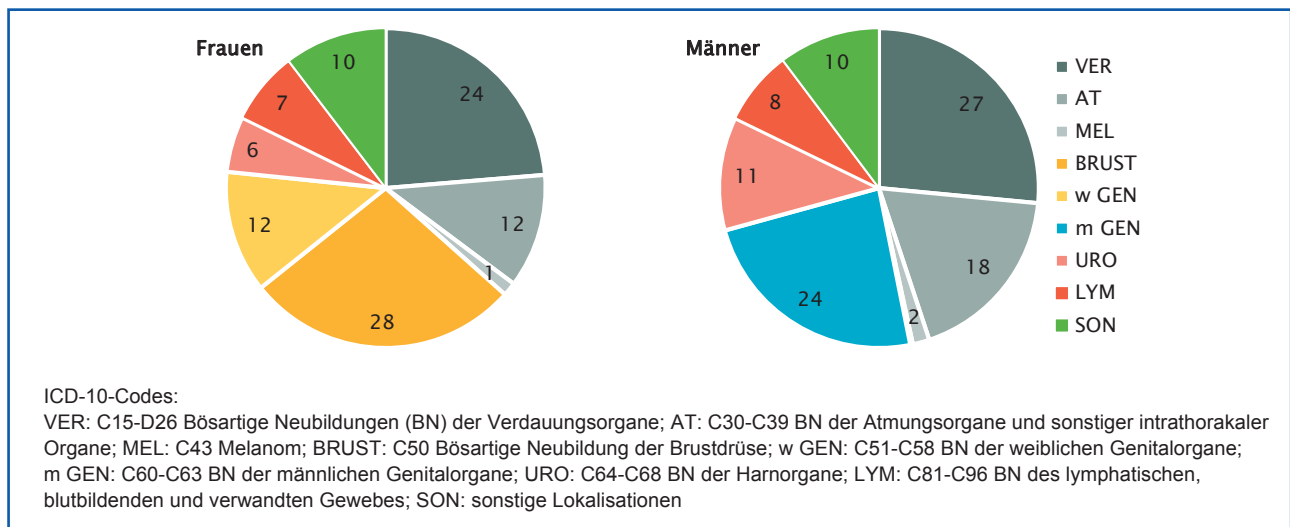
Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 3 Gesundheitszustand

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

Abbildung 3.14:

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

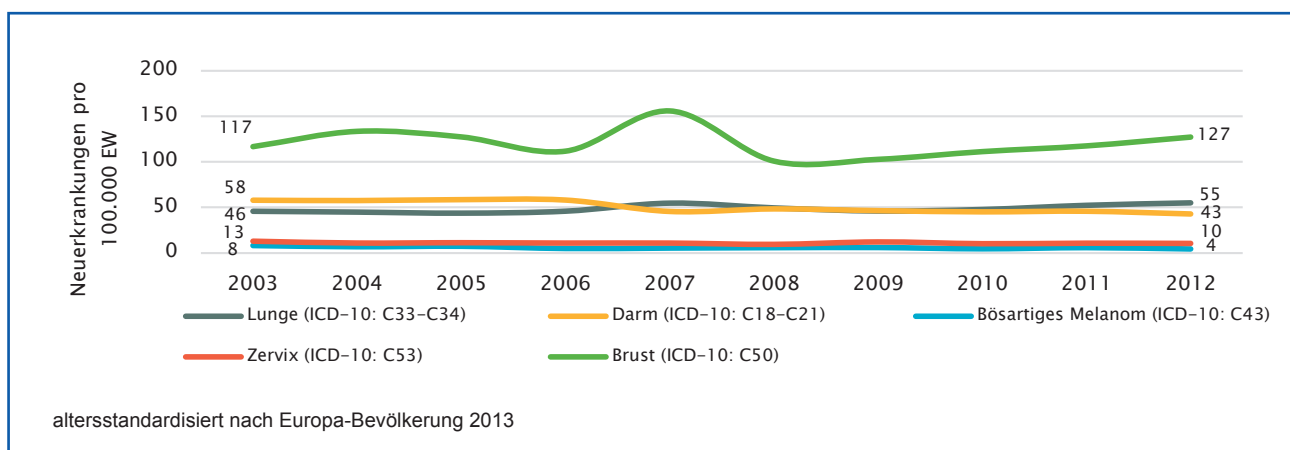


Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003–2012  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Abbildung 3.15:

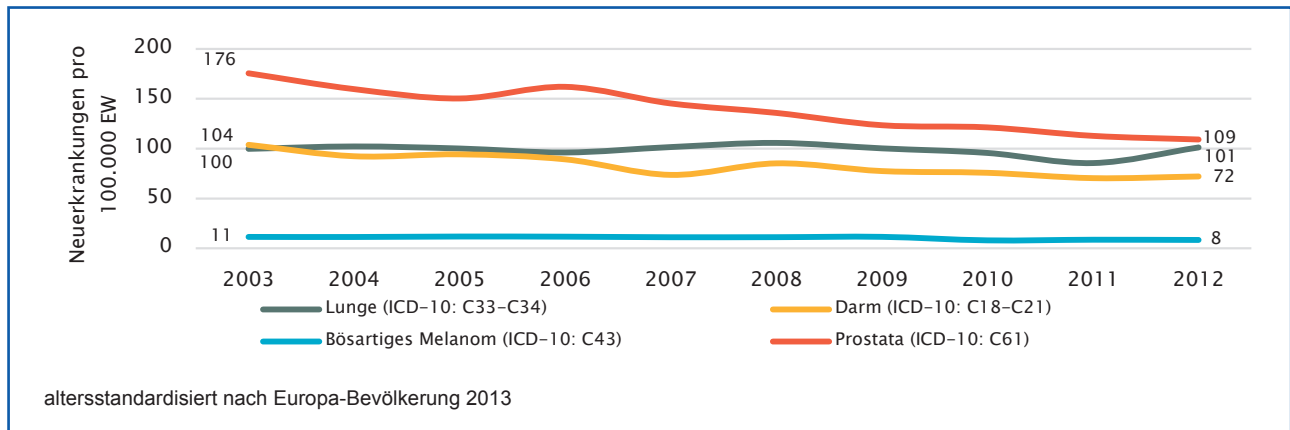
Krebs-Inzidenz bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012



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

Abbildung 3.16:

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



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

## Definitionen und Daten

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

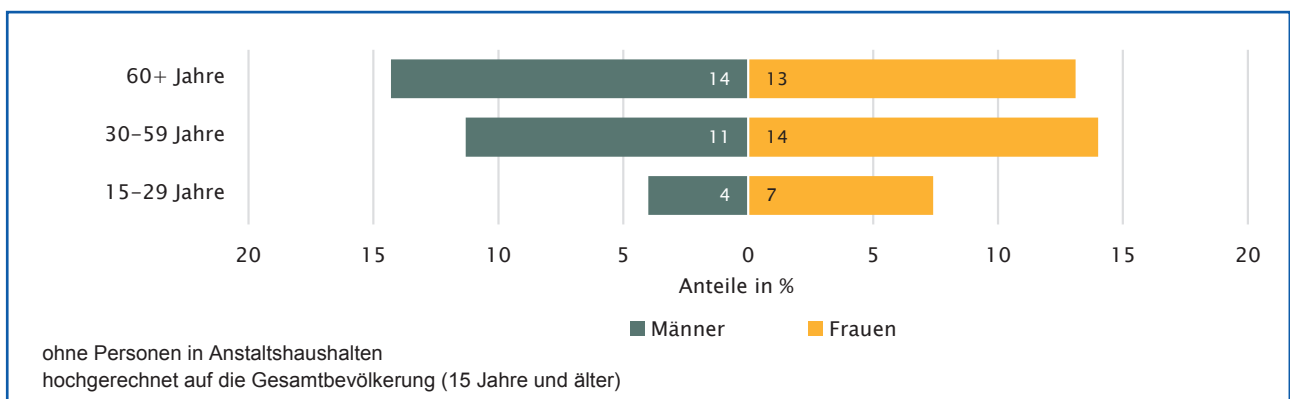
## Depression<sup>1</sup>

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

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

Abbildung 3.17:

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



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

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

## Definitionen und Daten

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

### 3.3.2 Verletzungen infolge von Unfällen und ihre Versorgung

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

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

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

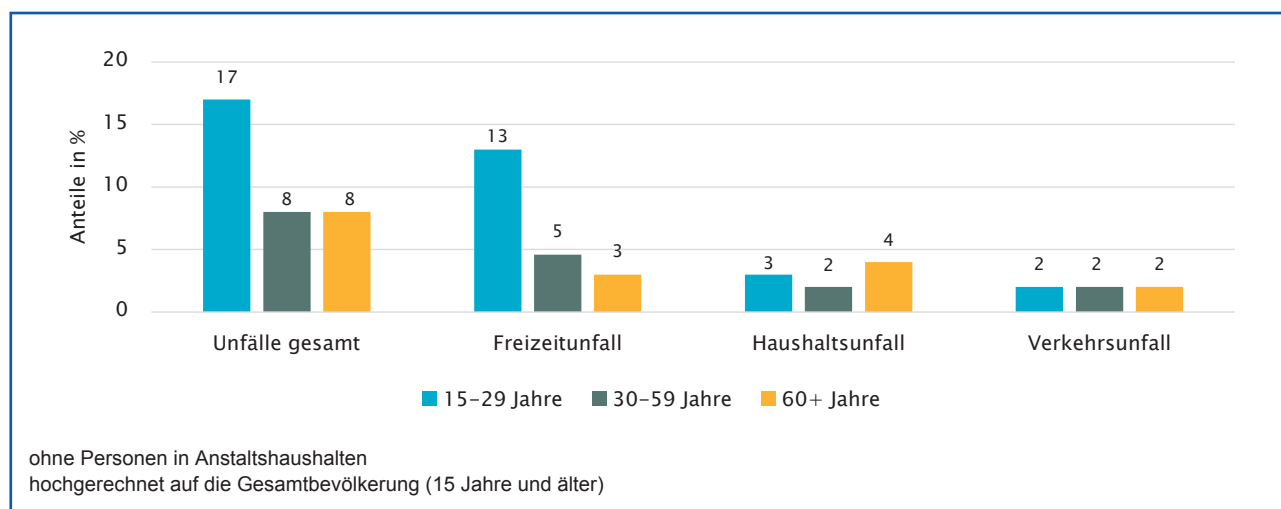
- ▶ in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen im Haushalt (Männer 4 vs. Frauen 2 %)
- ▶ in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen im Verkehr (Männer 4 vs. Frauen 0,5 %)
- ▶ in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen in der Freizeit (Männer 11 vs. Frauen 4 %)

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

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

Abbildung 3.18:

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



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

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

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

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

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

## Medizinisch versorgte Unfälle

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

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

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

## Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

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

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

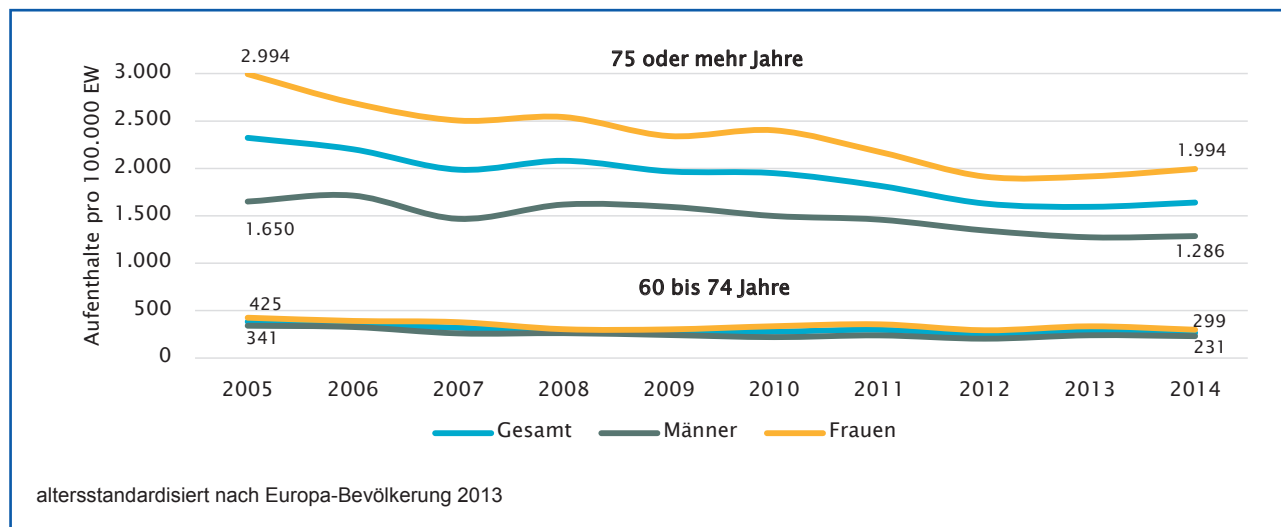
Im Zeitraum 2005 bis 2014 ist ein starker Rückgang der stationären Aufenthalte zu beobachten, sowohl in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen als auch in der Altersgruppe ab 75 Jahre. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen ist der Rückgang bei Frauen etwas stärker als bei Männern (s. Abbildung 3.19).

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



Abbildung 3.19:

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



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

## Definitionen und Daten

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

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

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

### 3.3.3 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

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

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

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

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

# 3 Gesundheitszustand

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

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

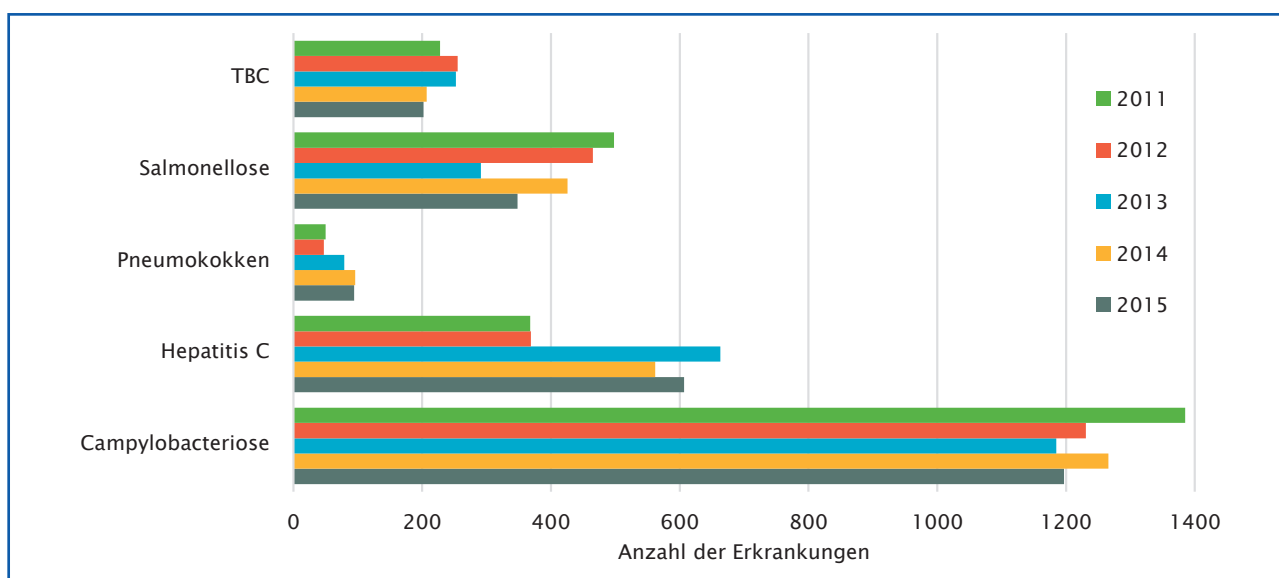
Auch bei Hepatitis C war in Wien in den letzten Jahren ein Anstieg zu verzeichnen, der auch im Lichte der Neueinführung der elektronischen Labormeldepflicht zu interpretieren ist. Im Jahr 2014 wurden in Wien rund 560 Fälle registriert, im Jahr 2015 waren es etwa 600. Das entspricht Inzidenzraten von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

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

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

Abbildung 3.20:

Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Wien, 2011–2015



Quelle: BMGF – Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten  
Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

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

## 3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

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

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

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

### 3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

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

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

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

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

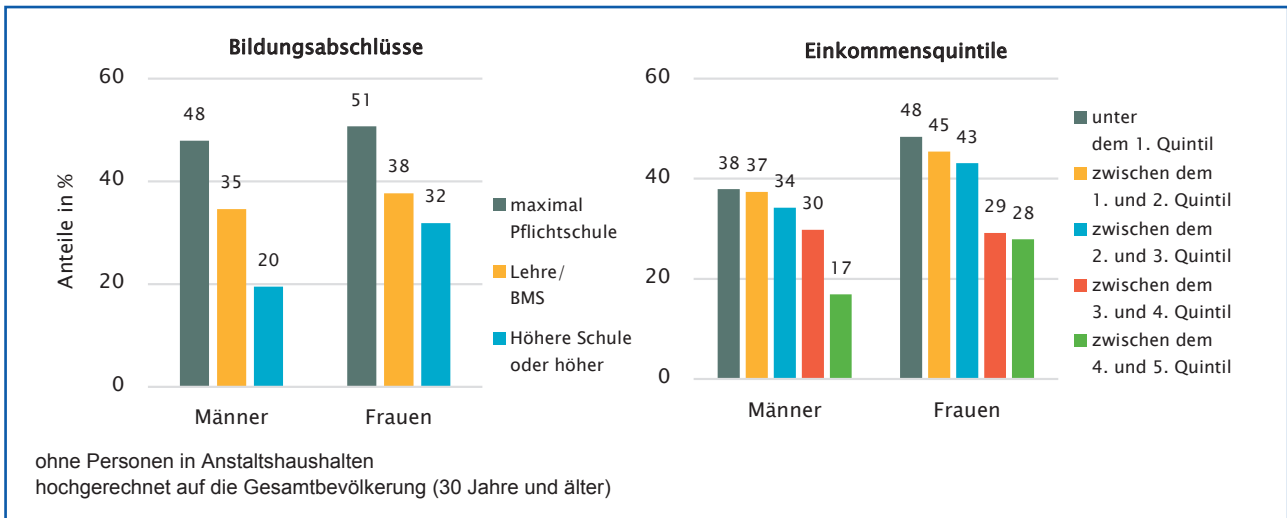
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

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

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

Abbildung 3.21:

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



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

**Definitionen und Daten**

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

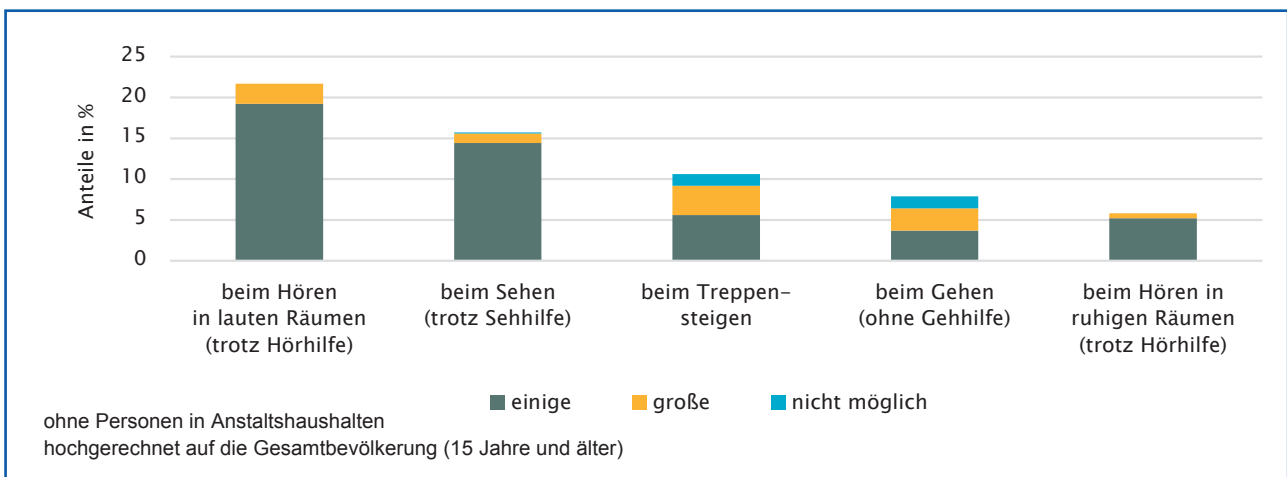
**3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen**

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

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

Abbildung 3.22:

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



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

## Schwierigkeiten beim Sehen

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

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

## Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe (Hörgerät oder Hörhilfe mit Implantat) sind – laut ATHIS – bei Gesprächen in ruhigen Räumen rund 6 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (rund 89.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–8 %), bei Gesprächen in lauten Räumen rund 22 Prozent betroffen (rund 326.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–30 %). 0,6 bzw. 2,5 Prozent weisen diesbezüglich große Schwierigkeiten auf. Ein Unterschied zwischen Frauen und Männern findet sich nur bei Hörproblemen in lauten Räumen: Frauen sind diesbezüglich etwas häufiger von Schwierigkeiten betroffen als Männer (23 vs. 20 %).

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

## Schwierigkeiten beim Gehen

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

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

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

## Schwierigkeiten beim Treppensteigen

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

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

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

## Definitionen und Daten

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

### 3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

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

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

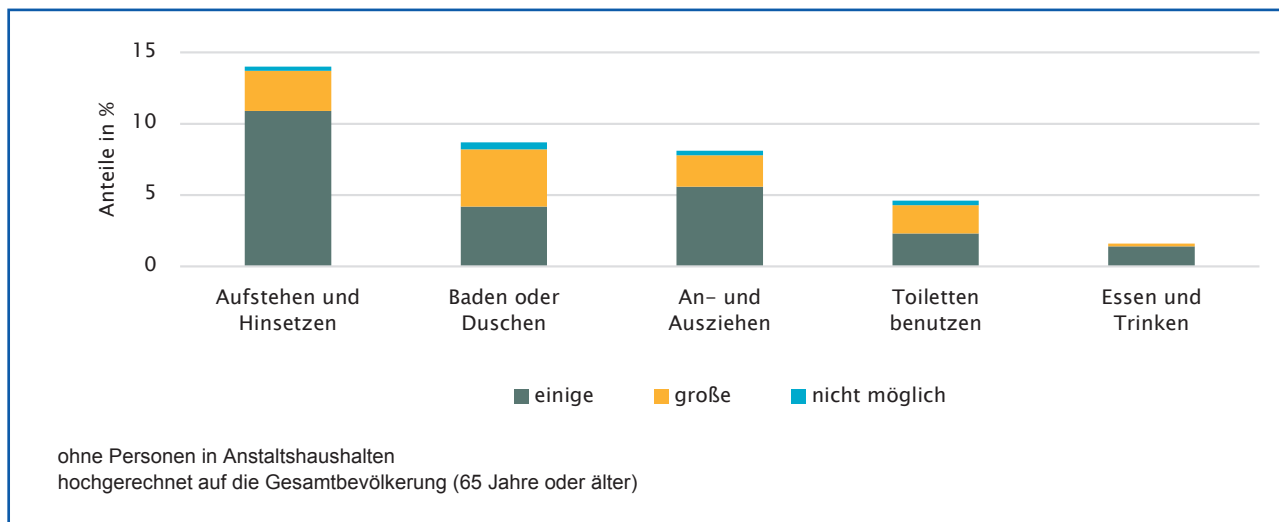
# 3 Gesundheitszustand

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

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

Abbildung 3.23:

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



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

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

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

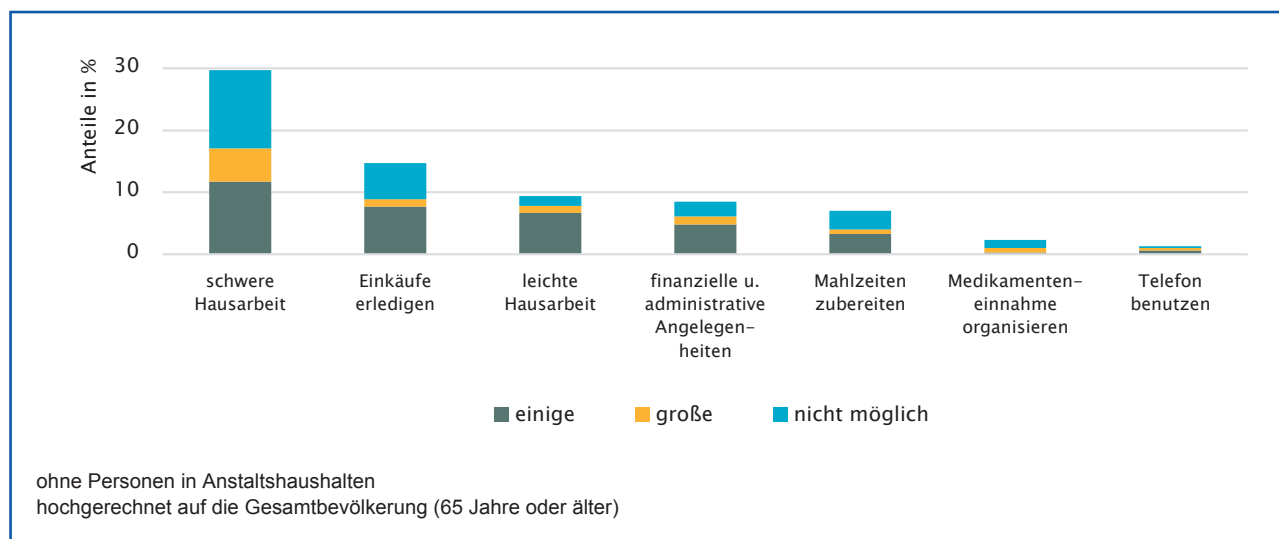
## Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

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

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

Abbildung 3.24:

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



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

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

### Definitionen und Daten

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

#### 3.4.4 Krankenstände

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

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

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

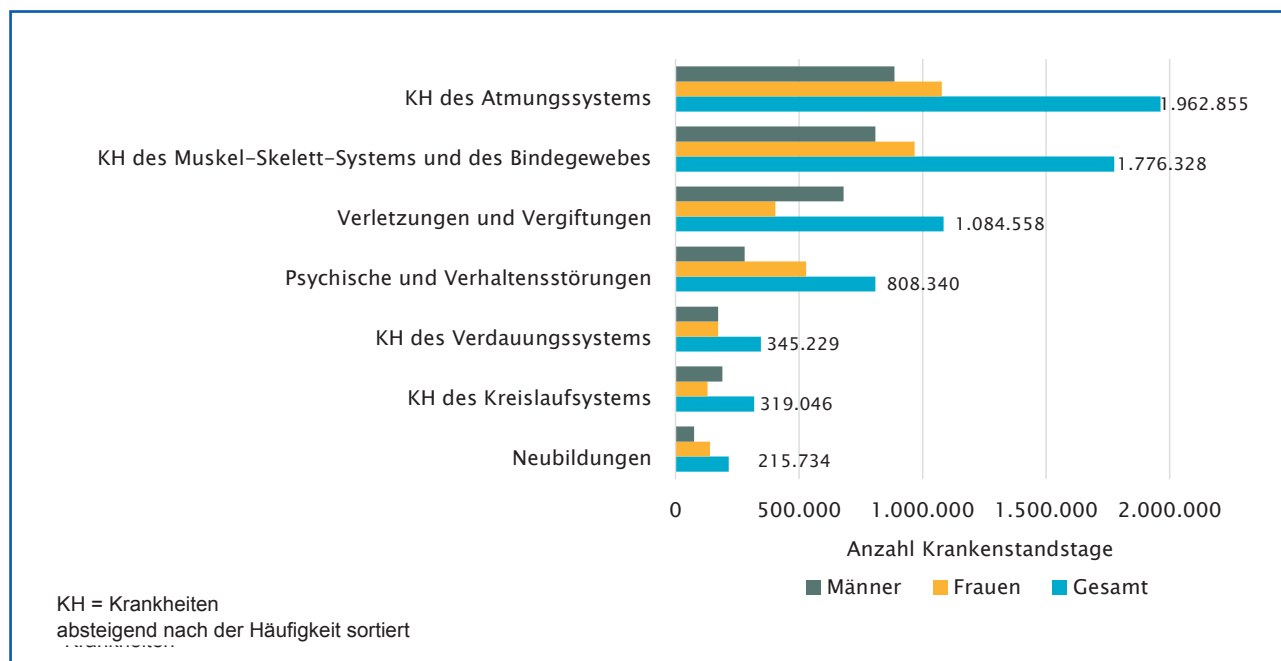
Mehrheitlich nehmen ArbeitnehmerInnen Krankenstände aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (38 % aller Krankenstandsfälle), infektiösen/parasitären Krankheiten (18 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (12 %) in Anspruch. 12 Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen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

# 3 Gesundheitszustand

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

Abbildung 3.25:

Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei WGKK-versicherten erwerbstätigen Personen, 2014



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

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

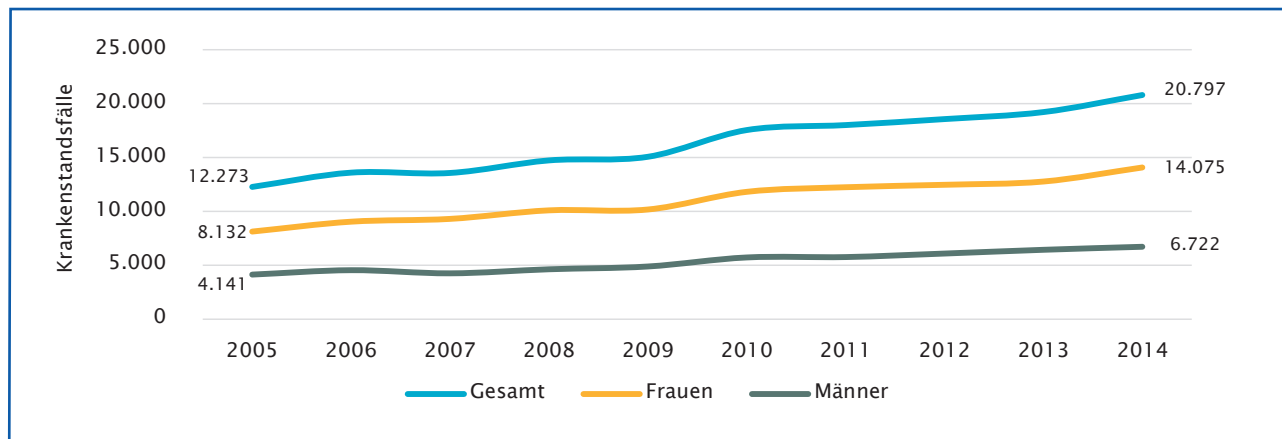
Die Anzahl psychisch bedingter Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 in Wien – wie in Österreich – deutlich gestiegen, bei Frauen um 73 Prozent und bei Männern um 62 Prozent (s. Abbildung 3.26). Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem allgemeinen Trend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

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



Abbildung 3.26:

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



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

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

## 3.5 Lebensqualität

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

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

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

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

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

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

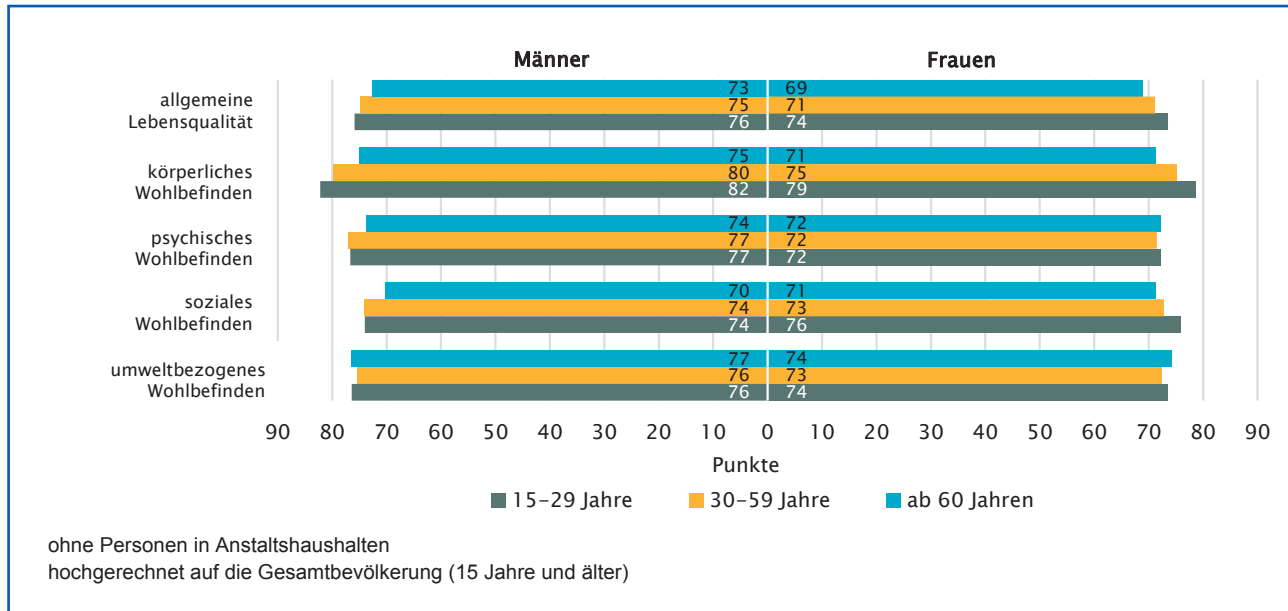
Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität besser ein als Personen ab 60 Jahren die ihre (s. Abbildung 3.27). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied

# 3 Gesundheitszustand

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

Abbildung 3.27:

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



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

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

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

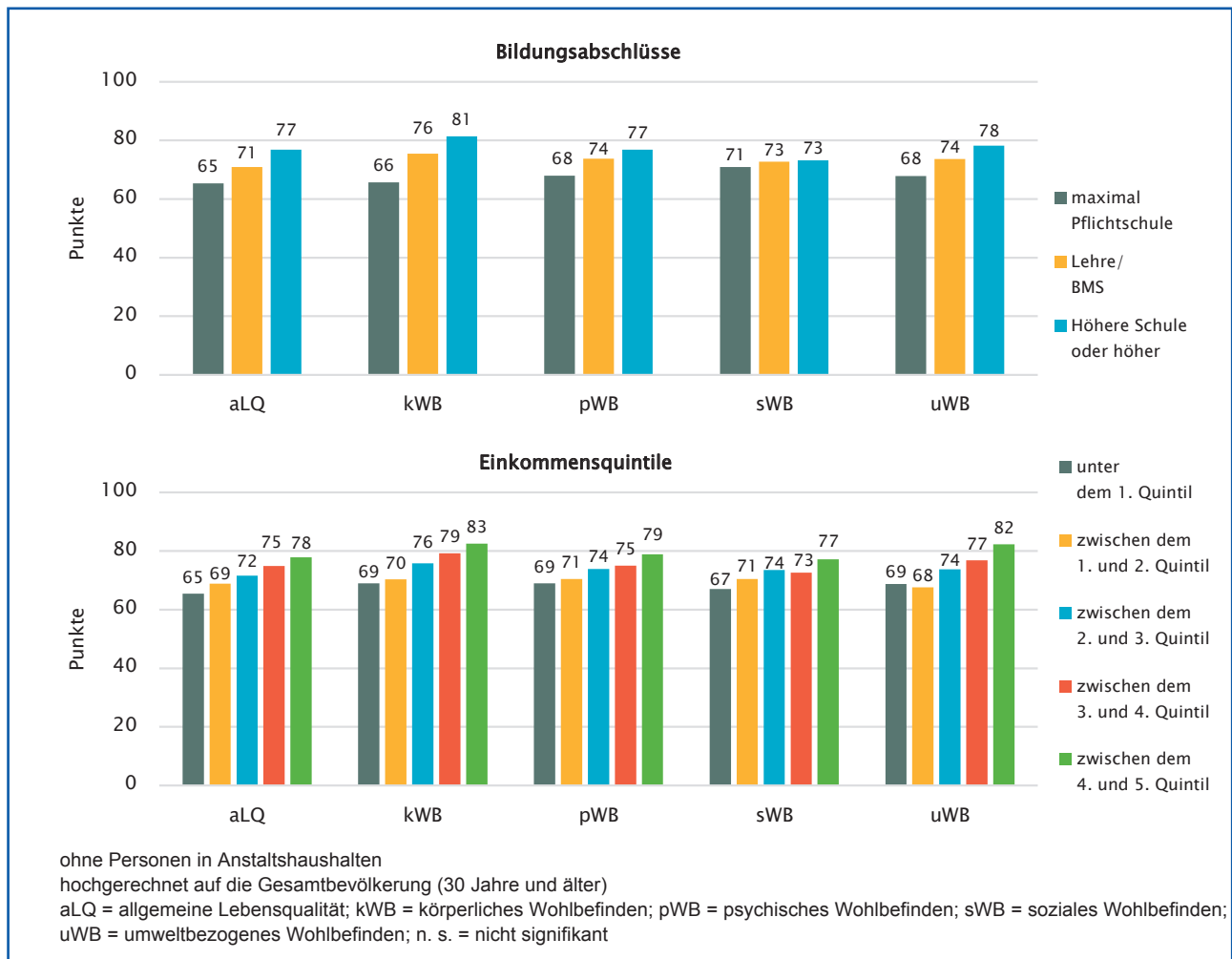
Unterschiede nach Migrationshintergrund finden sich nur bei der weiblichen Bevölkerung: Frauen mit Migrationshintergrund weisen demnach eine bessere Lebensqualität auf als Frauen ohne Migrationshintergrund (körperliches Wohlbefinden: 77 vs. 72 Punkte; psychisches Wohlbefinden: 74 vs. 69 Punkte; soziales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

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

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

Abbildung 3.28:

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



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

## Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

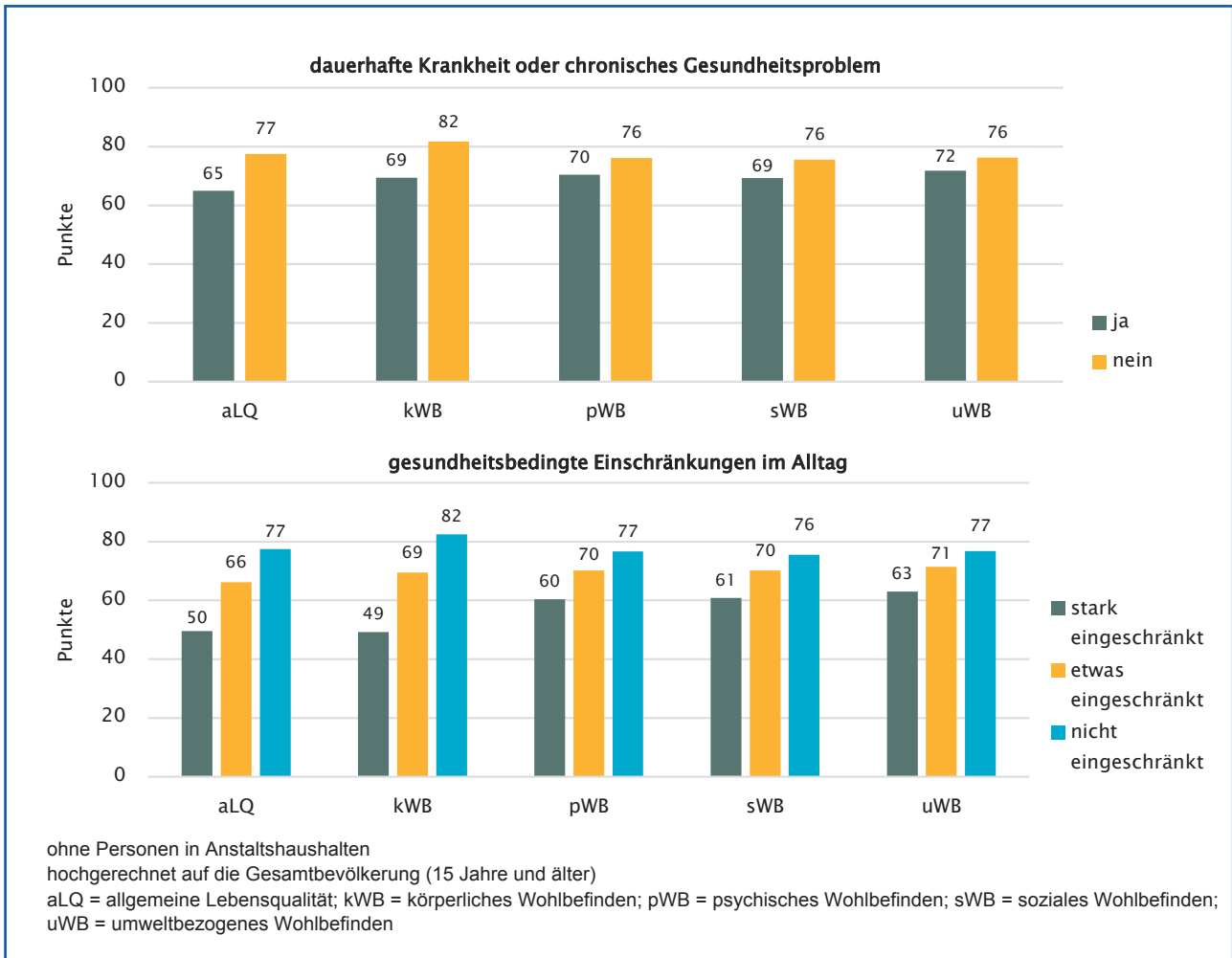
Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen kann anhand von deren Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden. Dabei zeigt sich, dass die 11-Jährigen im Jahr 2014 ihr Leben mit durchschnittlich 8,4 und die 15-Jährigen mit durchschnittlich 7,3 von 10 möglichen Punkten bewerteten (BL-Bandbreiten nicht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

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

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.29:

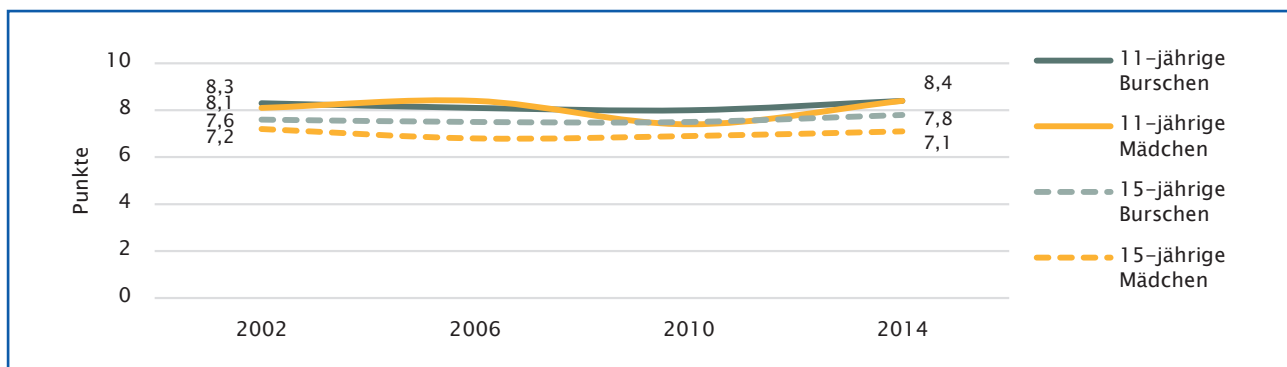
Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter WienerInnen, Mittelwerte, 2014



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

Abbildung 3.30:

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



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

## Definitionen und Daten

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

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

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

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

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

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

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

## 3.6 Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

### 3.6.1 Gesamtsterblichkeit

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

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

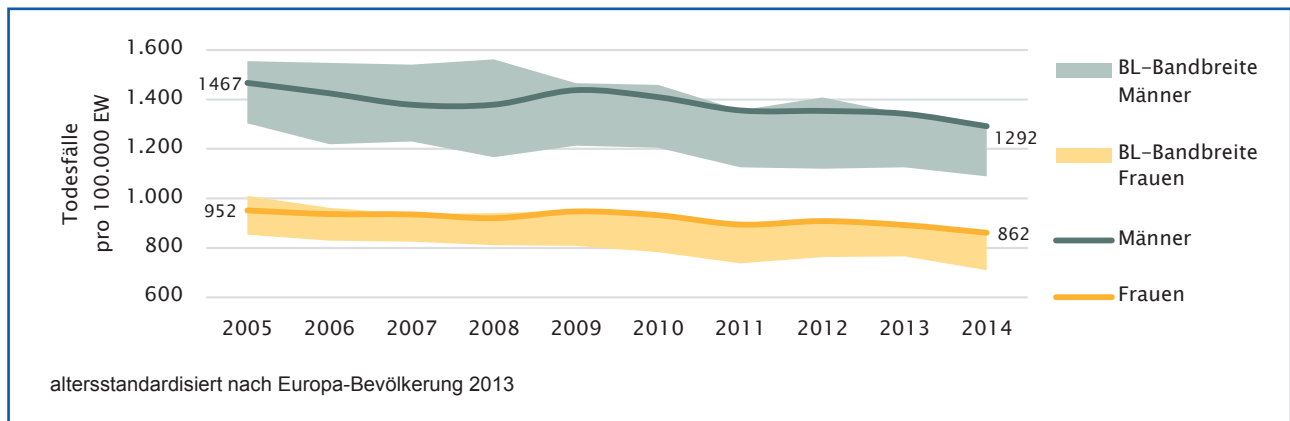
Die Mortalitätsrate der Männer überschreitet den Wert von 100 Todesfällen pro 100.000 EW (altersstandardisiert nach der Europa-Bevölkerung 2013) in der Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen, jene der Frauen erst in der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen. Der Wert 1.000 wird bei Männern ab 60 Jahren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

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

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.31:

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

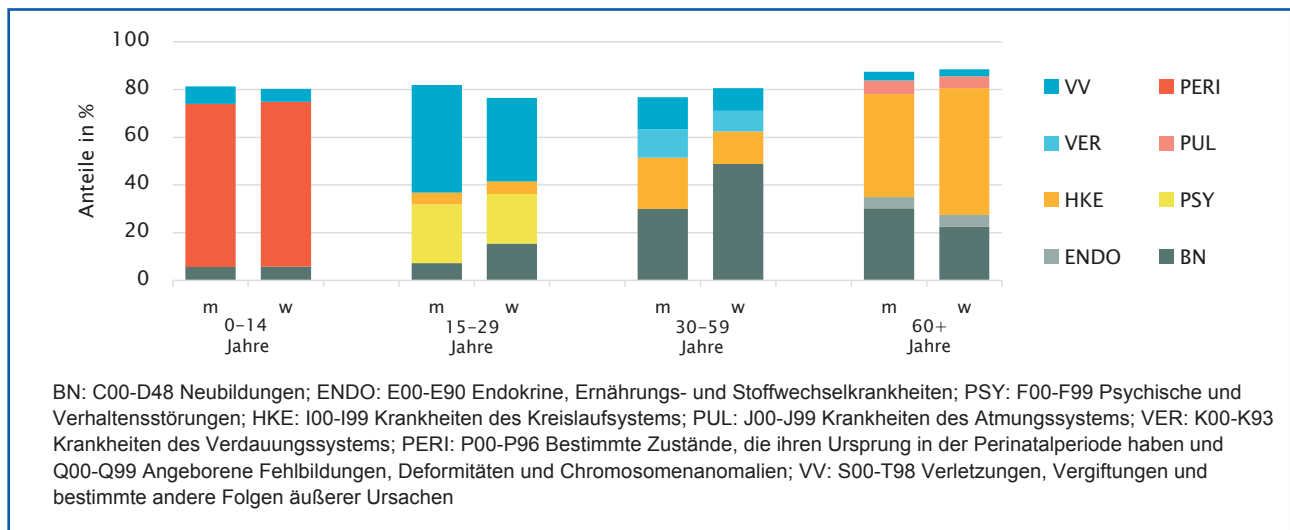


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Abbildung 3.32:

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



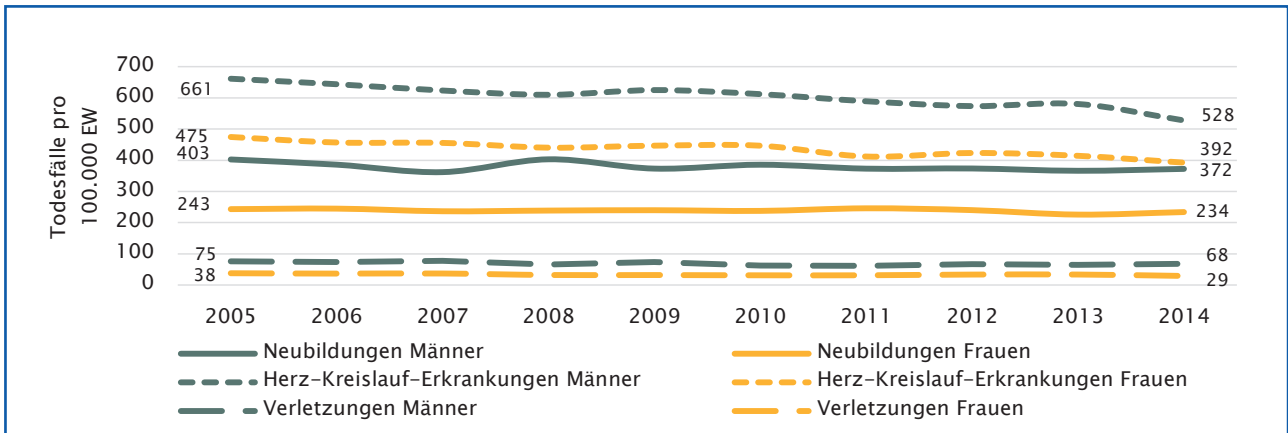
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

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

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.33:

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



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

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

## Bei Frauen

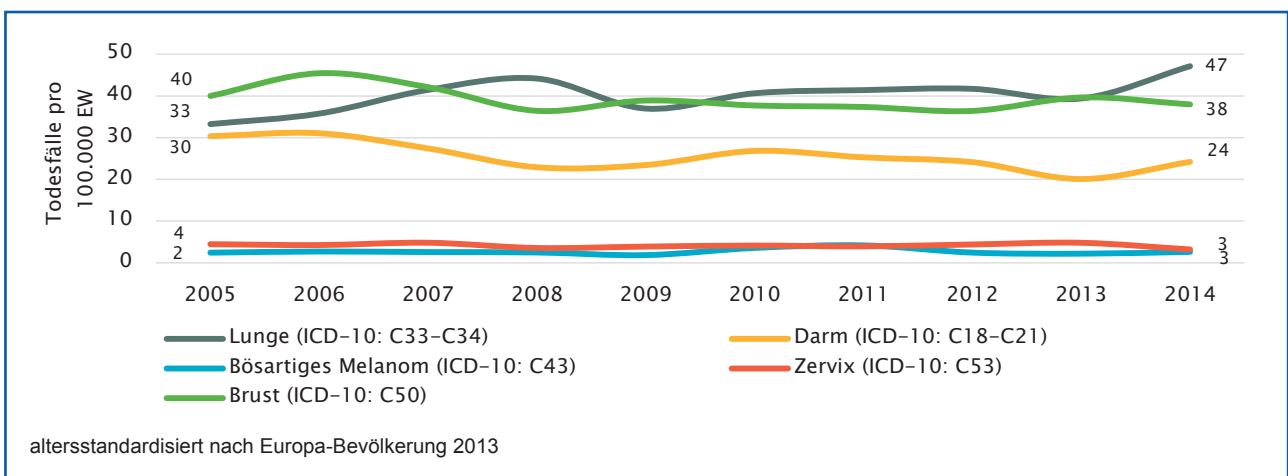
- ▶ sinkt die Mortalität aufgrund von Darmkrebs (bei sinkender Inzidenz),
- ▶ steigt tendenziell die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs (bei steigender Inzidenz) und
- ▶ bleibt die Mortalität aufgrund eines Melanoms etwa gleich (bei sinkender Inzidenz).

## Bei Männern

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

Abbildung 3.34:

Krebssterblichkeit bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014

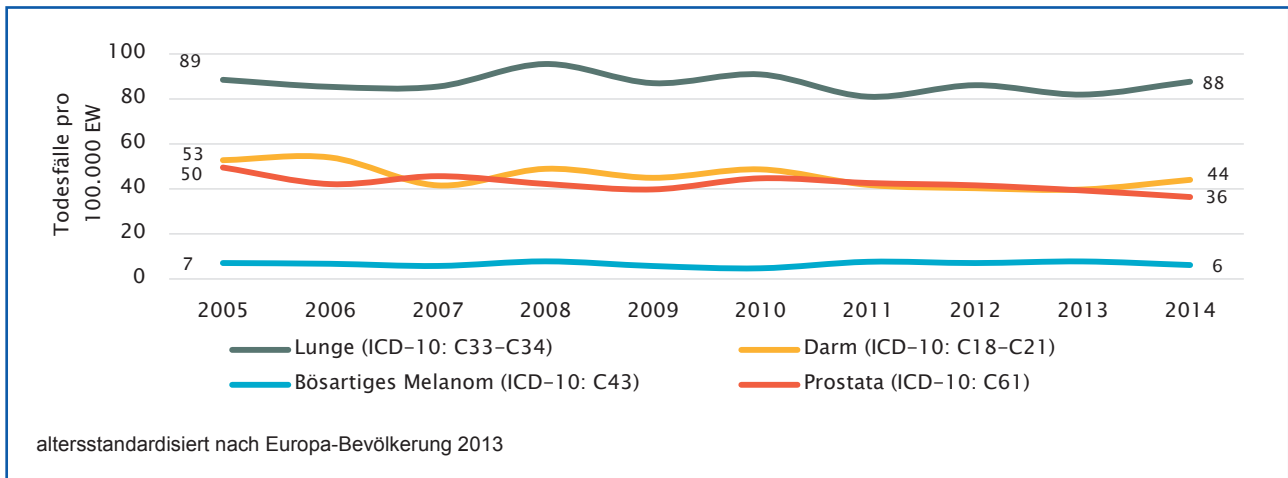


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.35:

Krebssterblichkeit bei Wienern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014

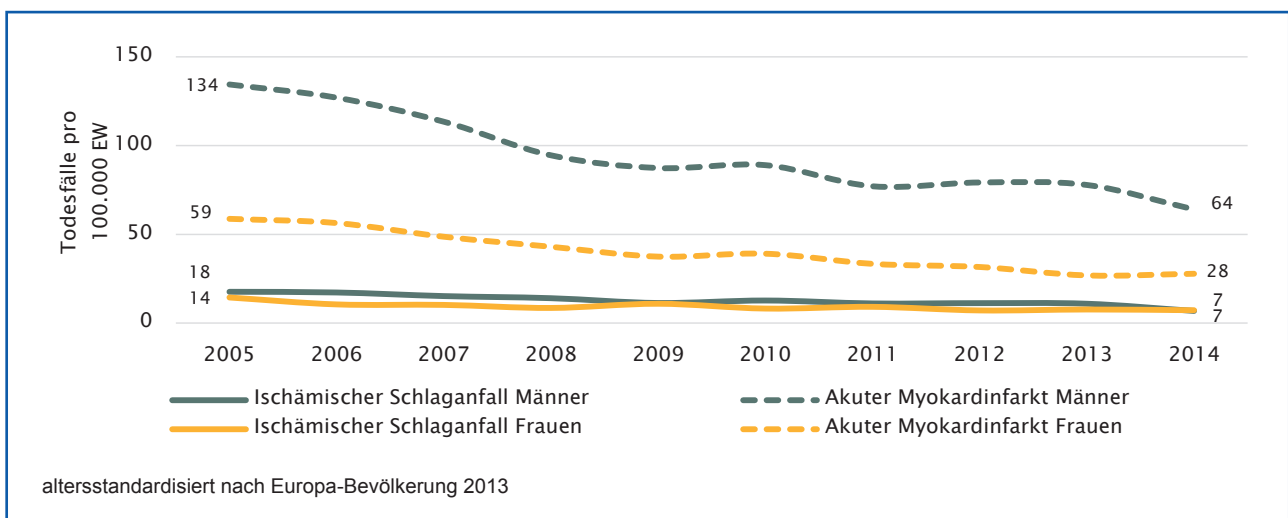


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Abbildung 3.36:

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



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

## Definitionen und Daten

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

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

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

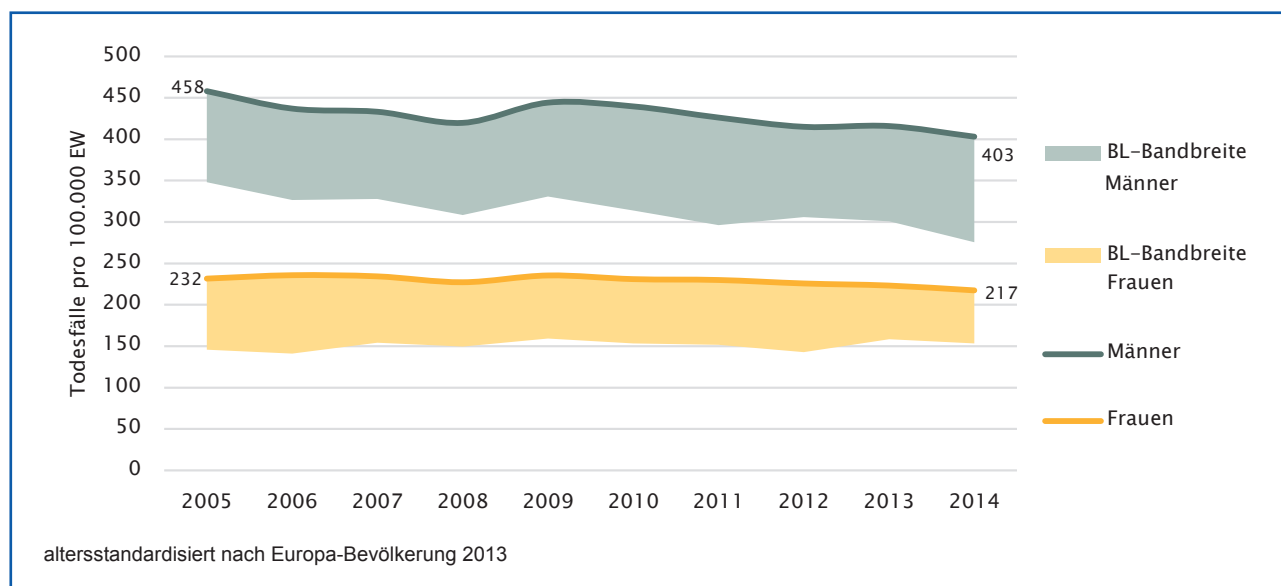


## 3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

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

Abbildung 3.37:

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



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

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

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

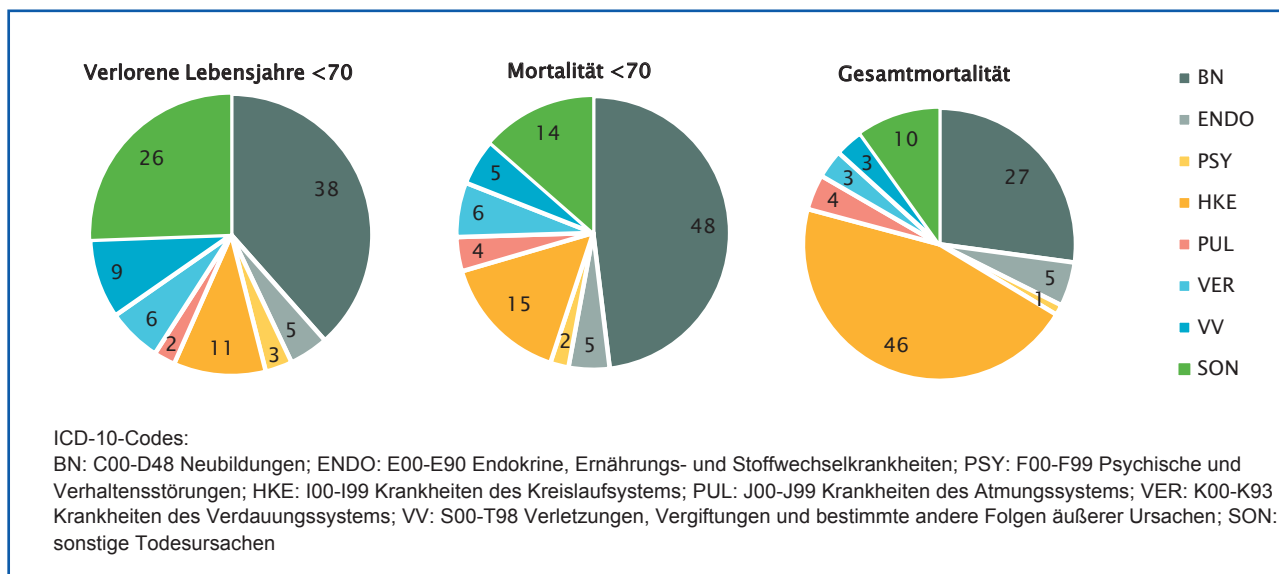
Hauptursache für die *Sterblichkeit der unter 70-jährigen Wienerinnen* sind Krebserkrankungen. Beinahe die Hälfte der Frauen (48 %), die das 70. Lebensjahr nicht erreichen, stirbt an Krebs. Bei rund 15 Prozent führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Tod. Dritthäufigste Todesursache von unter 70-jährigen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

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

# 3 Gesundheitszustand

Abbildung 3.38:

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

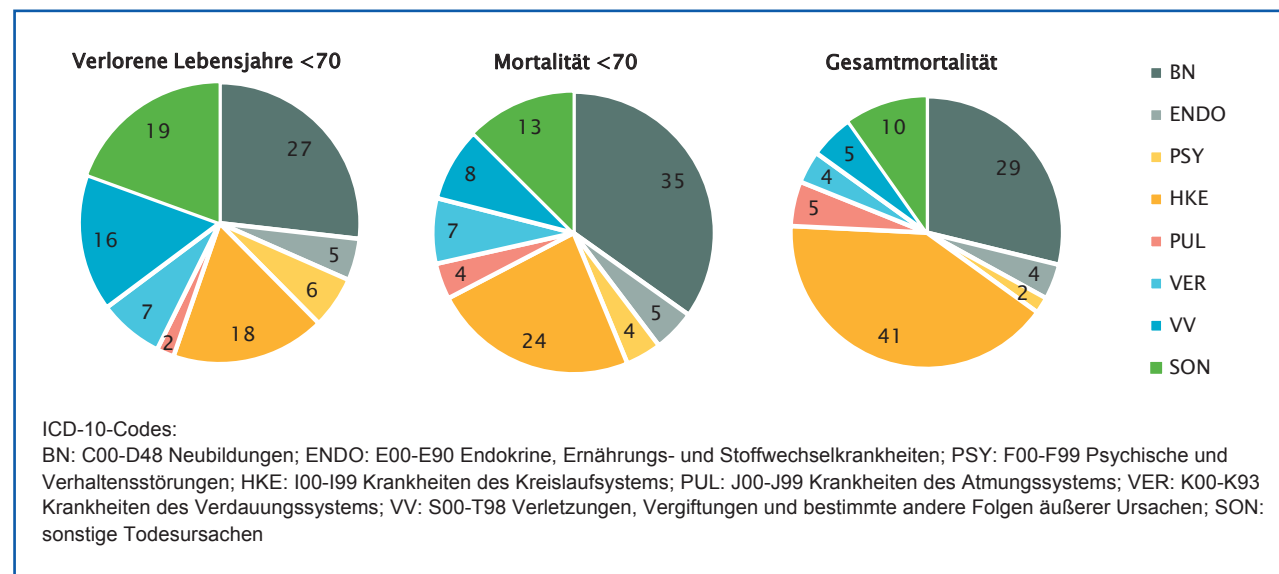


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Abbildung 3.39:

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



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

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

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

## Veränderung der vorzeitigen Sterblichkeit

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

### Männliche Bevölkerung

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

### Weibliche Bevölkerung

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

## Definitionen und Daten

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

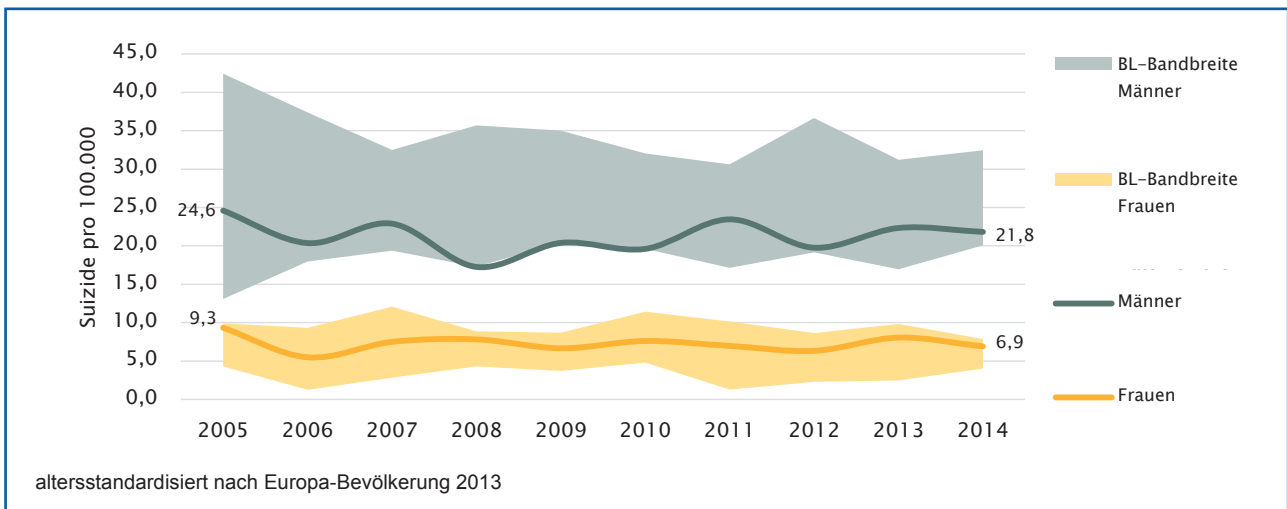
Auch die *verlorenen Lebensjahre* (*Potential Years of Life Lost – PYLL*) sind ein Maß für vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben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

### 3.6.3 Suizid

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

Abbildung 3.40:

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



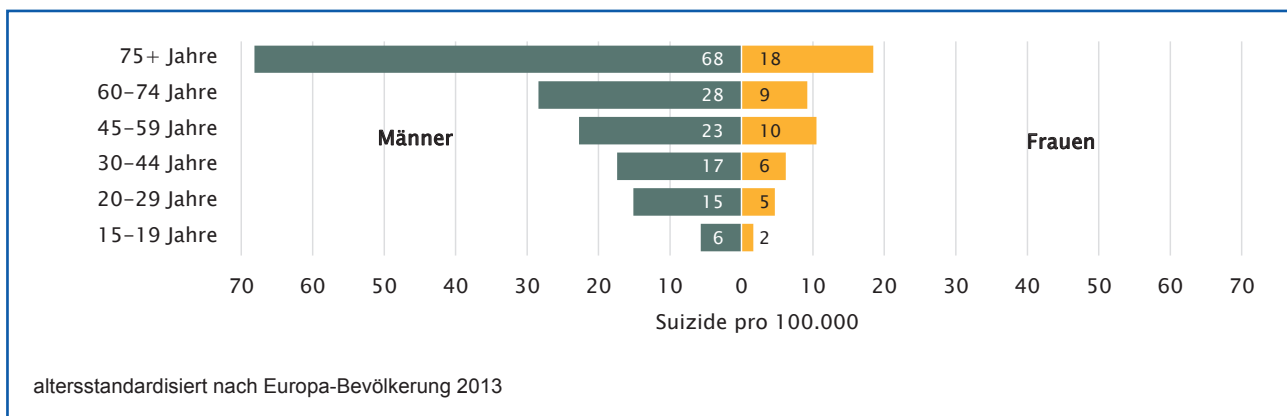
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

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

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

Abbildung 3.41:

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



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

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

## Definitionen und Daten

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

## **Kapitel 4**



# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die individuellen Determinanten werden gemäß dem Public Health Monitoring Framework (s. Abschnitt 1.2) in drei Bereiche untergliedert:

- ▶ *Körperliche Faktoren* wie Übergewicht, Adipositas und Bluthochdruck
- ▶ *Psychische Faktoren* wie Gesundheitskompetenz, gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, problematische Körperwahrnehmung)
- ▶ *Gesundheitsverhalten* wie Ernährung, Bewegung, Rauchen, Konsum von Alkohol und illegalen Substanzen

Im folgenden Kapitel werden die Indikatoren für körperliche Faktoren und das Gesundheitsverhalten dargestellt. Im Bereich der psychischen Faktoren gibt es in Österreich große Datendefizite: Verlässliche Daten in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz liegen derzeit nur auf Bundesebene vor, jedoch nicht für die Bundesländer. Daten bezüglich Selbstwirksamkeitserwartung und Körperwahrnehmung stehen derzeit nur für ausgewählte Bundesländer zur Verfügung.

## 4.1 Körperliche Faktoren

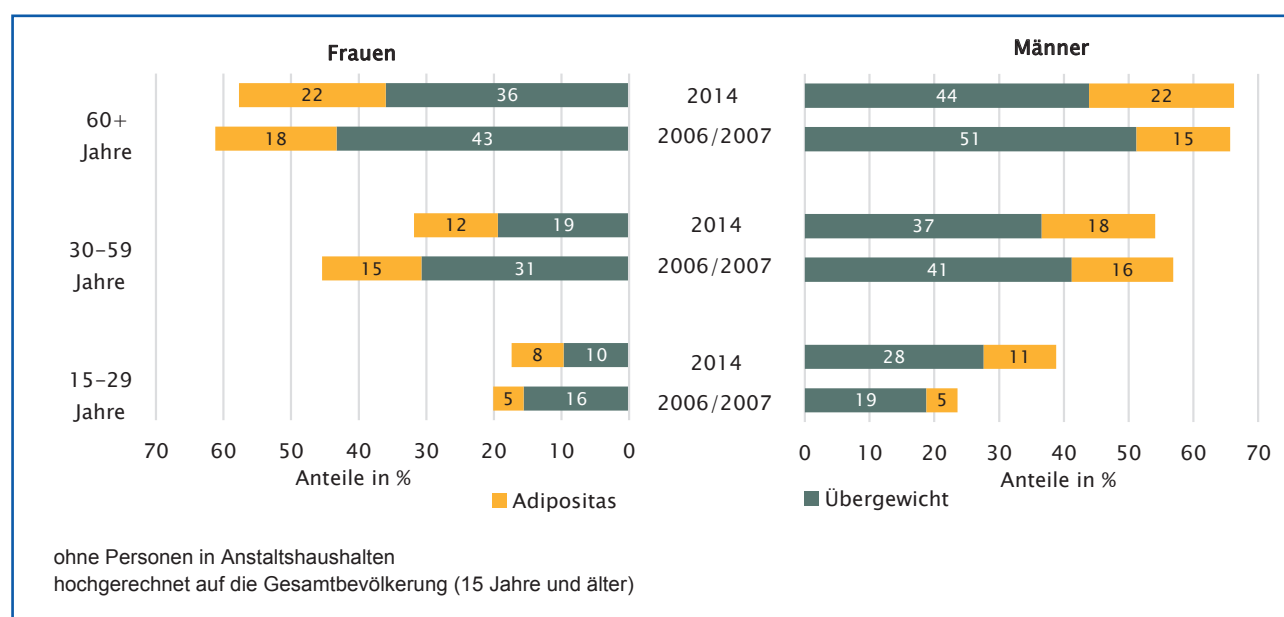
### 4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht steigen weltweit an. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und bestimmte Krebsarten (OECD 2014). 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 führen können (Flodmark et al. 2004).

Den Grenzwerten der WHO zufolge (s. Definitionen und Daten) sind – laut ATHIS – rund 28 Prozent der Wiener Bevölkerung übergewichtig (rund 425.000 Personen; BL-Bandbreite: 28–38 %), weitere 15 Prozent adipös (rund 229.000 Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind davon deutlich häufiger betroffen als Frauen dieser Altersgruppen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser WienerInnen nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu (s. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:

Übergewicht und Adipositas in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006/2007 und 2014



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



# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

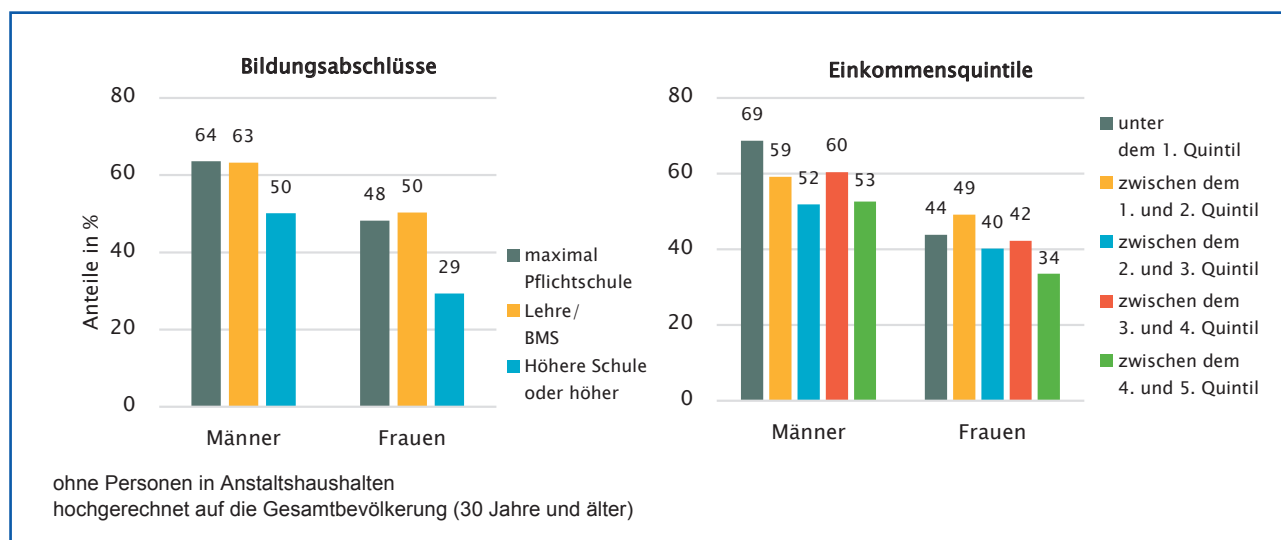
Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg bei den Übergewichtigen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen hat hingegen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen abgenommen, am deutlichsten bei den 30- bis 59-Jährigen. Lediglich bei den 15- bis 29-jährigen Wienerinnen stieg der Anteil der Adipösen etwas an (s. Abbildung 4.1).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Wienerinnen und Wiener (30 Jahre und älter), die zumindest Matura haben, sind seltener übergewichtig oder adipös als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Zudem steigt der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen (30 Jahre und älter) – tendenziell – mit einem sinkenden Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.2, folgende Seite), Zusammenhänge die auch für Österreich insgesamt gelten.

Abbildung 4.2:

### Übergewicht und Adipositas in Wien nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



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

Personen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger übergewichtig oder adipös als Personen mit Migrationshintergrund (46 vs. 38 %). Dies gilt insbesondere für die weibliche Bevölkerung (41 vs. 26 %) und hängt mit dem Altersunterschied der Vergleichsgruppen zusammen: WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind älter als WienerInnen mit Migrationshintergrund.

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Der *Body-Mass-Index* (kurz BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Klassifikation von Unter-, Normal- und Übergewicht. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in Kilogramm) und der quadrierten Körpergröße (in Metern). Während die Messung des Körperfettanteils verlässlichere Aussagen in Richtung Übergewicht und Adipositas ermöglicht, ist der BMI kosteneffizienter und einfacher zu erheben. Zudem besteht zwischen BMI und Körperfettanteil ein enger Zusammenhang (Falaschetti E 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 einem BMI zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig eingestuft. Personen mit einem BMI zw. 25,00 und 29,99 gelten als prä-adipös, mit Werten  $\geq 30$  als adipös. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Grenzwerte.

Die Ergebnisse zu Adipositas und Übergewicht werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der ab 15-jährigen mit der ab 18-jährigen Bevölkerung hat gezeigt, dass es – hinsichtlich der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas – keine signifikanten Unterschiede gibt. Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb die Ergebnisse für die Bevölkerung ab 15 Jahren berichtet.

### 4.1.2 Bluthochdruck

Bluthochdruck (Hypertonie) ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und Niereninsuffizienz. Er zählt deshalb (vor allem in den Industrienationen) zu den weltweit wichtigsten Gesundheitsrisiken. Auch mit Übergewicht und Adipositas besteht ein enger Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv gut beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Im Jahr 2014 waren – laut ATHIS – 20 Prozent der Wienerinnen und Wiener (rund 302.000 Personen) von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 17–28 %), in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen betrifft dies mehr Männer als Frauen (19 vs. 15 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 blieb die Prävalenz von Bluthochdruck damit unverändert.

Menschen unter 30 Jahren sind von Bluthochdruck nicht oder äußerst selten betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Prävalenz von 17 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 47 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

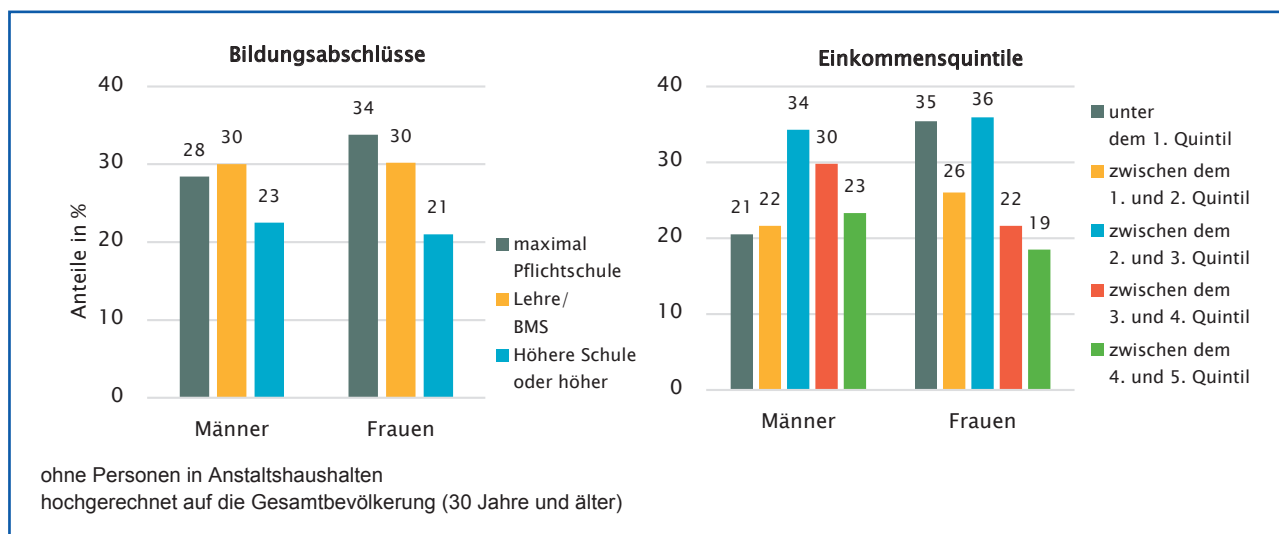
WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) sind seltener von Bluthochdruck betroffen als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Zudem sinkt die Bluthochdruck-Prävalenz mit steigendem Haushaltseinkommen, Zusammenhänge, die auch in Gesamtösterreich zu beobachten sind. Letzteres gilt in Wien allerdings nur für die weibliche Bevölkerung (s. Abbildung 4.3).

Personen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger von Bluthochdruck betroffen als Personen mit Migrationshintergrund (22 vs. 16 %). Ein Muster, das auch für Übergewicht und Adipositas gilt und mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen zusammenhängt: WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind älter als WienerInnen mit Migrationshintergrund.

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 4.3:

## WienerInnen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
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 Ergebnisse bezüglich Bluthochdruck werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen des ATHIS 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 4.2 Psychische Faktoren

Psychische Faktoren – wobei damit Grundhaltungen (Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungshaltungen), Kompetenzen (z. B. Gesundheitskompetenz) und Persönlichkeitseigenschaften angesprochen sind – 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. Zugangs-Ressourcen*, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept<sup>4</sup> (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder Antonovsky's „Sense of Coherence“<sup>5</sup> (Antonovsky 1979; Antonovsky 1997; Antonovsky/Sagy 1986). Sie sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgegangen wird.

*Gesundheitskompetenz* bezeichnet die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und

<sup>4</sup> Hardiness ist die Fähigkeit, belastende Situationen als Herausforderung bzw. als steuer- und bewältigbar zu betrachten.

<sup>5</sup> 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 1997, S. 36) Das Kohärenzgefühl ist demnach durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gekennzeichnet.

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

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 normabweichend sein können. Sie verweisen auf 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 die *Einstellung und Haltung gegenüber dem eigenen Körper*. Beides beeinflusst sowohl das Verhalten als auch die psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008).

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen hinsichtlich psychischer Einflussgrößen (mehrheitlich) weder für Wien noch für Österreich insgesamt entsprechende Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

## 4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung

Die Körperwahrnehmung gibt Auskunft darüber, wie Personen ihren Körper sehen und empfinden (Holmqvist/Frisén 2010). Sie ist besonders problematisch, wenn unter- bzw. normalgewichtige Personen sich als zu dick empfinden.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird von physischen wie psychischen Faktoren bestimmt (z. B. durch den Gewichtsstatus) sowie von sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. durch Medien, Gleichaltrige, Eltern etc.; Holmqvist/Frisén 2010; Seock/Merritt 2013). Sie beeinflusst sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Personen als auch ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008). Gesundheitlich ist vor allem ein negatives Körperbild relevant, weil es mit ungesunden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (z. B. mit Fasten, extremen Diäten, übermäßigem Sport), Essstörungen, dem Konsum von Substanzen (z. B. Tabak), einem geringen Selbstwertgefühl und eingeschränkter psychischer Gesundheit einhergeht (Bucchianeri et al. 2013; Currie et al. 2012; Holmqvist/Frisén 2010).

Aussagen zum Körperbild können in Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014 getroffen werden. Dieser zufolge empfinden rund 56 bzw. 54 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen sowie 44 bzw. 80 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen ihren Körper als zu dick, obwohl sie laut ihrem BMI unter- oder normalgewichtig sind. Bei den 15-Jährigen zeigt sich damit ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Ein Vergleich der letzten Erhebungsjahre eröffnet, dass kein eindeutiger Trend auszumachen ist.

## Definitionen und Daten

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

## 4.3 Gesundheitsverhalten

### 4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis zwischen wenig gesundheitsförderlichen (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte) kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

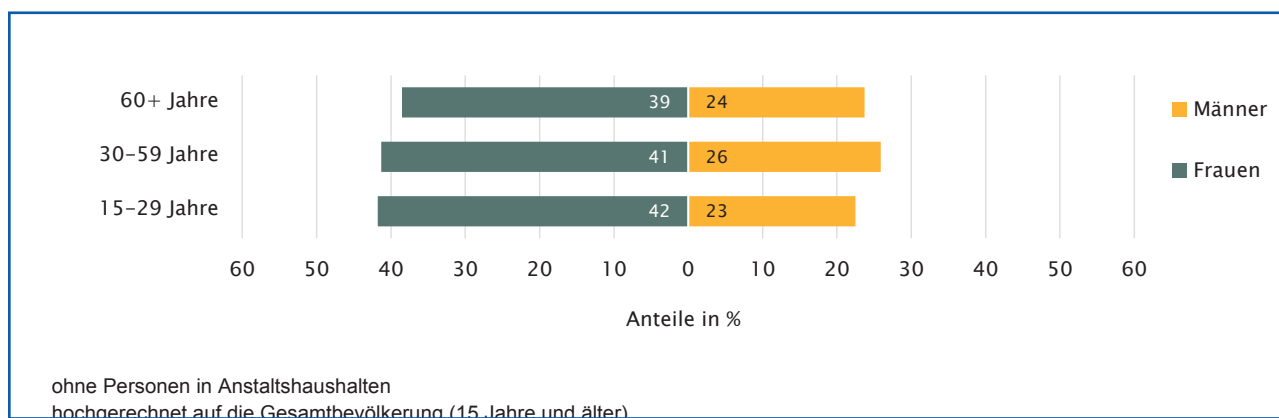
oder bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Bei Kindern und Jugendlichen kann sich ein ungünstiges Ernährungsverhalten auch negativ auf die kognitive Entwicklung auswirken. All diesen Gesundheitsproblemen und schwerwiegenden Krankheiten kann bereits im Kindes- und Jugendalter durch ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten präventiv entgegengewirkt werden (Dauchet et al. 2006).

Als besonders wichtig (zur Vermeidung chronischer Krankheiten bzw. zur Steigerung der Lebenserwartung) erweist sich der regelmäßige 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 täglichen Obst- und Gemüsekonsum (s. [www.oege.at](http://www.oege.at)).

33 Prozent der WienerInnen essen – laut ATHIS 2014 – täglich sowohl Obst als auch Gemüse (BL-Bandbreite: 29–42 %), Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer (41 vs. 25 %). Weitere 19 Prozent essen täglich Obst (aber kein Gemüse), weitere 11 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 37 Prozent essen auf einer täglichen Basis weder Obst noch Gemüse. Das Alter der WienerInnen spielt für den Obst- und Gemüsekonsum keine bedeutende Rolle (s. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014



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

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je höher der Bildungsabschluss und je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger essen Wiener Männer (30 Jahre und älter) täglich Obst und Gemüse. Bei der weiblichen Bevölkerung konsumieren Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger täglich Obst und Gemüse als Frauen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (53 vs. 32–35 %). Ein linearer Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen findet sich bei den Wienerinnen nicht (s. Abbildung 4.5).

Bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund gehört der Verzehr von Obst und Gemüse häufiger zum täglichen Speiseplan als bei Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund (41 vs. 28 %). Dies hängt einerseits mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen, andererseits mit unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten zusammen.

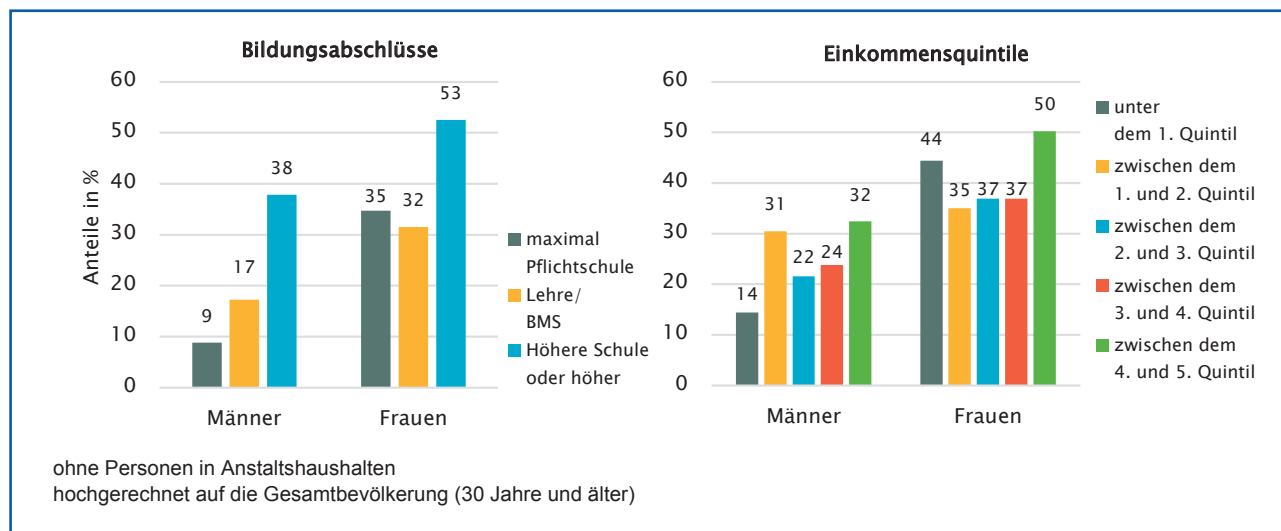
## Obst- und Gemüsekonsum bei Kindern und Jugendlichen

Aussagen zum Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen können in Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014 getroffen werden. Dieser zufolge essen rund 23 bzw. 39 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen sowie 23 bzw. 21 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen täglich Obst und Gemüse (s. Abbildung 4.6). Während es demnach bei den 11-jährigen WienerInnen noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt, ist dieser bei den 15-Jährigen nicht mehr erkennbar und scheint erst später wieder an Akzentuierung zu gewinnen (s. Abbildung 4.5).

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 4.5:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014

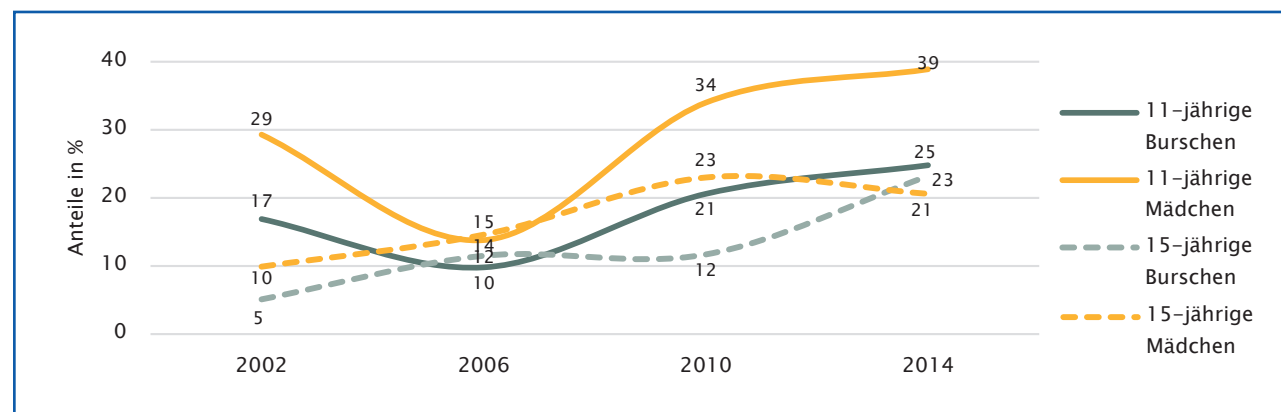


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass es bei den 11- und 15-Jährigen (in Wien wie in Österreich) zu einem vermehrten Konsum von Obst und Gemüse gekommen ist. Lediglich bei den 15-jährigen Mädchen ist zwischen 2010 und 2014 keine nennenswerter Anstieg zu verzeichnen (s. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei 11- und 15-Jährigen in Wien, 2002–2014



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

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Betreff des Ernährungsverhaltens werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

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

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

## 4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben Ernährungsverhalten und Tabakkonsum) zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, das Risiko bestimmter Krebserkrankungen und von Demenz und trägt zu einer höheren Lebensqualität wie Lebenserwartung bei (Titze et al. 2010). Das Bewegungsverhalten wird einerseits von individuellen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Bewegungskompetenz), andererseits von der physischen Umwelt und seiner Gestaltung beeinflusst (BMLVS 2013).

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

- ▶ ein wöchentliches Ausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung und
- ▶ muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Titze et al. 2010).

Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert.

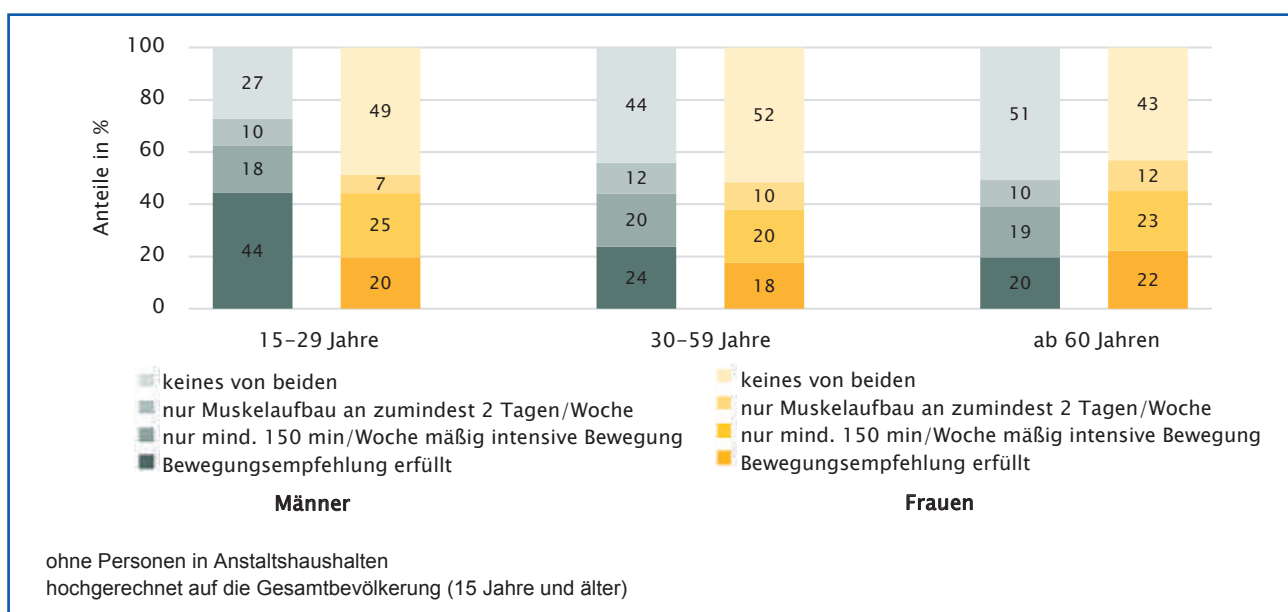
Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Punkt 1 und 2) erfüllen – laut ATHIS 2014 – 24 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 21–30 %), Burschen und Männer häufiger als Mädchen und Frauen (29 vs. 20 %). Während knapp die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer die Bewegungsempfehlungen erfüllt, sinkt der Anteil bei den ab 30-Jährigen unter ein Viertel. Bei den Frauen erfüllen in allen Altersgruppen etwa 20 Prozent das empfohlene Bewegungsausmaß (s. Abbildung 4.7).

Etwa 45 Prozent der Wiener Bevölkerung bewegen sich mindestens 150 Minuten pro Woche (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 45–60 %), Frauen seltener als Männer (42 vs. 48 %). 15- bis 29-jährige WienerInnen erfüllen den ersten Teil der Bewegungsempfehlung häufiger als Personen über 30 Jahre (53 % vs. 41–43 %).

Der zweite Teil der Bewegungsempfehlung, an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen durchzuführen, erfüllen etwa 34 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 29–39 %), Männer häufiger als Frauen (40 vs. 29 %), WienerInnen zwischen 15 und 29 Jahren öfter als WienerInnen ab 30 Jahre (40 vs. 32 %).

Abbildung 4.7:

Bewegungsverhalten der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014



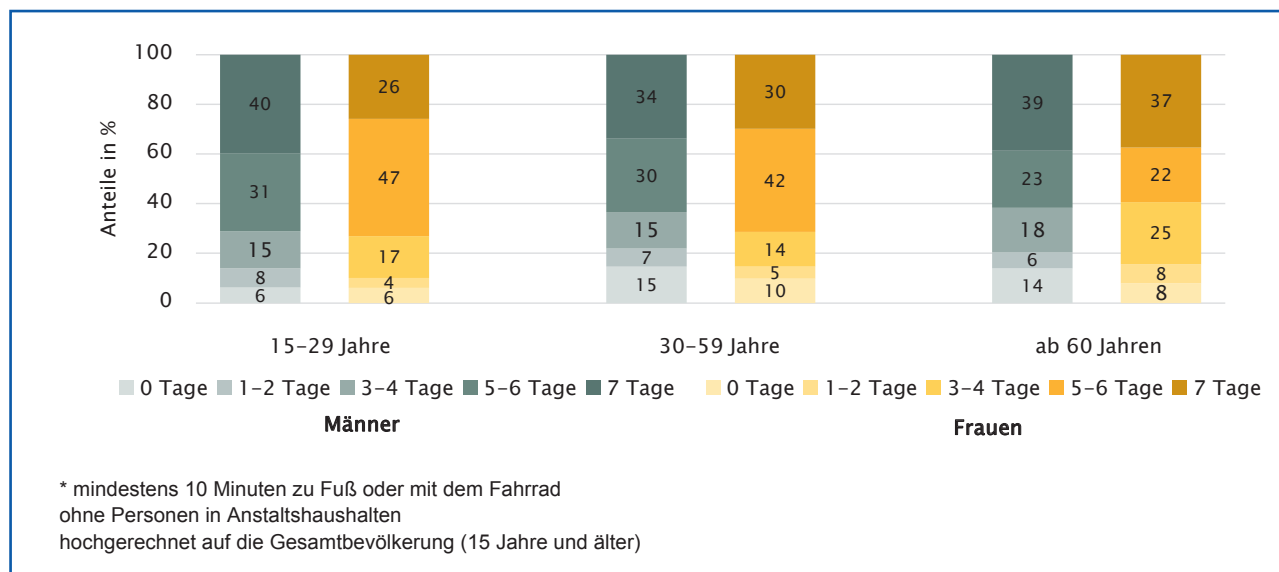
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Alltagswege von mindestens 10 Minuten (ohne Unterbrechung) legt die Wiener Bevölkerung an rund 4,8 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück, die männliche Bevölkerung ab 15 Jahren etwa genauso häufig wie Frauen (BL-Bandbreite: 3,6–4,8 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich 5 Tagen pro Woche legen WienerInnen zwischen 15 und 29 Jahren häufiger Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück als WienerInnen im Alter von 30 oder mehr Jahren (4,7–4,8 Tage pro Woche). 10 Prozent der WienerInnen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 10–25 %), 34 Prozent hingegen täglich (BL-Bandbreite: 20–34 %; s. Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:

Bewegungsverhalten im Alltag\* nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014



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

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (27 vs. 13 %). Sie legen auch häufiger Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück (an 4,9 vs. 4,0 Tagen pro Woche). Auch das Haushaltseinkommen korreliert deutlich mit der Erfüllung der Bewegungsempfehlung: WienerInnen der obersten Einkommensquintile erfüllen die Bewegungsempfehlungen mehr als doppelt so häufig wie Personen aus dem untersten Quintil (26–27 % vs. 11 %; für Männer und Frauen s. Abbildung 4.9 auf folgender Seite), Zusammenhänge, die auch für Österreich insgesamt gelten.

In Wien erfüllen Männer mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger die Bewegungsempfehlungen als Männer ohne Migrationshintergrund (34 vs. 26 %), während bei Frauen das Gegenteil der Fall ist (15 vs. 22 %), ein Effekt, der bei den Wienern mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen zu tun hat (Wiener mit Migrationshintergrund sind jünger als Wiener ohne Migrationshintergrund) und – bei den Wienerinnen – mit unterschiedlichen Rollenbildern zu tun haben könnte.

## Bewegungsverhalten von 11-, 13- und 15-Jährigen

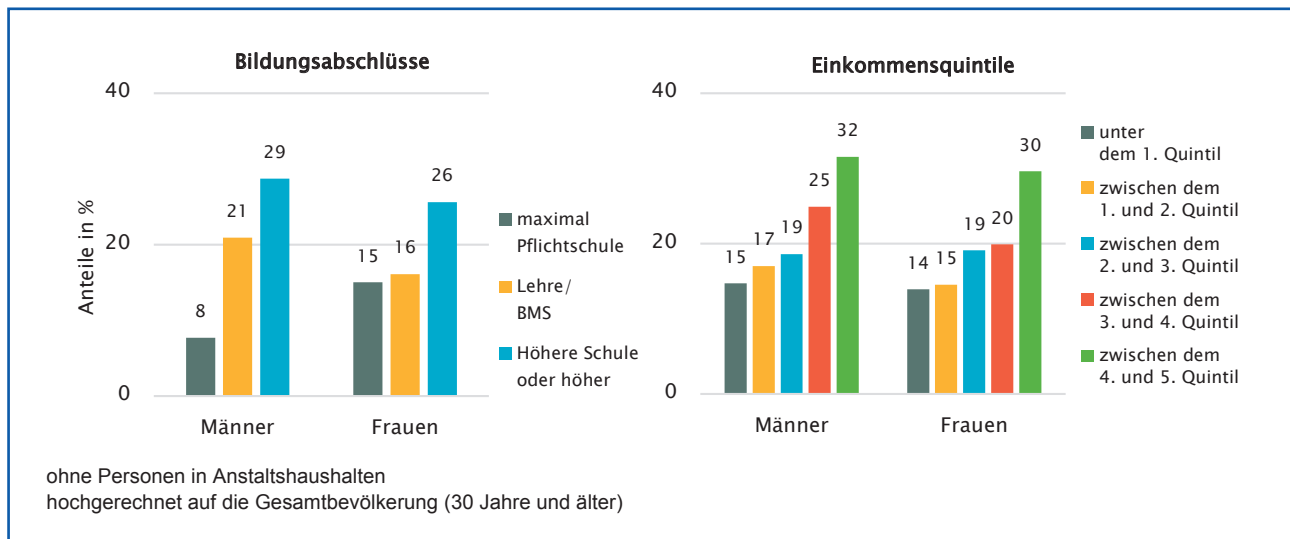
Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen können für Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (2014) Study getroffen werden. Ihr zufolge sind 11-jährige Burschen bzw. Mädchen an 4,8 bzw. 5,0 Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv, 15-jährige Burschen bzw. Mädchen an 4,7 bzw. 3,3 Tagen. Damit zeigt sich, dass das Ausmaß körperlicher Bewegung bei den Mädchen mit dem Alter abnimmt und dass es zu einem Auseinanderdriften der Geschlechter kommt (s. Abbildung 4.10).



# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 4.9:

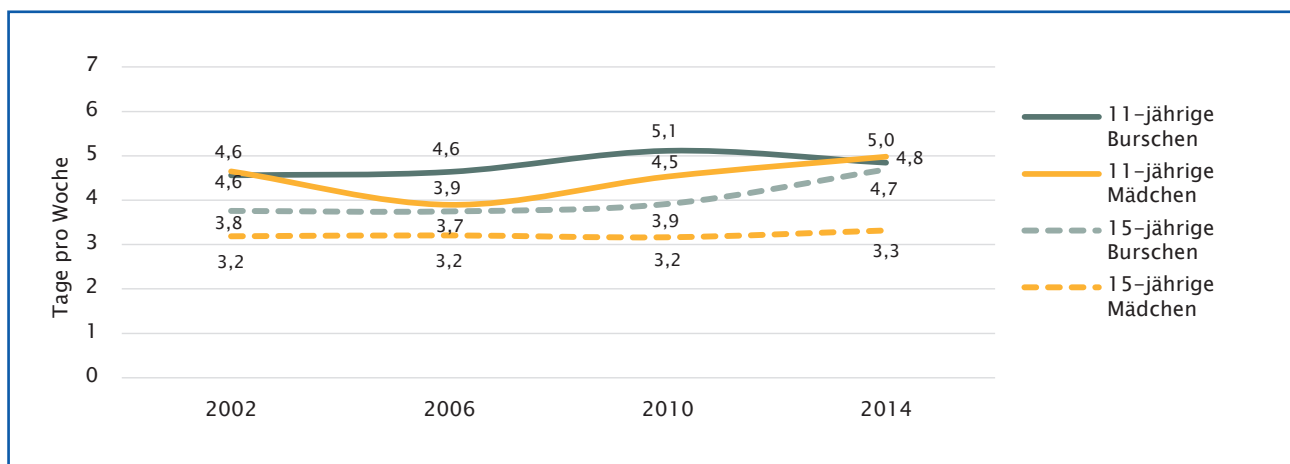
Ausmaß körperlicher Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



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

Abbildung 4.10:

Körperliche Bewegung bei 11- und 15-Jährigen in Wien, Mittelwerte, 2002–2014



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

Die Empfehlung, täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, erfüllen 36 bzw. 31 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen und – im Vergleich – nur 26 bzw. 8 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen.

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass sich das Ausmaß körperlicher Bewegung (in Wien wie in Österreich) seit 2006 erhöht hat (s. Abbildung 4.10). Dies gilt für die 11-jährigen Mädchen sowie für die 15-jährige Bevölkerung. Besonders auffällig ist der starke Anstieg bei den 15-jährigen Burschen sowie bei den 11-jährigen Mädchen.

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

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

Als *muskelkräftigende Übungen* werden Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band oder mit dem eigenen Körpergewicht (unter anderem Kniebeugen, Liegestütze) bezeichnet. (Klimont/Baldaszi 2015).

Die Ergebnisse in Hinblick auf das Bewegungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

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

### 4.3.3 Tabakkonsum

Der – aktive oder passive – Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (Robert Koch Institut 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall (s. dazu auch Punkt 3.3.1), Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma (s. ebenda) und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

33 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren rauchen – laut ATHIS 2014 – täglich (BL-Bandbreite: 21–33 %), 6 Prozent gelegentlich (BL-Bandbreite: 4–7 %). 41 Prozent der WienerInnen haben noch nie (täglich) geraucht. Seit dem ATHIS 2006/2007 hat der Anteil täglich rauchender WienerInnen um 8 Prozentpunkte zugenommen: um 3 Prozentpunkte bei den Männern (von 30 auf 33 %) und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen (von 20 auf 32 %). Ein völlig anderes Ergebnis liefert diesbezüglich das Suchtmittel-Monitoring der Stadt Wien. Es handelt sich dabei um eine kleinere Stichprobenerhebung (n = 600 vs. n = 1.700), die – bezogen auf die Jahre 2007 bis 2015 – eine Abnahme täglich rauchender WienerInnen (ab 15 Jahren) konstatiert (IFES 2015).

In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen rauchen – laut ATHIS – Frauen häufiger täglich als Männer (37 vs. 33 %), in der Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen Männer häufiger als Frauen (41 vs. 38 %; s. Abbildung 4.11).

Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei den 30- bis 59-Jährigen am höchsten (39 %), gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen (35 %). Am geringsten ist der Anteil bei den ab 60-Jährigen (16 %). Der Anteil der GelegenheitsraucherInnen nimmt mit dem Alter ab (s. Abbildung 4.11 auf folgender Seite).

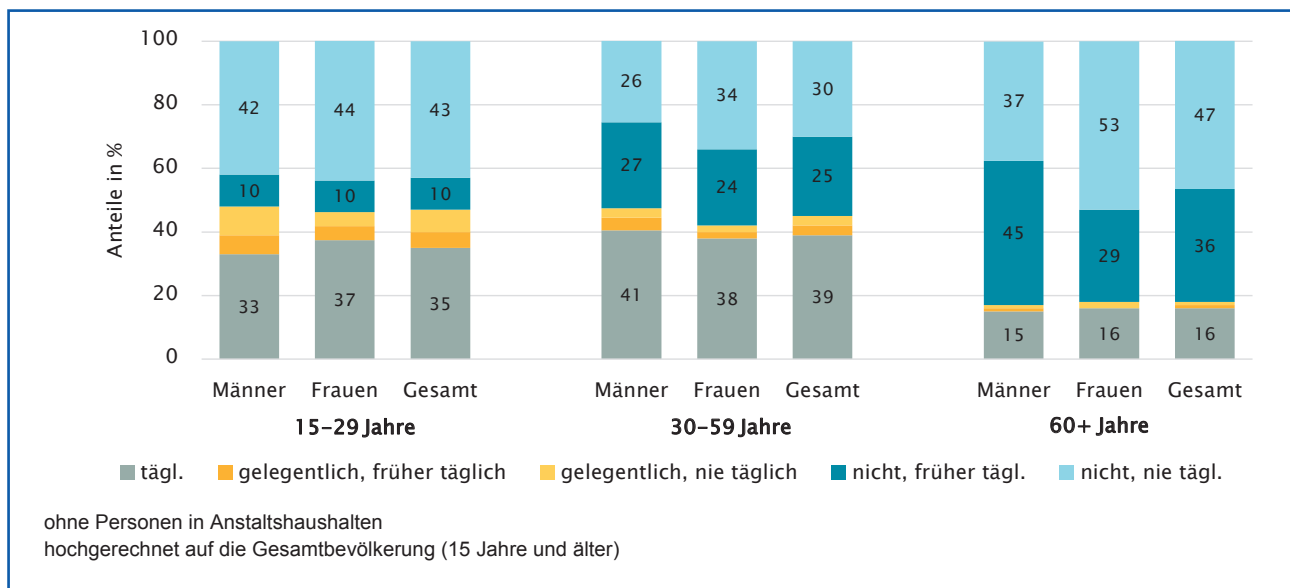
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je niedriger der formale Bildungsabschluss der WienerInnen (30 Jahre und älter), desto höher der Anteil täglich rauchender Personen. Zudem liegt der Anteil täglich rauchender WienerInnen bei Personen mit niedrigem bis mittlerem Haushaltseinkommen (30 Jahre und älter) höher als bei Personen mit einem hohem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.12), Zusammenhänge, die in ähnlicher Weise auch für Gesamtösterreich gelten.

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 4.11:

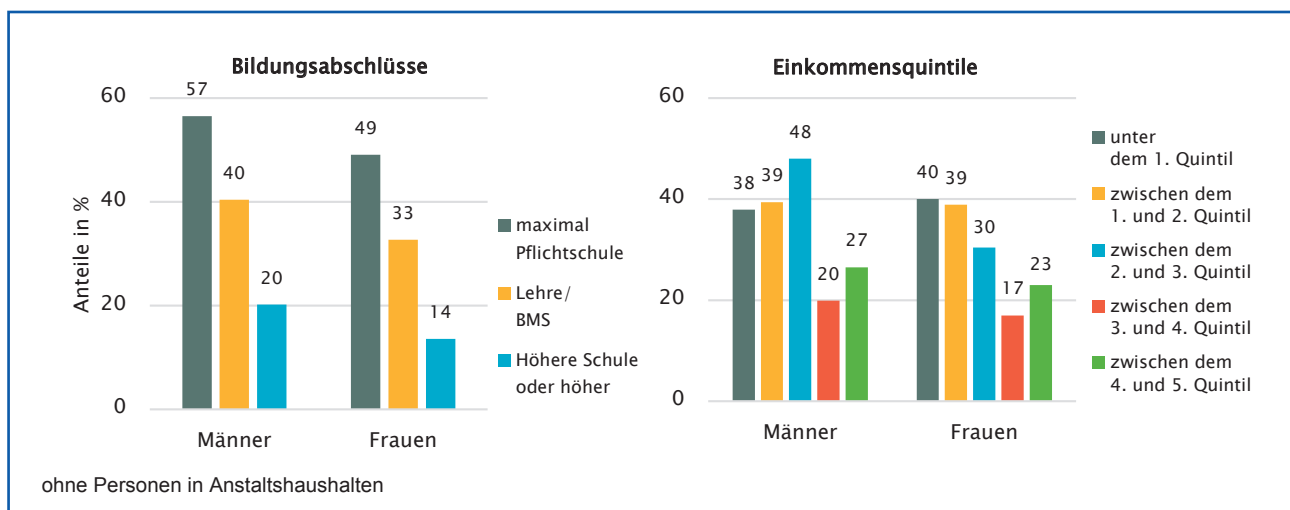
Raucherstatus der WienerInnen nach Alter und Geschlecht, 2014



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

Abbildung 4.12:

Täglich rauchende WienerInnen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



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

WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) rauchen häufiger täglich als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (40 vs. 29 %).

## Tabakkonsum von Jugendlichen

Aussagen zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen können auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (2014) Study getroffen werden. Dieser zufolge rauchen in Wien 10 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen täglich<sup>6</sup>, 6 Prozent wöchentlich und 5 Prozent seltener als einmal pro Woche. 79 Prozent der 15-Jährigen rauchen nicht. Während es bei den täglichen RaucherInnen keinen

<sup>6</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 15 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, täglich zu rauchen (Burschen: 14 %, Mädchen: 16 %) (Quelle: BMG/GÖG ESPAD 2015, Berechnungen: GÖG).

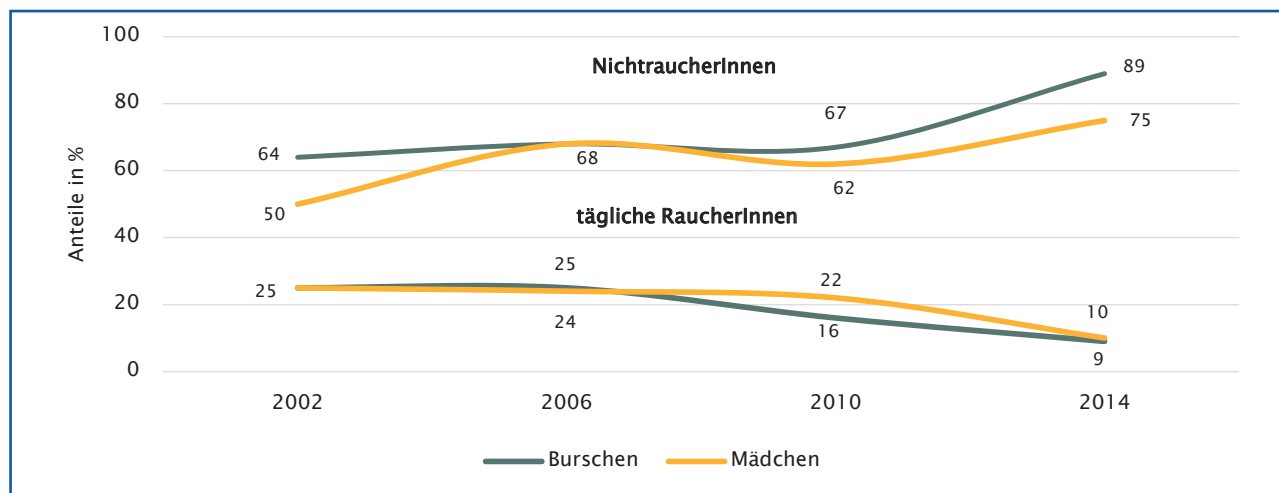
# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

signifikanten Unterschied zwischen Burschen und Mädchen gibt, greifen die 15-jährigen Mädchen häufiger wöchentlich (8 vs. 2 %) bzw. seltener als einmal pro Woche (7 vs. 0 %) zur Zigarette.

Der Anteil der täglich rauchenden Jugendlichen hat sich laut HBSC zwischen 2006 und 2014 – in Wien wie in Österreich – mehr als halbiert.<sup>7</sup> Der Anteil der nichtrauchenden ist dementsprechend gestiegen (s. Abbildung 4.13).

Abbildung 4.13:

Rauchverhalten 15-jähriger Wienerinnen und Wiener, 2002–2014



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

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Sachen Tabakkonsum und Passivrauchen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

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

### 4.3.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe gesundheitlicher Probleme führen. Zu den möglichen Folgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen des Verdauungstraktes (Feuerlein 1979; Singer et al. 2011).

6 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen trinken – laut ATHIS 2014 – täglich oder fast täglich Alkohol (BL-Bandbreite: 5–7 %), weitere 2 Prozent an 5 bis 6 Tagen pro Woche (Männer häufiger als Frauen). 25 Prozent trinken gar keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 15–25 %; s. Abbildung 4.14). Grundsätzlich kann jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. Definitionen und Daten).

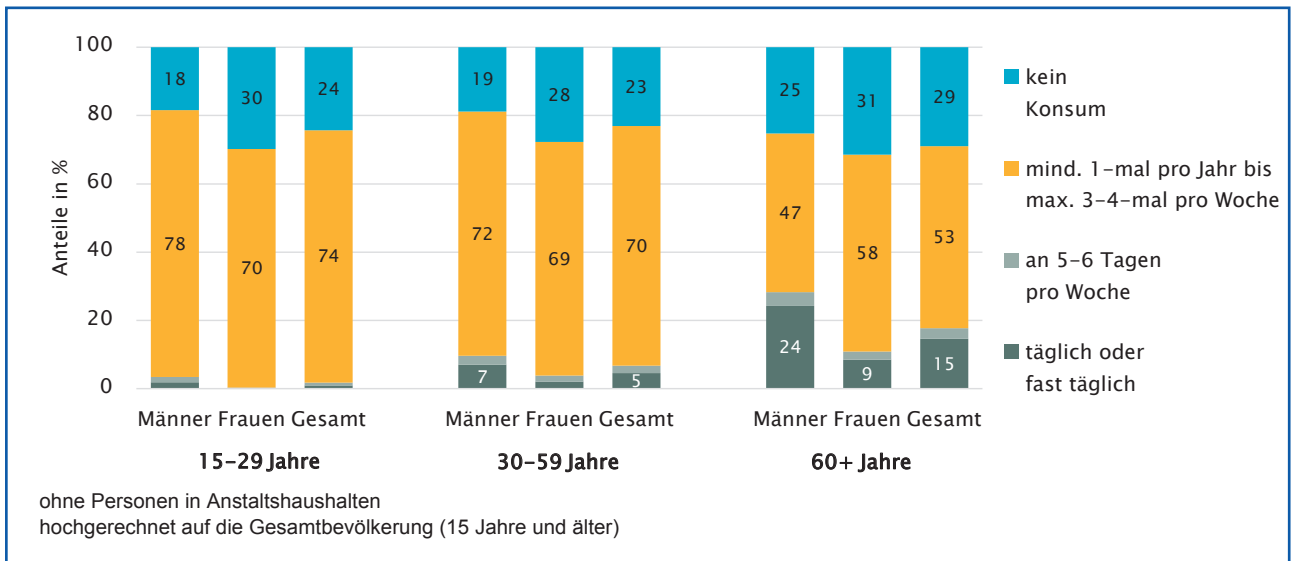
Der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden nimmt mit dem Alter deutlich zu (von 1 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 15 % bei den ab 60-Jährigen). Zugleich ist der Anteil der Alkoholabstinenten bei den ab 60-Jährigen (29 %) höher als bei den unter 60-Jährigen (23–24 %; s. Abbildung 4.14).

<sup>7</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 15 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, täglich zu Den Ergebnissen der ESPAD-Erhebungsreihe zufolge hat sich der Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen SchülerInnen Wiens zwischen den letzten beiden Erhebungszeitpunkten 2007 und 2015 ebenfalls reduziert (gesamt: 17 vs. 15 %, Burschen: 15 vs. 14 %, Mädchen: 20 vs. 16 %) (Quelle: BMG / LBISucht / ISG ESPAD 2007, Berechnungen: GÖG), allerdings nicht so stark wie in Österreich gesamt (lt. ESPAD) bzw. wie in Wien (laut den Ergebnissen der HBSC-Erhebungen).

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 4.14:

## Alkoholkonsum von Wienerinnen und Wienern nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Darstellung: GÖG

### Problematischer Alkoholkonsum

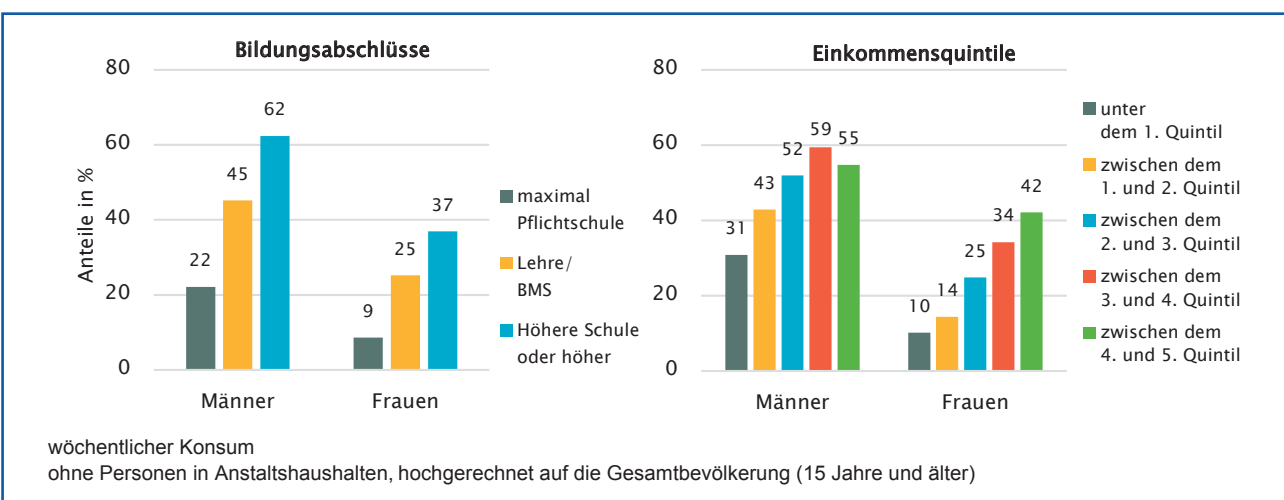
Einen problematischen Alkoholkonsum (wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern) pflegen – laut ATHIS 2014 – rund 6 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 3–6 %). Er kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen (7 vs. 4 %) und betrifft stärker die 15- bis 29-Jährigen (7 %) sowie die ab 60-Jährigen (6 %) als die Bevölkerung mittleren Alters (4 %).

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinkt seltener an 5 Tagen pro Woche oder öfter Alkohol (4 vs. 11 %) und konsumiert seltener in einem riskanten Ausmaß Alkohol (4 vs. 7 %). Zugleich ist der Anteil abstinenter WienerInnen bei Personen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (38 vs. 17 %).

Abbildung 4.15:

## Alkoholkonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Berechnung und Darstellung: GÖG

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger konsumieren WienerInnen mindestens einmal pro Woche Alkohol (unterstes Quintil: 19 %, oberstes Quintil: 49 %). Hingegen steigt bei Männern der problematische Alkoholkonsum mit sinkendem Einkommen (unterstes Quintil: 8 %, oberstes Quintil: 4 %). Mit steigender Bildung ist – in Wien wie in Österreich – ein steigender Alkoholkonsum zu erkennen (mind. wöchentlicher Konsum: Pflichtschule: 13 %, Lehre oder BMS: 35 %, Matura: 50 %). Auch der problematische Alkoholkonsum nimmt mit steigender Bildung zu (Pflichtschule: 3 %, Lehre oder BMS: 4 %, Matura: 7 %).

## Alkoholkonsum von Jugendlichen

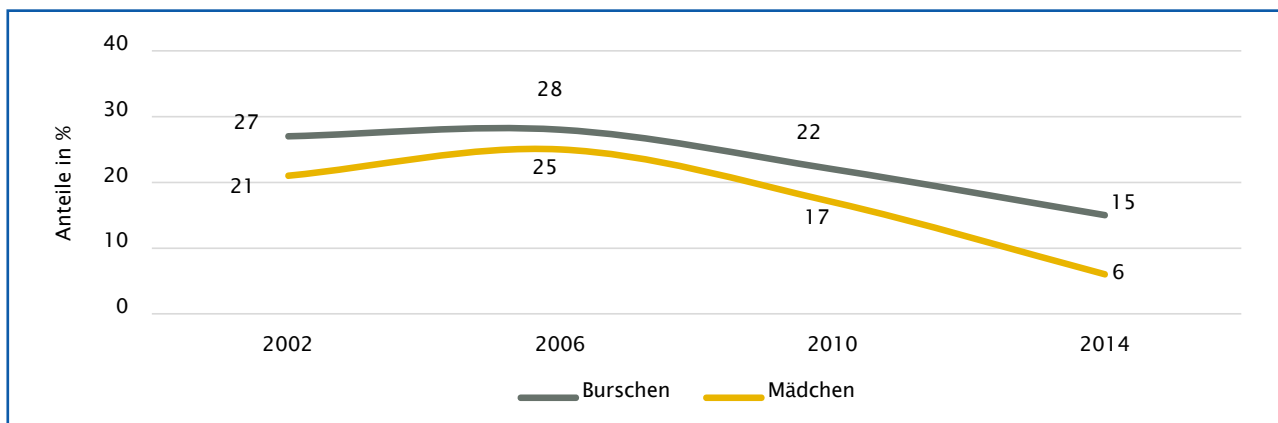
Laut HBSC-Studie tranken im Jahr 2014 rund 9 Prozent der 15-jährigen WienerInnen wöchentlich (mind. einmal pro Woche) bis täglich Alkohol. Dies gilt für Burschen häufiger als für Mädchen (15 vs. 6 %).

10 Prozent der 15-Jährigen waren in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal betrunken, 3 Prozent sogar zweimal oder öfter. Auch dies trifft auf die 15-jährigen Burschen etwas häufiger zu als auf die gleichaltrigen Mädchen (11 vs. 9 % bzw. 4 vs. 2,4 %).<sup>8</sup>

Zwischen 2006 und 2014 zeigte sich sowohl bei den 15-jährigen Mädchen als auch bei den 15-jährigen Burschen (in Wien wie in Österreich) ein abnehmender Trend im Konsum alkoholischer Getränke (s. Abbildung 4.16). Auch Trunkenheitserfahrungen haben (bezogen auf die 30 Tage vor der Befragung) seit 2010 deutlich abgenommen (bei den Burschen von 21 auf 11 %; bei den Mädchen von 21 auf 9 %).

Abbildung 4.16:

Wöchentlicher Alkoholkonsum bei 15-Jährigen in Wien, 2002–2014



Quellen: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014  
Darstellung: GÖG

### 4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Unter einem risikoreichen Drogenkonsum wird ein „wiederholter 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).

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 zentralste Rolle (Busch et al. 2015b).

In den Jahren 2012 und 2013 gab es in Wien geschätzt zwischen 12.000 und 13.000 Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum – in den meisten Fällen in Form von polytoxikomanem Konsum. Das entspricht einer rohen Rate von 1.002 bzw. 1.082 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL Bandbreite: 157/312–1.002/1.082). Wien als Österreichs einzige Metropole ist vom Drogenproblem

<sup>8</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 8 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen zu sein (Burschen: 10 %, Mädchen: 7 %).

# 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

am stärksten betroffen, da Drogenprobleme nach wie vor häufiger in Ballungszentren als in ländlichen Gebieten auftreten (Busch et al. 2015b). Der Konsum anderer Substanzen kommt im Vergleich dazu in einem deutlich geringeren Umfang vor (IFES 2015).

## Definitionen und Daten

Unter *problematischem Alkoholkonsum* wird ein wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern verstanden (wöchentliche Konsummenge durch 7 dividiert). 20 g Reinalkohol sind beispielsweise in einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Unter Expertinnen und Experten gibt es unterschiedliche Vorstellungen, ab wann der Konsum von Alkohol ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (Uhl et al. 2009, 121f.). Auch die Grenze zum „problematischen Alkoholkonsum“ wird unterschiedlich angesetzt.

Die Ergebnisse in puncto Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung (15+) werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

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

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung führen zu einer Unterschätzung des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von AlkoholikerInnen, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft (Uhl et al. 2009). Eine österreichweite Befragung bezüglich des Substanzgebrauchs in der Bevölkerung von 15 Jahren und älter im Jahr 2015, bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums durch Korrekturverfahren ausgeglichen wird, errechnet für 14 Prozent der ÖsterreicherInnen einen Konsum über der „Gefährdungsgrenze“ (Frauen durchschnittlich 40 g/Tag, Männer 60 g/Tag). Darin enthalten sind bereits die für Österreich geschätzten 5 Prozent AlkoholikerInnen (Strizek/Uhl 2016). Aufgrund zu geringer Fallzahlen gibt es bei dieser Erhebung keine Auswertung auf Bundeslandebene.

Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Datenquellen für Gesamtösterreich zeigen, dass die Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten etwa zu einem Viertel weiblich und zu drei Vierteln männlich ist. Der Anteil der unter 25-Jährigen wird für das Jahr 2015 auf nur mehr 10 Prozent geschätzt. Im Jahr 2004 waren es noch 40 Prozent, d. h. dass es inzwischen weniger EinsteigerInnen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Busch et al. 2016)

## Definitionen und Daten

Die Daten über den risikoreichen Opiatkonsum beruhen auf Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis pseudonymisierter Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und Anzeigen wegen Opioiden (ein von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung).

Die Prävalenzschätzungen auf Bundeslandebene sind mit Unschärfen behaftet und daher nur als Richtwerte zu verstehen. Für detailliertere Informationen bezüglich der einzelnen Datenquellen sei auch auf den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie auf den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b) verwiesen.

## **Kapitel 5**





# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Entsprechend dem Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abschnitt 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, jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6).

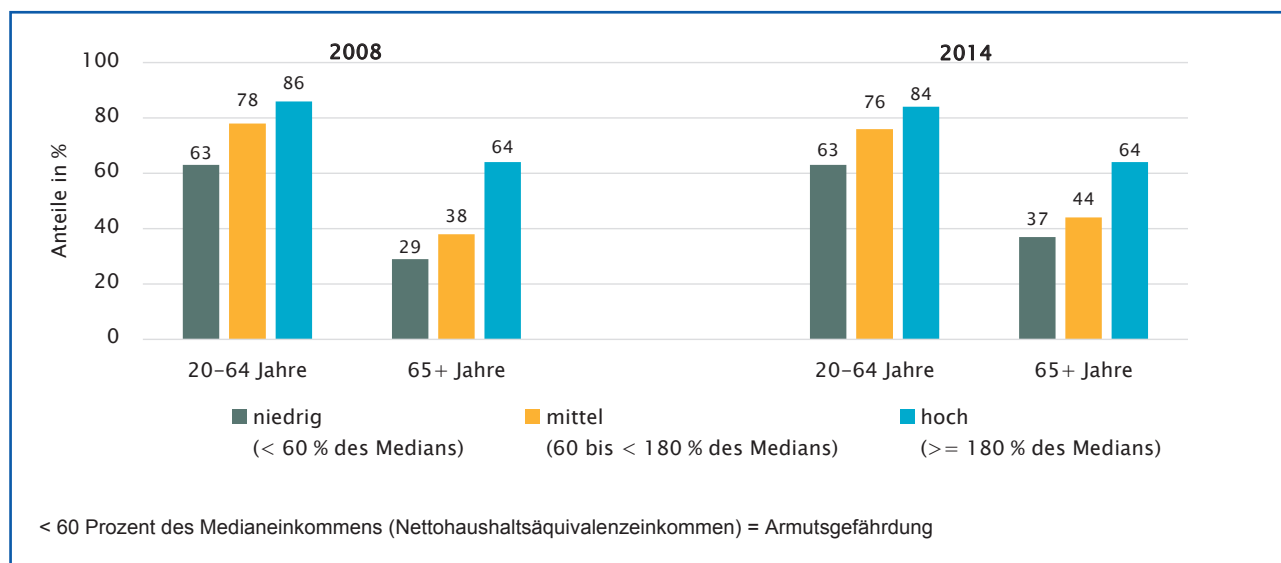
## 5.1 Materielle Lebensbedingungen

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert/Kroll 2010; Lampert et al. 2005; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht schlechte Gesundheit bzw. 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). Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit demonstriert werden. In der Altersgruppe der 20- 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 5.1). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht der Gruppe der Armutsgefährdeten (siehe unten).

Ebenso wie für den allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich auch für chronische Krankheiten ein deutlicher Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen zeigen. Im Jahr 2014 waren in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen 37 Prozent der Armutsgefährdeten, aber „nur“ 25 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe chronisch krank. In der Altersgruppe der über 64-Jährigen ist der Unterschied – auf höherem Niveau – genauso beachtlich: 61 Prozent der Armutsgefährdeten und 50 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe litten unter einer chronischen Krankheit (s. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.1:

ÖsterreicherInnen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014



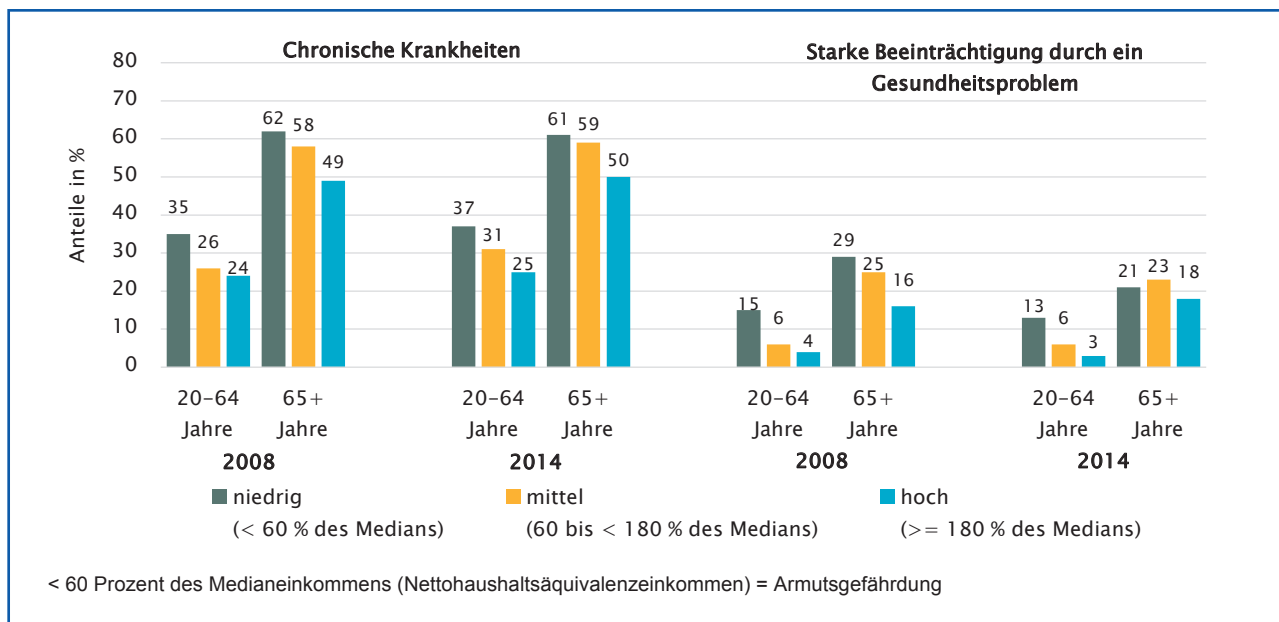
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014  
Darstellung: GÖG

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Armutsgefährdete Menschen sind in ihrem Alltag häufiger durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt als Menschen mit hohem Einkommen. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen (s. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

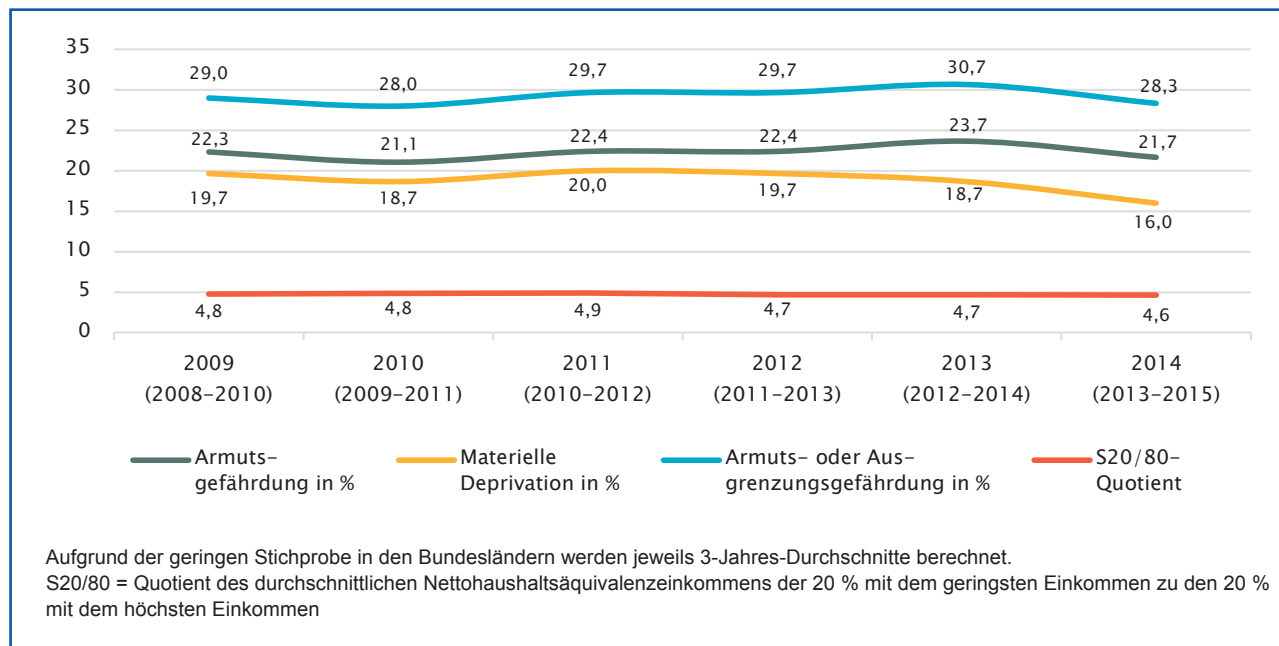
ÖsterreicherInnen mit chronischen Krankheiten und starker Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014  
Darstellung: GÖG

Abbildung 5.3:

Armutsindikatoren in Wien, 2009–2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008–2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Im Folgenden werden vier wesentliche Kennzahlen (s. Punkte 5.1.1 bis 5.1.4) für die materiellen Lebensbedingungen der Wiener Bevölkerung dargestellt:

- ▶ Armutsgefährdung
- ▶ Materielle Deprivation
- ▶ Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung
- ▶ 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

## Definitionen und Daten

Alle Indikatoren für die *materiellen Lebensbedingungen* stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von 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, ab 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor.

Erfasst werden u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, deren 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. Aufgrund der kleinen Stichprobe in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet.

### 5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2014 waren in Wien – laut EU-SILC – rund 23 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet (im 3-Jahres-Durchschnitt: 21,7 %). Das sind rund 383.000 bis 400.000 Menschen. Die Armutsgefährdung lag damit im Jahr 2014 – nach zwischenzeitlichem Anstieg – wieder in etwa auf dem Niveau von 2009. (s. Abbildung 5.3). Gäbe es keine Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen und Wohnbeihilfen), wäre in Wien ein Drittel der Bevölkerung armutsgefährdet (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014b; Statistik Austria 2015c). Zuletzt – im Jahr 2015 – lag die Armutsgefährdung auch in Wien unter 20 Prozent (Statistik Austria 2016; Tabellenband EU-SILC 2015).

Die Ergebnisse auf Bundesebene, die auch eine Differenzierung nach anderen Kriterien erlauben, zeigen für folgende Bevölkerungsgruppen eine besonders starke Armutsgefährdung (Werte des Jahres 2015):

- ▶ Ein-Eltern-Haushalte (mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren): 31 %
- ▶ Alleinlebende Frauen (ab 60 Jahren) ohne Pension: 25 %
- ▶ Mehr-Personen-Haushalte mit mindestens drei Kindern: 24 %
- ▶ Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen: 37 %
- ▶ Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen: 21 %

Der größere Teil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum. In Österreich liegt der Anteil dauerhaft Armutsgefährdeter um etwa 5 Prozentpunkte unter dem Anteil der Armutsgefährdeten insgesamt.

Im Durchschnitt der Jahre 2013–2015 war die Armutsgefährdung in Wien (trotz des Gesamtanteils von 22 %) nur bei rund 12 Prozent dauerhaft. Die im Vergleich zu den anderen Bundesländern höhere Armutsgefährdung relativiert sich also dadurch, dass sie für einen größeren Teil der Betroffenen nur vorübergehend ist. Dies könnte einerseits auf die Wirksamkeit der von der Stadt Wien angebotenen arbeits- und sozialpolitischen Maßnahmen und Projekte (Stadt Wien 2015), andererseits auch auf sozialstrukturelle Ursachen hinweisen, etwa einen hohen Anteil an lange in Ausbildung befindlichen jungen Erwachsenen, die öfter kurzfristig, aber seltener dauerhaft armutsgefährdet sind (Kenzian 2012).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Alle Personen, deren äquivalisiertes Nettohaushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als *armutsgefährdet*. Die Armutsgefährdungsschwelle ist als 60 Prozent des Medians der äquivalisierten Haushaltseinkommen (gewichtete verfügbare Haushaltseinkommen) definiert. Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle liegt im Jahr 2014 (für einen Einpersonenhaushalt) bei 1.161 Euro pro Monat. 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 all jene Personen, die vier Jahre in Folge befragt wurden und somit für jedes Erhebungsjahr Daten über Armutsgefährdung beisteuern.

### 5.1.2 Materielle Deprivation

Rund 16 Prozent der Wiener Bevölkerung (rund 283.000 Menschen) sind – laut EU-SILC – im Jahr 2014 (3-Jahres-Durchschnitt der Jahre 2013–2015) materiell depriviert (BL-Bandbreite: 6–16 %) (Statistik Austria 2015c, 72). Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich die materielle Deprivation in Wien um etwa 4 Prozentpunkte verringert (s. Abbildung 5.3).

## Definitionen und Daten

*Materielle Deprivation* bezeichnet Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnisse finanziell nicht leisten können: Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen (1), unerwartete Ausgaben von 1.100 Euro tätigen (2), Wohnung angemessen warm halten (3), jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare 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 depriviert* sind Haushalte, die sich vier dieser neun Grundbedürfnisse nicht leisten können.

### 5.1.3 Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über der Armutsgefährdung, weil sie auch Personen einschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind. Etwa 28 Prozent der Wiener Bevölkerung sind im Jahr 2014 (3-Jahres-Durchschnitt der Jahre 2013–2015) – laut EU-SILC – armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (BL-Bandbreite: 15–28 %), etwa so viele wie in den Jahren 2009/2010 (s. Abbildung 5.3) (Statistik Austria 2014b; Statistik Austria 2015c).

## Definitionen und Daten

Alle Personen, die entweder armutsgefährdet sind, in einem Haushalt ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität wohnen oder unter *erheblicher materieller Deprivation* leiden, gelten als ausgrenzungsgefährdet.

### 5.1.4 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Das 20/80-Verhältnis der Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit) wird als Quotient angegeben. Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen würde der Quotient 1 betragen. In Wien betrug der Wert im Jahr 2014 (resp. im Durchschnitt der Jahre 2013–2015) 4,6. Das bedeutet, dass in Wien das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent (BL-Bandbreite: 3,4–4,6). Im Zeitverlauf seit 2009 war der Indikator sehr konstant, im Jahr 2011 war er am höchsten und sinkt seither wieder leicht (s. Abbildung 5.3).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Der Indikator *20/80-Verhältnis der Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen* ist, neben dem GINI-Koeffizienten, ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) zum 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) einschließt und auf die im Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird.

## 5.2 (Aus-)Bildung

Bildung wird als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit erachtet, insbesondere weil Bildung für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von Bedeutung ist. Sie beeinflusst etwa die beruflichen Möglichkeiten und Einkommenschancen, die Gesundheitskompetenz sowie verhaltens- und gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (Pelikan et al. 2012; Pelikan et al. 2013; Richter 2009; Röthlin et al. 2013).

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Richter 2009) als auch für Österreich vielfach belegt (Klimont et al. 2008)<sup>9</sup>. Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (s. Punkt 6.8.1) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung (s. Abschnitt 3.1).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand dreier Indikatoren abgebildet:

- ▶ Bildungsniveau
- ▶ Bildungsmobilität
- ▶ Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen

### 5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2014 waren 24 Prozent der WienerInnen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) AkademikerInnen (BL-Bandbreite: 11–24 %), ebenso viele haben maximal einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite: 14–24 %). Eine Matura oder einen höheren Abschluss können 43 Prozent der WienerInnen vorweisen (BL-Bandbreite: 25–43 %). 33 Prozent haben einen Lehr- oder BMS-Abschluss (s. Tabelle 5.1).

Langfristig gesehen, ist das Bildungsniveau der österreichischen und auch der Wiener Bevölkerung deutlich gestiegen, wenngleich sich innerhalb der letzten Jahre Anzeichen einer Stagnation zeigen. Seit 2008 hat sich der Akademikeranteil in Wien von 20 auf 24 Prozent erhöht; der Anteil derjenigen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, ist ebenfalls leicht gestiegen (von 22 auf 24 %<sup>10</sup>). Diesbezüglich gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Großstädte und Metropolen meist eine polarisierte Bildungsstruktur aufweisen: hoher Akademikeranteil sowie hoher Anteil an Personen mit maximal Pflichtschulabschluss. Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er-Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor einen wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Grad (26 vs. 23 %), weisen jedoch auch etwas häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf (25 vs. 23 %; s. Tabelle 5.1), in Wien wie in Österreich.

<sup>9</sup> Eine zusammenfassende Darstellung für Wien findet sich in Kapitel 7.

<sup>10</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html); abgefragt am 18. 3. 2016

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Tabelle 5.1:

Bildungsstand der WienerInnen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014

Bildungsstand	absolut Gesamt	Anteile in %		
		Gesamt	Männer	Frauen
Pflichtschule	244.385	24,1	22,6	25,4
Lehre	228.885	22,5	27,5	17,7
Berufsbildende mittlere Schule	105.341	10,4	8,2	12,5
Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	179.833	17,7	18,0	17,4
Kolleg	10.153	1,0	0,7	1,3
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	247.272	24,3	22,9	25,7

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2014  
Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die Daten hinsichtlich des *Bildungsniveaus* stammen aus dem Bildungsstandregister. Es wird von Statistik Austria geführt.

### 5.2.2 Bildungsmobilität

Die Bildungsmobilität beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Eltern und jenen ihrer Kinder (je größer die Übereinstimmung, desto geringer die Bildungsmobilität). Sie kann in Österreich nur auf Bundesebene abgebildet werden. Die AES-Erhebung 2011/2012 zeigte, dass 57 Prozent der 25- bis 64-Jährigen, die zumindest einen akademischen Elternteil haben, ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss erreichen. Wenn beide Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, schaffen lediglich 5 Prozent einen tertiären Bildungsabschluss.

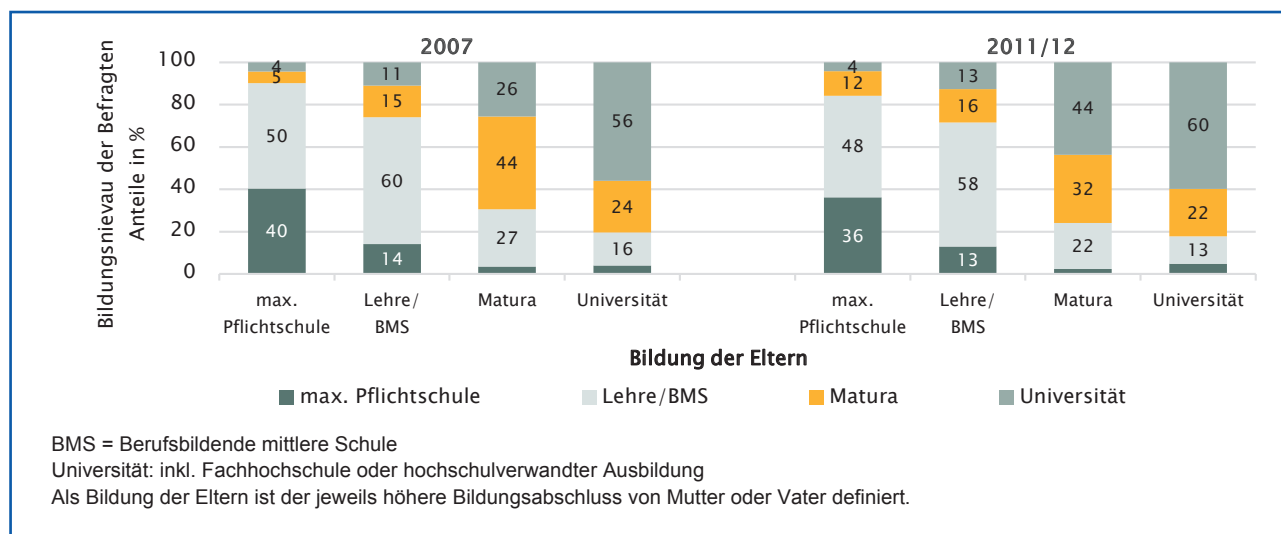
Für den unteren Bildungsbereich sind die Daten ebenfalls deutlich: 28 Prozent der Kinder, deren elterlicher Bildungsabschluss nicht über die Pflichtschule hinausgeht, bleiben ebenfalls auf diesem Bildungsniveau, während nur 4 Prozent der Kinder mit einem akademischen Elternteil über einen Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen. Die Bildungsmobilität ist in Österreich also niedrig. Je geringer die Bildung der Eltern, desto geringer sind die Chancen auf eine akademische Ausbildung der Kinder – und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Gefahr, auf einem niedrigen Ausbildungsniveau zu bleiben.

Ein Vergleich nach Geschlecht zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer, deren Eltern maximal Pflichtschulabschluss haben, bleiben auf Pflichtschulniveau (s. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 5.4:

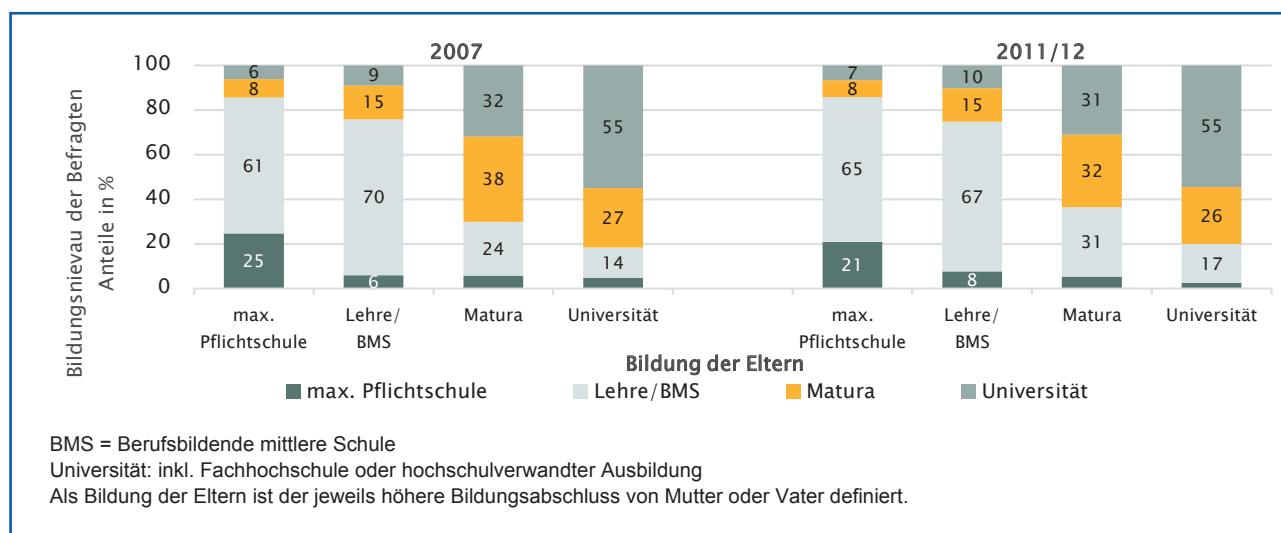
Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012



Quelle: AES 2007 und 2011/2012  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.5:

Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012



Quelle: AES 2007 und 2011/2012  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die *Bildungsmobilität* wird im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey / AES) ermittelt (Statistik Austria 2013a), die alle fünf Jahre durchgeführt wird, bisher zweimal stattfand (2007 und 2011/12) und 2016/2017 zum dritten Mal durchgeführt wird.

Die AES-Befragung stellt eine Personenerhebung der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-face-Interviews durchgeführt. Die letzte Erhebung in Österreich umfasste die Daten von 5.754 Personen.

### 5.2.3 Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen

Auskunft über frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen liefert die Eurostat-Datenbank. Im Jahr 2014 verfügten 9 Prozent der 18- bis 24-jährigen WienerInnen über keinen weiterführenden



# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und stehen nicht in Ausbildung (BL-Bandbreite: 2014: 6–9 %<sup>11</sup>). Dies betrifft 18- bis 24-jährige Wiener häufiger als gleichaltrige Wienerinnen (10 vs. 8 %). Für die Jahre 2005 bis 2014 ist kein eindeutiger Trend ersichtlich.

## Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder AusbildungsabgängerInnen* zählen „18- bis 24-jährige Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss), 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). Der Anteil *frühzeitiger SchulabgängerInnen* ist ein Leitindikator der Strategie „Europa 2020“; bis zum Jahr 2020 soll dieser Anteil unter 10 Prozent sinken. Die Rate der frühzeitigen SchulabgängerInnen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt (Statistik Austria 2015b).

### 5.2.4 Schulklima

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).

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). Je besser das Schulklima ist, desto besser sind auch die Ergebnisse bei den untersuchten Endpunkten (Ramelow et al. 2013).

Wiens SchülerInnen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 71 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse). Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab (von 76 Punkten bei den 11-Jährigen auf 69 bzw. 68 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen). Das Schulklima hat sich zwischen 2010 und 2014 (in Wien wie in Österreich) für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen verbessert. Insgesamt stieg die Einschätzung des Schulklimas von 65 auf 71 Punkte.

## Definitionen und Daten

Aussagen zum *Schulklima* werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 verglichen (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den Schüler-Schüler- sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu haben. Die Daten beziehen sich auf SchülerInnen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

## 5.3 Arbeit und Beschäftigung

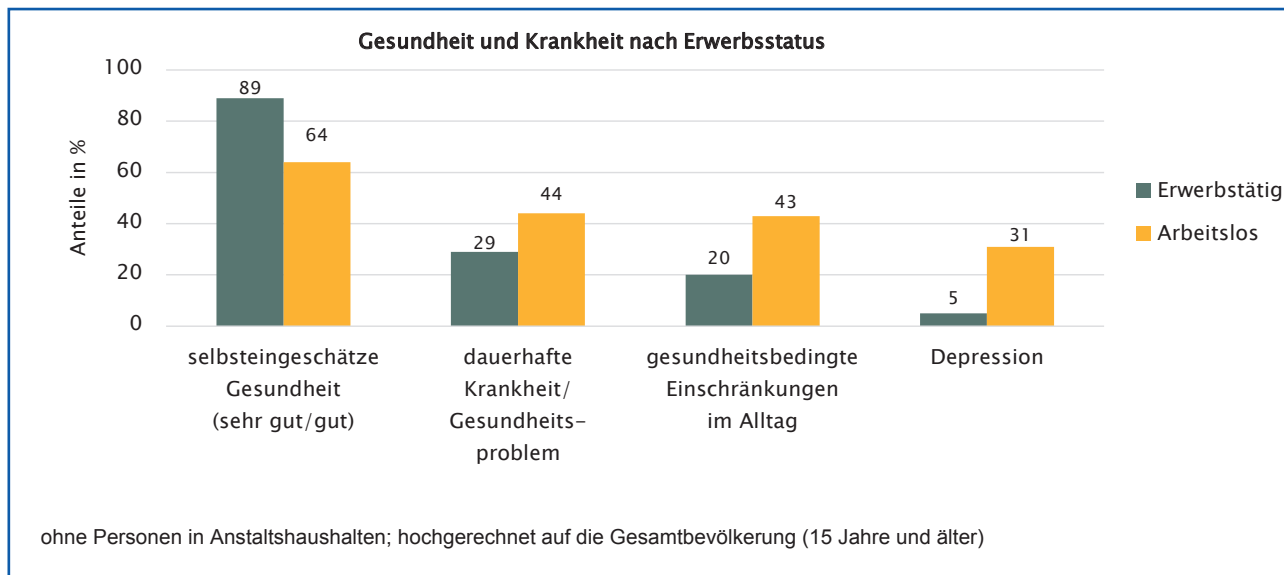
Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen und strukturiert den Tag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch Institut 2015). Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Punkt 5.3.4). Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und der Dauer der Arbeitslosigkeit 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

<sup>11</sup> Die vorliegende Bundesländerbandbreite ist nicht vollständig, da die Eurostat-Datenbank für zwei Bundesländer keine Angaben enthält.

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

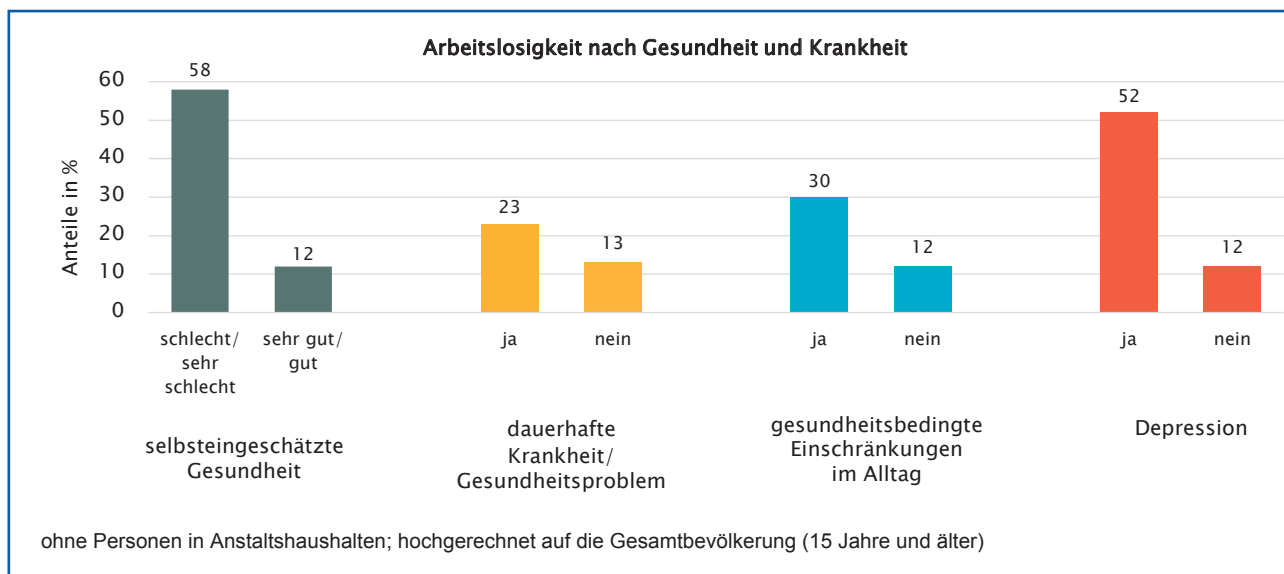
(Robert Koch Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (mit Bezug auf Wien s. Abbildung 5.6): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen einer höhere Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu sein (Robert Koch Institut 2015).

Abbildung 5.6:  
Gesundheits- und Krankheitsindikatoren nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), Wien 2014



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

Abbildung 5.7:  
Arbeitslosigkeit nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, Wien 2014



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

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## 5.3.1 Erwerbstätigkeit

### 5.3.1.1 Erwerbsstatus

Im Jahr 2014 lebten in Wien – laut Arbeitskräfteerhebung – rund 868.000 Erwerbspersonen, das entspricht einer Erwerbsquote von 72 Prozent (BL-Bandbreite: 72–78 %). Tatsächlich erwerbstätig waren im selben Jahr rund 779.000 Personen (davon sind 49 % weiblich und 51 % männlich), d. h. rund 65 Prozent (BL-Bandbreite: 65–75 %; s. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Wiener Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept), 2014

Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Wien 2014	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre)	1.204.200	591.400	612.800
Erwerbspersonen im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	868.200	449.200	419.000
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung) in %	72,1 %	75,9 %	68,4 %
Erwerbstätige Personen (15–64 Jahre)	778.900	398.300	380.600
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen) in %	64,7 %	67,4 %	62,1 %
Teilzeitbeschäftigte	230.000	70.200	159.800
Teilzeitquote in %	29,0 %	9,8 %	45,8 %
Arbeitslose 15–64 Jahre (nach ILO)	89.500	51.100	38.400
Arbeitslosenquote (nach ILO) in %	10,2 %	11,2 %	9,1 %

hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter; ILO = International Labour Organization

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014  
Darstellung: GÖG

Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatus-Indikatoren ist für Wiener in Abbildung 5.8 und für Wienerinnen in Abbildung 5.9 dargestellt.

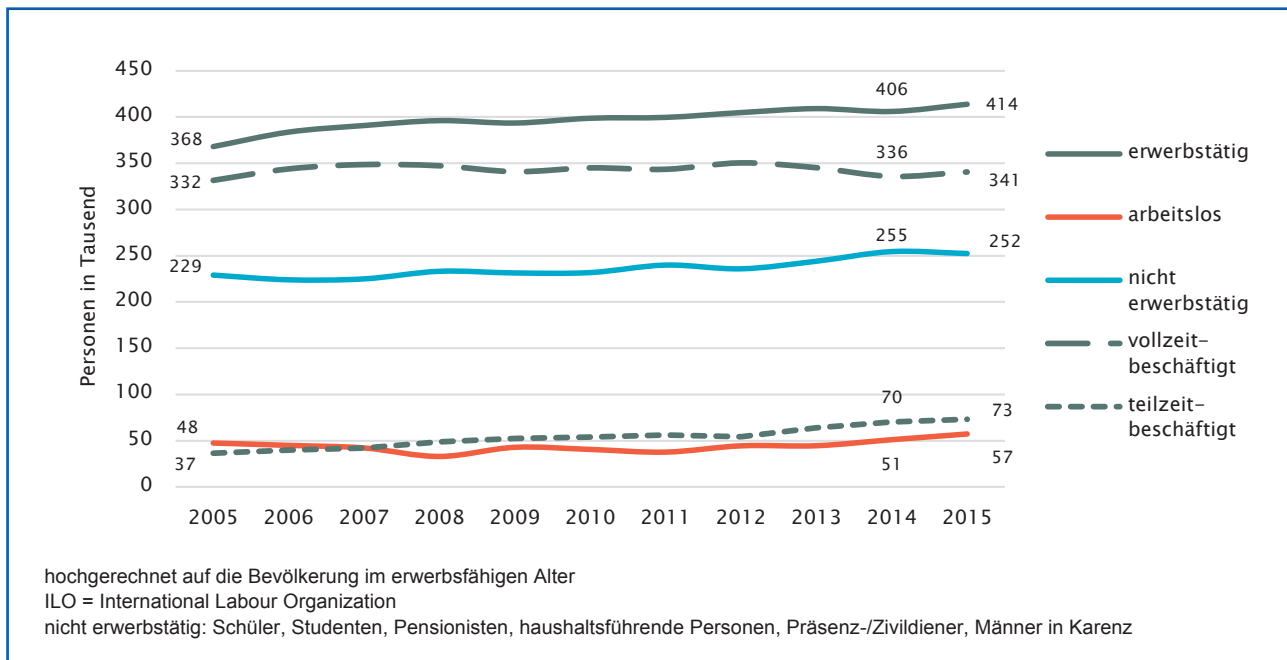
Auffällig ist, dass

- ▶ die Anzahl der erwerbstätigen Frauen und Männer ähnlich gestiegen ist (14 bzw. 10 %);
- ▶ nach wie vor ein geringer Anteil der Männer (wie in ganz Österreich) teilzeitbeschäftigt ist (9 %, BL-Bandbreite: 7–17 %), die Anzahl allerdings zwischen 2005 und 2014 um rund 92 Prozent gestiegen ist;
- ▶ die Anzahl teilzeitbeschäftigter Frauen (wie in ganz Österreich) weiter gestiegen ist (um ca. 41 %) und die Teilzeitquote von Frauen im Jahr 2014 bei 46 Prozent (BL-Bandbreite: 41–52 %) liegt (s. dazu auch Punkt 5.3.1.2).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 5.8:

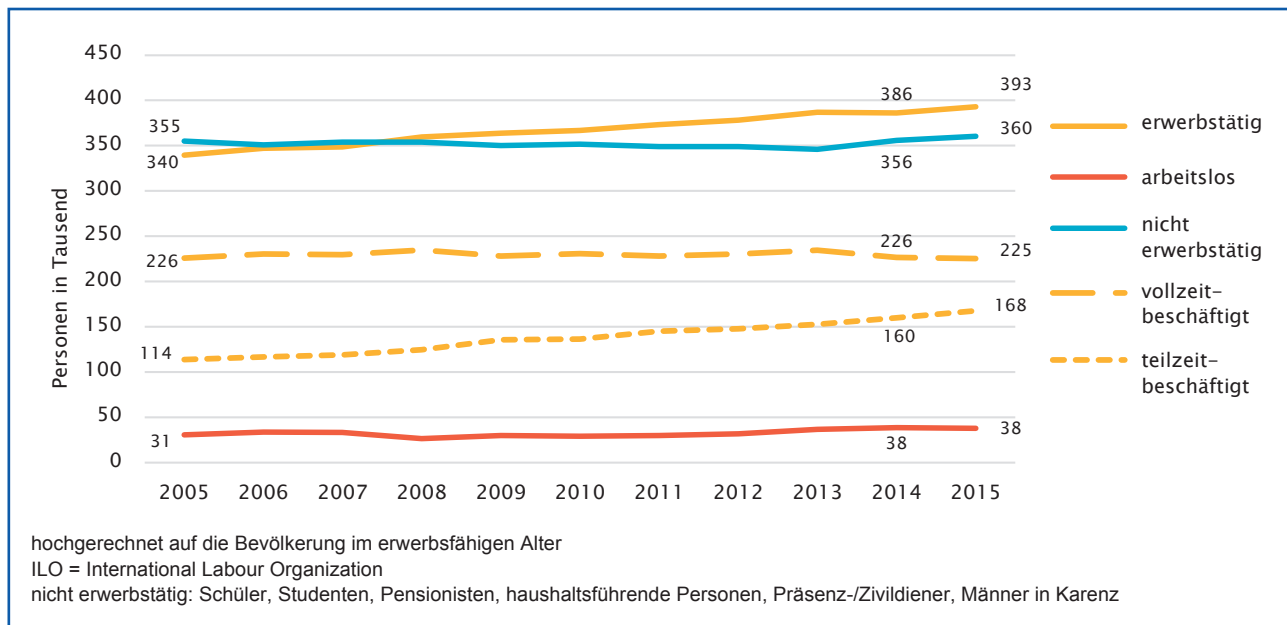
Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Männer nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015  
Darstellung: GÖG

Abbildung 5.9:

Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015  
Darstellung: GÖG

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Die Zahl der *Erwerbspersonen* ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen und bezeichnet also alle Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben.

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 gearbeitet haben.

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 Arbeitskräfte-Erhebung eine Teilzeiterwerbstätigkeit angeben, an allen Erwerbstätigen.

Als *arbeitslos* gelten nach dem ILO-Konzept jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren (in Österreich zw. 15 und 64), auf die folgende Kriterien zutreffen:

- ▶ sie sind nicht erwerbstätig im Sinne der ILO

UND

- ▶ sie könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und der drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht

ODER

- ▶ sie haben bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.

Aussagen zur Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen von Statistik Austria getroffen (Statistik Austria 2015b).

### 5.3.1.2 Atypische Beschäftigung

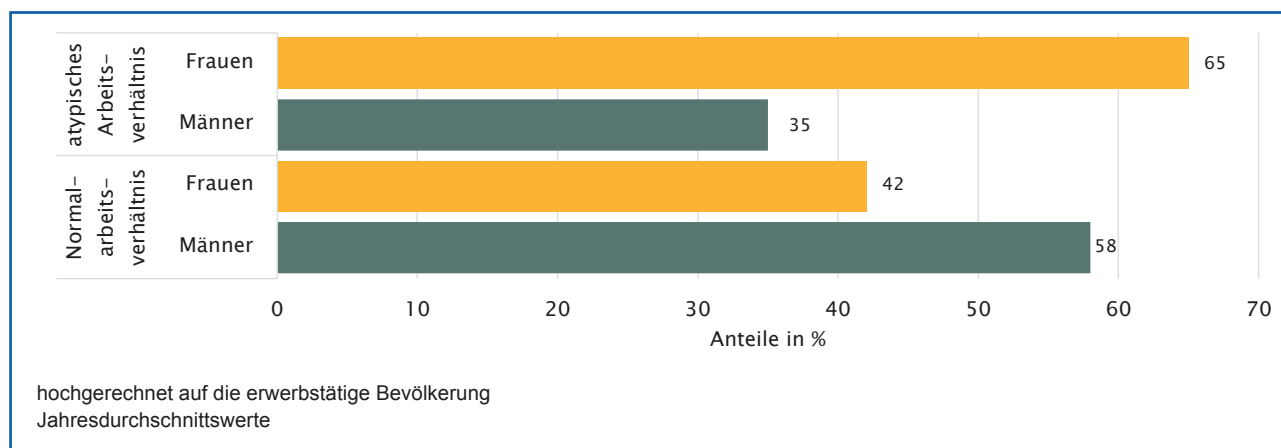
Zu atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigenden Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigendem Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hindurch frei von Beschwerden zu überstehen (Eichmann/Saupe 2014, 36, 179).

Die Entwicklung atypischer Beschäftigungsverhältnisse ist ein österreich- bzw. europaweites Phänomen. Rund 36 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen haben im Jahr 2014 – laut Arbeitskräfteerhebung – ein dementsprechendes Beschäftigungsverhältnis (BL-Bandbreite: 28–36 %). Wie auch in ganz Österreich arbeiten vorwiegend Frauen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen; bei Wienerinnen liegt der Anteil bei 65 Prozent (s. Abbildung 5.10).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 5.10:

Atypische Beschäftigungsverhältnisse der Wiener Erwerbsbevölkerung nach Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Es zeigt sich, dass in Österreich erwerbstätige Personen mit Migrationshintergrund häufiger atypisch beschäftigt sind als Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund (38 vs. 32 %). Darüber hinaus sind Erwerbspersonen mit geringer (maximal Pflichtschulabschluss) sowie mit höherer Bildung (Matura und höher) häufiger von einem atypischen Beschäftigungsverhältnis betroffen als Erwerbstätige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (36 bzw. 37 % vs. 30 %) (Statistik Austria 2015b).

## Definitionen und Daten

*Atypische Beschäftigte:* Unselbständig Erwerbstätige, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 2 Stunden/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 Statistik Austria jährlich im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erhoben (Statistik Austria 2015b).

### 5.3.1.3 Arbeitslosigkeit

In ganz Österreich ist die Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit gestiegen. Im Jahr 2014 lag die Arbeitslosigkeit in Wien – laut AMS-Statistik – bei 11,6 Prozent<sup>12</sup> (BL-Bandbreite: 5,7–11,6 %). Insgesamt waren 104.400 Menschen arbeitslos (rund 61.700 Männer und 42.700 Frauen). Die Arbeitslosenquote (ALQ) von Männern liegt bei 13,2 Prozent (BL-Bandbreite: 5,9–13,2 %), jene von Frauen bei 9,8 Prozent (BL-Bandbreite: 5,1–9,9 %).

Die Arbeitslosigkeit ist in Wien wie auch österreichweit zwischen 2008 und 2014 deutlich gestiegen (von 7,8 auf 11,6 %). Das bedeutet ein Mehr an Arbeitslosen von rund 26.700 Personen.

Von Arbeitslosigkeit sind verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark betroffen. Besonders häufig sind BerufseinsteigerInnen und ältere ArbeitnehmerInnen ohne Job. Für die unter 25-Jährigen liegt die Arbeitslosenquote bei 13,6 Prozent (bei Männern etwas höher als bei Frauen) und für ab 50-Jährige bei 11,8 Prozent (wiederum bei Männern höher als bei Frauen).

## Arbeitslosigkeit nach Bildung und Migrationshintergrund

Die ALQ von Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt in Wien bei 16,3 Prozent; für die über 50-Jährigen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt sie sogar bei 18,5 Prozent. Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen Anstieg

<sup>12</sup> Das ist etwas höher als gemäß der internationalen Berechnungsmethode nach dem ILO-Konzept, nach der die Quote im Jahr 2014 bei 10,2 % lag (s. Punkt 5.3.1.1).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

von 7,3 auf 10,0 Prozent (2008–2014; +2,7 %), bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft von 10,5 auf 16,3 Prozent (+5,8 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (ALQ = 35,6 %) als Personen mit weiterführender Bildung (Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 9,5 %, Matura oder höher: 4,5 %).

## Langzeitbeschäftigungslosigkeit

In Österreich ist seit 2008 eine steigende Anzahl von Personen von Langzeitbeschäftigungslosigkeit betroffen. In Wien sind von den arbeitslos gemeldeten Personen rund 33 Prozent (das sind 34.090) mehr als 365 Tage arbeitslos (= langzeitbeschäftigungslos) (BL-Bandbreite: 12–33 %). Die Anzahl der Langzeitbeschäftigungslosen ist in Wien zwischen 2008 und 2014 um mehr als das Doppelte gestiegen (von 21 auf 33 %).

## Definitionen und Daten

*Arbeitslose:* Zum Monatsende 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. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der 12 Monatsendbestände ausgewiesen.

*Arbeitslosenquote (ALQ, nationale Definition):* Prozentanteil der Arbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial.

*Langzeitbeschäftigungslose* sind Personen, die zum Stichtag eine AMS-Geschäftsfall-Dauer von mehr als 365 Tagen haben. Als Geschäftsfall-Dauer werden die Dauern einzelner Vormerkepisoden (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße, arbeitslos, lehrstellensuchend, in Schulung, BezieherIn eines Fachkräftestipendiums, Schulung, Reha mit Umschulungsgeld) addiert.

Als Quelle wurden die Arbeitslosenstatistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Tools *AMS online* und *BALI* gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofil-Berichte des AMS für Auswertungen herangezogen.

## Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gehören zu jener Bevölkerungsgruppe, die am Arbeitsmarkt erschwerten Bedingungen ausgesetzt ist. Unter den arbeitslosen Personen gab es im Jahr 2014 in Wien – laut AMS-Statistik – 14.200 Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (62 % davon Männer). Sie machen 14 Prozent aller Arbeitslosen aus (BL-Bandbreite: 14–25 %).

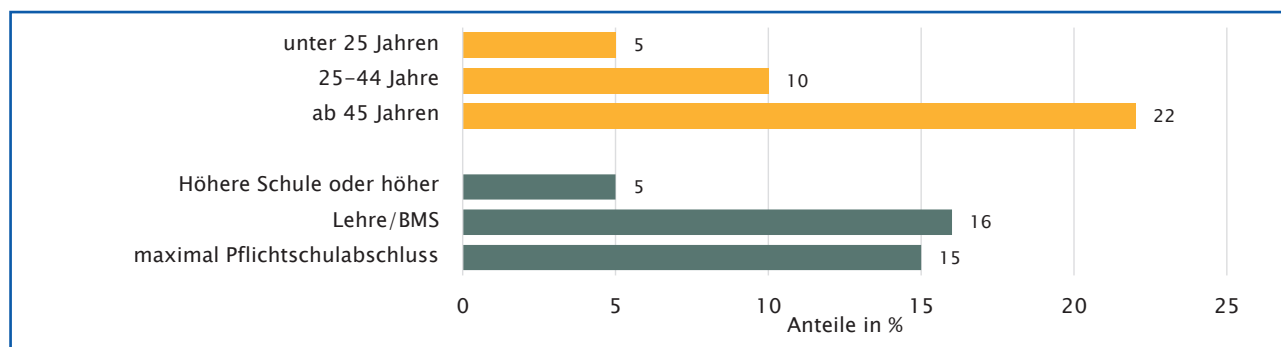
Der Anteil der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitslosen) steigt – in Wien wie in Österreich – mit zunehmendem Alter (s. Abbildung 5.11).

Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang besteht auch mit der formalen Bildung. So haben rund 15 Prozent der arbeitssuchenden Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, hingegen aber „nur“ 5 Prozent der Arbeitslosen mit einer höheren Ausbildung gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (s. Abbildung 5.11).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Abbildung 5.11:

Anteil Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitsuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Wien 2014

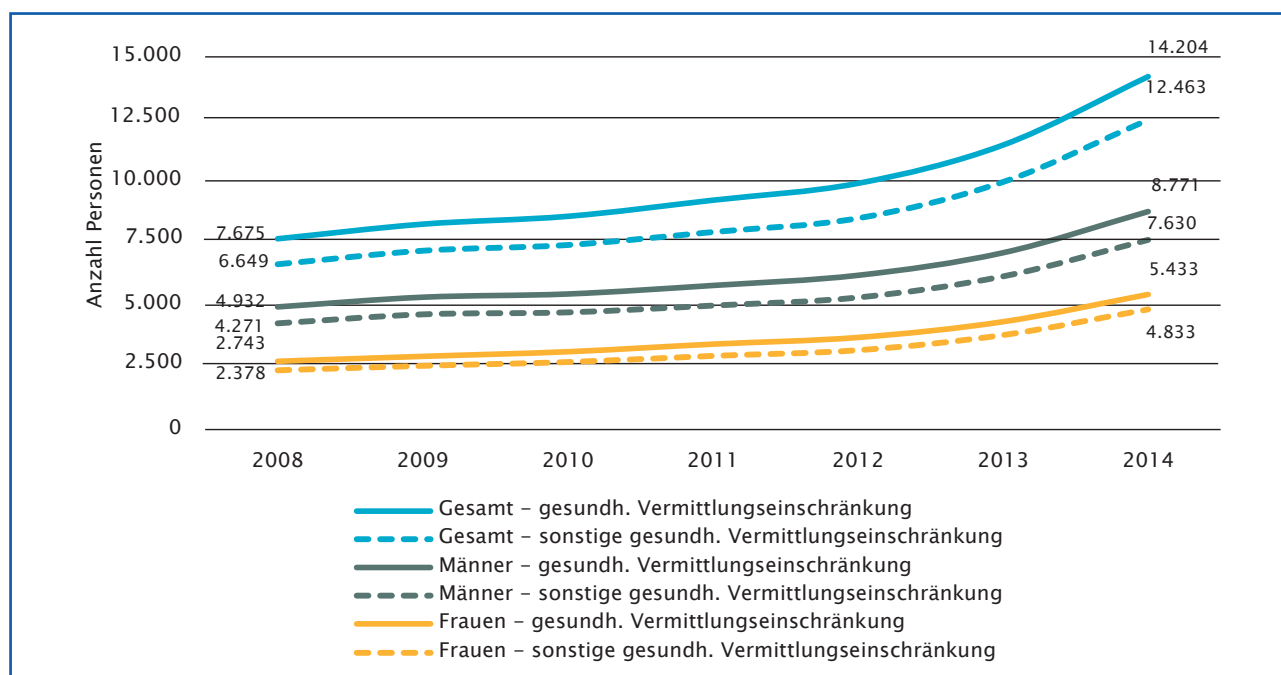


Quelle: AMS Sonderauswertung – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2008 bis 2014 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen – wie in Österreich insgesamt – deutlich gestiegen (um 85 % von 7.680 auf 14.200 Personen; s. Abbildung 5.12). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ergibt dies einen Zuwachs um 4 Prozentpunkte.<sup>13</sup> 12 Prozent der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Menschen mit Behinderungen, also begünstigt nach Behinderteneinstellungsgesetz u./o. OFG, nach Landesbehindertengesetzen, oder sind Personen mit einem Behindertenpass.

Abbildung 5.12:

WienerInnen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008–2014



Quelle: AMS Online – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)  
Berechnung und Darstellung: GÖG

<sup>13</sup> Im Jahr 2008 lag der Anteil bei 10 Prozent.



# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

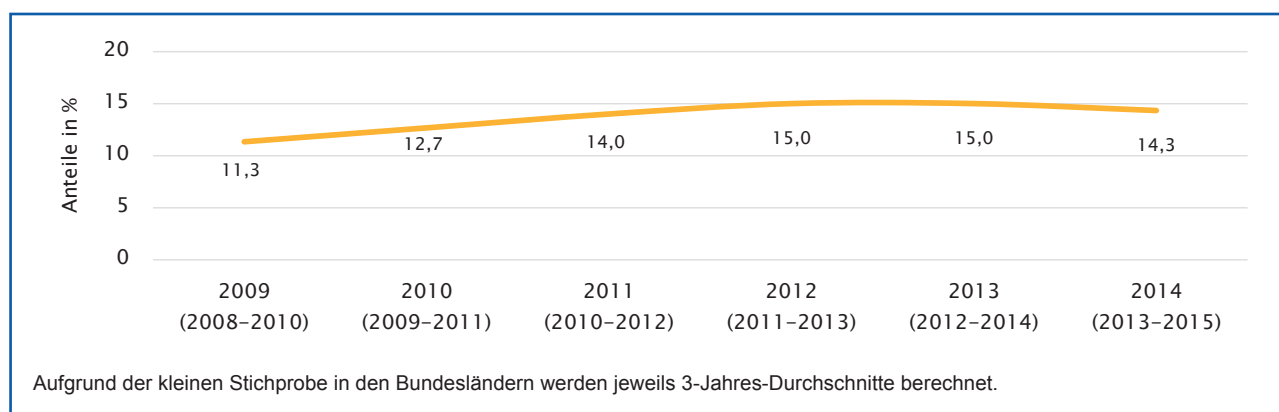
Als *gesundheitliche Vermittlungseinschränkung* gilt das Vorliegen einer festgestellten Behinderung oder einer sonstigen gesundheitlichen (ärztlich attestierten physischen, psychischen oder geistigen) Vermittlungseinschränkung. Quelle sind die Arbeitslosenstatistiken des AMS. Datenabfragen wurden über die Abfrage-Tools AMS online und BALI gemacht.

### Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität

Ist in einem Haushalt niemand erwerbstätig oder schöpft der Haushalt insgesamt maximal 20 Prozent seines Erwerbspotenzials – berechnet auf Grundlage aller 18- bis 59-jährigen Personen im Haushalt (ohne Studierende) – aus, wird eine benachteiligte Lebenssituation angenommen. Insgesamt lebten in Wien im Jahr 2014 (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) – laut EU-SILC – rund 14 Prozent der Personen unter 60 Jahren in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität (BL-Bandbreite: 5–14 %). Das sind rund 198.000 Personen. Seit 2009 ist der Anteil der in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität lebenden WienerInnen um 3 Prozentpunkte gestiegen (s. Abbildung 5.13), ein Trend, der auch für Gesamtösterreich gilt.

Abbildung 5.13:

Personen in Wiener Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr geringer Erwerbsintensität, 2009–2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008–2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

*Ohne Erwerb oder sehr niedrige 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 im Referenzjahr 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. Aufgrund der kleinen Stichproben in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet (Statistik Austria 2015c).

### 5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

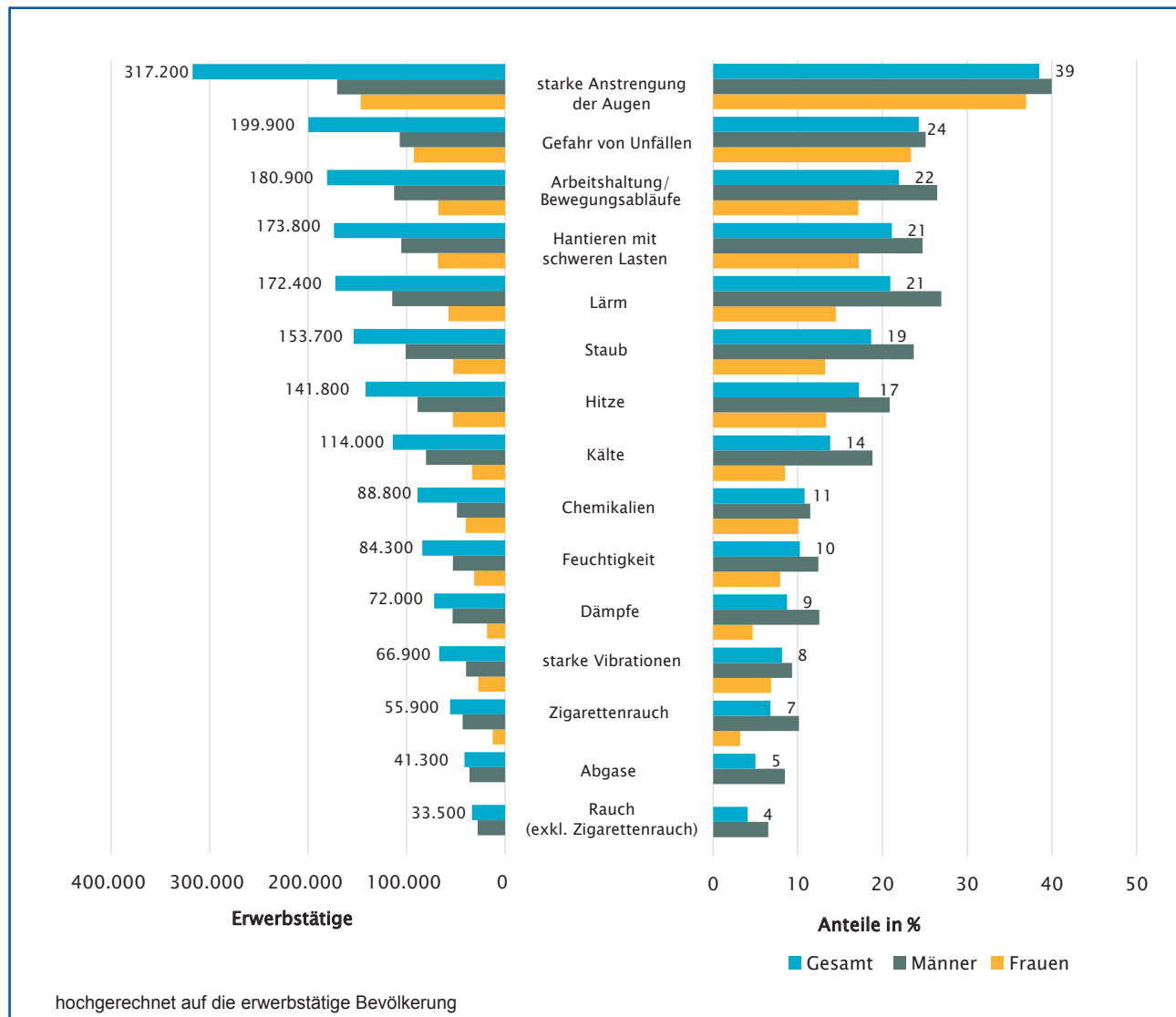
Laut Arbeitskräfteerhebung waren im Jahr 2013 71 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (BL-Bandbreite: 66–78 %). Dies trifft auf Männer häufiger zu als auf Frauen (75 vs. 67 %).

Die von Männern und Frauen am häufigsten erlebten Belastungen sind eine starke Anstrengung der Augen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe und das Hantieren mit schweren Lasten,

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

gefolgt von Lärm, Gefahr von Unfällen, Staub und Hitze. In all diesen Bereichen sind Männer häufiger betroffen (s. Abbildung 5.14)

Abbildung 5.14:  
Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2013



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2013, Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Anzahl betroffener Personen (in Wien wie in ganz Österreich) gestiegen. Die Wiener Erwerbsbevölkerung hat diesbezüglich einen Anstieg um 69 Prozent zu verzeichnen (von 347.000 auf 586.000 Personen).

## Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit sind Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund sowie mit geringer formaler Bildung häufiger körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (74 vs. 71 %) und einem hohen Bildungsabschluss (75 vs. 67 %; Statistik Austria 2014a).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014a). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstan-gaben.

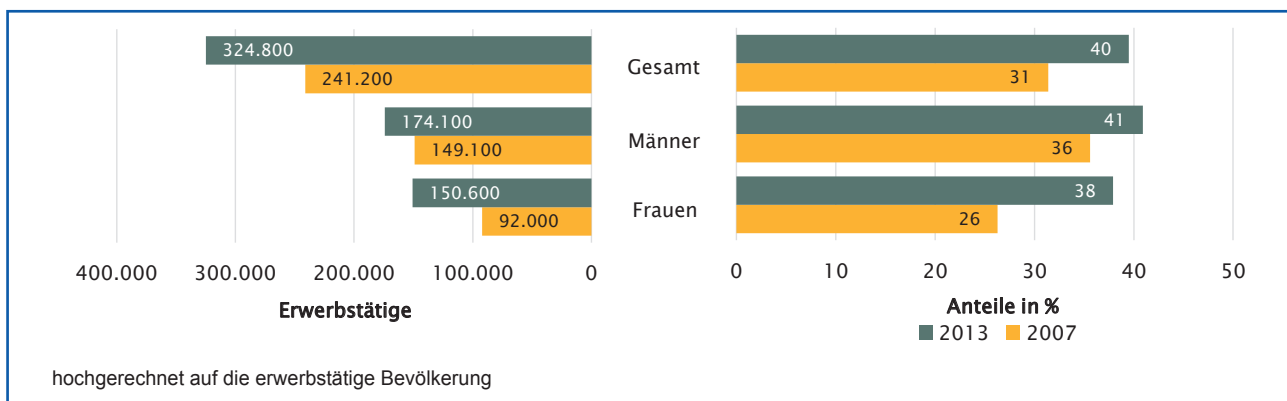
### 5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und damit 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 gesundheitliche Beeinträchtigungen eintreten, hängt von unterschiedlichsten – arbeitsbedingten und nicht arbeitsbedingten – Faktoren ab. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gehören zu den zentralen erwerbsbezogenen Stressquellen und sind damit Haupteinflussfaktoren für die psychische Gesundheit (Eichmann/Saupe 2014).

Im Jahr 2013 waren rund 40 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 33–42 %). Zwischen 2007 und 2013 ist dieser psychische Belastungsfaktor – in Wien wie in Österreich insgesamt – angestiegen: bei der Wiener Bevölkerung um 9 Prozentpunkte (s. Abbildung 5.15).

Abbildung 5.15:

Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2007 und 2013



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013  
Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2013 zeigte sich kein nennenswerter Geschlechterunterschied bei starkem Zeitdruck und Arbeitsüberlastung: Diesem Phänomen sind sowohl mehr als jede dritte erwerbstätige Frau als auch mehr als jeder dritte erwerbstätige Mann ausgesetzt. Dies ist insofern interessant, als es im Jahr 2007 noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern gab. Damals waren 26 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (s. Abbildung 5.15).

### Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit sind Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund sowie mit einer hohen formalen Bildung häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen als Erwerbstätige mit Migrationshintergrund (39 vs. 34 %) und geringer formaler Bildung (42 vs. 30 %; Statistik Austria 2014a).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

*Zeitdruck und Arbeitsüberlastung* werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014a). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

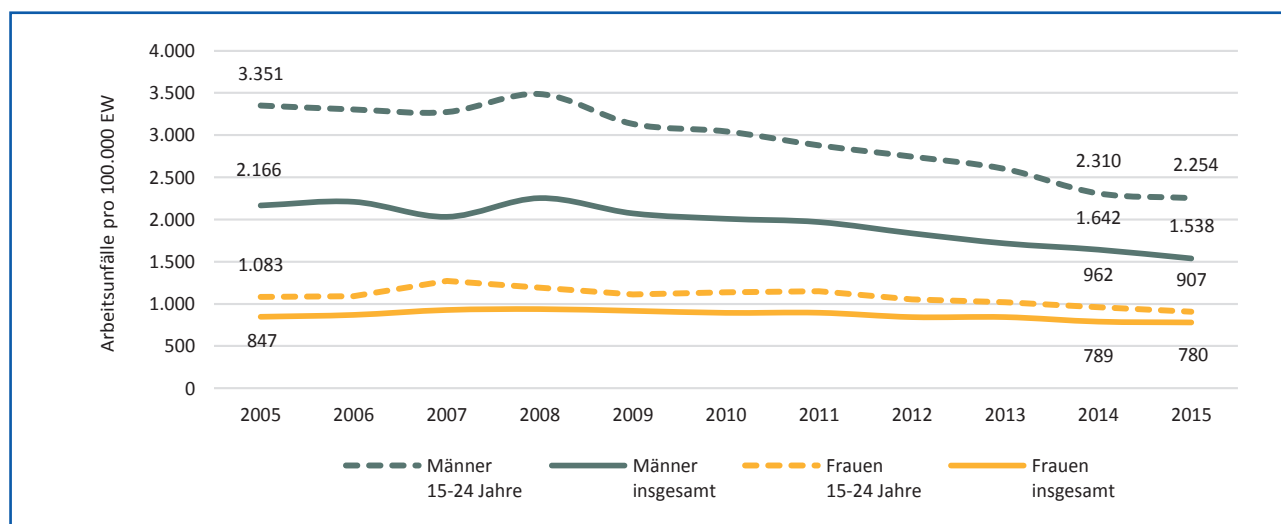
### 5.3.4 Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle zählen zu jenen gesundheitsrelevanten Risiken, die generell rückläufig sind. Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige WienerInnen rund 15.000 Arbeitsunfälle. Das entspricht einer Quote von 1.216 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 1.145–2.448 Fälle pro 100.000). Knapp drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer. Die Rate ist folglich bei Männern zweimal so hoch wie bei Frauen (1.600 vs. 790 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Acht dieser Arbeitsunfälle endeten tödlich.

Im Zeitraum 2005–2014 ist bei den Arbeitsunfällen ein Rückgang von 13 Prozent (das sind rund 2.300 Unfälle weniger) zu beobachten. Dieser ist fast ausschließlich auf Entwicklungen in der männlichen Erwerbsbevölkerung zurückzuführen. Im Jahr 2015 setzte sich dieser Trend fort (s. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Arbeitsunfälle insgesamt und für die 15- bis 24-jährige Bevölkerung nach Geschlecht, erwerbstätige WienerInnen 2005–2014



Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko weniger wurden und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährliche Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem sind möglicherweise langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit)verantwortlich (Thomas 2015, 52f).

Wie in ganz Österreich ist die Arbeitsunfallrate bei jungen erwerbstätigen Personen überdurchschnittlich hoch. Im Jahr 2014 wurden rund 3.500 Arbeitsunfälle bei 15- bis 24-Jährigen registriert. Das sind rund 23 Prozent aller Arbeitsunfälle in Wien und entspricht einer Rate von etwa 1.600 Fällen pro 100.000 EW in diesem Alter. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalles (Thomas 2015, 52f).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Definitionen und Daten

Die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) führt die Statistik zu *Arbeitsunfällen* und Berufskrankheiten. Erfasst sind Daten über die Anzahl von Arbeitsunfällen, Wegunfällen und anerkannten Berufskrankheiten (Fälle und Todesfälle) nach Altersgruppen, Geschlecht, Bezirk (Betriebs- und Wohnort) und nach Wirtschaftsklassen.

### 5.3.5 Work-Life-Balance

Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar. Ihr Einfluss wurde in zahlreichen Studien dokumentiert. Sie belegen, dass eine mittel- bis langfristig bestehende Unvereinbarkeit sowohl mit Einschränkungen in der selbsteingeschätzten Gesundheit, einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer größeren Beschwerden- und Erkrankungslast einhergeht als auch zu einer verminderten Arbeitszufriedenheit, 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 zeigen sich durch die Lage, das Ausmaß sowie durch die Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeit beeinflusst (Eichmann/Saupe 2014).

Durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, eine zunehmende „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche haben Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben gesamtgesellschaftlich in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.

Auf Indikatorebene wird im Wiener Gesundheitsbericht der Fokus auf geleistete Überstunden gelegt.

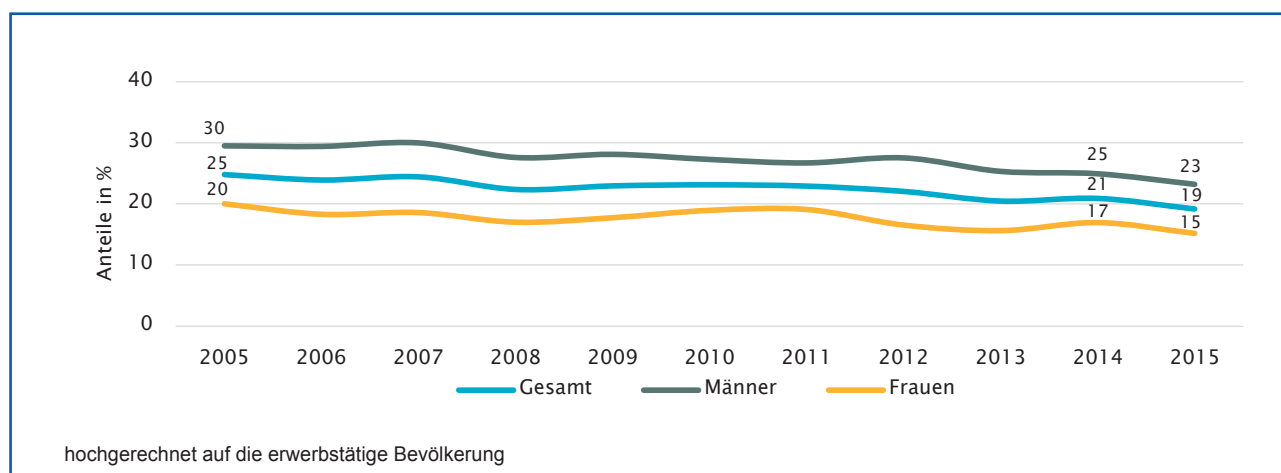
#### Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2014 leisteten – laut Arbeitskräfteerhebung – rund 21 Prozent der unselbständig erwerbstätigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 17–22 %) Überstunden (inkl. Mehrstunden). Der höhere Anteil an Personen, die Überstunden leisten, liegt mit 25 Prozent bei Männern (87.200 Personen). Der Anteil von Frauen liegt bei 17 Prozent (rund 60.400 Personen).

Zwischen 2005 und 2014 ist die Anzahl der Überstunden leistenden WienerInnen deutlich zurückgegangen, nämlich um 5 Prozentpunkte bei Männern und um 3 Prozentpunkte bei Frauen (s. Abbildung 5.17).

Abbildung 5.17:

Überstunden bzw. Mehrstunden unselbständig erwerbstätiger WienerInnen, 2005–2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005–2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit leisten unselbstständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 vs. 15 %). Darüber hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 vs. 9 %).

### 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 Vollzeitbeschäftigkeitsausmaß hinausgehend zusätzliche Stunden geleistet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden von Teilzeitbeschäftigten bis zum Ausmaß der Vollzeitbeschäftigung. Über- und Mehrstunden werden nur bei unselbstständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2015 von Statistik Austria.

### 5.3.6 Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme

Im Jahr 2014 gingen – laut ATHIS – rund 56 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (BL-Bandbreite: 50–56 %); das sind rund 412.000 Personen. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ist dabei nicht ersichtlich.

Bei 15- bis 29-jährigen Männern und Frauen (65 bzw. 61 %) trifft die Aussage häufiger zu als bei 30- bis 59-jährigen Männern und Frauen (54 bzw. 56 %).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen als Wienerinnen mit Migrationshintergrund (60 vs. 53 %). Im Zusammenhang mit der Bildung ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt: Erwerbstätige Männer mit maximal einem Pflichtschulabschluss gehen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit als Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (79 vs. 51 %). Ein Zusammenhang mit dem Einkommen findet sich nicht.

### Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Ergebnisse beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

## 5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

### Sozialkapital

Das Sozialkapital (auch als soziale Kohäsion oder – wie in den Rahmen-Gesundheitszielen – als sozialer Zusammenhalt bezeichnet) stellt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit dar (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007) und kann in drei Ebenen unterteilt werden:

- ▶ Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- ▶ Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- ▶ Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl auf der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene. Internationale Studien fanden z. B. Zusammen-

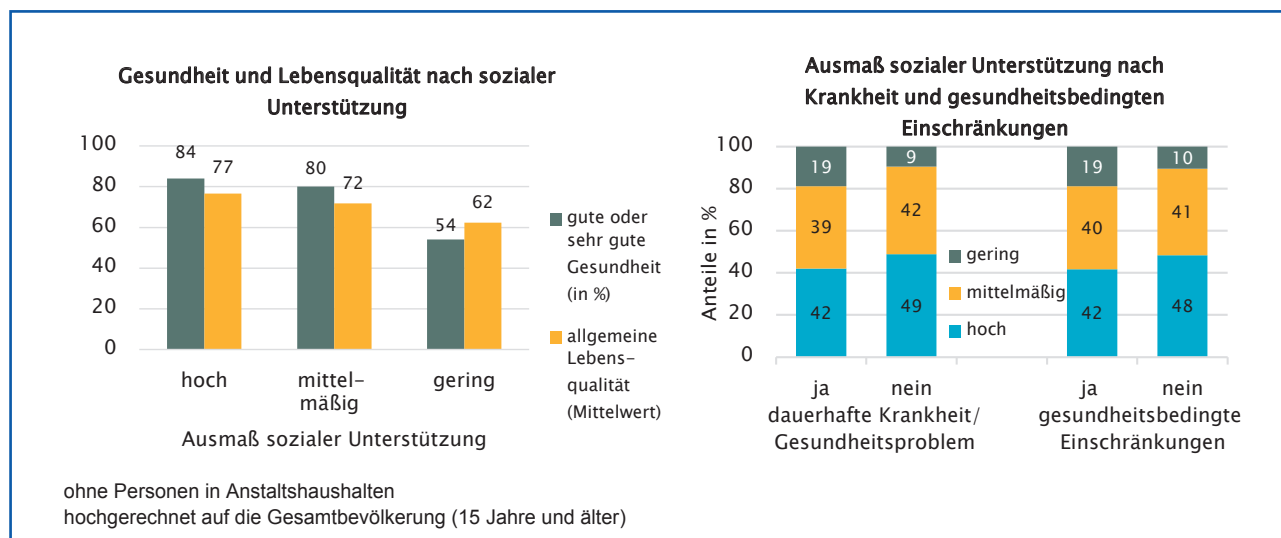
# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

hänge zwischen sozialem Kapital und Mortalität, Suiziden und der selbsteingeschätzten Gesundheit (Siegrist et al. 2009).

Von den WienerInnen und Wienern wird die eigene Gesundheit mit zunehmendem Sozialkapital öfter als sehr gut oder gut und die Lebensqualität durchschnittlich höher eingeschätzt. Zudem verfügen WienerInnen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, über ein geringeres Ausmaß sozialer Unterstützung (s. Abbildung 5.18).

Abbildung 5.18:

Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Wien 2014



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

## Ausmaß sozialer Unterstützung

Im vorliegenden Bericht wird das Sozialkapital anhand des „Ausmaßes sozialer Unterstützung“ abgebildet, die bei psychosozialen Belastungen oder im Falle von Hilfsbedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann. Knapp die Hälfte der WienerInnen (46 %) verfügt – laut ATHIS 2014 – über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 46–61 %), Männer und Frauen in etwa gleich häufig. 13 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung eher gering ein (BL-Bandbreite: 6–13 %).

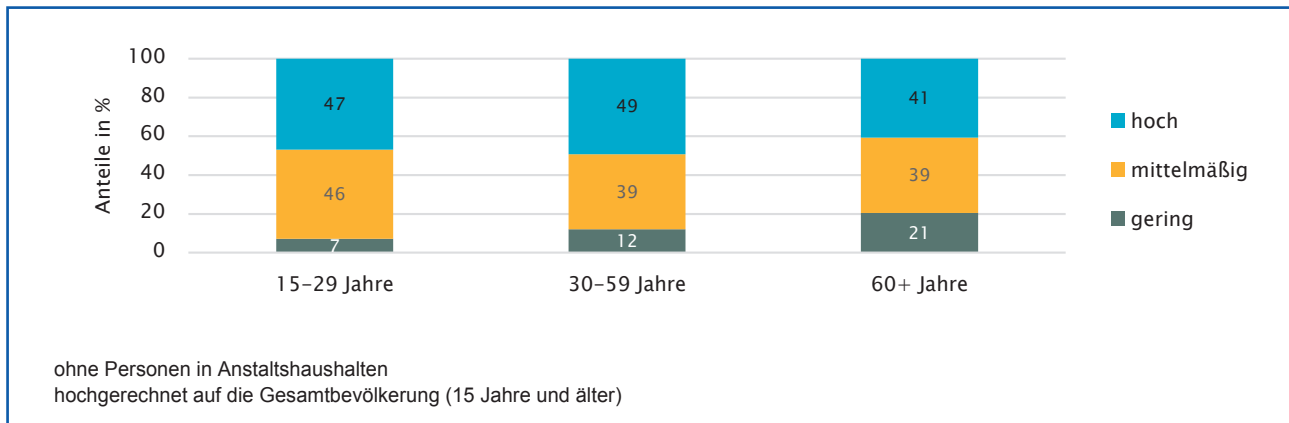
Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 41 Prozent der ab 60-jährigen WienerInnen verfügen über ein hohes Unterstützungsausmaß, während dies für 47–49 Prozent der 15- bis 59-Jährigen gilt. Umgekehrt sind 21 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Ausmaß sozialer Unterstützung konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen „nur“ 7 Prozent sind (s. Abbildung 5.19).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben sowie zu erhalten. WienerInnen mit hoher Bildung (Matura und höher; 30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (53 vs. 33 %). Dies gilt insbesondere für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung (s. Abbildung 5.20). WienerInnen des obersten Einkommensquintils (30 Jahre und älter) erhalten häufiger ein hohes Ausmaß an Unterstützung als WienerInnen des untersten Quintils (56 vs. 39 %; s. Abbildung 5.20), ein Zusammenhang, der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Gesamtösterreich gilt.

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

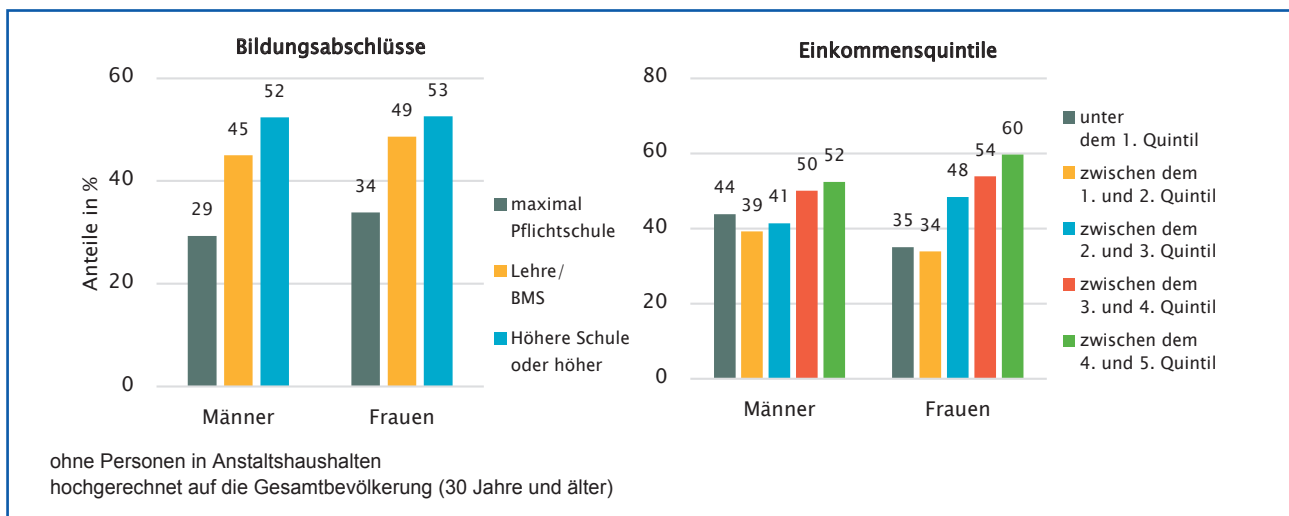
Abbildung 5.19:  
Ausmaß sozialer Unterstützung nach Altersgruppen, Wien 2014



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

WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) verfügen über weniger soziale Unterstützung als WienerInnen ohne Migrationshintergrund: 38 Prozent der Personen mit, jedoch 51 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund erhalten ein hohes Ausmaß an Unterstützung.

Abbildung 5.20:  
Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



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

## Definitionen und Daten

Das *Ausmaß sozialer Unterstützung* wurde im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 mit der Oslo-3-Items-Social-Support-Scale (Oslo-3) erhoben (Klimont/Baldaszi 2015). Dieses Instrument erfasst, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme auftreten, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen 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 Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich.



# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

## 5.5 Umwelt

Im Bereich der Umwelt gibt es zahlreiche Faktoren, die für die Gesundheit relevant sind (z. B. Hitze, Pollen, Wasserqualität etc.). Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 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 die Lungenfunktion beeinträchtigen und das Krebsrisiko erhöhen (Künzli et al. 2010). Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO<sub>x</sub>), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub>) und Ozon (O<sub>3</sub>). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen, aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit beeinflusst (Künzli et al. 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle in der Luft sind in Österreich kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen vorhanden. Der Fokus wird daher auf Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>), Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub>) und Ozon (O<sub>3</sub>) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Umweltbundesamt 2016b).

Die gängigen Luftschadstoffe werden punktuell an Messstationen gemessen. Da Konzentration und Ausbreitung der Schadstoffe von den zuvor erwähnten Faktoren abhängen, können keine Aussagen zur exponierten Bevölkerung getroffen werden. Dennoch gilt, dass erhöhte Werte mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung einhergehen.

### Stickstoffdioxid

Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>) gehört zur Gruppe der Stickstoffoxide. Es entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. Neben direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015b). Hohe Stickstoffdioxid-Konzentrationen in der Außenluft wirken sich negativ auf die Lungenfunktion aus. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2005 sind die Stickstoffdioxidwerte an den 17 Wiener Messstationen um rund 20 Prozent zurückgegangen, wobei im Jahr 2014 die niedrigsten Stickstoffdioxid-Werte dieses Zeitraumes registriert wurden. Der im Jahr 2014 in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltende Jahresmittelwert von 35 µg/m<sup>3</sup> wird nur an zwei Wiener Messstellen überschritten (Hietzinger Kai und Taborstraße, beide liegen verkehrsnah), der Halbstunden-Mittelwert von 200 µg/m<sup>3</sup> wird an allen Wiener Messstationen eingehalten.

### Feinstaub

Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub>) besteht aus Schwebestaubpartikeln mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil an 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 – selbst in kleinen Konzentrationen – besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016b). Während vorübergehende Feinstaubbelastungen zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen können, erhöhen langfristige Belastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarkttrisiko (BMG 2015a).

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).

Im Jahr 2014 lag der Jahresmittelwert an den einzelnen Wiener Messstationen zwischen 19 und 25 µg/m<sup>3</sup>. An keiner der 13 PM<sub>10</sub>-Luftgütemessstationen wurde der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m<sup>3</sup> überschritten. An der Messstation Taborstraße wurde, nach Abzug des Winterdienstanteils an 27 Tagen der Tagesmittelwert von 50 µg/m<sup>3</sup> überschritten. Gemäß IG-L erlaubt sind 25 Tage. Die PM<sub>10</sub>-Immissionen sind seit Messbeginn (2003/2004) an allen Messstationen rückläufig.

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

An keiner der sechs PM<sub>2,5</sub>-Luftgütemessstationen in Wien wurde der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 25 µg/m<sup>3</sup> überschritten.

## Ozon

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 und leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxerweise nimmt die Ozon-Konzentration bei NO<sub>x</sub>-gesättigter Luft ab, weshalb an stark befahrenen 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). Die Gesundheitsfolgen durch bodennahes Ozon sind akut und betreffen vor allem die im Freien aktive Bevölkerung. Am stärksten betroffen sind Kinder, Schwerarbeiter und Sportler, 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 an Asthmaanfällen, Spitalsaufnahmen und Todesfällen beobachtet (Eidgenössische Kommission für Lufthygiene 2011).

Im Jahr 2014 lag der Jahresmittelwert für Ozon an den einzelnen Wiener Messstationen zwischen 41 und 63 µg/m<sup>3</sup>. Seit 2005 sinkt der Jahresmittelwert für Ozon. Im Jahr 2014 wurde an vier von fünf Messstellen der Zielwert für den langfristigen Gesundheitsschutz (Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m<sup>3</sup>) überschritten: auf dem Hermannskogel; 152 µg/m<sup>3</sup>, in der Lobau; 148 µg/m<sup>3</sup>, auf dem Laaer Berg; 137 µg/m<sup>3</sup> und der Hohen Warte; 131 µg/m<sup>3</sup>. Die Informationsschwelle des Ein-Stunden-Mittelwerts (180 µg/m<sup>3</sup>) wurde im Jahr 2014 an keiner Messstation überschritten. Insgesamt sind aufgrund des verregneten Sommers die Werte an allen Stationen geringer als im dreijährigen Mittelungszeitraum 2012–2014.

## Definitionen und Daten

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 Grenzwerte wurden wie folgt definiert:

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert: 35 µg/m<sup>3</sup> – inklusive einer Toleranzmarge von 5 µg/m<sup>3</sup>; Halbstunden-Mittelwert: 200 µg/m<sup>3</sup>

Feinstaub: PM<sub>10</sub>-Jahresmittelwert: 40 µg/m<sup>3</sup>; PM<sub>10</sub>-Tagesmittelwert: 50 µg/m<sup>3</sup>, dessen Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist; PM<sub>2,5</sub>- Jahresmittelwert: 25 µg/m<sup>3</sup>.

Ozon: Informationsschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 180 µg/m<sup>3</sup>; Alarmschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 240 µg/m<sup>3</sup>; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m<sup>3</sup>, der an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden darf (gemittelt über drei Jahre)

Die genannten Schadstoff-Konzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Wien messen 17 Stationen die Stickstoffdioxid-Konzentration, 13 Stationen den PM<sub>10</sub>-, sechs Stationen den PM<sub>2,5</sub>-Gehalt sowie 5 Stationen die Ozon-Konzentration. Die Daten stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014).

### 5.5.2 Lärm

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Umweltbundesamt 2016a). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung folglich am größten. (European Environment Agency 2014)

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung: eine aurale und eine extraaurale Belastung. Auraler Lärm ist direkter Lärm, der durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen kann (z. B. laute Discomusik, Presslufthammer). Extraauraler Lärm wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen im Körper führen und die Lebensqualität senken. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden (Gratt 2009).

## Gemessene Lärmbelastung

Mit Stand 2012 sind in Wien 25 Prozent der Bevölkerung (rund 435.400 Personen; BL-Bandbreite: 1–25 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 30 Prozent aller WienerInnen (rund 514.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–30 %) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert.

## Definitionen und Daten

Um die Belastung der Bevölkerung durch *Umgebungs-lärm* zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von Lärm umzusetzen, hat die EU Umgebungs-lärm-Richtwerte 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 einer von 10 dB in die Berechnung einfließt (LNight). Der LDEN für Straßenlärm beträgt hierbei 60 dB, der LNight liegt bei 50 dB (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Bei der Lärmkartierung wird Lärm anhand verschiedener Parameter – wie erlaubter Fahrgeschwindigkeit, Verkehrsstärke und Bebauung – berechnet. Diese Berechnung kann von der Realität abweichen, da die erlaubte Fahrgeschwindigkeit nicht der tatsächlich gefahrenen Geschwindigkeit entsprechen muss, die Witterungssituation (besonders Wind) immer unterschiedlich ist und nur eine generelle Bodendämpfung als Parameter berücksichtigt wird (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Die Betroffenenzahl wird mittels des Melderegisters und anhand des höchsten Lärmimmissionspegels an den Häuserfassaden berechnet. Die Daten hinsichtlich der Betroffenen stammen aus der Betroffenenauswertung Straßenverkehr (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015).

## Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2011 fühlten sich – laut Mikrozensusbefragung Umwelt – 19 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (rund 272.000 Personen) in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 5–19 %). Dies gilt tagsüber häufiger als in der Nacht (16 vs. 10 %). 42 Prozent der WienerInnen konnten nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen. 42 Prozent der WienerInnen fühlten sich nicht belastet (BL-Bandbreite 42–69 %; Baud 2013).

Seit 2007 hat der Anteil stark bis sehr stark lärmbelasteter WienerInnen geringfügig von etwa 17 auf 19 Prozent zugenommen. Der Anteil der WienerInnen, der sich gar nicht beeinträchtigt fühlt, hat hingegen von 47 Prozent auf 42 Prozent abgenommen.

Rund 52 Prozent der betroffenen WienerInnen berichteten, dass Verkehrslärm die Hauptursache für ihre Lärmbelastung ist, wobei hier hauptsächlich PKW und LKW gemeint sind (20 bzw. 16 %). Auch Nachbarwohnungen und Baulärm gehören mit 23 bzw. 10 Prozent zu den Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr verringert, insbesondere durch PKW (von 26 % auf 20 %). Lärmbelastung durch Nachbarn ist in Wien hingegen seit 2007 von 18 auf 23 Prozent gestiegen.

Zur Schärfung des Betroffenen-Profiles kann auf österreichweite Ergebnisse zurückgegriffen werden:

- ▶ 20- bis 40-Jährige bzw. 60- bis 70-Jährige sind häufiger von Lärmbelastung betroffen (12–13 %) als andere Altersgruppen (4–10 %),
- ▶ Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher) fühlen sich stärker beeinträchtigt als Personen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschule bzw. Lehre/BMS; 12 % vs. 8 %), sind jedoch auch am häufigsten nur geringfügig belastet.

## Definitionen und Daten

Ergebnisse in Sachen gefühlte Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung *Umwelt* aus den Jahren 2011 und 2007 berichtet (Baud 2013). Alle Daten beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## **Kapitel 6**



Das Kapitel über Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung umfasst die Bereiche

- ▶ Gesundheitsförderung
- ▶ Gesundheitsschutz und Prävention mit Fokus auf Impfungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen
- ▶ Kuration, differenziert nach ambulanter und akutstationärer Versorgung, sowie Rehabilitation
- ▶ Langzeitpflege und -betreuung

Schließlich werden

- ▶ ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität dargestellt und
- ▶ abschließend drei spezifische Versorgungsaspekte (Schwangerschaft und Geburt, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung sowie Versorgung von Menschen mit einem Drogenproblem) thematisiert.

## 6.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung (GF) konzentriert sich auf den Aufbau individueller sowie „gesellschaftlicher“ Ressourcen (Jordan 2015; WHO 1986) und propagiert die *Entwicklung gesundheitsförderlicher 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* (der versucht, spezifische Kontexte in eine gesundheitsförderliche Richtung zu entwickeln, z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.) sowie der *Health-in-All-Policies-Ansatz*, der Gesundheitsthemen in Bereichen außerhalb der klassischen Gesundheitspolitik (nachhaltig) verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan J.M. 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 untermauert.

### Gesundheitsförderungsstrukturen

In Wien haben sich in den letzten 10 Jahren viele Akteure mit der Implementierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung beschäftigt. In diesem Zeitraum wurden zahlreiche Projekte und Programme gestartet, über die jedoch keine gesammelten Daten vorliegen. Für das Land Wien agiert die 2009 gegründete Wiener Gesundheitsförderung (WIG) als Hauptakteurin. Die breitgefächerten Angebote dieser gemeinnützigen GmbH werden im Anschluss näher beschrieben. Daneben sind jedoch auch die maßgeblichen Aktivitäten anderer Akteure, etwa des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie der zahlreichen Vereine, von über 100 Schulen, Betrieben (66 mit Gütesiegel), 9 Krankenhäusern sowie die gesundheitsfördernden Projekte und Maßnahmen der Wiener Gebietskrankenkasse zu erwähnen, die alle ein Ziel haben: bessere Gesundheit und bessere Lebensqualität für alle Wienerinnen und Wiener.

### Aktivitäten der Wiener Gesundheitsförderung (WIG)

Seit Anfang 2009 vereint die Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG, die zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt Wien steht, alle Bereiche der Gesundheitsförderung des Ressorts für Gesundheit, Soziales und Generationen und entwickelt die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem Dach im Sinne einer umfassenden Public-Health-Strategie für die WienerInnen weiter. Gesundheit wird nicht als statischer Zustand, sondern als ein in Bewegung befindlicher Prozess verstanden. Gesundheitsorientiertes Denken steht im Zentrum – und damit die Frage, wie Verhaltensweisen und Verhältnisse gesundheitsförderlicher gestaltet werden können. Gesundheitliche Benach-

teilungen aufgrund des sozialen Status, des Geschlechts oder eines Migrationshintergrunds sollen ausgeglichen werden. Neben der Umsetzung eigener Gesundheitsförderungsaktivitäten (durchschnittlich 30 pro Jahr) und der Förderung innovativer Initiativen (durchschnittlich 25 pro Jahr) hat die Wiener Gesundheitsförderung auch die Aufgabe, die vielfältigen Player im Feld zu koordinieren und zu vernetzen sowie – durch Lobbying und Networking – zu einer stärkeren Beachtung der gesundheitlichen Sichtweisen in allen Lebens- und Politikbereichen beizutragen.

2014 wurde Wien nach einem umfassenden Aufnahmeverfahren und mit einem Beschluss des Wiener Gemeinderates in die aktuelle sechste Phase (2014–2018) des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO aufgenommen. Die inhaltlichen Schwerpunkte richten sich an der WHO-Strategie „Gesundheit 2020“ aus. Koordinationsstelle für das WHO-Projekt „Wien – Gesunde Stadt“ ist seit 2009 die Wiener Gesundheitsförderung.

Seit 2010 stellt die kommunale Gesundheitsförderung in der Großstadt Wien einen zentralen Bereich der Wiener Gesundheitsförderung dar, sie konzentriert sich dabei auf Bezirke, die aufgrund soziodemografischer Daten sowie Gesundheitsdaten definiert wurden. Seit dem Start des Programms Gesunde Bezirke wurde die Zahl der Schwerpunkt-Bezirke von ursprünglich 5 auf aktuell 9 fast verdoppelt. In der Leopoldstadt, in Margareten, Mariahilf, Favoriten, Rudolfsheim-Fünfhaus, Ottakring, der Brigittenau, in Floridsdorf und der Donaustadt wird – in enger Zusammenarbeit mit den Bezirksvorstellungen sowie mit Einrichtungen und Akteuren vor Ort – versucht, die Wohnumgebung mitsamt ihren Angeboten wie Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Seniorentreffs oder Freizeiteinrichtungen in Richtung gesundheitsfördernder Lebenswelten zu verändern. Unter dem Titel „Ihre Gesunde Idee für den Bezirk!“ werden außerdem Privatpersonen wie auch Organisationen aus den Gesunden Bezirken dabei unterstützt, ebendort selbst kleinere gesundheitsförderliche Maßnahmen umzusetzen.

Mit den Mitteln des Wiener Landesgesundheitsförderungsfonds (3 Millionen Euro jährlich) ist sichergestellt, dass in Wien die Gesundheitsförderung in wichtigen Themenbereichen und Lebenswelten ausgebaut, weiterentwickelt und nachhaltig verankert wird. Das von der Wiener Gesundheitsförderung und der Wiener Gebietskrankenkasse erarbeitete Maßnahmenkonzept beinhaltet eine breite Palette an Projekten, die neben klassischen Gesundheitsthemen immer auch soziale Aspekte berücksichtigen. Die Konzentration lag dabei in der ersten Phase (2014 bis 2016) auf den Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie auf den Themen Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Für die zweite Phase (2016 bis 2019) startet die Wiener Gesundheitsförderung ein großes Projekt für Seniorinnen und Senioren. Unter dem Titel „Gesund älter werden in Wien“ richtet es sich vor allem an ältere Menschen, die bisher nicht über Senioreneinrichtungen oder -organisationen erreicht werden konnten. Die Finanzierung des Selbstvertretungszentrums Wien wird auch in der zweiten Phase fortgesetzt. Ziel dieses Zentrums ist es, das Selbstbewusstsein von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu stärken, ihre Diskriminierung zu vermindern und ihre Teilhabe auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu verbessern. Erreicht wird dies durch Informations- und Aufklärungsarbeit, Betroffenenberatung, durch Fort- und Weiterbildung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, Öffentlichkeitsarbeit und die Erstellung von Materialien in Leichter Sprache.

Seit 2010 gibt es überdies eine österreichweit koordinierte und qualitätsgesicherte Vorsorgestrategie. Sie ist die Basis für überregionale Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme, die durch die Bundesgesundheitsagentur finanziert werden. Auch die Wiener Gesundheitsförderung nutzt die finanziellen Mittel, die von der Bundesgesundheitsagentur zur Verfügung gestellt werden. So wurde in der Periode 2011 bis 2014 das Projekt „Wiener Netzwerk Kindergartenverpflegung“ umgesetzt, von 2015 bis 2016 wurden unter dem Schwerpunkt „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ in 12 Wiener Bezirken Jugendgesundheitskonferenzen durchgeführt, in deren Rahmen sich Jugendliche auf ihre eigene Weise mit dem Thema Gesundheit beschäftigten und die Ergebnisse auch der Öffentlichkeit präsentierten.

Selbsthilfegruppen leisten durch ihre Arbeit einen eigenständigen, durch Professionelle nicht zu ersetzenden Beitrag für das Gesundheits- und Sozialwesen. Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung ist die erste Anlaufstelle für alle, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben. Als themenübergreifende Kontaktstelle steht sie für Betroffene, Angehörige und VertreterInnen relevanter Berufsgruppen gleichermaßen zur Verfügung.

## Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den GF-Bereich. Sie adressieren (s. nachstehende Tabelle) wesentliche Themenbereiche der Gesundheitsförderung (Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Sozialkapital, betriebliche GF, schulische GF) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ (Konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden?) bisheriger GF-Aktivitäten.

Indikatoren für den GF-Bereich:

1. Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
2. Schulklima (s. Punkt 5.2.4)
3. Sozialkapital (s. Punkt 5.4)
4. Obst- und Gemüsekonsum (s. Punkt 4.3.1)
5. Gesundheitswirksame Bewegung (s. Punkt 4.3.2)
6. Gesundheitskompetenz
7. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
10. Neuerkrankungsfälle von COPD

Für Wien liegen derzeit hinsichtlich 7 der 10 genannten Indikatoren Daten vor (2–5 und 7–9), Trenddaten nur für die Indikatoren 7, 8 und 9. Die Indikatoren 7 bis 9 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im GF-Bereich als auch im Präventionsbereich zur Outcome-Messung herangezogen (s. Punkt 6.2.2). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die u. a. durch die Gesundheitskompetenz sowie durch eine gesunde Ernährung und Bewegung beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es bereits positive Entwicklungen geben hat.

- ▶ Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist bei Männern über den gesamten Beobachtungszeitraum (2005–2014) weitgehend gleich geblieben und bei Frauen kontinuierlich gesunken. Die altersstandardisierte Rate ist für beide Geschlechter um rund 18 Prozent gesunken.
- ▶ Ein weitgehend gleichbleibender Trend ist bei der Diabetes-Typ-2-Inzidenz (2012–2014) zu verzeichnen.
- ▶ Bei Wiener Männern ist des Weiteren ein sinkender Trend (2003–2012) der Darmkrebs-Inzidenz, der Prostatakrebs-Inzidenz und der Inzidenz bösartiger Neubildungen der Haut (Melanome) zu erkennen. Bei Wiener Frauen ist eine Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz, der Inzidenz des Zervix-Karzinoms und bösartiger Neubildungen der Haut zu beobachten.
- ▶ Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung zeigt sich, dass Wiens SchülerInnen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) das Schulklima an ihren Schulen mit rund 71 von 100 Punkten bewerteten. Im Vergleich zum Jahr 2010 kam es diesbezüglich für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen zu einer Verbesserung.

Noch mehr *Bemühungen* braucht es allerdings noch in den Bereichen Ernährung und Bewegung sowie hinsichtlich des Sozialkapitals:

- ▶ Der Prozentsatz von Wienerinnen und Wienern, die – empfehlungskonform – täglich Obst und Gemüse essen, liegt aktuell bei nur 33 Prozent. Der Anteil der WienerInnen, der den österreichischen Bewegungsempfehlungen entspricht, nur bei 24 Prozent.
- ▶ Der Prozentsatz von Wienerinnen und Wienern, der über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung (Sozialkapital) verfügt, liegt derzeit nur bei knapp 50 Prozent. 13 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein.



# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Negative Entwicklungen sind bei der Lungenkrebs-Inzidenz (bei Wiener Frauen; von 46 auf 55 Neuerkrankungsfälle pro 100.000; 2003–2012) und beim ischämischen Schlaganfall zu beobachten. Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl ischämischer Schlaganfälle jährlich um durchschnittlich 3 Prozent und die altersstandardisierte Rate um 1,6 Prozent pro Jahr gestiegen.

## 6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention<sup>14</sup> unterschieden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen der Primärprävention zählen *Impfungen*, da sie 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 (auch Menschen, die z. B. aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können); man spricht vom sogenannten Herdenschutz (Robert Koch Institut 2015).

*Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen* (s. Punkt 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).

Ebenso wie im GF-Bereich soll auch im Präventionsbereich das Gegensteuerungspotenzial präventiver Maßnahmen anhand ausgewählter *Outcome-Indikatoren* eingeschätzt werden (s. Punkt 6.2.2).

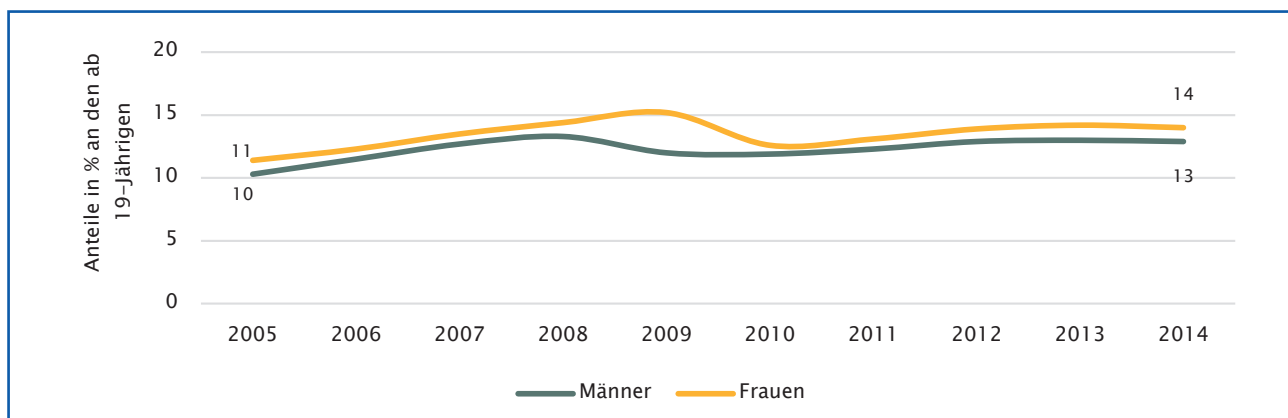
### 6.2.1 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

#### Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2014 lebten in Wien rund 1,4 Mio. Personen ab 18 Jahren. Rund 200.000 davon nehmen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, das entspricht etwa 13,5 Prozent der Bevölkerung (14 % der Frauen und 13 % der Männer). Im Jahr 2005 lag der entsprechende Wert bei nur rund 11 Prozent für Frauen und bei 10 Prozent für Männer (s. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:

Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Wien, 2005–2014



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2005–2014

<sup>14</sup> In der Präventionsmedizin werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- ▶ Primärprävention (Erhalt der Gesundheit und Vorbeugung von Krankheit)
- ▶ Sekundärprävention (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit)
- ▶ Tertiärprävention (Verhinderung des Fortschreitens sowie des Eintritts von Komplikationen)

## Definitionen und Daten

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) führt die Statistik über die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Die Statistik 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 Nicht-Versicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

## Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Diese Untersuchungen garantieren jedoch keine absolute Zuverlässigkeit, alle kranken Personen korrekt als krank und alle Gesunden als gesund zu erkennen. (Robert Koch Institut 2015).

### Untersuchungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Darmkrebs

Das Kolorektalkarzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit 13 Prozent die dritthäufigste, bei Frauen mit 11 Prozent die zweithäufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

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 (alle fünf Jahre) einer Darmspiegelung empfohlen.

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben sich 39 Prozent der ab 50-jährigen WienerInnen (Stand 2014) im empfohlenen Zeitraum einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs unterzogen (BL-Bandbreite: 38–50 %). Noch nie einer Darmspiegelung unterzogen haben sich hingegen 44 Prozent der ab 50-jährigen WienerInnen. Im Vergleich zu vorliegenden Abrechnungsdaten und darauf basierenden Hochrechnungen erscheinen diese Anteile jedoch sehr niedrig, und es muss von einer Überschätzung ausgegangen werden.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs wird von Wienern mit einem höheren Bildungsabschluss (im empfohlenen Zeitraum) häufiger in Anspruch genommen als von Wienern mit maximal einem Pflichtschulabschluss (48 vs. 31 %). Ein ähnlich gearteter Zusammenhang findet sich auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens: Wiener Männer der obersten Einkommensgruppe nehmen häufiger eine Darmspiegelung in Anspruch als Wiener der untersten Einkommensgruppe (47 vs. 32 %).

WienerInnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) unterzogen sich in den letzten fünf Jahren häufiger eine Darmspiegelung als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 38 %).

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Bezug auf *Darmspiegelungen* werden im vorliegenden Kapitel unter anderem auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

## Untersuchungen zur Früherkennung 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, Rauchen), hormonellen Faktoren und Erbfaktoren. So findet sich z. B. bei Frauen mit hohem Fettkonsum und Übergewicht sowie bei Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, häufiger Brustkrebs. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist (Mutter, Schwester etc.). Brustkrebs ist bei österreichischen Frauen die häufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien<sup>15</sup> handelt es sich beim Mammografie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur „Sekundärprävention“ (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Daher lädt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm<sup>16</sup> seit 2014 „gesunde“ Frauen zwischen 45 und 69 Jahren dazu ein, alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammografie vornehmen zu lassen. Das Wiener Frauengesundheitsprogramm hat bereits seit den 1990er-Jahren Maßnahmen gesetzt, um Frauen über die Mammographie zu informieren. Diese waren so ausgerichtet, dass sie auch Frauen aus sozial schwachen Regionen und Frauen mit Migrationshintergrund erreichen konnten.

77 Prozent der 45- bis 69-jährigen Wienerinnen nahmen (Stand 2014) innerhalb der letzten zwei Jahre eine Vorsorge-Mammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 56–78 %). Bei 4 Prozent der Wienerinnen dieser Altersgruppe wurde noch nie ein Mammografie-Screening durchgeführt. Da es sich um Befragungsdaten handelt, ist eine überschätzte Inanspruchnahme nicht auszuschließen.

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme eines Mammografie-Screenings und Bildung, Haushaltseinkommen oder Migrationshintergrund lässt sich nicht erkennen.

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zu Mammographien werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (45 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

## Untersuchungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Ein Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und ist 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 von 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 Hochrisiko-Typen HPV 16 und HPV 18. Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisiko-Typen 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 Screening-Untersuchung mittels Abstrichs am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten lt. internationaler Evidenz drei Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und erfolgreich behandelt werden (Pongratz et al. 2014).

Bei 84 Prozent der 20- bis 69-jährigen Wienerinnen wurde (Stand 2014) innerhalb der letzten drei Jahre ein PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 82–89 %). Der Anteil jener Wienerinnen, die noch nie einen PAP-Abstrich durchführen ließen, liegt bei

<sup>15</sup> European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

<sup>16</sup> <http://www.frueh-erkennen.at>

10 Prozent. Da es sich um Befragungsdaten handelt, ist eine überschätzte Inanspruchnahme nicht auszuschließen.

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs weist einen positiven Zusammenhang mit der formalen Bildung auf: Wienerinnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss nehmen einen PAP-Abstrich seltener im empfohlenen Zeitraum in Anspruch als Frauen mit einer höheren formalen Bildung (72 vs. 90 %). Das gilt auch für Wienerinnen der untersten Einkommensgruppe im Vergleich zu höchsten Einkommensgruppe (82 vs. 93 %).

Wienerinnen ohne Migrationshintergrund ließen in den letzten drei Jahren häufiger einen PAP-Abstrich machen als Wienerinnen mit Migrationshintergrund (86 vs. 78 %).

## Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme-Daten in Bezug auf den *PAP-Abstrich* zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) erichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (20 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.2.2 Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Präventionsbereich. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der Prävention (s. unten) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ bisheriger Präventionsaktivitäten (Konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden?):

1. Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (s. Punkt 3.3.2)
2. Tabakkonsum (s. Punkt 4.3.3)
3. Alkoholkonsum (s. Punkt 4.3.4)
4. Adipositas (s. Punkt 4.1.1)
5. Durchimpfungsraten bei Kindern
6. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
7. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Wien liegen derzeit für 7 der 9 genannten Indikatoren Daten vor (1–4; 6–8). Die Indikatoren 6 bis 8 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im Präventionsbereich als auch im GF-Bereich zur Outcome-Messung herangezogen und an dieser Stelle nicht mehr berichtet (s. Abschnitt 6.1). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die durch einen regelmäßigen Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch einen stark erhöhten Körperfettanteil (Adipositas) beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es bereits positive Entwicklungen gab (Inzidenzen s. Abschnitt 6.1).

- ▶ Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-Jährigen als auch bei den ab 75-Jährigen.
- ▶ Bei den Wienerinnen hat der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen (leicht) abgenommen.

Noch mehr Bemühungen braucht es allerdings in Bezug auf das Rauchverhalten und beim Thema Übergewicht und Adipositas:

- ▶ Der Anteil täglich rauchender WienerInnen hat seit 2006/2007 deutlich zugenommen; um 3 Prozentpunkte bei den Männern und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen. Im Jahr 2014 rauchten 33 Prozent der Wiener und 32 Prozent der Wienerinnen täglich.
- ▶ Acht Prozent der WienerInnen konsumieren an 5 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (6 % täglich oder fast täglich), 6 Prozent pflegen einen riskanten Alkoholkonsum (Trenddaten liegen derzeit nicht vor), Männer häufiger als Frauen (an 5 oder mehr Tagen pro Woche: 12 vs. 5 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 4 %).
- ▶ Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg der Übergewichtigen.

## 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 die pharmakologische Versorgung in diesem Abschnitt beschrieben.

### 6.3.1 Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

#### Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 1.400 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach<sup>17</sup>) zur Verfügung. Fast 60 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.2):

- ▶ 44 Prozent Frauen,
- ▶ 66 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 14 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 600 Wahlärztinnen und Wahlärzten sind im Jahr 2014 63 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.2). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 30 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2014 kamen in Wien rund 45 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 39-50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 35 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–35 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zwischen 2005 und 2014 gesunken ist, hat die Dichte von Wahlärztinnen und Wahlärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.2).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – im Jahr 2014 im vertragsärztlichen Bereich rund 690 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung. Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 39 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39-61) und liegt damit unter der obengenannten Vertragsärzt-

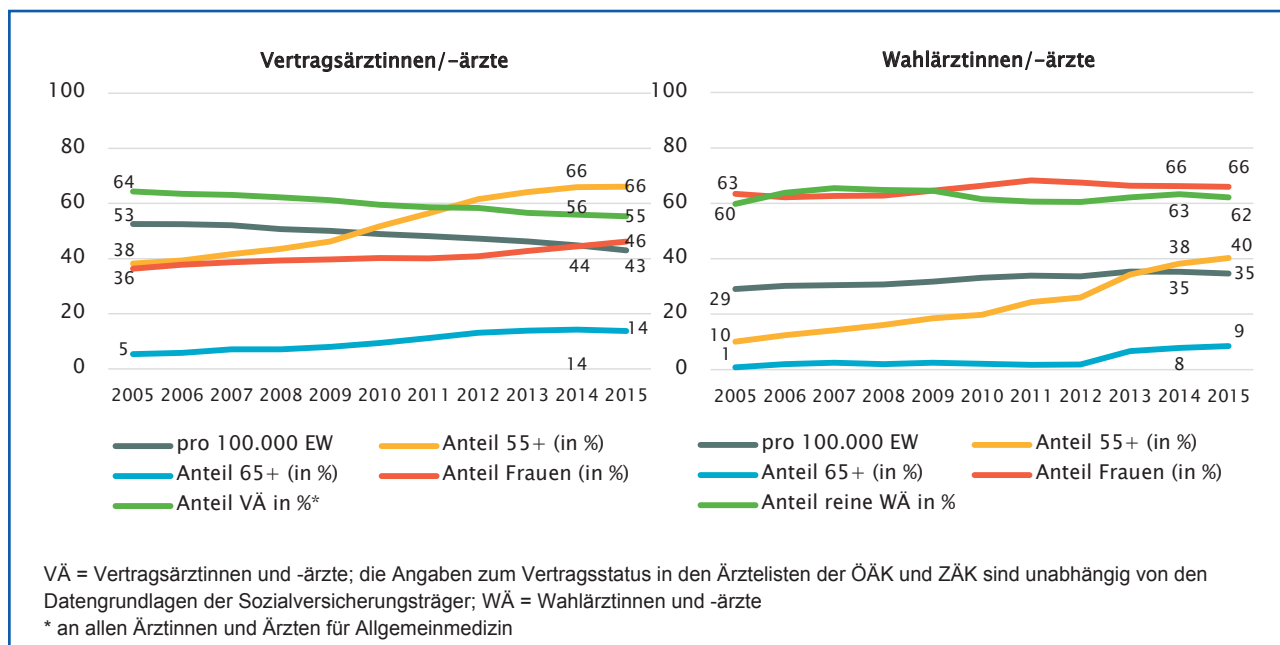
<sup>17</sup> Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

tedichte (laut Ärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 9 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,5 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,4–1,4).

Abbildung 6.2:

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 74 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Arzt / einer Ärztin für Allgemeinmedizin *beraten, untersucht oder behandelt* (rund 1.116.000 Personen; BL-Bandbreite: 70–79 %). Dies gilt für die weibliche Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren häufiger als für die männliche Bevölkerung (78 vs. 68 %). Kein Unterschied findet sich hingegen bei den Altersgruppen (73–77 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin etwa gleich geblieben.

## Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach; exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte)

In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 3.600 Fachärztinnen/Fachärzte (Erstfach) zur Verfügung. Rund 30 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.3):

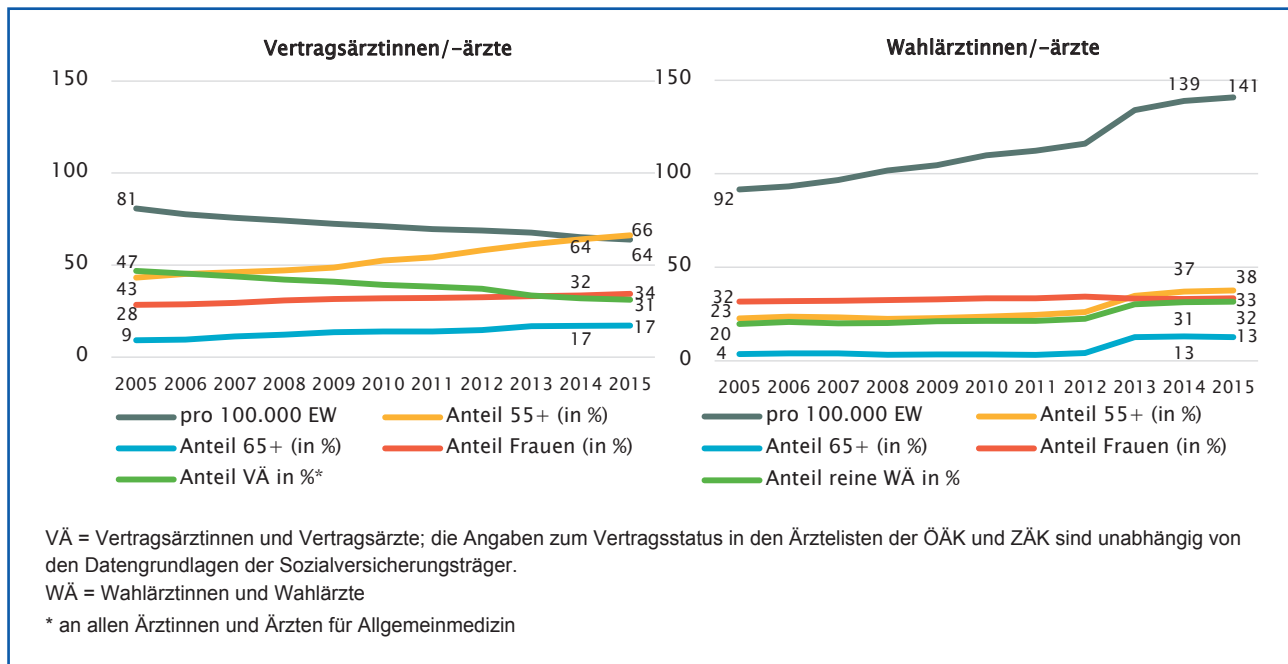
- ▶ 34 Prozent Frauen,
- ▶ 64 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 17 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich. Von den rund 2.500 Wahlärztinnen und Wahlärzten sind im Jahr 2014 rund 30 Prozent ausschließlich als solche tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (s. Abbildung 6.3). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 60 Prozent zugenommen.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.3:

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kamen rund 65 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 32-65 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 139 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 58–139 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte von Vertragsärztinnen und -ärzten in den Jahren 2005–2014 gesunken ist, hat die Dichte von Wahlärztinnen und Wahlärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.3).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – in der Kategorie Fachärztinnen und Fachärzte (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte) – im vertragsärztlichen Bereich – je nach Fachrichtung zwischen 0,3 und 112 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Fachärztinnen und Fachärzten variiert demnach je nach Fachrichtung zwischen 0,01 und 6 ÄAVE pro 100.000 EW. Im Wahlarztbereich werden gemäß *REGIOMED* zwischen 0,5 und 14 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,03 bis 0,8 ÄAVE pro 100.000 EW.

Im Jahr 2014 wurden – laut *ATHIS* – 76 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Facharzt / einer Fachärztin (FÄ; exkl. zahnärztlicher Versorgung) beraten, untersucht oder behandelt (rund 365.000 Personen; BL-Bandbreite: 67-79 %). Dies gilt für Frauen häufiger als für Männer (87 vs. 64 %). Im Jahr 2006/2007 fiel die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen etwas geringer aus als 2014 (71 %).

Für beide Geschlechter gilt, dass die Inanspruchnahme von Fachärztinnen/Fachärzten (insgesamt) in der Altersgruppe 60 Jahre oder älter ansteigt (bei den Männern von rund 60 auf 81 %; bei den Frauen von rund 85 auf 92 %).

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach (ausgewählten) Fachrichtungen, so wird deutlich, dass die Wiener Bevölkerung in den letzten 12 Monaten am häufigsten von nachstehenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurden:

- ▶ Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen)
- ▶ Augenärztin/Augenarzt
- ▶ Hautärztin/Hautarzt
- ▶ Internistin/Internist
- ▶ Orthopädin/Orthopäde

Mit Ausnahme der FÄ für Urologie nehmen Frauen alle ausgewiesenen FÄ häufiger in Anspruch als Männer.

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den meisten Fachbereichen mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Bereichen Dermatologie, Orthopädie und HNO. Sie wurden am häufigsten von der Bevölkerung ab einem Alter von 60 Jahren, gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen, in Anspruch genommen.

Bei der weiblichen Bevölkerung zeigt sich ein diesbezüglich differenzierteres Bild:

- ▶ FÄ für Innere Medizin, Orthopädie, HNO und Neurologie werden mit dem Alter häufiger in Anspruch genommen, Gynäkologinnen und Gynäkologen seltener.
- ▶ Die Inanspruchnahme von FÄ für Dermatologie, Augenheilkunde und Urologie nimmt erst bei den ab 60-jährigen Frauen zu.

## Zahnärztinnen und Zahnärzte

In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 950 Zahnärztinnen/Zahnärzte (Erstfach<sup>19</sup>) zur Verfügung. Fast 80 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sind:

- ▶ 44 Prozent Frauen,
- ▶ 50 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 10 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 6.4).

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 200 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten waren im Jahr 2014 rund 70 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (s. Abbildung 6.4).

Im Jahr 2014 kamen rund 43 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (BL-Bandbreite: 26–43 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa 11 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 6–20 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Zahnärztedichte bei den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten zwischen 2005 und 2014 gesunken ist, hat die Dichte bei den Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) leicht zugenommen (s. Abbildung 6.4).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – im Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte rund 537 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Zahnarzt / einer durchschnittlich arbeitenden Zahnärztin in Österreich<sup>20</sup>. Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen und Zahnärzten beträgt demnach 30 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29–34) und liegt unter der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte (laut Zahnärzteliste). Im Wahl-

<sup>19</sup> Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

<sup>20</sup> inkludiert sind FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen und Zahnärzte (Dr.med.dent), Dentisten sowie FÄ für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

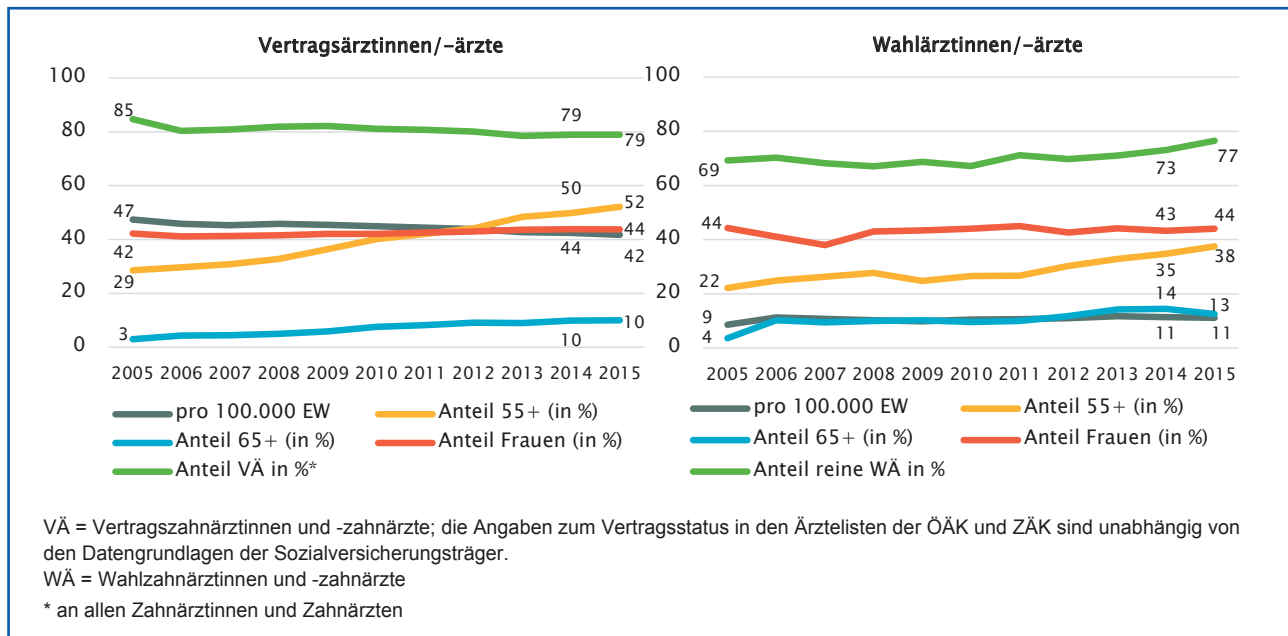


# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

arztbereich werden gemäß REGIOMED rund 25 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 1,4 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1–6).

Abbildung 6.4:

Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 69 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor *weniger als 12 Monaten* von einem Zahnarzt / einer Zahnärztin *beraten, untersucht oder behandelt* (rund 1.037.000 Personen; BL-Bandbreite: 69–77 %), 43 Prozent vor weniger als sechs Monaten (rund 649.000 Personen; BL-Bandbreite: 43–55 %). Dies trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer (73 bzw. 47 % vs. 64 bzw. 39 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 kam es zu keinen wesentlichen Veränderungen. Am geringsten fällt die Inanspruchnahme von Zahnärzten und Zahnärztinnen bei ab 60-Jährigen aus (63 bzw. 42 %).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte werden von der 30- bis 59-jährigen (max. Pflichtschulabschluss: 62 %, Lehre/BMS: 70 %, höherer Abschluss: 78 %) sowie von der männlichen Bevölkerung (max. Pflichtschulabschluss: 33 %, Lehre/BMS: 69 %, höherer Abschluss: 73 %) bei steigendem Bildungsgrad häufiger in Anspruch genommen. Auch die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (innerhalb der letzten 12 Monate) nimmt mit dem Bildungsgrad zu (max. Pflichtschulabschluss: 52 %, Lehre/BMS: 71 %, höherer Abschluss: 74 %).

Hinsichtlich des Haushaltseinkommens findet sich ein ähnliches Muster:

- ▶ Die untersten Einkommensgruppen der männlichen Wiener Bevölkerung (ab 30 Jahren) nehmen seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch als jene der obersten Einkommensgruppen (53–63 % vs. 70–73 %).
- ▶ WienerInnen ab 30 Jahren, die dem untersten Einkommensquintil angehören, nehmen zahnärztliche Leistungen (innerhalb der letzten 12 Monate) deutlich seltener in Anspruch als WienerInnen, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind (58 vs. 76 %).

Darüber hinaus zeigt sich, dass WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) seltener zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten gehen als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (68 vs. 81 %). Auch auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen hat bei den Wienern der Migrationshin-

tergrund Einfluss (67 % bei Männern ohne Migrationshintergrund und 59 % bei Männern mit Migrationshintergrund).

## Definitionen und Daten

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) wird auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK berichtet. Hinweise bezüglich der Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) entsprechen dem Regimed-System (s. Fußnoten). *Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten* (ÄAVE) stehen für die durchschnittliche Anzahl an e-card-Erstkonsultationen (Berechnungsmethodik s. ÖSG 2012).

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.3.2 Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich

#### Physiotherapie

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit wenig bekannt. Es mangelt an einer vollständigen Erfassung von ambulant tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und von deren Leistungsangebot. Auch Angaben zum Bedarf fehlen. Informationen liegen ausschließlich zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 18 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 266.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %). In der Altersgruppe 60 Jahre oder älter nehmen Frauen häufiger physiotherapeutische Leistungen in Anspruch als Männer (24 vs. 18 %). Verglichen mit dem ATHIS 2006/2007, hat sich die Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten etwa verdoppelt.

Die Inanspruchnahme ambulanter physiotherapeutischer Leistungen steigt bei beiden Geschlechtern ab einem Alter von 30 Jahren deutlich an (bei den Männern von 10 auf 18 %, bei den Frauen von 13 auf 21–24 %).

#### Ergotherapie

Ebenso wie für ambulant erbrachte physiotherapeutische Leistungen gilt auch für die ergotherapeutische Versorgung, dass wenig über die Angebotsseite bekannt ist. Auch hier mangelt es an einer vollständigen Erfassung von ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten und deren Angebot. Aussagen zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage sind damit auch im Bereich der Ergotherapie nicht möglich. Auch Bedarfsangaben fehlen. Informationen liegen – auch für die ambulante Ergotherapie – nur hinsichtlich der Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 3 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Ergotherapeutin / einem Ergotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 41.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–3 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Wert bei 2 Prozent.

#### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bezüglich der Inanspruchnahme physio- und ergotherapeutischer Leistungen finden sich nur bildungsbedingte Unterschiede. Keine Unterschiede sind in Bezug auf den Migrationshintergrund sowie das Haushaltseinkommen erkennbar.

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nimmt bei der weiblichen Bevölkerung mit dem Bildungsgrad zu (von 15 % mit max. Pflichtschulabschluss auf 26 % bei einem höheren Bildungsabschluss), die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen hingegen ab (von 2 % bei einem höheren Bildungsabschluss auf 6 % bei max. einem Pflichtschulabschluss).

## Definitionen und Daten

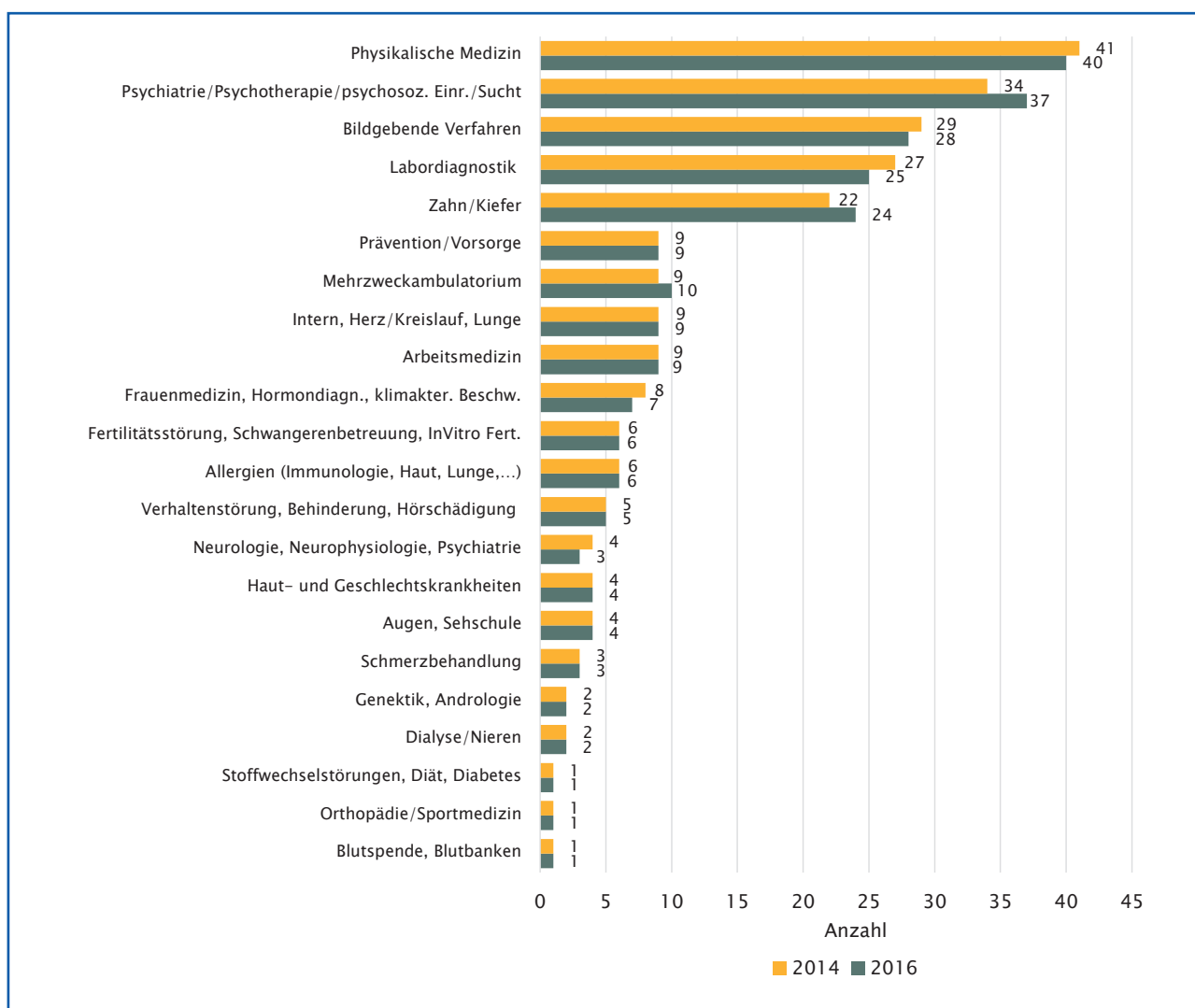
Die Inanspruchnahme *ambulanter physio- und ergotherapeutischer Leistungen* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.3.3 Selbstständige Ambulatorien

Im Juni 2014 standen der Wiener Bevölkerung rund 220 selbstständige Ambulatorien zur Verfügung (2016: 223). Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich mehrheitlich auf nachstehende Bereiche: Physikalische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung und Sucht, Bildgebende Verfahren, Labordiagnostik, Zahn und Kiefer (s. Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5:

Leistungsbereiche selbstständiger Ambulatorien in Wien, 2014 und 2016



Quelle: BMGF – Kataster der selbstständigen Ambulatorien (Datenbankabruf: 17. 6. 2014 und 27. 01. 2016)  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die Anzahl selbstständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbstständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (Fach-)Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und ambulante Spitäler.

### 6.3.4 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung von nicht-stationären Patientinnen und Patienten auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

#### Frequenzen

Im Jahr 2014 betrug die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in Wiener Spitalsambulanzen rund 4,1 Millionen (rohe Rate: 230.200 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 145.000–271.800). Sie ist seit 2005 absolut um etwa 1 Prozent gestiegen, pro 100.000 EW um rund 7 Prozent gesunken.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen in den Bereichen Innere Medizin, Radiologie, Unfallchirurgie und Kinderheilkunde aufgesucht.

#### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit sinkendem Bildungsgrad nimmt die Wiener Bevölkerung (laut ATHIS 2014) häufiger spitalsambulante Leistungen in Anspruch (max. Pflichtschulabschluss: 27 %; Matura oder höher: 15 %). Bei der männlichen Bevölkerung bzw. bei ab 60-Jährigen gilt dies vermehrt für Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss 25 bzw. 39 %. Bei der weiblichen Bevölkerung sind es ausschließlich Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, die seltener eine Spitals-/Unfallambulanz aufsuchen (20 vs. 33 %).

Zusammenhänge mit dem Einkommen zeigen sich nur bei den 30- bis 59-Jährigen sowie bei der weiblichen Bevölkerung. Für beide gilt, dass die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen mit sinkendem Haushaltseinkommen steigt (bei den 30- bis 59-Jährigen von 14 auf 22 %; bei den Frauen von 21 auf 29 %).

Wienerinnen mit Migrationshintergrund haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz in Anspruch genommen als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (32 vs. 26 %).

## Definitionen und Daten

Die Daten zu den *Spitalsambulanzen* wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Hier unberücksichtigt bleiben Kontakte während eines stationären Aufenthaltes.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

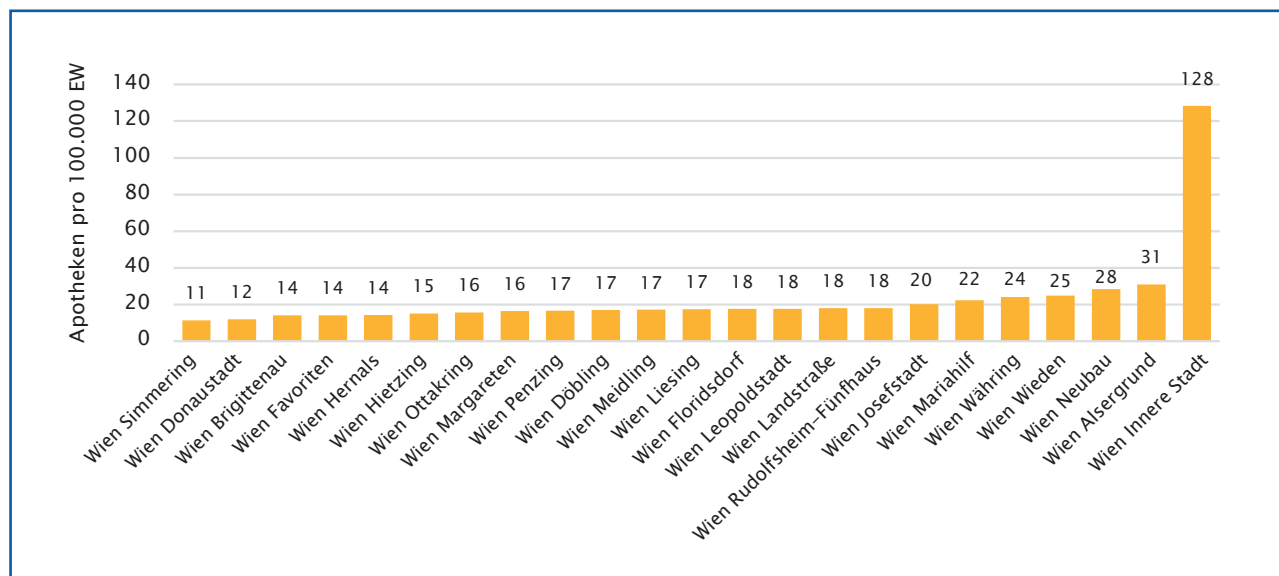
### 6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

#### Apotheken

Im Jahr 2014 standen der Wiener Bevölkerung 318 Apotheken zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken). Ihre Anzahl ist seit 2005 um 7 Prozent gestiegen. Im Jahr 2015 kamen noch vier weitere Apotheken hinzu.

Im Jahr 2015 betrug die Apothekendichte 18 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13–18). Sie variierte in den Wiener Bezirken zwischen 11 (in Wien-Simmering) und 128 (in Wien-Innere Stadt; s. Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:  
Apothekendichte nach Wiener Bezirken, 2015



Quelle: Österreichische Apothekerkammer „Apothekendichte in Zahlen 2016“ und Apothekenindex Österreich  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Medikamenteneinnahme

Im Jahr 2014 haben – laut ATHIS – 48 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (innerhalb der letzten zwei Wochen) ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen (rund 728.000 Personen; BL-Bandbreite: 44–56 %), die weibliche Bevölkerung häufiger als die männliche (55 vs. 41 %). Im Jahr 2006/2007 waren es 46 Prozent.

Rezeptfreie Medikamente werden von 39 Prozent der WienerInnen (rund 587.0000 Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 28–39 %), von 15- bis 29-jährigen Männern häufiger als von gleichaltrigen Frauen (37 vs. 30 %), von ab 30-jährigen Frauen häufiger als von gleichaltrigen Männern (48 vs. 33 %). Gegenüber dem ATHIS 2006/2007 ist dies eine Steigerung von 16 Prozentpunkten.

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente mit dem Alter deutlich zunimmt (von 24 % bei den 15- bis 29-Jährigen über 46 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 81 % bei den ab 60-Jährigen), steigt die Einnahme rezeptfreier Medikamente ab einem Alter von 30 Jahren etwas an (von 33 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 40–42 % bei den ab 30-Jährigen).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ärztlich verschriebene Medikamente werden von WienerInnen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (49 %) als von WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (63 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (66 %). Umgekehrt nehmen WienerInnen mit höherer Bildung häufiger rezeptfreie Medikamente ein (47 %) als WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (37 %).

Darüber hinaus zeigt sich, dass 30- bis 59-jährige WienerInnen sowie die weibliche Bevölkerung häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie den unteren Einkommensgruppen angehören (30- bis 59-Jährige: unterstes Einkommensquintil 52 %, oberstes Einkommensquintil 39 %; Frauen: unterstes Einkommensquintil 72 %, oberstes Einkommensquintil 53 %). Umgekehrt nehmen 30- bis 59-jährige WienerInnen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als WienerInnen aus dem obersten Quintil (25 vs. 45 %).

WienerInnen ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 43 %); ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als WienerInnen mit Migrationshintergrund). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund (41 vs. 31 % ohne Migrationshin-

tergrund) sowie häufiger von der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eingenommen (45 vs. 40 % mit Migrationshintergrund).

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in puncto Einnahme ärztlich verschriebener und rezeptfreier Medikamente werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 6.4 Akutstationäre Versorgung

Im Jahr 2014 standen der Wiener Bevölkerung 30 Akutkrankenanstalten zur Verfügung (21 Fonds-Krankenanstalten, 2 Unfallkrankenhäuser, 6 Sanatorien), darunter auch das Wiener AKH. Alle WienerInnen können zumindest eine dieser Krankenanstalten innerhalb einer halben Stunde (im Straßen-Individualverkehr) erreichen.

In den Wiener Akutkrankenanstalten werden rund 10.900 tatsächliche Akutbetten vorgehalten, rund 90 Prozent davon in Fonds-Krankenanstalten (FKA). Die Akutbettendichte beträgt 6,16 Betten bzw. 5,56 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–7,21 bzw. 3,94–6,21). Ohne Akutbetten der Akutgeriatrie und Remobilisation liegt die Bettendichte bei 5,95 Betten bzw. 5,36 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–6,93 bzw. 3,94–5,93). Die behördlich genehmigte Anzahl systemisierter Betten beträgt 12.328 Akutbetten (6,98 Betten pro 1.000 EW). Das versorgungswirksame Bettenäquivalent beträgt 11.219 Betten (6,35 pro 1.000 EW).

Die meisten Akutbetten stehen (exkl. Psychiatrie; s. Punkt 6.8.2.4) in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurologie zur Verfügung (s. Tabelle 6.1). Seit 2005 hat die Anzahl stationärer Akutbetten um rund 8 Prozent abgenommen. Die Anzahl systemisierter Betten wurde um 5 Prozent reduziert. Das Bettenäquivalent hat sich – den tatsächlichen Betten entsprechend – um 9 Prozent verringert. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten gekommen ist, wurde das Akutbettenkontingent in der Akutgeriatrie um 72 Prozent und in der Intensivüberwachung und -betreuung um 26 Prozent aufgestockt (s. Tabelle 6.1).

## Definitionen und Daten

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BGK 2012) ist für jede Fachrichtung festgelegt, innerhalb welcher Zeit spezifische *Versorgungsangebote* für WienerInnen erreichbar sein müssen. Die hier beschriebene 30-Minuten-Grenze ist ein Durchschnittswert über alle Fachrichtungen und sollte für mindestens 90 Prozent der Wiener Bevölkerung gewährleistet sein. Die Standortauswahl konzentriert sich dabei ausschließlich auf Wiener Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben unberücksichtigt. Der Erreichbarkeitswert bezieht sich auf den Straßen-Individualverkehr. Er wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet und ist unabhängig von Tageszeiten und Öffnungszeiten als reine Wegzeit zu interpretieren.

Die *Akutbettendichte* gibt die Anzahl der Akutbetten pro 1.000 EW an. Das *Bettenäquivalent* beschreibt die Anzahl an Betten, die unter der Prämisse einer Soll-Auslastung von 85 Prozent erforderlich sind.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Tabelle 6.1:

Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Wien nach Fachbereichen\*, 2005 und 2014

Fachbereiche		Tatsächliche Betten <sup>1</sup>			BMZ Inter- vall <sup>2</sup>	Aufenthalte (inkl. NTA)			Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufenthal- ten <sup>4</sup> )			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)			
		2005	2014	Verän- derung absolut und in %		2005	2014	Verände- rung absolut und in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %	
Innere Medizin	absolut	3.257	2.744	-513	1,04– 1,73	absolut	168.598	177.543	+8.945	7,5	6,5	-13	2,12	2,30	+8
	pro 1.000 EW	2,00	1,55	-22 %		pro 100.000 EW <sup>3</sup>	10.327	10.049	-3 %						
Chirurgie	absolut	1.234	1.099	-135	0,52– 0,87	absolut	61.914	63.131	+1.217	5,8	5,1	-12	1,28	1,26	-2
	pro 1.000 EW	0,76	0,62	-18 %		pro 100.000 EW	3.792	3.573	-6 %						
Gemischter Belag (Sanatorien)	absolut	766	779	+13	–	absolut	39.165	49.614	+10.449	4,4	3,9	-10	1,44	1,44	0
	pro 1.000 EW	0,58	0,55	-4 %		pro 100.000 EW	513	593	+16 %						
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	absolut	746	700	-46	0,26– 0,43	absolut	29.152	41.616	12.464	7,7	5,5	-29	1,19	1,23	3
	pro 1.000 EW	0,46	0,40	-13 %		pro 100.000 EW	1.786	2.356	32 %						
Neurologie	absolut	651	644	-7	0,21– 0,35	absolut	18.293	19.473	1.180	8,7	8,4	-3	1,54	1,53	-1
	pro 1.000 EW	0,40	0,36	-9 %		pro 100.000 EW	1.121	1.102	-2 %						
Intensivüber- wachung und -betreuung	absolut	494	624	130	0,21– 0,36	absolut	13.444	13.338	-106	5,5	6,0	8	1,78	1,37	-23
	pro 1.000 EW	0,30	0,35	17 %		pro 100.000 EW	823	755	-8 %						
Frauenheil- kunde und Geburtshilfe	absolut	650	563	-87	0,24– 0,40	absolut	48.676	50.876	2.200	4,1	3,5	-14	1,36	1,44	6
	pro 1.000 EW	0,40	0,32	-20 %		pro 100.000 EW	2.982	2.880	-3 %						
Akutgeriatrie und Remobilisation	absolut	211	363	+152	0,34– 0,56	absolut	3.788	6.355	2.567	15,7	17,0	8	1,16	1,19	2
	pro 1.000 EW	0,13	0,21	+59 %		pro 100.000 EW	232	360	55 %						
Unfallchirurgie	absolut	323	353	+30	0,30– 0,50	absolut	16.633	11.811	-4.822	6,04	5,69	-6	1,13	1,13	0
	pro 1.000 EW	0,20	0,20	0 %		pro 100.000 EW	2.976	2.125	-29 %						
Unfallchirurgie (UKH)	absolut	302	270	-32	–	absolut	14.163	14.114	-49	5,4	5,0	-9	1,12	1,10	-2
	pro 1.000 EW	0,56	0,19	-18 %		pro 1.000 EW	178	163	-8 %						
Urologie	absolut	315	283	-32	0,11– 0,18	absolut	19.040	19.119	79	5,6	4,8	-14	1,36	1,38	2
	pro 1.000 EW	0,19	0,16	-17 %		pro 100.000 EW	1.166	1.082	-7 %						

Fortsetzung nächste Seite

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Fachbereiche		Tatsächliche Betten <sup>1</sup>			BMZ Intervall <sup>2</sup>		Aufenthalte (inkl. NTA)			Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufhalten <sup>4</sup> )			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %
Pulmologie	absolut	315	266	-49	0,10–0,16	absolut	14.057	15.086	1.029	7,7	6,5	-16	1,76	1,86	6
	pro 1.000 EW	0,19	0,15	-22 %		pro 100.000 EW	861	854	-1 %						
Kinderheilkunde	absolut	329	244	-85	0,16–0,27	absolut	22.287	20.708	-1.579	4,4	3,9	-10	1,38	1,65	20
	pro 1.000 EW	0,20	0,14	-31 %		pro 100.000 EW	1.365	1.172	-14 %						
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	absolut	267	218	-49	0,09–0,15	absolut	20.607	18.063	-2.544	4,1	3,5	-15	1,31	1,17	-11
	pro 1.000 EW	0,16	0,12	-25 %		pro 100.000 EW	1.262	1.022	-19 %						
Augenheilkunde	absolut	236	194	-42	0,06–0,11	absolut	24.889	53.734	28.845	3,2	2,4	-25	1,45	1,98	37
	pro 1.000 EW	0,14	0,11	-24 %		pro 100.000 EW	1.525	3.041	99 %						
Haut- und Geschlechtskrankheiten	absolut	261	185	-76	0,06–0,09	absolut	10.918	12.356	1.438	7,5	5,2	-30	1,48	1,59	7
	pro 1.000 EW	0,16	0,10	-35 %		pro 100.000 EW	669	699	5 %						
Neurochirurgie	absolut	143	131	-12	0,06–0,09	absolut	4.806	4.998	192	9,3	8,2	-12	1,16	1,17	1
	pro 1.000 EW	0,09	0,07	-15 %		pro 100.000 EW	294	283	-4 %						
Kinderchirurgie	absolut	85	84	-1	0,04–0,06	absolut	6.964	8.144	1.180	3,6	3,2	-9	1,16	1,18	1
	pro 1.000 EW	0,05	0,05	-9 %		pro 100.000 EW	427	461	8 %						
Nuklearmedizin	absolut	101	84	-17	-	absolut	4.771	4.138	-633	5,4	4,7	-14	1,87	1,52	-19
	pro 1.000 EW	0,06	0,05	-23 %		pro 100.000 EW	292	234	-20 %						
Plastische Chirurgie	absolut	74	57	-17	0,02–0,03	absolut	2.900	3.091	191	5,3	5,0	-6	1,12	1,12	0
	pro 1.000 EW	0,05	0,03	-29 %		pro 100.000 EW	178	175	-2 %						
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	absolut	39	42	3	-	absolut	1.774	2.446	672	6,6	5,3	-21	1,28	1,21	-5
	pro 1.000 EW	0,02	0,02	0 %		pro 100.000 EW	109	138	27 %						

absteigend nach der Anzahl tatsächlicher Betten im Jahr 2014 sortiert

\* exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik (s. Punkt 0)

1 Alle Angaben beziehen sich auf Fonds-Krankenanstalten, davon ausgenommen der „Gemischte Belag“ (Sanatorien) und der Fachbereich „Unfallchirurgie“ (FKA und UKH), jeweils grau hinterlegt.

2 Die Bettenmessziffer (BMZ; systematisierte Betten pro 1.000 EW) gilt ausschließlich für fondsfinanzierte Krankenanstalten.

3 rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Wiener EW inkl. Null-Tage-Aufenthalte

4 exkl. Null-Tage-Aufenthalte (NTA) und Langzeitaufenthalte (> 28 Tage)

BMZ = Bettenmessziffer

EW = EinwohnerInnen

FKA = Fonds-Krankenanstalten

UKH = Unfallkrankenhaus

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik 2005 und 2014; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG



# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

## 6.4.1 Krankenhausaufenthalte in Wiener Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 wurden in Wiener Akutkrankenanstalten rund 637.000 Spitalsaufenthalte (inkl. Null-Tage-Aufenthalte) dokumentiert (rohe Rate: 36.000 Aufenthalte pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 22.200–38.800 Aufenthalte pro 100.000 EW):

- ▶ 90 Prozent entfallen auf FKA
- ▶ 78 Prozent auf Wienerinnen und Wiener
- ▶ 56 Prozent auf Frauen
- ▶ 52 Prozent auf Personen ab 60 Jahren

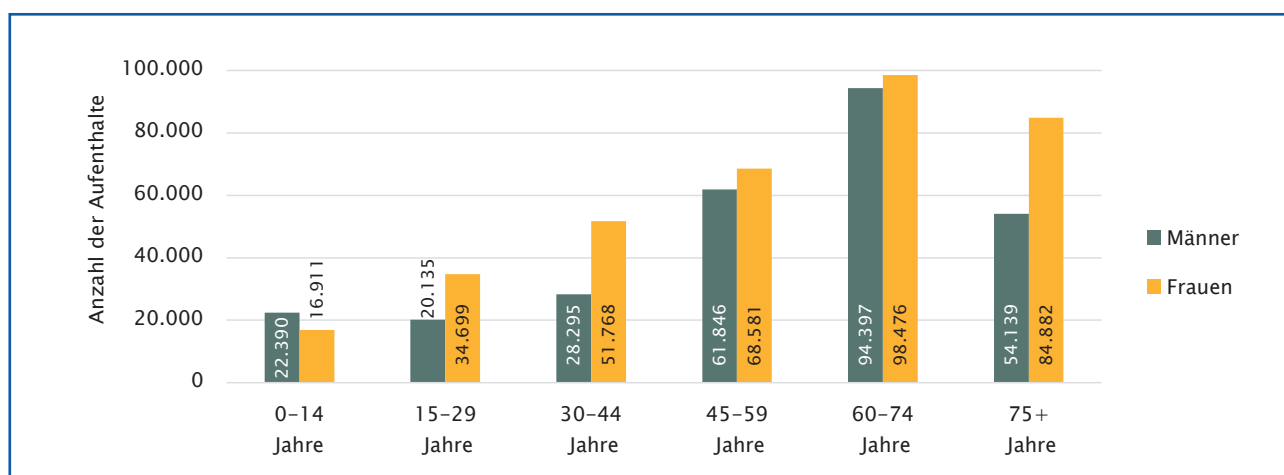
Erwartungsgemäß steigt die Anzahl akutstationärer Aufenthalte mit dem Alter: von etwa 39.300 Aufenthalten von 0- bis 14-Jährigen auf 139.000 Aufenthalte von ab 75-Jährigen.

Wienerinnen werden häufiger akutstationär aufgenommen als Wiener. Dies gilt insbesondere für die 15- bis 29-Jährigen, die 30- bis 44-Jährigen und die ab 75-Jährigen (s. Abbildung 6.7). Der deutliche Rückgang von Aufnahmen ab 75-jähriger Männer erklärt sich durch den Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen (s. Abschnitt 3.1).

30 Prozent der Aufenthalte (rund 191.000) werden als Null-Tage-Aufenthalte (NTA) geführt.

Abbildung 6.7:

Stationäre Aufenthalte in Wiener Akut-Krankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2005 ist die Anzahl akutstationärer Aufenthalte um rund 11 Prozent gestiegen, bei Frauen um 10 Prozent, bei Männern um 13 Prozent. Der NTA-Anteil hat im selben Zeitraum um 7 Prozent zugenommen.

Während bei den 0- bis 14-Jährigen die Anzahl akutstationärer Aufenthalte seit 2005 abgenommen hat (minus 14 %), ist insbesondere bei den ab 60-Jährigen ein Anstieg zu verzeichnen (von 275.100 auf 331.900 Aufenthalte; +21 %).

Vermehrt finden akutstationäre Aufenthalte (2014; inkl. NTA) in den bettenstarken Akutbereichen statt:

- ▶ Innere Medizin (rund 178.000 Aufenthalte)
- ▶ Chirurgie (rund 63.000 Aufenthalte),
- ▶ Frauenheilkunde und Geburtshilfe (rund 51.000 Aufenthalte),
- ▶ Orthopädie und orthopädische Chirurgie (rund 42.000 Aufenthalte)

In der Akutgeriatrie ist – aufgrund der langen Belagsdauer – eine geringere Anzahl akutstationärer Aufenthalte (rund 6.400) zu beobachten (s. Tabelle 6.1).

Die durchschnittliche Belagsdauer je Spitalsaufenthalt (im Sinne einer vollstationären Akutversorgung = exkl. NTA und Langzeitaufenthalten) beträgt in Wiener Akutkrankenanstalten im Jahr 2014 5,44 Tage (für FKA: 5,63 Tage; BL-Bandbreite: 4,94–5,55 Tage bzw. 4,95–5,68 Tage). Am längsten ist sie (exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik) im Bereich der Akutgeriatrie (17 Tage).

Seit 2005 hat die Belagsdauer in fast allen Bereichen abgenommen, insgesamt um durchschnittlich 0,7 Tage. Ein Anstieg ist hingegen in der Intensivüberwachung und in der Akutgeriatrie zu beobachten (jeweils +8 %), ein deutlicher Rückgang in den Bereichen Haut- und Geschlechtskrankheiten (–30 %), Orthopädie und orthopädische Chirurgie (–29 %), Augenheilkunde (–25 %) und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (–21 %; s. Tabelle 6.1).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Unterschiede in der Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akutkrankenanstalt versorgt als WienerInnen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (16 vs. 8 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen: je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme (unterstes Einkommensquintil: 20 %, oberstes Einkommensquintil: 8 %). Die weibliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wird häufiger stationär versorgt als Frauen mit Migrationshintergrund (16 vs. 13 %).

## Definitionen und Daten

*Null-Tage-Aufenthalte* (NTA) sind jene stationär aufgenommenen Patienten, deren Aufenthalt innerhalb eines Kalendertages abgeschlossen ist.

Die *durchschnittliche Belagsdauer* gibt die Anzahl der Belagstage pro stationären Aufenthalt an (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte = 1–28 Tage).

Die *Wiederaufnahmerate* (inkl. NTA) gibt die Anzahl der Aufenthalte pro PatientIn p. a. in derselben Fachrichtung an. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten wird dabei mit einem Patientenalgorithmus ermittelt (s. Punkt 6.4.2).

Die Daten über die akutstationären Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle stationären Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten (zielbezogen). Aufenthalte mit Unterbrechungen werden dabei nur einmal gezählt.

Die Angaben hinsichtlich sozioökonomischer Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Sie beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.4.2 Wiener PatientInnen in österreichischen Akut-Krankenanstalten

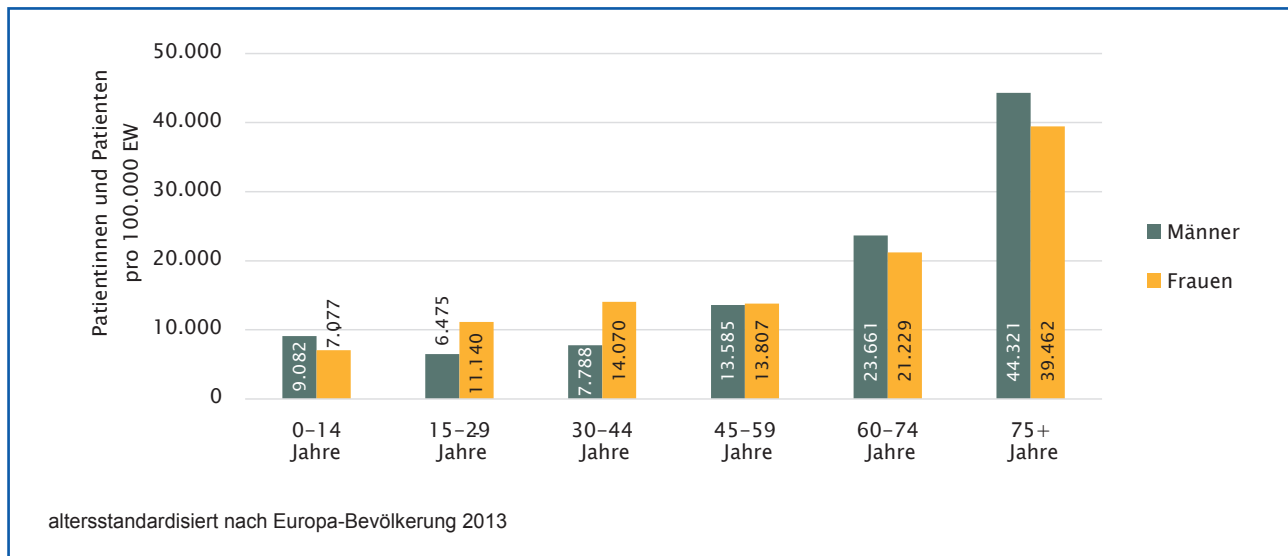
Im Jahr 2014 wurden rund 256.000 WienerInnen in österreichischen Akutkrankenanstalten versorgt (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 15.200 PatientInnen pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 15.200–18.700). Mehrheitlich handelt es sich bei den akutstationär Aufgenommenen um Frauen (57 %) und um Personen ab 60 Jahren (43 %).

Mit rund 15.700 Patientinnen pro 100.000 EW ist die altersstandardisierte Patientenrate der Wienerinnen (nach Europa-Bevölkerung 2013) deutlich höher als jene der Wiener (rund 14.700 Patienten pro 100.000 EW). Nach Altersgruppen betrachtet, werden Frauen häufiger in der Gruppe der 15- bis 44-Jährigen behandelt, Männer häufiger in der Gruppe der 0- bis 14- und ab 60-Jährigen. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Behandlung nimmt mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 6.8).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.8:

Akutstationär versorgte WienerInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehrheitlich werden die WienerInnen aufgrund nachstehender Diagnosen behandelt (s. Tabelle 6.2):

- ▶ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15 % aller Wiener PatientInnen (Pat.); 2.300 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Verletzungen und Vergiftungen (14 %; 2.000 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %; 2.200 Pat. pro 100.000 EW);
- ▶ Krankheiten des Verdauungssystems (13 %; 1.900 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Krebserkrankungen (11 %; 1.800 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Urogenitalsystems (10 %; 1.600 Pat. pro 100.000 EW)

Männer werden häufiger aufgrund nachstehender Diagnosen versorgt:

- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Verletzungen und Vergiftungen (2.200 Patienten vs. 1.900 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 Patienten vs. 1.700 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krebserkrankungen (1.900 Patienten vs. 1.700 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Atemwegserkrankungen (1.600 Patienten vs. 1.200 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Nervensystems (1.100 Patienten vs. 900 Patientinnen pro 100.000 EW)

Frauen häufiger aufgrund von:

- ▶ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.700 Patientinnen vs. 1.900 Patienten)
- ▶ Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 Patientinnen vs. 1.400 Patienten)
- ▶ Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (1.500 Patientinnen vs. 1.400 Patienten)

Tabelle 6.2:

Akutstationäre versorgte WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen\*, 2014

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen männlichen Pat. (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen weiblichen Pat. (in %)
ORT	14.585	1.938	13	24.196	2.697	17
VV	16.982	2.193	15	17.605	1.888	12
HKE	17.517	2.647	16	16.625	1.801	11
VER	16.296	2.133	15	15.667	1.713	11
BN	12.700	1.860	12	15.449	1.707	11
URO	9.910	1.393	9	16.648	1.763	11
PUL	11.862	1.595	11	10.902	1.198	7
AUG	9.142	1.419	8	13.498	1.525	9
GEB	–	–	–	22.149	2.112	15
NEU	8.256	1.116	8	8.209	905	6
Sonstige	26.861	3.568	24	33.101	3.573	23

absteigend nach der Gesamthäufigkeit sortiert (ausgenommen sonstige Erkrankungen)

\* exkl. F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.8.2.5)

\*\* 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 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 gibt es nur bei Frauen

VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – KA-Statistik 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Rate akutstationärer Wiener PatientInnen (pro 100.000 EW; altersstandardisiert) hat seit 2005 um 5 Prozent abgenommen. Besonders stark zurückgegangen ist das Patientenaufkommen bei Krankheiten des Kreislaufsystems (–20 %) sowie bei Krankheiten des Atmungssystems (–16 %). Krankheiten des Auges haben hingegen sowohl bei Männern als bei Frauen stark zugenommen (+36 %; s. Abbildung 6.9 auf folgender Seite).

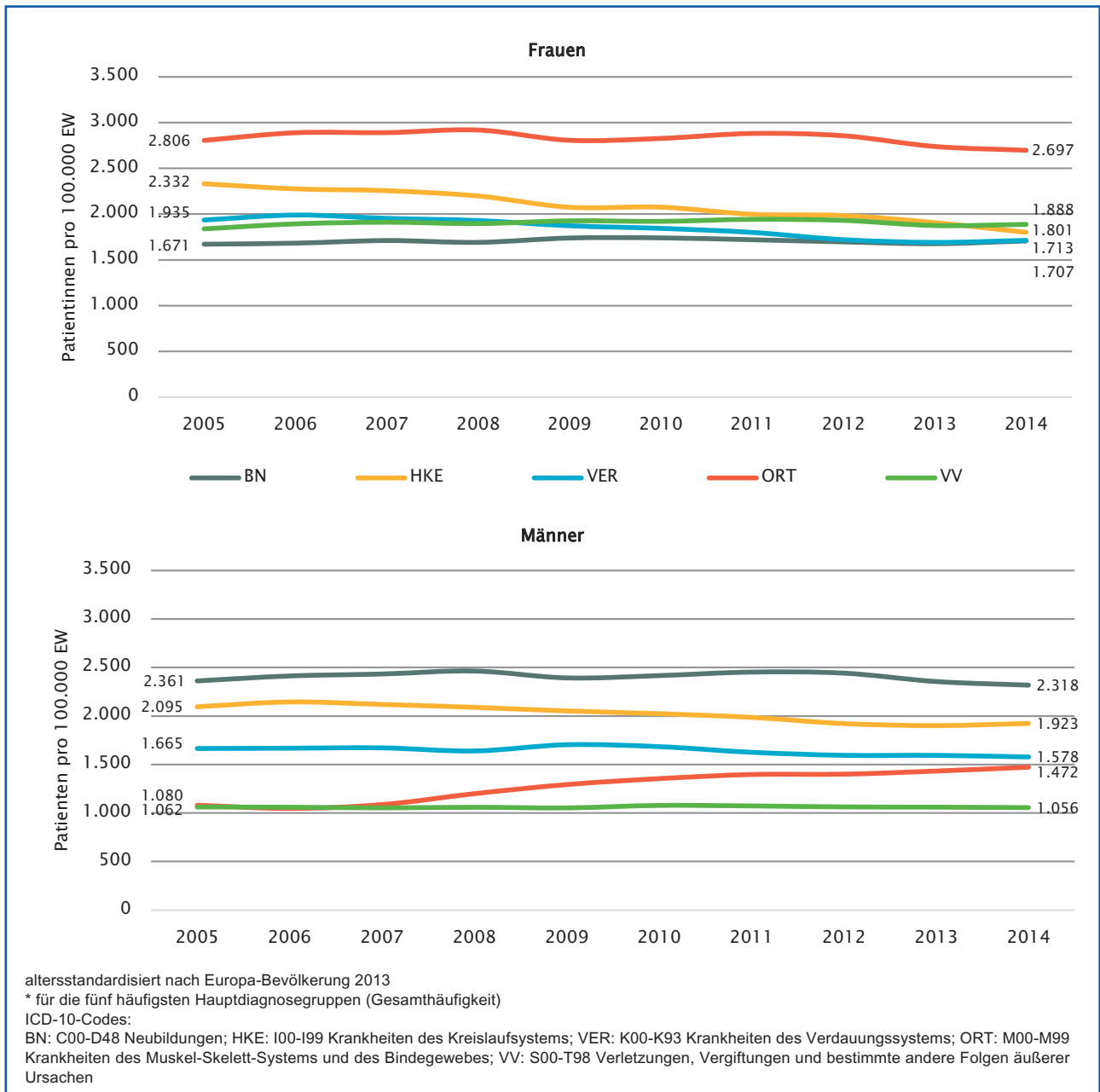
## Definitionen und Daten

Die Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle WienerInnen, die in einer österreichischen Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ihre Schätzung beruht (da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist) auf einem Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident bewertet. Unschärfen ergeben sich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären PatientInnen werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.9:

Entwicklung akutstationär versorgter WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen\*, 2005–2014



Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

## 6.5 Stationäre Rehabilitation

In Wien gab es im Jahr 2014 drei stationäre Reha-Einrichtungen mit insgesamt rund 350 tatsächlichen Betten. In Tabelle 6.8 werden die systemisierten (d. h. behördlich genehmigten) Betten, die Betten-äquivalente und die Aufenthalte in Wiener Rehabilitationszentren in den Jahren 2012 und 2014 ausgewiesen. Seit 2012 haben sich die Bettenäquivalente in fast allen Reha-Indikationsgruppen erhöht. Davon ausgenommen sind Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (s. Tabelle 6.3).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Tabelle 6.3:

Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und Aufenthalte in stationären Reha-Einrichtungen in Wien nach Reha-Indikationsgruppen\*, 2012 und 2014

	Systemisierte Betten	Bettenäquivalente Aufenthalte			Aufenthalte (zielbezogen)			
	2014	Ist-Stand 2012	Ist-Stand 2014	Veränderung zu 2012 in %	2012	2014	Veränderung zu 2012 absolut und in %	
KH des Bewegungs- und Stützapparats (BSR)	152	22	126	+482	absolut	218	1.916	+1.698
					pro 100.000 EW**	16	134	+752 %
KH des zentralen und peripheren Nervensystems (NEU)	147	145	129	-11	absolut	1.433	1.431	-2
					pro 100.000 EW	104	100	-3 %
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	52	41	65	+57	absolut	295	617	+322
					pro 100.000 EW	21	43	+103 %

Absteigend sortiert nach der Aufenthaltshäufigkeit 2014

\* exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. Punkt 6.8.2.7) und der Reha-Indikationsgruppen Onkologische Reha, Krankheiten des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparats, Lymphologie-Reha, Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die es im Jahr 2014 in Wien noch kein in Betrieb befindliches Angebot gab.

\*\* rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Wiener EW

Quellen: BMGF – Krankenanstaltenstatistik 2012 und 2014

BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2014 haben etwa 22.000 WienerInnen (im Alter von 20 oder mehr Jahren) eine Rehabilitation (Minstdauer 8 Tage) in Anspruch genommen (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 1.700 PatientInnen pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1.000–2.200). Davon waren:

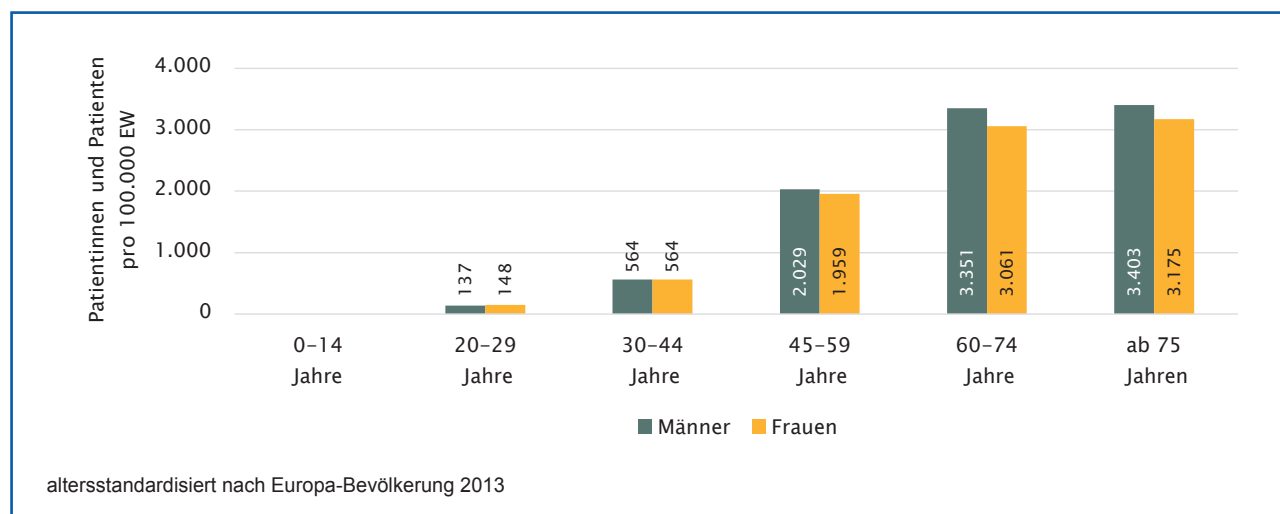
- ▶ 53 Prozent Frauen und
- ▶ 72 Prozent Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

Insgesamt betrachtet, treten Wiener häufiger eine stationäre Rehabilitation an als Wienerinnen (1.800 vs. 1.700 pro 100.000 EW; altersstandardisiert), ältere WienerInnen häufiger als jüngere (s. Abbildung 6.10).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.10:

Wiener Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei beiden Geschlechtern sind Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats der häufigste Grund für eine stationäre Rehabilitation.

Während die weibliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats, nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen eine Reha in Anspruch nimmt – zudem auch häufiger eine onkologische oder lymphologische Reha –, unterzieht sich die männliche Bevölkerung häufiger infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten des Stoffwechselsystems, des Verdauungsapparats und der Atmungsorgane einer Reha (s. Abbildung 6.11 auf folgender Seite).

## Definitionen und Daten

Die *Indikationsgruppe* beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund deren sich der Patient / die Patientin in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Indikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2012 (Reiter et al. 2012). Seit 2012 wird „onkologische Rehabilitation“ als eigene Rehabilitationsindikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in die anderen Indikationsgruppen inkludiert.

Die *systemisierte Bettenzahl* gibt die Anzahl der behördlich bewilligten Betten an. *Bettenäquivalente* beschreiben die Bettenanzahl, die unter der Prämisse einer Auslastung von 95 Prozent erforderlich ist, um das tatsächliche Aufkommen abdecken zu können.

Die Zuordnung der Betten zu den Reha-Indikationsgruppen BSR, NEU und UCNC wird voraussichtlich im Reha-Plan 2016 gemeinsam mit Expertinnen und Experten neu beurteilt. Dadurch werden sich z. T. erhebliche Abweichungen in den Mengengerüsten der entsprechenden Indikationsgruppen im Vergleich zu diesem Bericht und zum Reha-Plan 2012 ergeben. Die Daten über die Bettenzahlen wurden der Krankenanstaltenstatistik (KA-Statistik) des BMGF entnommen.

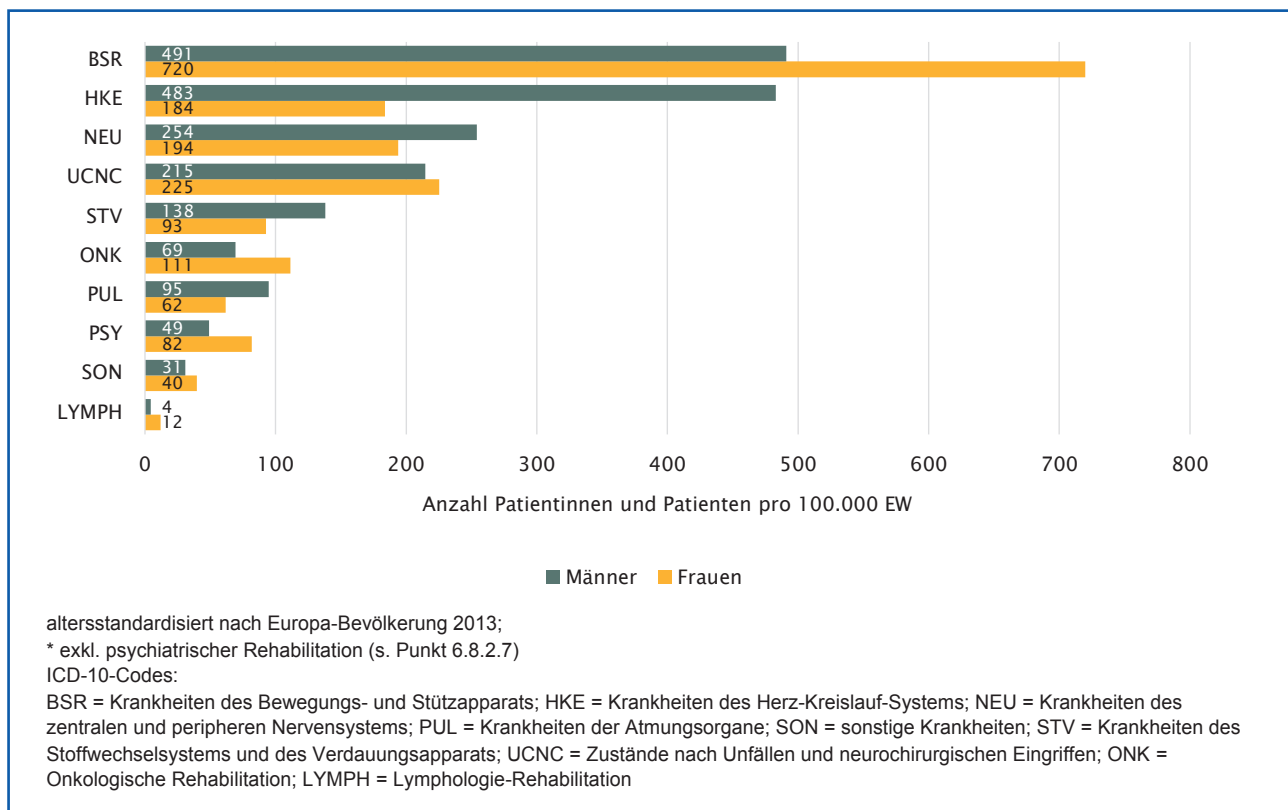
Die Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und beziehen sich auf alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt von mehr als sieben Tagen in einem Wiener Rehabilitationszentrum hatten.

Angaben zu den Reha-PatientInnen (quellbezogen; 20 Jahre oder älter) beruhen auf einer Schätzung, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Der dafür verwendete Algorithmus geht davon aus, dass Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, gleichem Geschlecht und Geburtsdatum ident sind. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.11:

Wiener Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen\* und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

## 6.6 Langzeitpflege und -betreuung

Mit dem Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ legt die Stadt Wien Leitlinien zur Weiterentwicklung des Angebotes an Pflege- und Betreuungsleistungen in den nächsten Jahren vor (Stadt Wien 2016). Der Schwerpunkt liegt auf der inhaltlichen Weiterentwicklung der Angebote sowohl im mobilen und teilstationären Bereich als auch auf Wohnangeboten mit integrierten Pflege- und Betreuungsleistungen. Präventive und rehabilitative Angebote sollen forciert werden, sowie neue Versorgungsformen, insbesondere im Bereich der Remobilisation und Stabilisation.

### 6.6.1 PflegegeldbezieherInnen

Aufgrund der demografischen Entwicklung muss in Wien wie österreichweit von einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden. Zur Anzahl pflege- und betreuungsbedürftiger Personen kann in Österreich als Orientierungsgröße die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2014 bezogen in Wien rund 86.000 WienerInnen Pflegegeld, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 4,8 Prozent (BL-Bandbreite: 4–4 %). Im Jahr 2012 waren es rund 85.000 Personen, 2015 rund 84.000 Personen.

Mehr als die Hälfte der Wiener PflegegeldbezieherInnen (57 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 43 Prozent auf die Stufen 3 bis 7 (s. Abbildung 6.12).



# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

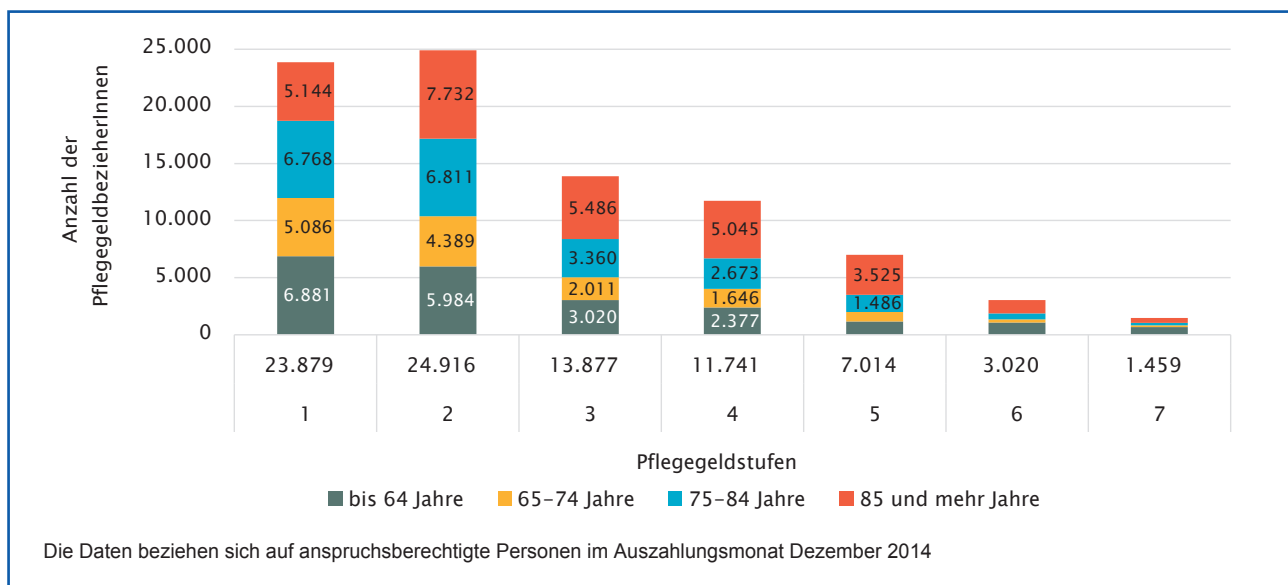
Die Mehrheit der WienerInnen, die Pflegegeld beziehen, ist älter als 65 Jahre (75 %):

- ▶ 33 Prozent bzw. rund 28.500 Personen sind 85 Jahre und älter.
- ▶ 25 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahren.
- ▶ 17 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahren (s. Abbildung 6.12).

65 Prozent der PflegegeldbezieherInnen sind weiblich, 35 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung auf Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 40 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 85 Jahre und älter, hingegen nur 20 Prozent der Pflegegeldbezieher.

Abbildung 6.12:

PflegegeldbezieherInnen in Wien nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014



Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2014  
Darstellung: GÖG

## 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 60 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 2014 des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014.

### 6.6.2 Formelle Angebote

Zur Unterstützung der Betreuung und Pflege zu Hause werden in Wien Pflegeleistungen und medizinische Versorgung (Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenhilfe und mobile Palliativbetreuung) angeboten. Daneben gibt es als Unterstützung im Alltag Heimhilfe (inkl. Heimhilfe für demente und/oder psychisch kranke Menschen), Essen auf Rädern, Besuchs- und Begleitdienste und einen Wäscheservice.

Als Unterstützung für pflegende Angehörige wird die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen im Urlaubs- oder Krankenfall angeboten. Zu Hause lebende pflegebedürftige Menschen haben in Wien auch die Möglichkeit, Tageszentren zu besuchen.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Wien bietet zur stationären Pflege und Betreuung Wohngemeinschaften sowie Wohn- und Pflegehäuser an.

Im Folgenden werden Angebote folgender Bereiche beschrieben:

- ▶ Mobile Dienste (Hauskrankenpflege und Heimhilfe)
- ▶ Stationäre Dienste (Wohn- und Pflegehäuser)
- ▶ Teilstationäre Dienste (Tageszentren)
- ▶ Kurzzeitpflege
- ▶ Alternative Wohnformen (inkl. Wohngemeinschaften)

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Leistungen bzw. die Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 60-jährigen EW in Bezug gesetzt, denn diese sind die primäre Zielgruppe dieser Angebote.

## Definitionen und Daten

Die Daten basieren auf den Angaben der Länder zur *Pflegedienstleistungsstatistik* und umfassen fünf der in § 3 Abs. 1 Pflegefondsgesetz (PFG) aufgelisteten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen); Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung sind hier nicht erfasst, außerdem sind SelbstzahlerInnen nicht in den Daten enthalten.

In Wien wurden im Jahr 2014 von mobilen Diensten rund 5,7 Mio. Leistungsstunden angeboten. Das sind rund 14.650 Stunden pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 3.571–14.654 Stunden pro 1.000 EW).

Tabelle 6.4:

### Pflege- und Betreuungsangebote in Wien, 2011 und 2014

	Anzahl der erbrachten Leistungsstunden bzw. der verfügbaren Plätze		Leistungsstunden/Plätze pro 1.000 EW 60 Jahre oder älter	
	2011	2014	2011	2014
Mobile Dienste (Leistungsstunden) <sup>1</sup>	5.745.740	5.747.020	14.960	14.654
Stationäre Angebote (Plätze) <sup>2</sup>	9.296	9.424	24	24
Teilstationäre Angebote (Plätze) <sup>2</sup>	735	795	2	2
Kurzzeitpflege (Plätze)	210	225	0,5	0,6
Alternative Wohnformen (Plätze) <sup>2</sup>	8.980	9.176	23	23

<sup>1</sup> Leistungsstunden für das gesamte Jahr 2014 bzw. 2011

<sup>2</sup> Plätze per 31. 12. 2014 bzw. per 31. 12. 2011

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG

In stationären Einrichtungen (Wohn- und Pflegehäusern) stehen rund 9.400 Plätze zur Verfügung. Das sind rund 24 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 22–46 Plätze pro 1.000 EW). In Wien wohnt zudem eine Vielzahl von Menschen in alternativen Wohnformen. In diesem Bereich stehen der Wiener Bevölkerung rund 9.200 Plätze zur Verfügung, das sind rund 23 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite ohne Wien: 0,2–5). Darüber hinaus werden rund 800 Plätze (2 Plätze pro 1.000 EW 60 plus) in teilstationären Einrichtungen und rund 200 Plätze (1 Platz pro 1.000 EW 60plus) für Kurzzeitpflege angeboten.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

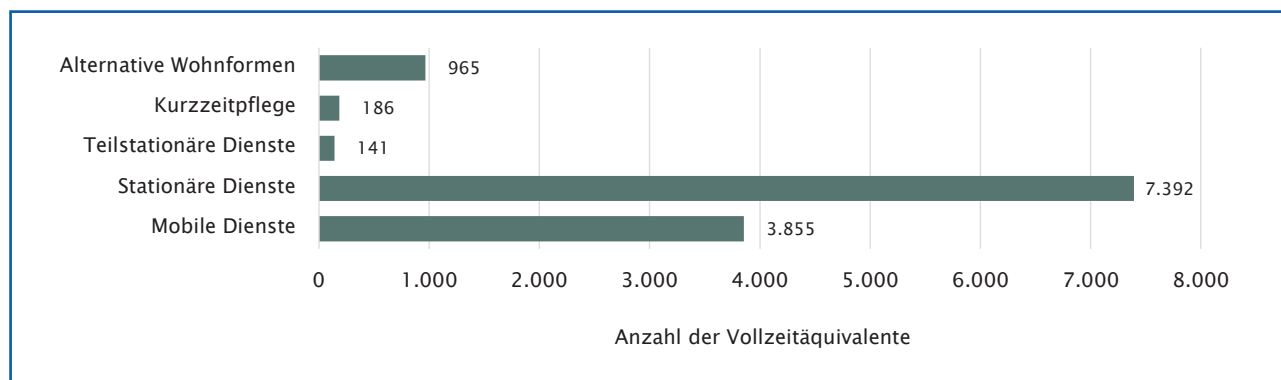
Insgesamt sind die Leistungsstunden und Wohnplätze der einzelnen Angebote von 2011 bis 2014 nahezu unverändert geblieben, sowohl in der Anzahl als auch gemessen an der Einwohnerzahl.

## Pflege- und Betreuungspersonen

Insgesamt sind in den angeführten Angeboten rund 15.000 Personen bzw. 12.540 Vollzeitäquivalente mit der Betreuung und Pflege von Menschen beschäftigt, die meisten davon im stationären Bereich (s. Abbildung 6.13).

Abbildung 6.13:

Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Wien, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Darstellung: GÖG

Die Mehrzahl der Pflege- und Betreuungspersonen ist weiblich: In Hinblick auf die Gesamtheit aller Dienste sind rund 83 Prozent Frauen. Mit jeweils 20 Prozent sind die meisten männlichen Vollzeitäquivalente bei stationären Diensten und in der Kurzzeitpflege beschäftigt.

Die Betreuung zu Hause wird in hohem Maß durch 24-Stunden-PersonenbetreuerInnen unterstützt. In Wien haben insgesamt 11.680 PersonenbetreuerInnen eine aktive Gewerbeberechtigung, davon sind 9.335 aktiv tätig (Wirtschaftskammer Österreich 2016).

## Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte *24-Stunden-Betreuung* auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b, 15 Abs. 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz) und gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraussetzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze von 2.500,- Euro netto, die nicht überschritten werden darf (erhöht sich für jede/n unterhaltsberechtigte/n Angehörige/n). Weiter muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätserfordernisse erfüllen. Die Anzahl der PersonenbetreuerInnen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst, Daten über die Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

## Betreute Personen

Im Jahr 2014 wurden von den Wiener Trägereinrichtungen (in Bezug auf die genannten Angebote) rund 55.460 Personen betreut (14,2 % aller EW im Alter von 60 oder mehr Jahren), wobei einzelne Personen durchaus auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen können (z. B. mobil betreute Personen, die gleichzeitig eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchen und Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen). Zur Anzahl betreuter Personen, die sich in einer 24-Stunden-Betreuung befinden, gibt es keine Informationen. Allerdings haben im Jahr 2015 rund 2.100 Wienerinnen und Wiener eine diesbezügliche Förderleistung des Sozialministeriumservice in Anspruch genommen (Bundesministerium für Arbeit 2015).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Tabelle 6.5:

Betreute Personen in Wien nach Angeboten, in Köpfen und als Prozentanteil der PflegegeldbezieherInnen bzw. der EW (60 Jahren und älter), 2011 und 2014

	Absolut		Betreute Personen Anteil Pflegegeld- bezieherInnen in %		Anteil an den EW 60+ (in %)	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
	Mobile Dienste	26.900	28.610	31,5	33,3	7,0
Stationäre Angebote	13.360	13.280	15,7	15,5	3,5	3,4
Teilstationäre Angebote	2.000	2.200	2,3	2,6	0,5	0,6
Kurzzeitpflege	979	1.130	1,1	1,3	0,3	0,3
Alternative Wohnformen	10.160	10.240	11,9	11,9	2,7	2,6

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG

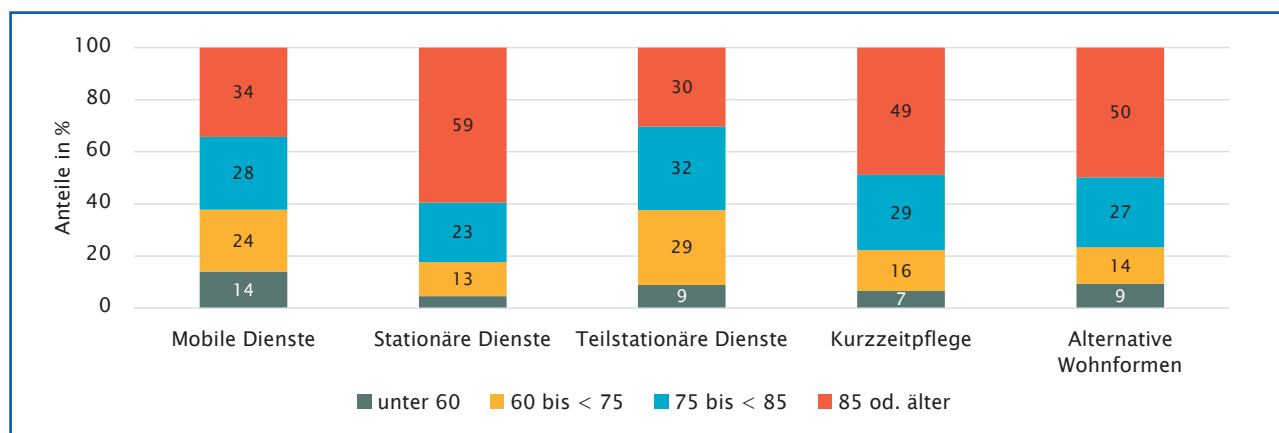
Die Mehrheit der betreuten Personen erhält mobile Leistungen, rund 33 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite: 27–35 %) bzw. 7 Prozent der EinwohnerInnen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 6–8 %). Die Anzahl der mobil betreuten Personen ist von 2011 auf 2014 leicht angestiegen. Nahezu konstant geblieben ist die Anzahl der in stationären Einrichtungen gepflegten/betreuten Personen. Stationär (in Wohn- und Pflegehäusern) wurden im Jahr 2014 rund 13.300 Menschen betreut, das sind 15,5 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite: 12–20 %) bzw. 3,4 Prozent aller Menschen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 3–5 %). Insgesamt wohnen 10.240 Personen in alternativen Wohnformen, das sind rund 12 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite ohne Wien: 0–2,6 %) bzw. 2,6 Prozent der EW ab 60 Jahren (BL-Bandbreite ohne Wien: 0–0,6 %).

Rund 90 Prozent aller betreuten Personen sind 60 Jahre und älter, mehr als 70 Prozent über 75 Jahre, 44 Prozent über 85 Jahre. Der höchste Anteil ab 75-Jähriger findet sich bei den stationären Angeboten sowie in der Kurzzeitpflege, der geringste Anteil bei den mobilen Diensten (s. Abbildung 6.14).

Von mobilen Diensten werden zu 37 Prozent Personen mit den Pflegegeldstufen 1 und 2 betreut, in den stationären Einrichtungen ist der Anteil der Menschen mit den Pflegegeldstufen 4 bis 7 am höchsten. In den alternativen Wohnformen liegt der Anteil der BewohnerInnen mit den Pflegegeldstufen 1 und 2 bei 48 Prozent (s. Abbildung 6.15).

Abbildung 6.14:

Betreute WienerInnen nach Diensten und Altersgruppen, 2014

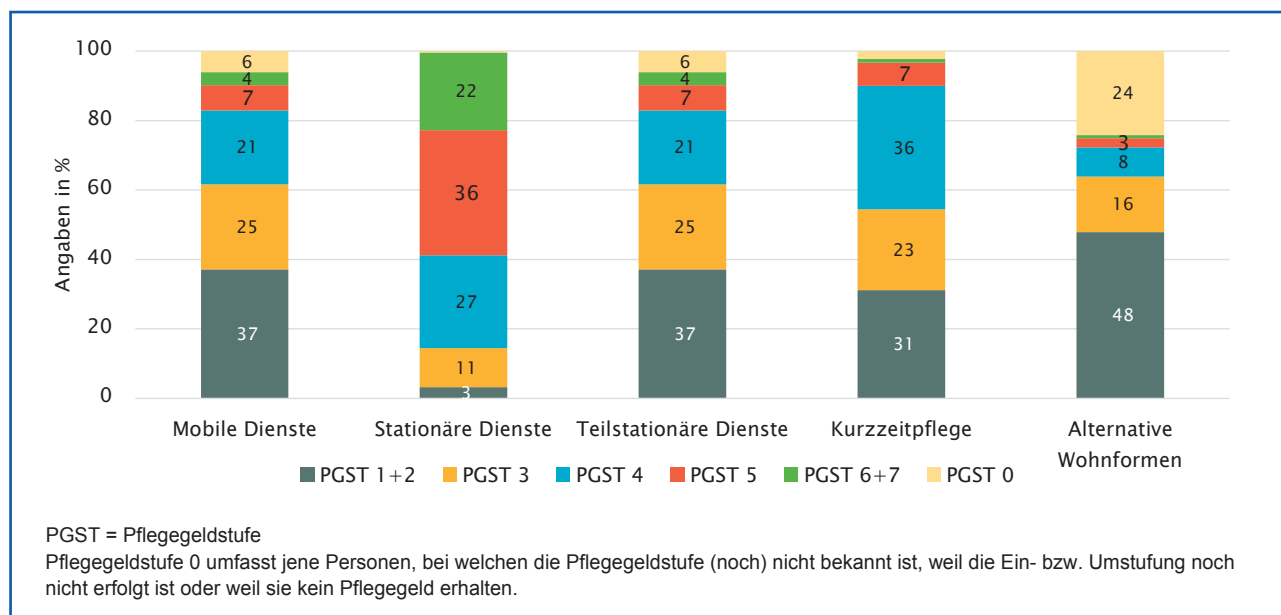


Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.15:

Betreute WienerInnen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

## 6.6.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

14 Prozent der WienerInnen haben – laut ATHIS – im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 214.000 Personen; BL-Bandbreite: 14–23 %). In 77 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Pflege- und Unterstützungsleistungen werden mehrheitlich von Frauen (54 %), Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (52 %), von erwerbstätigen Personen (45 %; davon 72 % vollzeitbeschäftigt) und von PensionistInnen (28 %) erbracht. 20 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (6 % zwei oder mehr Kinder). 42 Prozent sind selbst chronisch krank oder von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen. 37 Prozent sind aus gesundheitlichen Gründen im Alltag selbst eingeschränkt (6 % stark eingeschränkt). 24 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

67 Prozent der informell Pflegenden pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen bis zu 10 Stunden pro Woche, 17 Prozent im Ausmaß von 10 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. 55 Prozent sind in Pension, 31 Prozent erwerbstätig (davon 76 % vollzeitbeschäftigt).

## Definitionen und Daten

Das Ausmaß *informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 6.7 Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

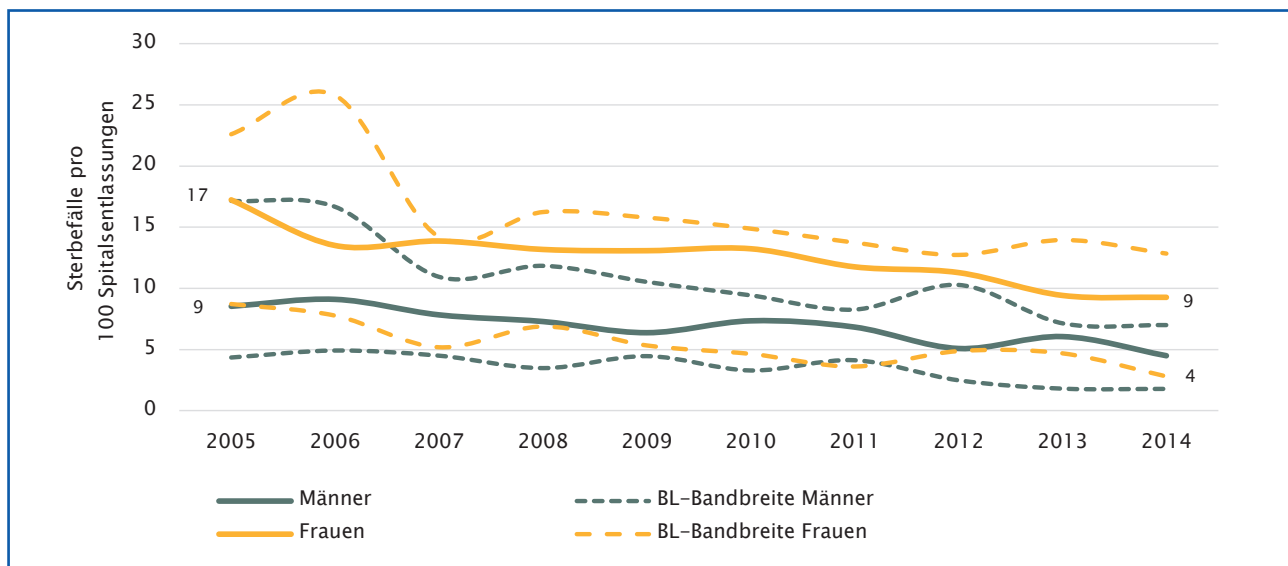
## 6.7.1 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

179 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus (84 Männer und 95 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 6,2 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Nicht nur absolut, sondern insbesondere bezogen auf 100 Spitalsentlassungen ist die höhere 30-Tage-Sterblichkeit von Frauen nach einem akutem Myokardinfarkt sichtbar: 9,3 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 3–13), 4,5 bei Männern (BL-Bandbreite: 2–7). Die Rate ist bei Frauen also mehr als doppelt so hoch.

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist – mit einigen Schwankungen – rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2014 für Frauen von 17 auf 9 und für Männer von 9 auf 5 Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist somit geringer geworden (s. Abbildung 6.16).

Abbildung 6.16:

**30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Wiener Akut-Krankenhäusern im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite nach Geschlecht, 2005–2014**



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

## Definitionen und Daten

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem akutem Myokardinfarkt (AMI) misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte wegen eines akuten Myokardinfarkts (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

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.

## 6.7.2 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

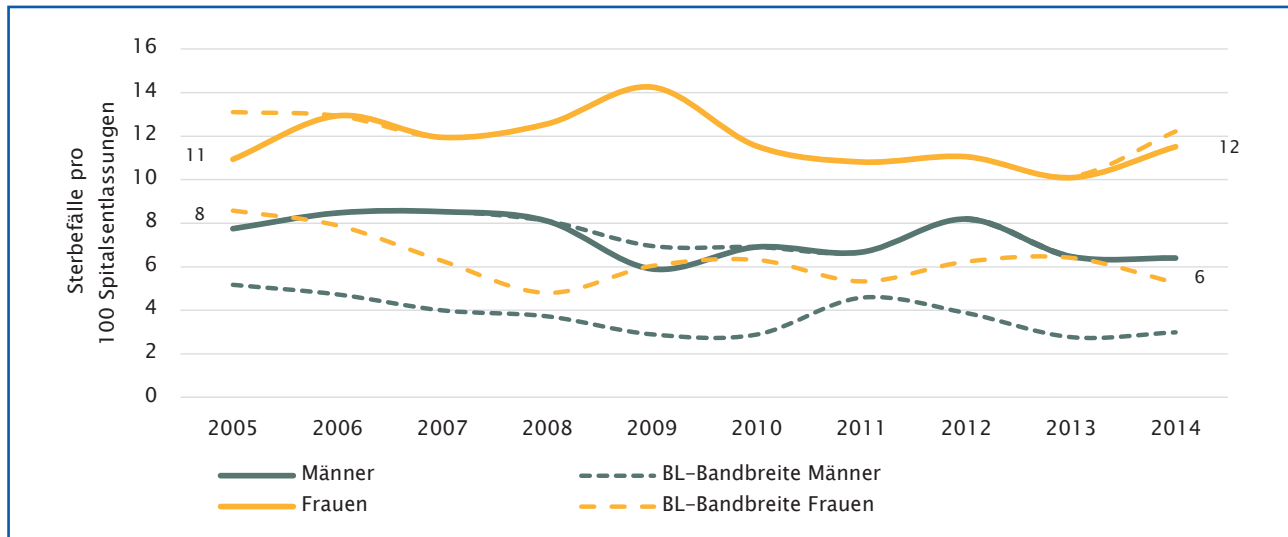
273 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalles (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Fast zwei Drittel davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: 12 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich, bei Männern sind es mit 6 Fällen nur halb so viele (BL-Bandbreite: Frauen 5–12, Männer 3–6, s. Abbildung 6.17).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist bei Männern tendenziell rückläufig, bei Frauen ist kein Trend erkennbar. (S. Abbildung 6.17)

Abbildung 6.17:

30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Wiener Akutkrankenhäusern im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite nach Geschlecht, 2005–2014



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

## Definitionen und Daten

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte wegen eines Schlaganfalls (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

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.

### 6.7.3 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Dieser Indikator ist definiert als Anteil der ab 70-Jährigen, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde.

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 2012 haben in Wien 52 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 44–57 %). Weiterführende Aussagen sind derzeit nicht möglich.

## Definitionen und Daten

Die Definition für *potenziell inadäquate 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.

## 6.8 Spezifische Versorgungsaspekte

### 6.8.1 Schwangerschaft und Geburt

In Wien kamen im Jahr 2014 19.260 Kinder auf die Welt, im Durchschnitt der letzten zehn Jahre waren es 17.764. Das entspricht einer Rate von 10,8 Lebendgeburten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 7,6–10,8).

### Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

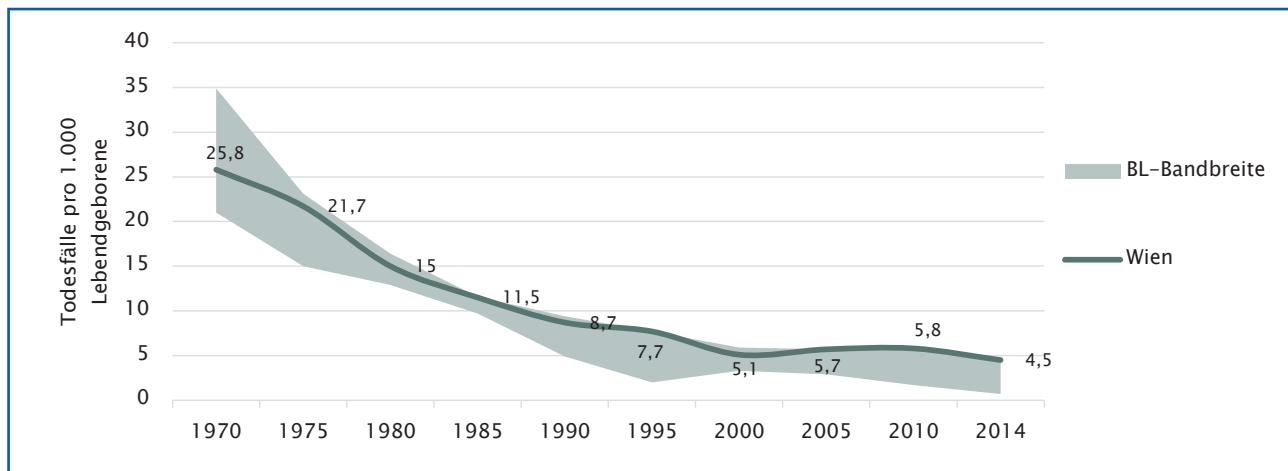
Im Jahr 2014 starben in Wien 87 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 4,5 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 0,7–4,5). Dies ist – abgesehen von den Jahren 2006 und 2012 (4,3) – der historisch niedrigste Wert (s. Abbildung 6.18). Entsprechend dem bundesweiten Trend war in Wien die Säuglingssterblichkeit bis zur Jahrtausendwende stark rückläufig. In den Jahren 2001–2005 stieg sie wieder leicht, um in der Folge wieder leicht zu sinken.

Wie auch in Österreich insgesamt sterben in Wien mehr Buben als Mädchen im ersten Lebensjahr, in manchen Jahren sind über 60 Prozent der Todesfälle männlich (Statistik Austria 2015a).

Rund drei Viertel der Sterbefälle bei Säuglingen ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen. Diese Fälle werden als *neonatale Sterblichkeit* bezeichnet. Die Rate betrug in Wien im Jahr 2014 3,7 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten (BL-Bandbreite: 0,5–3,7). 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.

Abbildung 6.18:

Säuglingssterblichkeit in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014  
Darstellung: GÖG

### Unterschiede nach Bildung

Österreichweit ist die Säuglingssterblichkeit bei Müttern, die ihre formale Bildung mit einer Pflichtschule oder weniger abgeschlossen haben, höher als bei Müttern mit einem Matura- oder Hochschulabschluss (2014: 5,1 vs. 2,5 ‰) (Statistik Austria 2015a).

### Definitionen und Daten

Die *Säuglingssterblichkeit* gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburten und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator *neonatale Sterblichkeit*. Diese misst die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.



## Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

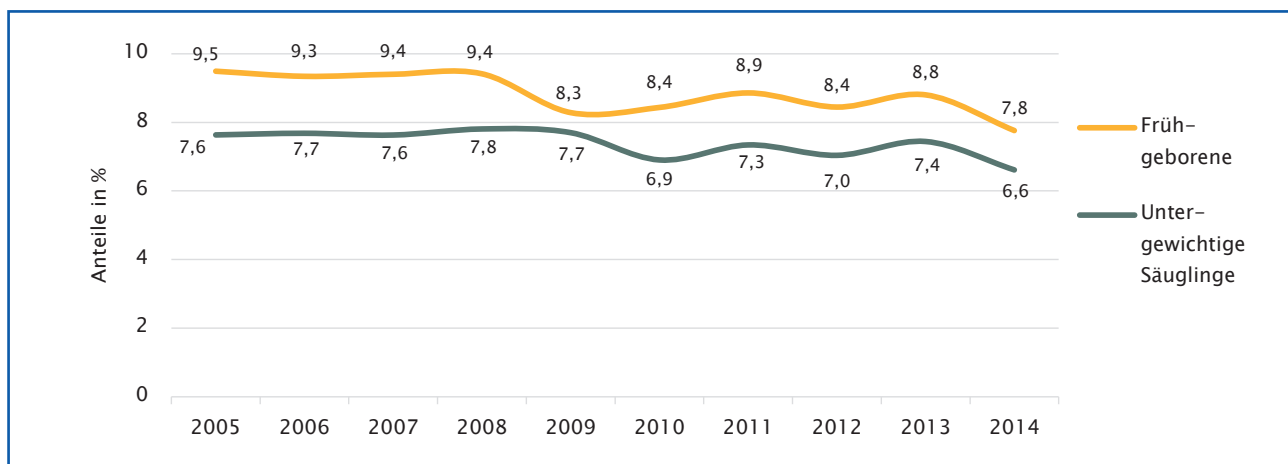
Von den insgesamt 19.260 Neugeborenen im Jahr 2014 kamen in Wien rund 1.590 Kinder zu früh (vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche) auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 8,2 Prozent (BL-Bandbreite: 7,2–8,7 %). Der Großteil davon (98,4 %) kommt nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt (Statistik Austria 2015a).

In Österreich ist die Frühgeborenenrate seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Während der letzten 30 Jahre (1984–2014) schwankte der Wert zwischen 7,8 und 8,9 Prozent. In Wien scheint sich die Rate seit 2010 auf einem etwas niedrigeren Niveau eingependelt zu haben (s. Abbildung 6.19).

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Im Jahr 2014 kamen in Wien 6,9 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,8–7,5).

Abbildung 6.19:

Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Wien, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014  
Darstellung: GÖG

Trotz des offensichtlichen Zusammenhangs zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht besteht nicht zwangsläufig eine Kausalität: Etwa 40 Prozent der Frühgeburten sind nicht untergewichtig, und knapp 30 Prozent der Untergewichtigen sind keine Frühgeburt (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012).

## Definitionen und Daten

Als *Frühgeburt* gilt jede Schwangerschaft, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten – unabhängig von der Schwangerschaftsdauer – als *Low-Birth-Weight*-Säuglinge. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.

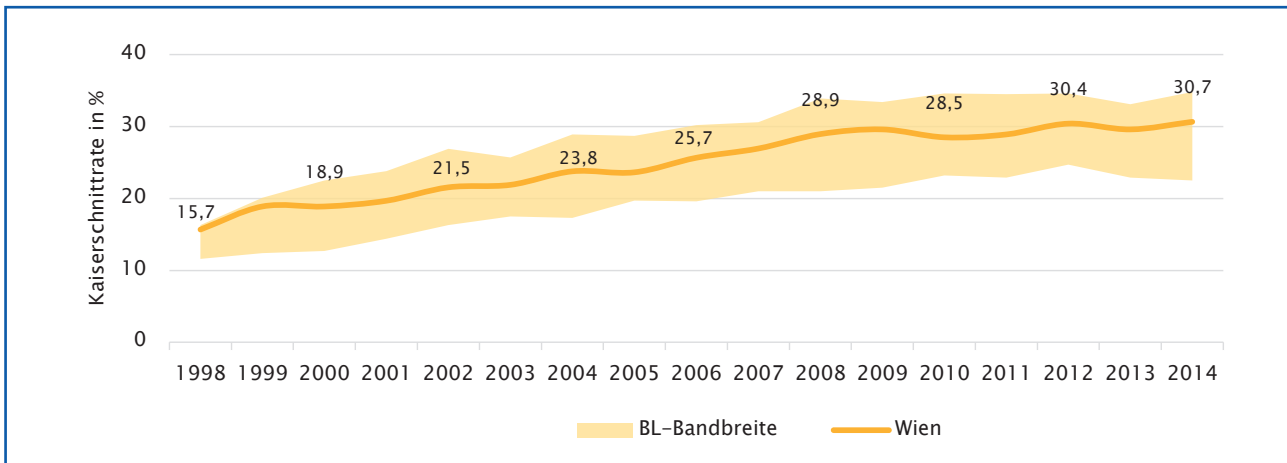
## Kaiserschnitttrate

Die Art der Entbindung hat sich in Wien wie auch in Österreich insgesamt in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2014 kam in Wien fast ein Drittel aller Kinder mittels Kaiserschnitts auf die Welt (BL-Bandbreite: 22,5–34,8 %). Kurz vor der Jahrtausendwende waren es noch 16 Prozent. Seither ist die Rate weitgehend kontinuierlich gestiegen, doch seit dem Jahr 2008 scheint sich eine Sättigung abzuzeichnen (s. Abbildung 6.20).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.20:

Kaiserschnittrate in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014  
Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

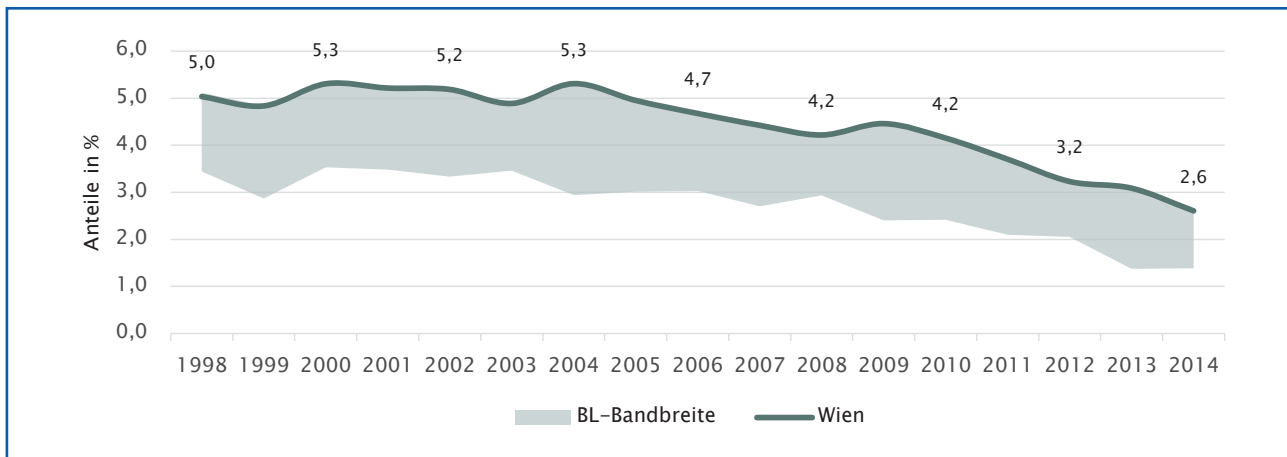
Die *Art der Geburt* wird in der Geburtenstatistik von Statistik Austria dokumentiert. Derzeit wird nicht zwischen medizinisch indizierten und sogenannten Wunsch-Kaiserschnitten unterschieden.

### Teenager-Mütter

Langfristig gesehen, ist der Anteil von Teenager-Müttern in Wien kontinuierlich gesunken, wiewohl es Ende der 1960er- und Mitte der 1970er-Jahre auch kurzzeitige Höhepunkte mit Anteilen von 14 bzw. 13 Prozent gegeben hatte. Bis Mitte der 1990er-Jahre ist diese Quote deutlich zurückgegangen, um nach einigen Jahren der Stagnation (um die Jahrtausendwende herum) ab 2004 erneut zu sinken (s. Abbildung 6.21).

Abbildung 6.21:

Teenager-Geburten in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014  
Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 waren rund 500 Mütter in Wien unter 20 Jahre alt (5 davon waren jünger als 15 Jahre). Dies entspricht einer Rate von 2,6 Prozent (BL-Bandbreite im Jahr 2014: 1,4–2,6 %, s. Abbildung 6.21). Im Zeitraum von 1998–2014 zeigte sich am anderen Ende der Skala ein gegenläufiger Trend: Der Anteil von über 40-jährigen Müttern ist in Wien in diesem Zeitraum von 1,9 (1998) auf 4,9 Prozent (2014) gestiegen (BL-Bandbreite: 3,2–4,9). Damit ist das Niveau so hoch wie nie zuvor. Das Durchschnittsal-

ter aller Wienerinnen bei der Geburt eines Kindes lag im Jahr 2014 bei 30,5 Jahren (BL-Bandbreite: 30,2–31,0).

## Definitionen und Daten

Das *Alter der Mutter* bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung von Statistik Austria dokumentiert.

### 6.8.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

#### 6.8.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

##### Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

In Wien werden in fünf Krankenanstalten in Summe 11 psychiatrische Spitalsambulanzen angeboten:

- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Klin. Abt. f. Biologische Psychiatrie
- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Klin. Abt. f. Sozialpsychiatrie
- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Univ.-Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung I für Alkohol- und Medikamentenabhängige
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung IV für Alkohol- und Medikamentenabhängige
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung II – Drogenabteilung
- ▶ SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Donauspital Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, 1. Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, 3. Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, Zentrum für Suchtkranke

Die Versorgung im niedergelassenen Bereich wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- ▶ Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie
- ▶ Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ▶ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- ▶ Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- ▶ Klinische Psychologinnen und Psychologen

##### Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie

In Wien praktizierten im Jahr 2014 laut *Ärzteliste* der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) rund 350 PsychiaterInnen, davon 30 mit Kassenvertrag (rund 9 %). Das entspricht insgesamt einer FÄ-Dichte von 20 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 3–20) und einer Dichte an FÄ mit Kassenvertrag von 1,7 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1,3–3,0). 48 Prozent der PsychiaterInnen sind Frauen, 51 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 16 Prozent 65 Jahre oder älter. Seit 2005 ist die Ärztedichte von 16 auf 20 FÄ pro 100.000 EW gestiegen (+23 %).

## **Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

In Wien praktizierten im Jahr 2014 laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) 45 FÄ mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie<sup>21</sup>, davon nur zwei mit Kassenvertrag (4 %). Das entspricht insgesamt einer FÄ-Dichte von 2,5 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,3–3,2) und einer Dichte an FÄ mit Kassenvertrag von 0,1 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,1–1,3). 44 Prozent der Kinder- und JugendpsychiaterInnen sind Frauen. 36 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 13 Prozent 65 Jahre oder älter. Seit 2005 ist die Ärztedichte von 1,6 auf 2,5 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie gestiegen (+60 %).

## **Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**

Mit Stand 31. 12. 2014 waren in Wien rund 3.400 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Das entspricht einer Dichte von rund 19 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5–19 TherapeutInnen pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt dabei bei 73 Prozent. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeutinnen ist mit rund 55 Jahren etwas niedriger als jenes ihrer männlichen Kollegen mit 57 Jahren. 94 Prozent der berufsberechtigten Personen sind österreichische StaatsbürgerInnen.

## **Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom**

In Wien praktizierten im Jahre 2015 – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 390 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von 22 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 5–22). 15 Prozent dieser Ärztinnen/Ärzte (n = 57) haben einen Kassenvertrag (3,2 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1–5), 64 Prozent sind Frauen, 65 Prozent 55 Jahre oder älter, 21 Prozent 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Ärztedichte von 18 auf etwa 22 PSY-III-Diplom-Ärztinnen und -Ärzte pro 100.000 EW gestiegen (+19 %).

## **Klinische PsychologInnen**

Mit Stand 31. 12. 2014 waren in Wien rund 2.900 Personen in die Liste der Klinischen PsychologInnen eingetragen. Dies entspricht einer Dichte von rund 16 Klinischen PsychologInnen pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 6–17 pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt dabei bei 84 Prozent. Das Durchschnittsalter der Klinischen Psychologinnen ist mit 44 Jahren niedriger als jenes ihrer männlichen Kollegen mit 50 Jahren.

<sup>21</sup> In Österreich wurde das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im Jahr 2007 als eigenständiges Sonderfach etabliert. Davor konnte es als Zusatzausbildung zu den Sonderfächern Pädiatrie, Psychiatrie oder Neurologie erworben werden (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, KJNP).

## Definitionen und Daten

*FÄ für Psychiatrie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie:* Datenquellen sind die Ärztelisten von ÖÄK und ZÄK.

*PsychotherapeutInnen:* Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl Nr. 361/1990) die Berufsausübung der *PsychotherapeutInnen*. Nach Abschluss der Ausbildung werden die AbsolventInnen in die vom BMGF geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs 1 PthG binnen eines Monats an das BMGF zu melden. Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10–20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig 2015). Bei Angabe mehrerer Berufssitze erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

*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 anzuwenden. Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

*Klinische PsychologInnen:* Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990) die Berufsausübung der Klinischen *PsychologInnen*. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl Nr. 360/1990 trat mit 30. 6. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die AbsolventInnen in die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte Liste der Klinischen PsychologInneneingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMGF zu melden (Sagerschnig 2015). Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben. Bei Angabe mehrerer Berufssitze erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

### 6.8.2.2 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben 8 Prozent der WienerInnen (BL-Bandbreite: 5–8 %) – das sind rund 126.000 Personen – in den letzten 12 Monaten entweder eine Psychologin oder einen Psychologen, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten und/oder eine Psychiaterin oder einen Psychiater in Anspruch genommen. Dies trifft auf Wienerinnen im Alter von 15 bis 29 Jahren häufiger zu als auf gleichaltrige Wiener (10 vs. 3 %).

Am häufigsten werden PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und/oder PsychiaterInnen von 30- bis 59-jährigen WienerInnen konsultiert (11 % vs. 5–6 %).

## Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und/oder PsychiaterInnen in den letzten 12 Monaten wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.8.2.3 Psychosoziale Dienste

Die bestehenden Versorgungsstrukturen in Wien sind komplex, weil zahlreiche Träger an der Versorgung psychisch erkrankter Personen beteiligt sind und viele Einrichtungen nicht nur psychisch kranke Menschen betreuen, sondern auch andere Zielgruppen. Darüber hinaus besteht in Wien keine zentrale Stelle, an der sämtliche Dokumentationen über die vorhandenen Einrichtungen und deren Angebote und Leistungen zusammenlaufen. Die nachfolgende Darstellung beruht auf den Angaben des PSD und des Fonds Soziales Wien, wobei nicht alle Daten vorliegen. Ein entsprechendes Meldesystem für die geförderten Leistungsanbieter ist beim Fonds Soziales Wien im Aufbau begriffen. Aus diesem Grund beinhaltet die nachfolgende Darstellung ausschließlich Informationen über die Anzahl vorhandener Einrichtungen und die Anzahl vorhandener Plätze.

Nach den vorliegenden Angaben boten im Jahr 2013 47 Einrichtungen psychosoziale Beratung an. Zudem ist ein psychosozialer Notdienst eingerichtet. Für die Wohnbetreuung stehen 1.424 Plätze in 34 Einrichtungen zur Verfügung, die zum Teil auf einzelne Zielgruppen spezialisiert sind. Angaben

zum Bereich der mobilen Wohnbetreuung konnten nicht geliefert werden. Tagesstrukturierende Angebote können in 28 Einrichtungen wahrgenommen werden, zudem gibt es zwei Klubeinrichtungen. Sechs Einrichtungen bieten berufliche Eingliederungshilfe und 10 Einrichtungen mobile Arbeitsunterstützung an. Für Menschen mit psychischen Problemen/Krisen gibt es in Wien insgesamt 27 Selbsthilfegruppen.

Die Psychosozialen Dienste in Wien (PSD Wien) bieten eine breite Palette an sozialpsychiatrischen Angeboten an: Jede der 8 psychosozialen Versorgungsregionen ist mit einem Ambulatorium ausgestattet. Im Jahre 2015 konnten 7.763 Personen eine niederschwellige, an den individuellen Bedarf angepasste sozialpsychiatrische Behandlung erhalten (2014: 7.909; 2013: 7.505). Die 24-Stunden-Erreichbarkeit in Krisensituationen wird durch ein Verbundsystem zwischen dem Sozialpsychiatrischen Notdienst (SND), dem Mobilien Psychiatrischen Krisendienst (MPK) und der PsychoSozialen Information (PSI) gewährleistet. Zusätzliche überregionale Angebote sind ein Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik, das GerontoPsychiatrische Zentrum, das Institut für Psychiatrische Frührehabilitation, das Institut für Psychotherapie mit angeschlossenem Tageszentrum für Borderlinestörung und das Department für Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum. Zusätzlich werden Liaison-Dienste mit Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt (MAG11) angeboten.

## Definitionen und Daten

Die Daten zu den *psychosozialen Diensten* stammen aus der letzten Aktualisierung der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2013, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde (Kern et al. 2014). Die Daten des PSD Wien sind den Leistungsberichten des PSD entnommen (PSD Wien 2014; PSD Wien 2015; PSD Wien 2016)

### 6.8.2.4 Akut- und teilstationäres Versorgungsangebot

#### Allgemeinpsychiatrie

Der Wiener Bevölkerung stehen sieben Standorte für Allgemeinpsychiatrie (AKH Wien, SMZ SÜD KFJ/Preyer, KH Hietzing – Rosenhügel, KH Rudolfstiftung, KH SMZ-Ost – Donauspital, Otto-Wagner-Spital, Therapiezentrum Ybbs) zur Verfügung.

Laut Kostenstellenstatistik des BMGF 2014 wurden in Wien insgesamt 721 tatsächliche Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung vorgehalten, darunter 56 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,41 tatsächlichen Psychiatrie-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,18–1,55) und liegt innerhalb des im ÖSG 2012 (BGA 2012) definierten Soll-Bereichs (0,34 bis 0,57 Betten pro 1.000 EW).

#### Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

In Wien wurden im Jahr 2014 in drei Einrichtungen (Anton Proksch Institut – SHA Wien-Kalksburg, Otto-Wagner-Spital, Therapiezentrum Ybbs) 382 tatsächliche Betten, darunter 6 tagesklinische Plätze, für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt. Das entspricht einer Bettendichte von 0,22 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,23) und liegt somit oberhalb des Planungsrichtwertes von 0,16 Betten pro 1.000 EW.

#### Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Wien gibt es zwei Standorte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH Wien und KH Hietzing – Rosenhügel) mit 61 tatsächlichen Betten, darunter 5 tagesklinische Plätze (2014). Dies entspricht einer landesweiten BMZ von 0,03 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,06) und liegt somit unter der Untergrenze des BMZ-Soll-Intervalls von 0,08–0,13 Betten pro 1.000 EW.

#### Angebote für Menschen mit Behinderung

Für Menschen, die neben einer intellektuellen Beeinträchtigung auch psychiatrisch erkrankt sind, gibt es neben den inklusiven psychiatrischen Angeboten auch eine Spezialstation im Krankenhaus Hietzing – Rosenhügel mit 20 Betten.

Im Department für Behindertenpsychiatrie des Psychosozialen Dienstes mit Autismus-Zentrum wurden 2014 144 Patientinnen und Patienten behandelt. Es fanden 1.713 Konsultationen statt.

## Psychosomatik

Eine Abteilung für Psychosomatik (PSO) steht in Wien im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern mit 26 tatsächlichen Betten für Erwachsene zur Verfügung. Das entspricht einer BMZ von 0,015 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,103) und liegt somit unterhalb der ÖSG-Planungsrichtwerte (0,05 bis 0,08 Betten pro 1.000 EW).

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es in Wien zwei Standorte (AKH Wien, Wilhelminenspital) mit insgesamt 35 tatsächlichen Betten. Das entspricht einer BMZ von 0,02 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,036) und liegt somit knapp innerhalb des ÖSG-BMZ-Intervalls (0,02–0,03).

## Definitionen und Daten

Für die Darstellung der *Bettenkapazitäten* wurde die Kostenstellenstatistik des BMGF aus dem Jahr 2014 herangezogen. Dabei wurden die unterschiedlichen Angebote (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik) getrennt dargestellt. In der Darstellung des akut- und teilstationären Versorgungsangebotes wurden folgende Versorgungsbereiche nicht berücksichtigt: Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Rehabilitation, die psychiatrische Intensivbetreuung, und der psychiatrische Langzeitbereich.

### 6.8.2.5 Inanspruchnahme der akut- und teilstationären Versorgungsangebote

#### Patientinnen und Patienten an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Wien

In Wien wurden im Jahre 2014 etwa 7.400 Personen (mit rund 13.000 Aufenthalten) an akut- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Die durchschnittliche Belagsdauer betrug (exkl. NTA) 21 Tage.

#### WienerInnen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an akut- und teilstationären Abteilungen in Österreich

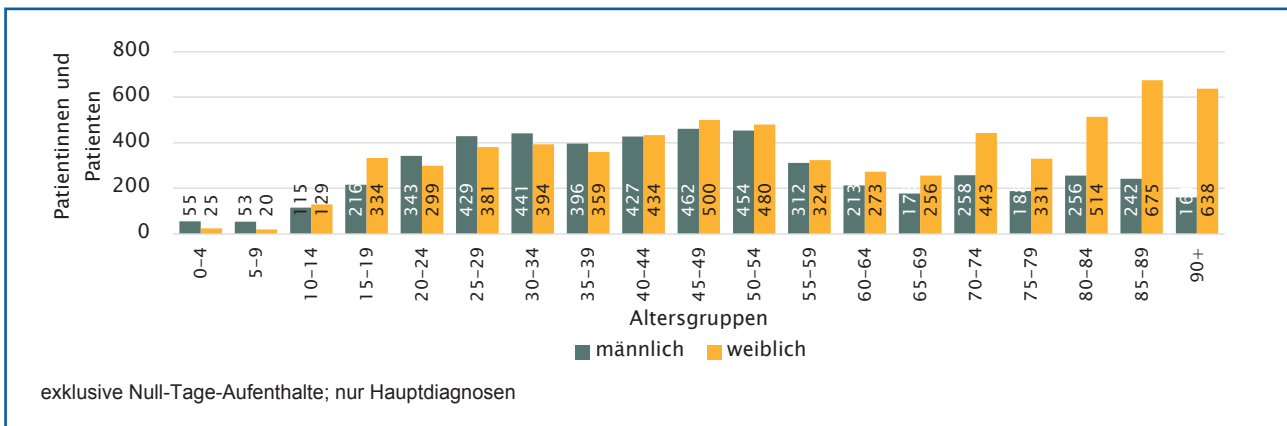
Im Jahr 2014 wurden insgesamt rund 11.800 Wiener Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00-F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (akut- und teilstationär) behandelt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 679 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 530–1.025 pro 100.000 EW). Seit 2005 hat sich die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten zwar um 4,1 Prozent erhöht, die standardisierte Rate ist hingegen um 3,1 Prozent gesunken.

57 Prozent dieser Personen sind Mädchen und Frauen, 43 Prozent Burschen und Männer. Im Teenageralter werden mehr Patientinnen gezählt, bei den 20- bis 39-Jährigen überwiegen die Männer, ab dem 45. Lebensjahr wieder die Frauen (absolut und pro 100.000, s. Abbildung 6.22 und Abbildung 6.23).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.22:

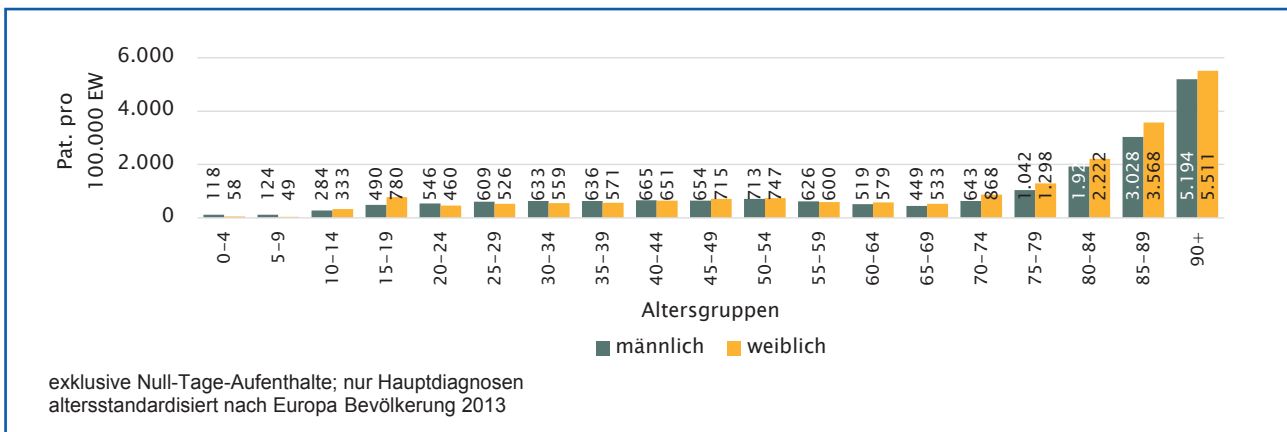
WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.23:

WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemessen an der absoluten Patientenzahl, ist die anteilig größte Gruppe jene der 45- bis 54-Jährigen; gemessen an der Rate pro 100.000, ist der Anteil der ab 70-Jährigen am höchsten (s. Abbildung 6.22 und Abbildung 6.23). 34 Prozent der Personen ab 70 sind mit der Hauptdiagnose einer demenziellen Erkrankung in stationärer Behandlung.

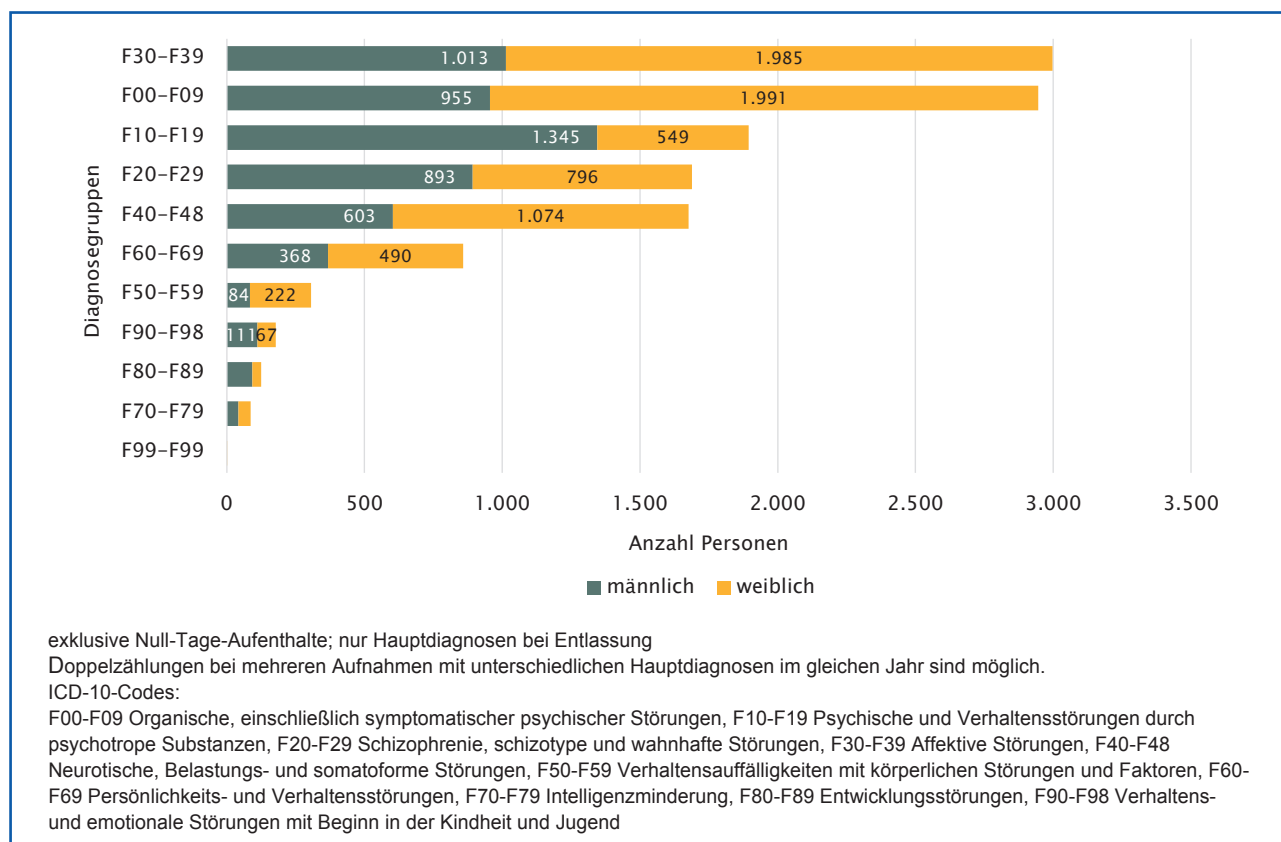
Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen dieser (teil)stationären sind affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), gefolgt von organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10; F00-F09) und von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10; F10-F19; s. Abbildung 6.24). Bei Wienerinnen stehen mit je 27 Prozent die organischen, einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen und die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Wienern mit 24 Prozent die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.



# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.24:

WienerInnen mit stationärem Aufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Datenbasis für die Inanspruchnahme *akut- und teilstationärer 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. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus ermittelt, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären PatientInnen werden jene Personen erfasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden. Personen mit Aufenthalt, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

### 6.8.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

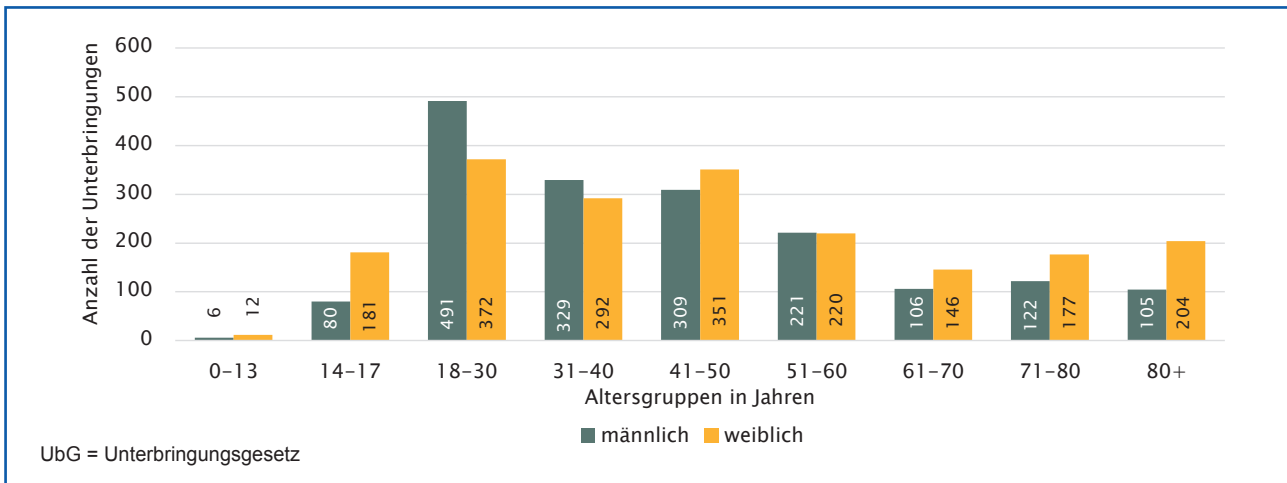
Im Jahr 2014 fanden etwa 3.600 Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG an psychiatrischen Abteilungen in Wien statt. Das entspricht einer rohen Rate von 202 Unterbringungen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite<sup>22</sup>: 150–395 pro 100.000 EW). Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt ein leichtes Überwiegen der Unterbringungen von Frauen (53 % der Unterbringungen). Besonders deutlich ist der Überhang von Unterbringungen von Frauen in den Altersgruppen 14- bis 17-Jährige (Frauen 69 %) und über 80-Jährige (Frauen 66%), von Männern in der Altersgruppe 18- bis 30-Jährige (Männer 57 %; s. Abbildung 6.25).

<sup>22</sup> aufgrund der länderübergreifenden Versorgungslage exklusive Burgenland und Steiermark

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.25:

Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG in Wien, nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014

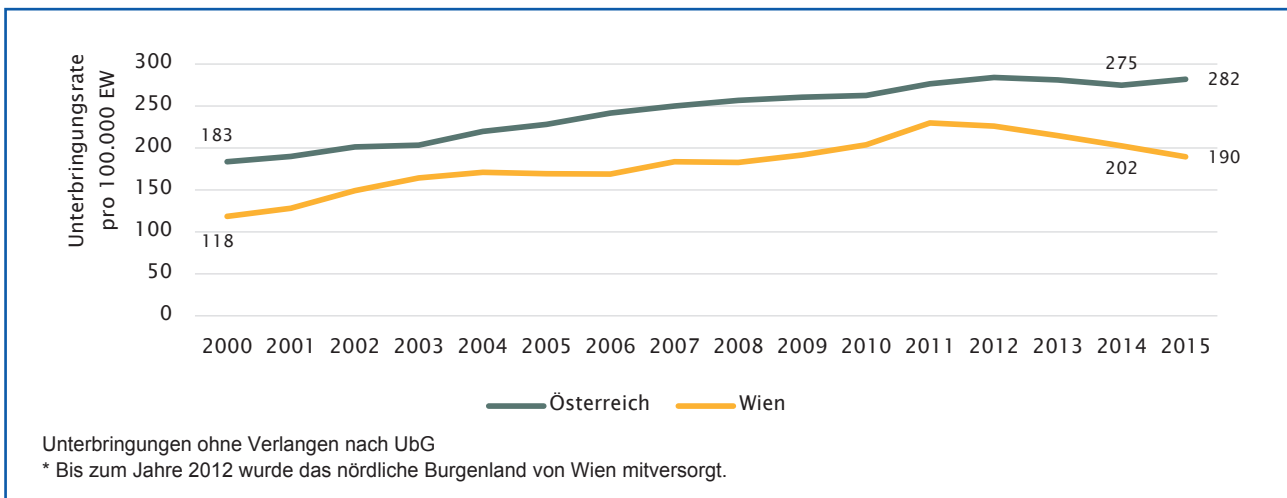


Quelle: VertretungsNetz – Patientenrechtsanwaltschaft 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate in Wien ist seit dem Jahr 2000 um 71 Prozent gestiegen (von 118 auf 202 Unterbringungen pro 100.000 EW) und liegt in ihrer Entwicklung unter dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung 6.26). Seit Ende 2012 werden Patientinnen und Patienten aus dem nördlichen Burgenland nicht mehr in Wien nach UbG untergebracht.

Abbildung 6.26:

Unterbringungsrate in Wien, 2000–2015\*



Quellen: Bundesrechenzentrum; Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Hier kommt es nicht nur im Vergleich der Bundesländer zu einer breiten Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen. Mögliche Einflussfaktoren, die in den Expertengesprächen zur Unterbringung in den Jahren 2012 und 2013 diskutiert wurden (Ladurner et al. 2015), sind

- ▶ unterschiedliche Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- ▶ regionale Gegebenheiten,
- ▶ Versorgungsstrukturen (außerstationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen, somatische Abteilungen und Pflegeheime),
- ▶ Anwendungspraktiken des Heimaufenthaltsgesetzes,

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

- ▶ strukturelle Rahmenbedingungen der unterbringenden Abteilung (Personalstand, Architektur, Größe der Abteilung sowie Auslastung und Bettenverfügbarkeit) und
- ▶ unterschiedliche Unterbringungspraktiken.

## Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die *unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen* sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz novelliert (UbG).

Die Daten der Bezirksgerichte zu Unterbringungen wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Für die Bevölkerungsdaten wurde die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria herangezogen.

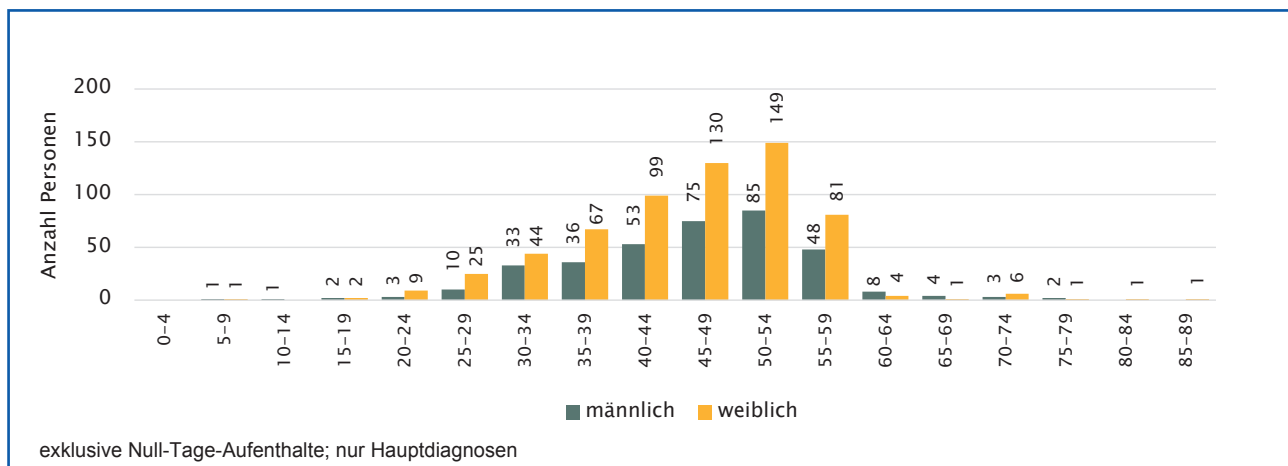
### 6.8.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

In Wien gibt es keinen Standort für eine stationäre psychiatrische Rehabilitation.

Im Jahr 2014 nahmen rund 980 WienerInnen aufgrund psychiatrischer Diagnosen (ICD-10: F00-F99) österreichweite Rehabilitationsangebote in Anspruch. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (nach Europa-Bevölkerung 2013) von 53 Personen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–112). 63 Prozent der Personen sind Frauen, 37 Prozent Männer. Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 45- bis 54-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen (Absolut- und Relativwerte, s. Abbildung 6.27 und Abbildung 6.28).

Abbildung 6.27:

**WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014**



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl der WienerInnen, die mit einer psychiatrischen Diagnose (Hauptdiagnose F00-F99 nach ICD-10) in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, lag im Jahre 2014 im Vergleich zum Jahr 2005 um ein Vielfaches höher (2005: n=85 vs. 2014: n=984). Auch die altersstandardisierte Rate zeigt unter Berücksichtigung der Änderungen der Bevölkerungsstruktur eine Steigerung um einen Faktor 10 (2005: 5 vs. 2014: 53 Personen pro 100.000 EW).

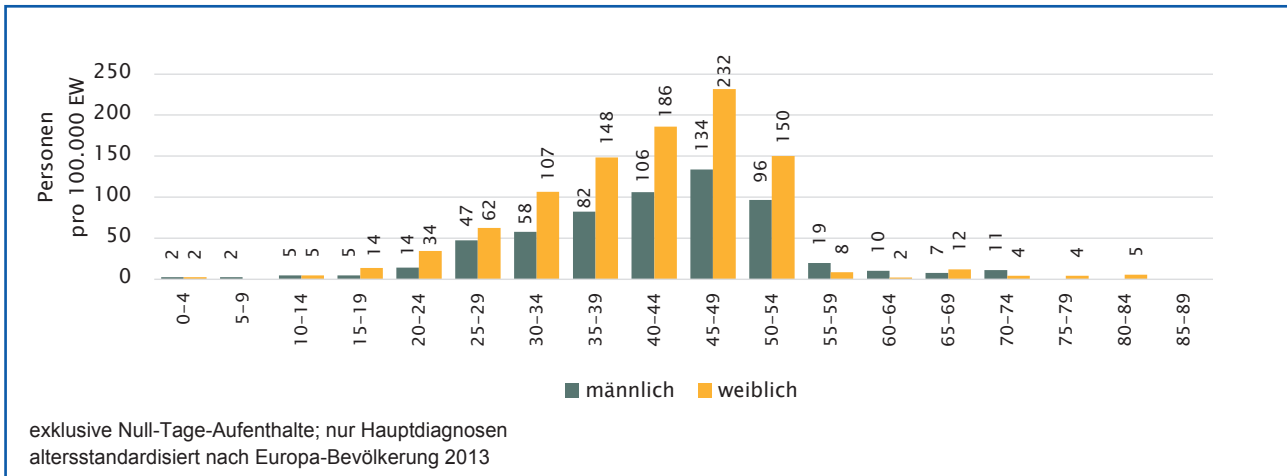
### Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2014 stammten die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Reha-PatientInnen aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) (s. Abbildung 6.29). Bei beiden Geschlechtern stehen die affektiven Störungen an erster Stelle der psychiatrischen Hauptdiagnosen (Frauen: 59 %; Männer 52 %).

# 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Abbildung 6.28:

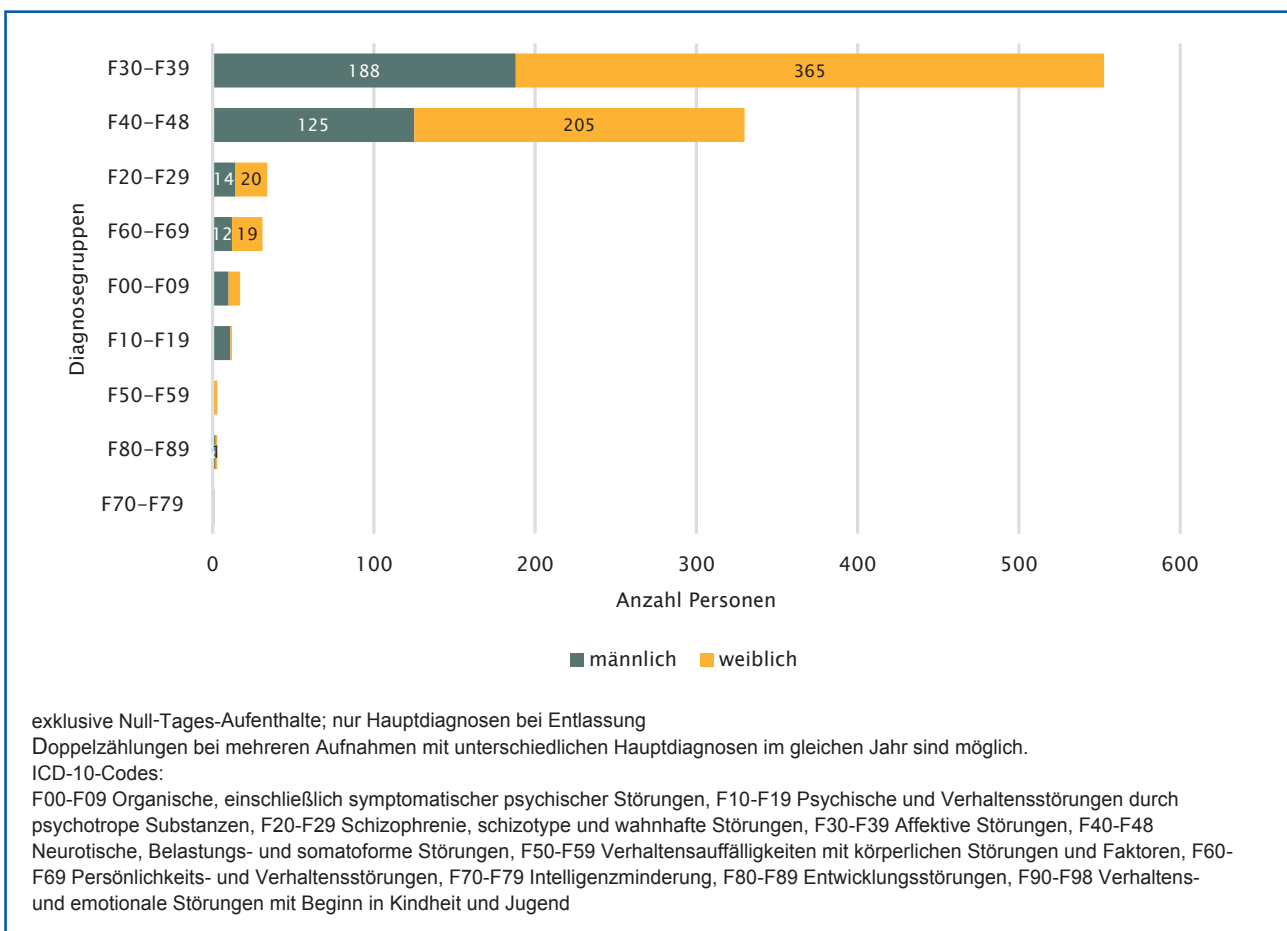
WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.29:

Wiener Patientinnen und Patienten mit stationären Reha-Aufenthalten aufgrund psychiatrischer Diagnosen, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die PatientInnen-Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG/ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthaltes. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus ermittelt, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). 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. Personen mit Aufhalten, die kürzer als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

### 6.8.3 Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum

Am 31. 12. 2014 befanden sich in Wien 7.648 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 630 Personen pro 100.000 WienerInnen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 111–630). Insgesamt haben im Jahr 2014 8.297 Personen eine Substitutionsbehandlung erhalten. Das sind zwischen 64 und 69 Prozent aller WienerInnen mit einem risikoreichen Opiatkonsum. (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b)

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der Wiener Bevölkerung 279 versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2014; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt 359 (LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte). Wien weist damit – gemeinsam mit Niederösterreich und dem Burgenland – die meisten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige auf. Im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern werden hier aber auch weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. (Busch et al. 2015b)

In Wien gab es mit Stand März 2016 17 §-15-Einrichtungen, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtmittelmissbrauch zur Verfügung standen. Die Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW) sowie ihre 100-prozentige Tochtergesellschaft Suchthilfe Wien gGmbH (SHW) sind Trägerorganisationen von einigen der 17 §-15-Einrichtungen. Darüber hinaus gehören zur SDW und zur SHW verschiedene Einrichtungen und Projekte, die zwar keine §-15-Einrichtungen sind, in denen aber Behandlung und Betreuung angeboten wird. Die SDW ist verantwortlich „für die Koordination, Förderung, Unterstützung und Umsetzung von Maßnahmen entsprechend den Grundsätzen und Zielen des Wiener Drogenkonzeptes 1999 bzw. seit Oktober 2013 der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013“. Im Jahr 2014 hat die SDW u. a. folgende Organisationen unterstützt: API Betriebs gemeinnützige GmbH, Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige (Sucht und Beschäftigung, Polizeianhaltezentrum, Suchtprävention und Früherkennung), Kolping Österreich – Drogenberatungsstelle für Jugendliche, Verein Grüner Kreis und Verein P.A.S.S. (Schmiedhuber/Lochner 2015).

## 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 bezüglich *risikoreichen Opiatkonsums* werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- ▶ eSuchtmittel, eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung das BMGF aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist
- ▶ Österreichischer Suchthilfekompass
- ▶ LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen über die einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

# Kapitel 7



Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen – 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 Ungleichheit werden häufig mit dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter/Hurrelmann 2009).

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, Behinderungen, Familiengröße, Wohnort/Wohnregion 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 bleiben (vgl. Beiträge in Richter/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg ihre gesundheitserhaltende/-förderliche oder gesundheitsschädigende Wirkung (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 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 7.1 auf folgender Seite) und durch folgende Unterschiede sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind:

- ▶ Unterschiede in körperlichen und psychischen Anforderungen und Ressourcen
- ▶ Unterschiede im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten)
- ▶ Unterschiede in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen)
- ▶ Unterschiede in der Versorgung

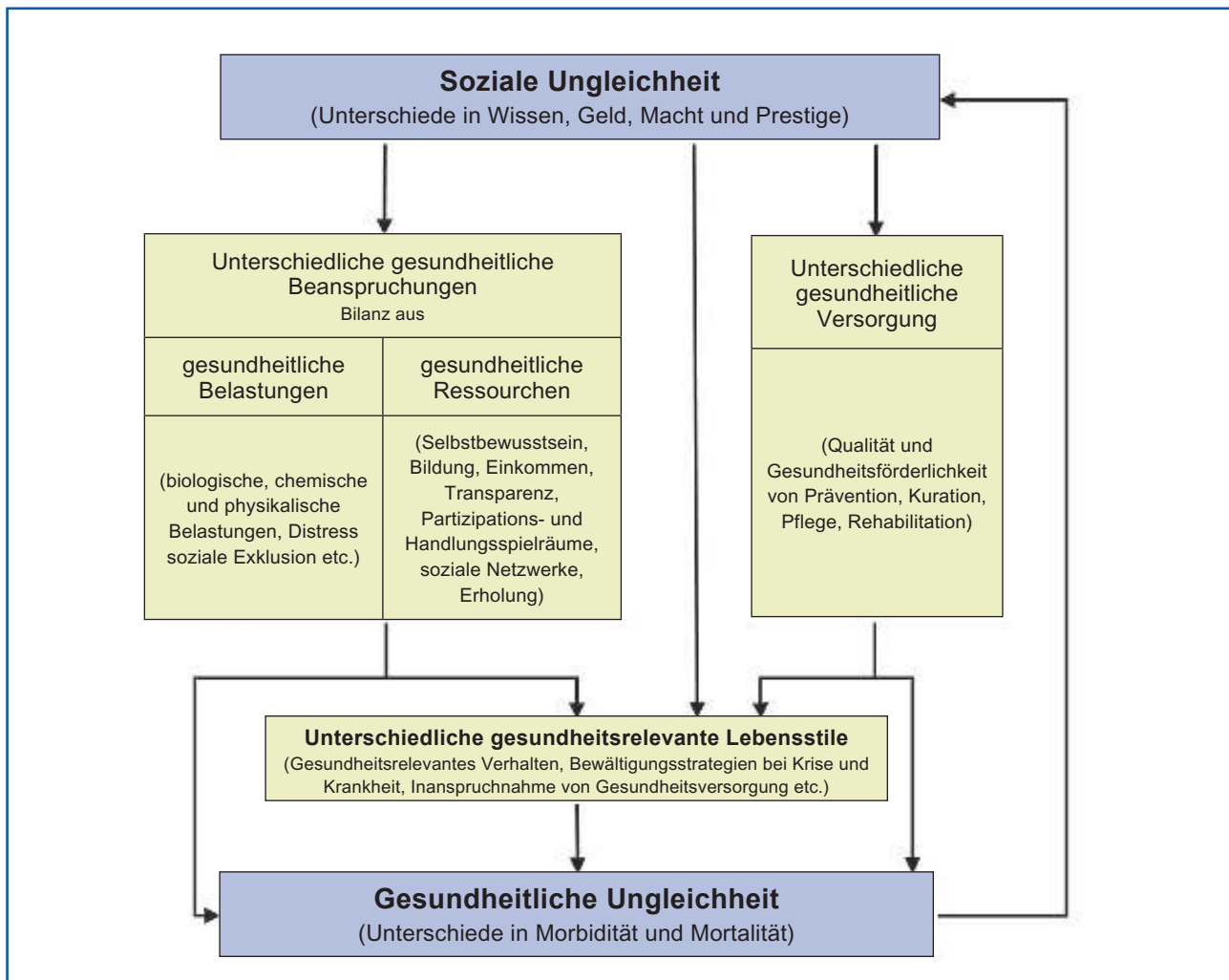
Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

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 und sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die österreichische Gesundheitsbefragung.

Die EU-SILC-Erhebung ist per se eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt darüber hinaus die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wichtigen Datenquellen, etwa der Todesursachenstatistik, die die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt, ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publicationen von Statistik Austria (Klotz 2007; Klotz/Doblhammer 2008). Bei anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) wiederum ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.



Abbildung 7.1:  
Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (2009, modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993)

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Abschnitt 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Wien um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auf vertikalen Dimensionen der Chancengerechtigkeit.

## 7.1 Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

### 7.1.1 Gesundheitliche Ebene

Die *Lebenserwartung* und die *Lebenserwartung in Gesundheit* sind stark bildungsabhängig. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher sind auch die Lebenserwartung und die Lebenserwartung in Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit rund 16 und Frauen mit 13 Lebensjahren mehr in Gesundheit rechnen als gleichaltrige Personen der untersten Bildungsklasse<sup>23</sup>. Dementsprechend korreliert der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung (30 Jahre und älter) mit der Bildung: je höher die Bildung, desto besser der *selbsteingeschätzte Gesundheitszustand* (max. Pflichtschulabschluss: 54 % bei sehr guter/guter Gesundheit;

<sup>23</sup> Dieser Zusammenhang wird auch für Wien vermutet.

Matura oder höher: 83 %). Analog dazu zeichnen sich auch die Gesundheitsunterschiede nach Einkommenssituation ab (83 % der oberen Einkommenschichten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, im Gegensatz zu 65 % bei der untersten Einkommenschicht).

Auch *chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme* treten bei Personen mit geringer formaler Bildung bzw. aus dem untersten Einkommensquintil häufiger auf als bei Personen mit einer höheren formalen Bildung (55 vs. 32 %) bzw. aus dem obersten Einkommensquintil (48 vs. 33 %). Sie betreffen zudem häufiger Männer (15 Jahre und älter) ohne Migrationshintergrund als Männer mit Migrationshintergrund (35 vs. 28 %).

*Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag* sind in der Wiener Bevölkerung mit niedrigem Bildungsabschluss (maximal Pflichtschule; 30 Jahre und älter) und mit sehr geringem Einkommen deutlich häufiger als in sozial bessergestellten Schichten (Bildung: 50 vs. 26 %; Einkommen: 44 vs. 22 %). Dieselbe Benachteiligung für bildungs- und einkommensschwache Bevölkerungsschichten zeigt sich auch in Bezug auf die Lebensqualität (mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens).

## 7.1.2 Individuelle Determinanten

*Übergewicht und Adipositas* sind in erster Linie bei WienerInnen mit mittlerer und niedriger Bildung, bei Personen aus den untersten Einkommenschichten und bei der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund verbreitet: Während 40 Prozent der WienerInnen mit einer höheren Bildung (30 Jahre und älter) übergewichtig oder adipös sind, trifft dies bei der Wiener Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss auf 53 Prozent, bei WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf 56 Prozent zu. Ebenso zeigt sich, dass WienerInnen der untersten Einkommensquintile (30 Jahre und älter) häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als WienerInnen des obersten Einkommensquintils (53–55 % vs. 45 %).

Ein ähnlicher Befund zeigt sich in Bezug auf den *Bluthochdruck*, der in bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Bevölkerungsschichten (30 Jahre und älter) ebenfalls deutlich häufiger vorkommt als bei WienerInnen, die zumindest mit Matura abgeschlossen und/oder ein hohes Einkommen haben (Bildung: 32 vs. 22 %; Einkommen: 29 vs. 21 %). WienerInnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an Bluthochdruck als WienerInnen mit Migrationshintergrund (22 vs. 16 %).

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto häufiger essen WienerInnen *täglich Obst und Gemüse*, zumindest in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (46 % mit Matura oder höherem Abschluss; 22 % mit maximal Pflichtschulabschluss). In Bezug auf das Haushaltseinkommen zeigt sich, dass WienerInnen aus dem obersten Einkommensquintil häufiger täglich Obst und Gemüse konsumieren als WienerInnen der anderen Einkommensquintile (40 vs. 30–33 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) nehmen häufiger täglich Obst und Gemüse zu sich als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (41 vs. 28 %).

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss erfüllen häufiger die österreichischen Empfehlungen für eine *gesundheitswirksame Bewegung* als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsgrad (27 vs. 13 %). Darüber hinaus ist ein eindeutiger Einkommensgradient erkennbar, der zuungunsten der unteren Einkommenschichten verläuft (unterstes Einkommensquintil: 14 %, oberstes Einkommensquintil: 31 %). Wiener Männer (15 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund erfüllen häufiger die Bewegungsempfehlungen als Wiener Männer ohne Migrationshintergrund (34 vs. 26 %). Bei der weiblichen Bevölkerung ist der Zusammenhang hingegen genau umgekehrt (ohne Migrationshintergrund: 22 %, mit Migrationshintergrund: 15 %).

Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss (30 Jahre und älter) *rauchen* häufiger täglich (51 vs. 17 %) als Personen mit einem höheren Schulabschluss. Selbiges gilt auch für WienerInnen aus der untersten gegenüber jenen der obersten Einkommenschicht (39 vs. 25 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglich Rauchenden als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (40 vs. 29 %).

Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinkt seltener täglich oder fast täglich (3 vs. 8 %) sowie an 5 bis 6 Tagen pro Woche *Alkohol* (1 vs. 3 %) und pflegt seltener einen problematischen Alkoholkonsum (4 vs. 7 %). Darüber hinaus steigt der wöchentliche Alkoholkonsum mit dem Haushaltseinkommen (von 19 % im untersten Quintil auf 49 % im obersten Quintil). Umgekehrt wird ein problematischer Alkoholkonsum – bei den Männern – häufiger von Personen der untersten Einkommensquintile gepflegt (8–13 %) als von Personen der mittleren bis oberen Einkommensgruppen (rund 4 %). Mit steigender Bildung ist ein steigender Alkoholkonsum zu erkennen (wöchentlicher Konsum: von 13 % mit maximal Pflichtschulabschluss auf 50 % mit Matura oder höher; problematischer Alkoholkonsum: von 3 auf 7 %).

### 7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Die *Armutsgefährdung* ist für nicht-österreichische StaatsbürgerInnen besonders hoch. Im Jahr 2015 sind in dieser Gruppe österreichweit 37 Prozent von Armut bedroht (Gesamtbevölkerung: 14 %). Neben anderen Bevölkerungsgruppen wie Ein-Eltern-Haushalten oder Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern sind auch Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss überdurchschnittlich armutsgefährdet (21 %).<sup>24</sup> Im Jahr 2014 lag zudem das *20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens* in Wien bei einem Wert von 4,6. Das bedeutet, dass in Wien das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie jenes der ärmsten 20 Prozent. Österreichweit liegt dieser Wert bei 4,1.

Das *Bildungsniveau* der Wiener Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, stagniert allerdings in den letzten Jahren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der Faktor *Bildungsmobilität*. Sie ist in Österreich relativ gering. Zudem ist wie auch in anderen Ländern die Bildung der Frauen weitaus stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst. Von den 18- bis 24-jährigen WienerInnen haben im Jahr 2014 9 Prozent keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal Pflichtschulabschluss) und befinden sich auch nicht in Ausbildung (*frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen*).

WienerInnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft sind – gemessen an der Arbeitslosenquote (ALQ) – häufiger von *Arbeitslosigkeit* betroffen als WienerInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (16 vs. 10 %). Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen geringeren Anstieg (von 2008 bis 2014 um 2,7 %) als bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft (um 5,8 %). Ein Zusammenhang mit der formalen Bildung zeigt sich sowohl bei der Arbeitslosigkeit insgesamt als auch *bei arbeitssuchenden Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen*. In beiden Fällen sind arbeitssuchende Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Personen mit einer weiterführenden Bildung.

Darüber hinaus zeigt sich, dass 60 Prozent der erwerbstätigen Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) versus 53 Prozent der erwerbstätigen Wienerinnen mit Migrationshintergrund *trotz gesundheitlicher Einschränkungen zur Arbeit* gehen. Im Zusammenhang mit der Bildung gilt dies häufiger für erwerbstätige Männer mit maximal Pflichtschulabschluss als für Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (79 vs. 51 %).

Weiters finden sich Korrelationen zwischen Bildungs- und Einkommensunterschieden und dem Ausmaß *sozialer Unterstützung* (z. B. praktische Hilfe von Nachbarn oder bei persönlichen Problemen): je höher die Bildung und das Einkommen, desto höher ist auch das Ausmaß sozialer Unterstützung. Zwischen den niedrigsten und den höchsten Bildungs- bzw. Einkommensschichten bestehen Unterschiede von 17 bis 20 Prozentpunkten. Zudem erhalten WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) deutlich seltener ein hohes Ausmaß an Unterstützung als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (37 vs. 52 %).

<sup>24</sup> Ähnliche Ergebnisse werden auch für Wien vermutet.

## 7.1.4 Gesundheitsversorgung

Ein Blick auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ergibt, dass mit steigendem Bildungsstand sowohl die empfohlene *Inanspruchnahme eines Gebärmutterhalsabstrichs* (von 72 auf 90 %) als auch (bei Männern) die empfohlene *Inanspruchnahme einer Darmspiegelung* zunimmt (von 26 auf 40 %). Bezogen auf das Haushaltseinkommen zeigt sich, dass Wienerinnen, deren Einkommen unter dem 1. Quintil liegt, deutlich seltener der empfohlenen Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs entsprechen als Frauen des höchsten Einkommensquintils (82 vs. 93 %). Eine Darmspiegelung wird ebenfalls seltener von Wienern aus dem untersten Einkommensquintil als von Wienern aus dem obersten Quintil in Anspruch genommen (32 vs. 47 %). Wienerinnen mit Migrationshintergrund nehmen einen PAP-Abstrich (in der empfohlenen Regelmäßigkeit) seltener in Anspruch als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (78 vs. 86 %). Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat zudem in den letzten fünf Jahren seltener eine Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken vornehmen lassen als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (29 vs. 41 %).

*Ärztlich verschriebene Medikamente* werden von WienerInnen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (49 %) als von WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (63 %) bzw. von WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss (66 %). Umgekehrt nehmen WienerInnen mit höherer Bildung häufiger *rezeptfreie Medikamente* ein (50 %) als WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss (37 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen WienerInnen sowie insbesondere die weibliche Bevölkerung häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie den unteren Einkommensgruppen angehören (30 bis 59-Jährige: unterstes Einkommensquintil 52 %, oberstes Einkommensquintil 39 %; Frauen: unterstes Einkommensquintil 72 %, oberstes Einkommensquintil 53 %). Umgekehrt nehmen 30- bis 59-jährige WienerInnen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als WienerInnen aus dem obersten Quintil (25 vs. 45 %). WienerInnen ohne Migrationshintergrund erhalten häufiger verschreibungspflichtige Medikamente als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 43 %). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund (41 vs. 31 % ohne Migrationshintergrund) sowie häufiger von der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eingenommen (45 vs. 40 % mit Migrationshintergrund).

Bildungsunterschiede spiegeln sich zudem in der *Inanspruchnahme der niedergelassenen ärztlichen Versorgung* wider (zugunsten der höheren Bildungsschichten): einerseits bei der 30- bis 59-jährigen (78 vs. 62 %) und der männlichen Bevölkerung (73 vs. 33 %) in Bezug auf die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen, andererseits bei den ab 30-Jährigen in Bezug auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (74 vs. 52 %). Die männliche Wiener Bevölkerung der untersten Einkommensgruppen (ab 30 Jahren) nimmt seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch als jene der obersten Einkommensgruppen (53–63 % vs. 70–73 %). Dies gilt auch für zahnärztliche Leistungen (58 vs. 76 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) gehen seltener zu Fachärztinnen/Fachärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (68 bzw. 59 % vs. 81 bzw. 67 %).

Mit sinkendem Bildungsgrad nimmt die Wiener Bevölkerung (zw. 30 und 59 Jahren; laut ATHIS 2014) häufiger *spitalsambulante Leistungen* in Anspruch (maximal Pflichtschulabschluss: 27 %; Matura oder höher: 15 %). Für die männliche Bevölkerung sowie für ab 60-Jährige gilt dies vermehrt für Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss: 25 bzw. 39 Prozent. Bei der weiblichen Bevölkerung sind es ausschließlich Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, die seltener eine Spitals-/Unfallambulanz aufsuchen (20 vs. 33 %). Zusammenhänge mit dem Einkommen zeigen sich nur bei den 30- bis 59-Jährigen sowie bei der weiblichen Bevölkerung. Für beide gilt, dass die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen mit sinkendem Bildungsgrad steigt (bei den 30- bis 59-Jährigen von 14 auf 22 %; bei den Frauen von 21 auf 29 %). Wienerinnen mit Migrationshintergrund haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz in Anspruch genommen als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (32 vs. 26 %).

Unterschiede in der *Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen* finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur in der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akutkrankenanstalt versorgt als WienerInnen mit einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss oder einer höheren Ausbildung (16 % vs. 14 bzw. 8 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen: je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme (unterstes Einkommensquintil: 20 %, oberstes Einkommensquintil: 8 %). Die weibliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund nimmt häufiger stationäre Versorgung in Anspruch als Frauen mit Migrationshintergrund (16 % vs. 13 %).

## 7.2 Unterschiede nach Geschlecht

### 7.2.1 Gesundheitliche Ebene

Mit durchschnittlich 83 Lebensjahren weisen *Wiener Frauen* eine um rund 5 Jahre längere *Lebenserwartung* auf als Wiener Männer, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (18,2 vs. 12,5 Jahre). Dementsprechend korreliert der *selbsteingeschätzte Gesundheitszustand* mit dem Geschlecht: Frauen ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut ein als Männer (76 vs. 82 %). Am größten ist dieser Geschlechtsunterschied bei der ab 60-jährigen Wiener Bevölkerung (56 vs. 64 %).

Frauen in Wien sind häufiger von *chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen* betroffen als Männer. Das gilt für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 24 vs. 20 %; Nackenschmerzen: 20 vs. 13 %; Arthrose: 13 vs. 6 %), Depression (12 vs. 10 %) und Krebserkrankungen (bei den unter 60-Jährigen). Ältere Frauen (75 Jahre und älter) werden auch häufiger aufgrund peritrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens akutstationär behandelt (1.994 vs. 1.286 Aufenthalte pro 100.000 EW). Die Mehrheit dieser Brüche ist sturzbedingt.

Wiener Frauen sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im *Alltag eingeschränkt* als Männer (34 vs. 29 %). Dieser Unterschied betrifft vor allem die ab 60-jährige Bevölkerung<sup>25</sup> (Sehprobleme: 23 vs. 11 %; Geh-Einschränkungen: 24 vs. 16 %; Probleme beim Treppensteigen: 30 vs. 23 %, Probleme bei Aktivitäten der Haushaltsführung: 40 vs. 21 %). Wiener Frauen sind auch häufiger aufgrund *psychischer Erkrankungen* im Krankenstand (2014: 14.075 vs. 6.722 Fälle), weisen aber eine etwas kürzere Krankheitsdauer auf (38 vs. 42 Tage). Wienerinnen aller Altersgruppen beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als Wiener. Unter 70-jährige Wienerinnen versterben zudem häufiger an Krebserkrankungen als unter 70-jährige Wiener.

*Wiener Männer* erleiden hingegen häufiger einen *Myokardinfarkt* (330 vs. 140 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert) oder einen *ischämischen Schlaganfall* (240 vs. 162 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert). Sie erkranken ab 60 Jahren häufiger an *Krebs* und sind – im Alter von 15 bis 59 Jahren – häufiger *verletzt* (15- bis 29-Jährige: 26 vs. 10 %, 30- bis 59-Jährige: 10 vs. 6 %; insbesondere durch Straßenverkehrs- und Freizeitunfälle). Ferner weist die männliche Bevölkerung in Wien eine etwa doppelt so hohe *vorzeitige Sterblichkeit* auf wie die weibliche (403 vs. 217 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70; altersstandardisiert). Die Wiener begehen – im Vergleich zu den Wienerinnen – auch häufiger *Suizid*. Rund 70 Prozent aller Suizide in Wien werden von Männern begangen.

### 7.2.2 Individuelle Determinanten

*Männer in Wien* zwischen 15 und 59 Jahren sind häufiger *übergewichtig und adipös* als Frauen im gleichen Alter (39–54 % vs. 17–32 %), 30- bis 59-jährige Wiener sind häufiger von *Bluthochdruck* betroffen als gleichaltrige Wienerinnen (19 vs. 15 %). Sie *essen* seltener täglich *Obst und Gemüse* (25 vs. 41 %), *rauchen* (in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen) häufiger täglich (41 vs. 38 %) und pflegen einen regelmäßigeren und riskanteren *Alkoholkonsum* (fast täglicher Alkoholkonsum: 9 vs. 3 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 4 %).

<sup>25</sup> Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die weibliche Bevölkerung ab 60 Jahren im Durchschnitt älter ist als die männliche.

*Frauen in Wien* erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen einer *gesundheitswirksamen Bewegung* (20 vs. 29 %) und weisen in der jüngeren Altersgruppe (15 bis 29 Jahre) einen höheren Anteil an *täglich Rauchenden* auf (37 vs. 33 %).

### 7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Armutsgefährdung und daraus entstehende gesundheitsbezogene Problemlagen können als gesamtgesellschaftliche und österreichweite Herausforderung betrachtet werden. Österreichische Ergebnisse zur Armutsgefährdung lassen vermuten, dass auch in Wien Frauen häufiger als Männer von Armut bedroht/betroffen sind.

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im *Bildungsniveau*: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (26 vs. 23 %), kommen jedoch auch häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (26 vs. 23 %). Ein österreichweiter Vergleich nach Geschlecht zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. Ebenso bleiben 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss auf dem Pflichtschulniveau. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Wien vermutet.

Im Vergleich zu Männern gehen Frauen in Wien etwas seltener einer *Erwerbstätigkeit* nach (62 vs. 67 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger – ebenso wie Frauen in ganz Österreich – in *atypischen Beschäftigungsverhältnissen*: 65 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.

Männer in Wien sind hingegen häufiger von *Arbeitslosigkeit* betroffen (13,2 vs. 9,8 %), sind häufiger *körperlichen Arbeitsbelastungen* ausgesetzt (75 vs. 67 %) und *verunfallen* häufiger bei der Arbeit (1.600 vs. 790 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Wiener Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (25 vs. 17 %).

### 7.2.4 Gesundheitsversorgung

*Männer in Wien* (zwischen 30 und 59 Jahren) gehen seltener *zum Hausarzt / zur Hausärztin* (68 vs. 78) und – generell – seltener zu niedergelassenen *Fachärztinnen bzw. Fachärzten* als Frauen (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte; 64 vs. 73 %). Im akutstationären Bereich werden Wiener Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW), Verletzungen und Vergiftungen (2.200 vs. 1.900), Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 vs. 1.700), Krebserkrankungen (1.900 vs. 1.700), Atemwegserkrankungen (1.600 vs. 1.200) und Krankheiten des Nervensystems (1.100 vs. 900) versorgt als Wiener Frauen. An den Patientinnen und Patienten mit *psychiatrischen Erkrankungen* haben 20- bis 39-jährige Wiener Männer einen größeren Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, bedingt durch psychotrope Substanzen, behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei 18- bis 40-jährigen Wienern häufiger statt als bei gleichaltrigen Wienerinnen. Ferner geht die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats und infolge von Krankheiten der Atmungsorgane auf *Rehabilitation*. Sie weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell *beeinflussbare Sterblichkeit* auf (106 vs. 77 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert).

Wiener *Frauen* nehmen häufiger ärztlich verschriebene (55 vs. 41 %) sowie rezeptfreie *Medikamente* ein (bei den ab 30-Jährigen; 48 vs. 33–34 %) und werden häufiger (allerdings nur in der Altersgruppe 60plus) *ambulant von PhysiotherapeutInnen* behandelt (24 vs. 18 %).

Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger *akutstationär* aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30 Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem *Myokardinfarkt* (9,3 vs. 4,5 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder *Schlaganfall* (12 vs. 6 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Wienerinnen häufiger aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.700 Patientinnen vs. 1.900 Patienten), Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 vs. 1.400) und Krankheiten des Auges und der

Augenanhangsgebilde (1.500 vs. 1.400) behandelt. An den Patientinnen und Patienten mit *psychiatrischen Erkrankungen* haben Wienerinnen im Alter von 60 Jahren und älter einen auffallend großen Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund organischer, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und affektiver Störungen behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 14- bis 17-jährigen, bei den 41- bis 50-jährigen und bei den über 60-jährigen Wienerinnen häufiger statt als bei gleichaltrigen Wienern.

Wienerinnen erhalten zudem häufiger eine *Rehabilitation* aufgrund von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates und wegen Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen sowie eine onkologische Reha, eine Lymphologie-Reha und eine psychiatrische Reha (letztere häufiger im Alter von 15 bis 59 Jahren; mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen). Darüber hinaus beziehen Wiener Frauen häufiger Pflegegeld.

## **Kapitel 8**





# 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

## Lebenserwartung (in Gesundheit)

Die Lebenserwartung in Wien zeigt weiterhin einen deutlichen Anstieg. Im Zeitraum 2005 bis 2014 stieg die Lebenserwartung für Wiener Männer um 1,8 Jahre, für Wiener Frauen um 1,1 Jahre. Im Jahr 2014 konnten in Wien neugeborene Buben mit rund 77,7 und Mädchen mit 82,6 Lebensjahren rechnen. Trotz der Verringerung geschlechtsspezifischer Unterschiede weisen Wiener Frauen immer noch eine um rund 5 Jahre höhere Lebenserwartung auf als Wiener Männer.

Ebenso wie die Lebenserwartung insgesamt ist auch die Lebenserwartung in Gesundheit in den letzten Jahrzehnten in Wien gestiegen: seit 1991 um etwa 9,6 Lebensjahre für Männer und um etwa 7,8 Lebensjahre für Frauen. Im Jahr 2014 geborene Wienerinnen können mit 64,4, im Jahr 2014 geborene Wiener mit 65,2 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen. Wiener Frauen leben also länger, verbringen jedoch weniger Lebensjahre in guter oder sehr guter Gesundheit.

Mit der in Relation zur Lebenserwartung stärker ansteigenden Lebenserwartung in Gesundheit verkürzt sich dementsprechend der Lebensabschnitt in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit.

## Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Im Jahr 2014 lebten laut aktueller Gesundheitsbefragung in Wien rund 554.000 Menschen (also etwa 37 % der Bevölkerung) mit dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen. Im Vergleich zu 2006/2007 hat dieser Anteil leicht abgenommen (von 39 % auf 37 %).

Am häufigsten ist die Wiener Bevölkerung von Allergien (26 %), Rücken- (22 %) und Nackenschmerzen (17 %) sowie von Bluthochdruck betroffen (20 %). Rund jede/r zehnte Wienerin/Wiener ist von einer Arthrose, 4 Prozent sind von Asthma, 5 Prozent von chronischer Bronchitis/COPD und 6 Prozent von Diabetes betroffen. Jährlich erkranken etwa 8.600 WienerInnen an Typ-2-Diabetes und mehr als 7.000 WienerInnen an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Rund 3.600 WienerInnen erlitten im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt und knapp 3.000 einen ischämischen Schlaganfall.

Während Allergien, Atemwegserkrankungen (COPD/Bronchitis) und ischämische Schlaganfälle zugenommen haben und auch die Krebsinzidenz bei Frauen gestiegen ist, blieb die Diabetesinzidenz und -prävalenz sowie die Krebsinzidenz bei Männern weitgehend unverändert. Sinkende Trends konnten hingegen bei akutem Myokardinfarkt, bei der Inzidenz von Darm- und „Hautkrebs“, bei Prostatakrebs und beim Zervix-Karzinom beobachtet werden.

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. Eine sinkende Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie eine Verringerung der 30-Tage-Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt lassen vermuten, dass die Versorgungsqualität in Wien – und damit die Überlebenschancen – gestiegen ist.

## Risikofaktoren für chronische Krankheiten

43 Prozent der WienerInnen (ab 15 Jahren) sind übergewichtig oder adipös, nur 33 Prozent essen täglich Obst und Gemüse, und lediglich 24 Prozent erfüllen die Empfehlung für eine gesundheitswirksame Bewegung. Weitere 33 Prozent rauchen täglich.

Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg bei den Übergewichtigen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen hat hingegen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen abgenommen, am deutlichsten bei den 30- bis 59-Jährigen. Der Anteil täglich rauchender WienerInnen (ab 15 Jahren) hat sich im selben Zeitraum um 8 Prozentpunkte erhöht, um 3 Prozentpunkte bei den Männern und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen.

Eine Zunahme beim täglichen Obst- und Gemüsekonsum ist – laut HBSC-Studie – bei den 11- und 15-jährigen WienerInnen zu erkennen. In diesen Altersgruppen hat auch das Ausmaß körperlicher Bewegung (Tage pro Woche) zugenommen. Der Anteil täglich Rauchender hat sich bei den 15-Jähri-

# 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

gen zwischen 2006 und 2014 um mehr als die Hälfte reduziert und auch beim Konsum alkoholischer Getränke ist in dieser Altersgruppe ein abnehmender Trend zu beobachten.

Die seit 2010 von der Stadt Wien entwickelten Gesundheitsziele integrieren verschiedene gesundheitspolitische Aspekte und fokussieren auf Ziele und Maßnahmenvorschläge für die gesundheitlichen Herausforderungen der Wiener Bevölkerung in ihren unterschiedlichsten Lebensumständen. Eine Auflistung der insgesamt 9 Gesundheitsziele findet sich am Ende dieses Kapitels.

Das Thema Bewegung wird explizit durch das 8. Wiener Gesundheitsziel aufgegriffen (Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern). Die anderen genannten Risikofaktoren werden indirekt durch das Wiener Gesundheitsziel 6 (Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren) angesprochen.

## Psychische Erkrankungen

Rund 12.000 WienerInnen wurden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose akut- oder teilstationär behandelt (sinkender Trend), mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen, gefolgt von organischen (einschließlich symptomatischen psychischen) Störungen und von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. 11 Prozent der WienerInnen (rund 165.000 Personen) haben eine ärztlich diagnostizierte Depression. Insgesamt finden rund 3.600 Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen ohne Verlangen statt. 980 WienerInnen nehmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine stationäre Reha in Anspruch (steigender Trend), insbesondere WienerInnen zwischen 45 und 54 Jahren. Etwa 220 Menschen in Wien begehen pro Jahr Suizid (sinkender Trend). Drei Viertel davon sind Männer. Psychisch bedingte Krankenstände machten im Jahr 2014 rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle aus (steigender Trend) und sind – aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Dauer – für 9 Prozent der Krankenstandstage verantwortlich.

Die Förderung der psychischen Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen steht demnach im Fokus des 7. Wiener Gesundheitsziels.

## Verletzungen

Verletzungen stellen eine der häufigsten Ursachen für eine vorzeitige Sterblichkeit dar, insbesondere bei Jugendlichen und bei Männern. In den letzten 10 Jahren sind jedoch tödliche Verletzungen in Wien deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2014 haben rund 10 Prozent der ab 15-jährigen Wienerinnen und Wiener Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten, Männer häufiger als Frauen, die jüngere Bevölkerung häufiger als die ältere. Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-jährigen als auch bei der ab 75-jährigen Wiener Bevölkerung.

In Wien passierten im Jahr 2014 rund 15.000 Arbeitsunfälle. Knapp drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betrafen Männer, 23 Prozent 15- bis 24-Jährige. Die Zahl der Arbeitsunfälle zeigt einen sinkenden Trend. Im BL-Vergleich rangiert Wien damit im positiven niedrigen Bereich. Im Sinne des Wiener Gesundheitsziels 2 (Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken) sollte das Thema Arbeitssicherheit (vor allem in Bezug auf die jungen Erwerbstätigen) weiter forciert werden.

## Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

In Wien sind rund 442.000 Menschen ab 15 Jahren (29 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat seit 2006/2007 abgenommen (von 34 auf 29 %).

Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung weisen 18 Prozent der ab 65-jährigen WienerInnen auf (rund 52.000 Personen). 22 Prozent würden diesbezüglich mehr Hilfe benötigen. 32 Prozent der ab 65-jährigen WienerInnen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (rund 92.000 Personen), wobei diesbezüglich 31 Prozent mehr Unterstützung benötigen.

# 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Mit Stand Dezember 2014 bezogen in Wien rund 86.000 Personen Pflegegeld (rund 5 % der Bevölkerung). Mehr als die Hälfte der Wiener PflegegeldbezieherInnen (57 Prozent) haben Anspruch auf die Pflegegeldstufen 1 und 2. Die Mehrheit der Wiener PflegegeldbezieherInnen ist 65 Jahre alt oder älter (75 %).

14 Prozent der WienerInnen pflegten/unterstützten im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen – in 77 Prozent der Fälle Familienmitglieder – mit altersbedingten Problemen, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen (rund 214.000 Personen). Wien markiert damit innerhalb der BL-Bandbreite die Untergrenze. Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen erbracht von

- ▶ Frauen,
- ▶ Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren,
- ▶ erwerbstätigen Personen.

42 Prozent dieser „pflegenden“ Personen sind selbst chronisch krank oder haben ein dauerhaftes Gesundheitsproblem. 37 Prozent sind aus gesundheitlichen Gründen im Alltag selbst eingeschränkt.

Mit Blick auf die demografische Entwicklung ist die Pflege und Betreuung älterer Menschen ein Thema mit steigender Brisanz. Das Wiener Gesundheitsziel 3 nimmt sich dieses Themas an (Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten).

## Lebensqualität

Die Wiener Bevölkerung beurteilt die Qualität ihres Lebens (im Allgemeinen) mit durchschnittlich 73 von 100 möglichen Punkten. Am besten wird dabei das körperliche, am schlechtesten das soziale Wohlbefinden bewertet. Seit 2006/2007 ist es in Wien (wie auch in Österreich insgesamt) zu einer tendenziellen Verschlechterung der subjektiven Lebensqualität gekommen. Davon betroffen sind sowohl das körperliche wie auch das psychische und das soziale Wohlbefinden. Im Sinne des Wiener Gesundheitsziels 3 (Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten) sollte demnach ein vermehrtes Augenmerk auf die Lebensqualität (aller Altersgruppen) und den soziale Zusammenhalt gerichtet werden.

Nicht überraschend schätzen WienerInnen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme. Dieser Zusammenhang gilt auch für Gesamtösterreich. Einer Verbesserung dieses Umstandes durch Förderung von Gesundheitskompetenz, Optimierung von Prävention und Früherkennung sowie durch die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung widmen sich die Wiener Gesundheitsziele 4 bis 6.

## Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich: Armut – Bildung – Arbeit – Sozialkapital – Umwelt

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit aus. Ihre gesundheitsförderliche Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein (s. Wiener Gesundheitsziele).

In Wien waren im Jahr 2014 rund 383.000 bis 400.000 Menschen armutsgefährdet (23 %) und rund 283.000 materiell depriviert (16 %). Gäbe es keine Sozialleistungen (Mindestsicherung, Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe) wäre rund ein Drittel der WienerInnen von Armut bedroht. Seit 2009 hat der Anteil materiell deprivierter WienerInnen abgenommen (um 4 Prozentpunkte), seit 2011 sinkt auch der Anteil armutsgefährdeter Personen.

Im Jahr 2014 waren 24 Prozent der WienerInnen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) AkademikerInnen, ebenso viele haben maximal einen Pflichtschulabschluss. Matura oder einen höheren Abschluss können 43 Prozent der WienerInnen vorweisen. Seit 2008 ist der Anteil der AkademikerInnen von 20 auf 24 Prozent gestiegen, der Anteil der AbsolventInnen nur einer Pflichtschule von 22 auf 24 Prozent. Der Anteil frühzeitiger Schul- und AusbildungsabgängerInnen lag in Wien im Jahr 2014 bei 9 Prozent. Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass das Schulklima an Wiens Sekundarschulen zwischen 2010

# 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

und 2014 eine deutliche Verbesserung erfahren hat (und zwar von 65 auf 71 von 100 möglichen Punkten).

Im Jahr 2014 waren in Wien rund 104.000 Menschen arbeitslos. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von rund 12 Prozent. Arbeitslosigkeit hat in Wien (wie auch in Österreich insgesamt) zwischen 2008 und 2014 deutlich zugenommen. Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind Personen ab 50 Jahren, MigrantInnen, Personen mit geringer formaler Bildung und Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.

Ein Drittel der erwerbstätigen WienerInnen weist ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf, d. h. sie haben entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. 65 Prozent dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. 71 Prozent der Erwerbstätigen sind an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (586.000 Personen), 40 Prozent sind von Zeitdruck und Arbeitsüberforderung betroffen (325.000 Personen). Seit 2007 sind (wie in Österreich insgesamt) sowohl die körperlichen Belastungen als auch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gestiegen. Abgenommen hat hingegen das Ausmaß der Arbeitsunfälle.

Knapp die Hälfte der WienerInnen (46 %) verfügt über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung, rund 54 Prozent verfügen über ein eingeschränktes Sozialkapital. Letzteres betrifft vermehrt ältere Menschen sowie WienerInnen mit chronischen Erkrankungen oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag.

25 Prozent der WienerInnen (rund 435.400 Personen) sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 30 Prozent (rund 514.000 Personen) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert. 19 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (rund 272.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm belastet. Ihr Anteil ist seit 2007 um 2 Prozentpunkte gestiegen. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW, Baulärm und das Lärmaufkommen in der Nachbarschaft gelten als Hauptursachen der Lärmbelastung. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr etwas verringert, während die Lärmbelastung durch die Nachbarschaft zugenommen hat.

Eine deutliche Verbesserung hat es bei der Luftqualität gegeben: Sowohl die Stickstoffdioxidwerte, die  $PM_{10}$ - und  $PM_{2,5}$ -Immissionen als auch der Jahresmittelwert für Ozon sind seit 2005 gesunken.

## Gesundheitsversorgung

Die Stadt Wien verfügt über eine sehr gut ausgebaute Gesundheitsversorgung. Im niedergelassenen Bereich stehen der Wiener Bevölkerung rund 1.400 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, 3.600 Fachärztinnen/Fachärzte und rund 950 Zahnärztinnen/Zahnärzte zur Verfügung. Zudem gibt es in Wien zahlreiche Spitalsambulanzen, rund 220 selbstständige Ambulatorien und etwa 320 öffentliche Apotheken. Im stationären Bereich stehen der Wiener Bevölkerung 30 Akutkrankenanstalten mit insgesamt 10.900 Akutbetten zur Verfügung sowie 3 stationäre Reha-Einrichtungen mit rund 350 Betten.

Im Bereich der psychosozialen Versorgung können die WienerInnen auf ein breites Angebot von 11 psychiatrischen Ambulanzen, rund 350 niedergelassenen PsychiaterInnen, 45 Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und rund 390 Ärztinnen/Ärzten mit PSY-III-Diplom zurückgreifen. Darüber hinaus sind rund 3.400 Personen in Wien zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt und rund 2.900 Personen in die Liste der Klinischen PsychologInnen eingetragen. Der Psychosoziale Dienst bietet Behandlung, Beratung, einen psychosozialen Notdienst, betreute Wohnplätze, tagesstrukturierende Angebote sowie eine berufliche Eingliederungshilfe und eine mobile Arbeitsunterstützung an. Im stationären Bereich unterhält die Stadt Wien sieben Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie (721 Betten), drei Einrichtungen für die Versorgung von PatientInnen mit einer Suchtdiagnose (382 Betten, darunter 6 tagesklinische Plätze) und zwei Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (61 Betten, darunter 5 tagesklinische Plätze).

# 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Im Pflegebereich werden von den mobilen Diensten jährlich rund 5,7 Mio. Leistungsstunden angeboten. In stationären Einrichtungen (Wohn- und Pflegehäusern) stehen Betreuungs- und Pflegebedürftigen rund 9.300 Plätze zur Verfügung. Alternative Wohnformen bieten weitere rund 9.200 Plätze an.

## Gesundheitsförderung und -vorsorge

In den letzten Jahren haben sich in Wien viele Akteure (die Stadt Wien und die 2009 gegründete Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG, Fonds Gesundes Österreich – FGÖ, Vereine, Schulen [über 100], Betriebe [66 mit Gütesiegel], Krankenhäuser [9], WGKK u. v. m.) mit der Implementierung und Umsetzung gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen beschäftigt. In diesem Zeitraum wurden zahlreiche Projekte und Programme gestartet – mit dem Ziel, die Gesundheit und Lebensqualität der Wienerinnen und Wiener zu verbessern.

## Chancengerechtigkeit

In Wien wie in Gesamtösterreich zeigen sich sowohl für Gesundheitsoutcomes (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Lebensqualität), für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (Krebsvorsorge, Medikamenten-Einnahme, Inanspruchnahme ärztlicher, spitalsambulanter und akutstationärer Leistungen) Unterschiede nach Bildung und Einkommen. Sie verlaufen mehrheitlich zum Nachteil niedriger Bildungs- und Einkommenschichten. Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich – in den meisten Fällen – als gleichläufig. Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zuungunsten der weiblichen Bevölkerung aus. Unterschiede nach Migrationshintergrund weisen hingegen kein einheitliches Muster auf.

Im Sinne des Wiener Gesundheitsziels 1 (Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen) sollte deshalb das Thema Chancengleichheit noch stärker forciert werden, und zwar nicht nur in Bezug auf Kinder und Jugendliche.

## Laufende Strategien für mehr Gesundheit nutzen

Der Wiener Gesundheitsbericht unterstreicht die Bedeutung der Wiener Gesundheitsziele (s. unten). Sie weisen eine große Schnittmenge mit den österreichischen Gesundheitszielen auf (s. BMG 2012) und tragen zu einer verstärkten Determinantenorientierung bei.

WGZ 1: Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen

WGZ 2: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken

WGZ 3: Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten

WGZ 4: Integrierte Versorgung etablieren

WGZ 5: Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken

WGZ 6: Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren

WGZ 7: Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung stärken

WGZ 8: Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastungen gering halten und Bewegung fördern

WGZ 9: Integriertes Gesundheitsmonitoring aufbauen

Da die meisten Gesundheitsdeterminanten außerhalb der Kompetenzen des Gesundheitsressorts liegen, ist eine *verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen* notwendig. Der vorliegende Bericht liefert diesbezüglich Grundlagen für zahlreiche Ansatzpunkte.

## 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Darüber hinaus sollten die Ergebnisse des Wiener Gesundheitsberichts sowohl in der Umsetzung der *Gesundheitsförderungsstrategie* als auch in der *Zielsteuerung-Gesundheit* Berücksichtigung finden. Beide Strategien bieten einen längerfristigen Handlungsrahmen.

# **Literatur und Anhang**





## Literatur

- 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. American Institute for Cancer Research, Washington
- 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. In: *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität Hogrefe, Göttingen*
- Antonovsky, A. (1979):** Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- 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
- Bachmann, Nicole; Burla, Laila; Kohler, Dimitri (Hg.) (2015):** Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe Verlag, Bern
- Bandura, A. (1977):** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84/191-215
- Bandura, A. (1997):** Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York
- Baud, S.; Milota, E. (2013):** Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, Wien
- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H; Richter, Matthias (2008):** Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Becker, Peter (2001):** Modelle der Gesundheit–Ansätze der Gesundheitsförderung. In: *Gesundheitsoffensive Prävention–Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik.* S 41-53
- Becker, Peter (2006):** Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- BGA (2012):** ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BGK (2012):** ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Blaxter, M (1990):** Health and Lifestyles. London/New York: Tavistock/Routledge.
- BMG (2012):** Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a):** Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1 [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/umwelt-feinstaub.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- BMG (2015b):** Luftschadstoffe und Gesundheitsgefahren [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsgefahren-luftschadstoffe.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- BMG (2015c):** Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMLVS (2013):** Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien
- Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin

- 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
- Bucchianeri, Michaela M; Arikian, Aimee J; Hannan, Peter J; Eisenberg, Marla E; Neumark-Sztainer, Dianne (2013):** Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. In: *Body Image* 10/1:1-7
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; (Hg.) (2015):** Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014. Wien
- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft (2015):** Straßenverkehr [Online]. <http://www.laerminfo.at/karten/strassenverkehr/strasse/24h.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Bürgisser, Titus (2008):** Schulklima und Schulkultur. In: *Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Hg. v. Wicki, Werner; Bürgisser, Titus. Haupt, Bern: S 141-159
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015a):** Epidemiologiebericht Drogen. Annex zum wissenschaftlichen Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015b):** Epidemiologiebericht Drogen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016):** Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Canetto, S. S.; Sakinofsky, I. (1998):** The gender paradox in suicide. In: *Suicide Life Threat Behav* 28/1:1-23
- 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. 2. Aufl., Open University Press, Berkshire (UK)
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012):** Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Dauchet, Luc; Amouyel, Philippe; Hercberg, Serge; Dallongeville, Jean (2006):** Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. In: *The Journal of nutrition* 136/10:2588-2593
- De Munck, Stephanie; Portzky, Gwendolyn; Van Heeringen, Kees (2009):** Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. In: *Crisis* 30/3:115-119
- 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*. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S 181-194
- Dubos, René J (1959):** The Mirage of Health. New York: Harper and Row.
- Dür, W; Mravlag, K (2002):** Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007):** Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- DWD (2006):** Feinstaubmessung in Kurorten. Broschüre. , Deutscher Wetterdienst, 2006, Freiburg
- Eichmann, Hubert; Saupe, Bernhard (2014):** Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums ; [inklusive E-Book]. Sozialpolitische Studienreihe ; 15. Hg. v. Nocker, Matthias; Prammer, Elisabeth; Forschungs- und Beratungsstelle, Arbeitswelt. Verl. des ÖGB, Wien

- Eidgenössische Kommission für Lufthygiene, EKL (2011):** Sommersmog in der Schweiz. Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene, Bern
- Elkeles, T; Mielck, A (1993):** Soziale Ungleichheit. In: WZB discussion paper, Berlin: S 93-208
- 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
- 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
- European Environment Agency, EEA (2014):** Noise in Europe 2014. EEA Report. Bd. 10/2014. Publications Office of the European Union, Luxemburg
- Falaschetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finan 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 31:3063-3072
- Feuerlein, Wilhelm (1979):** Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Thieme,
- Flavio, Muheim; Martin, Eichhorn; Pascal, Berger; Stephanie, Czernin; Gabriela, Stoppe; Merle, Keck; Anita, Riecher-Rössler (2013):** Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: Swiss Medical Weekly 143/w13759
- 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
- Galea, S.; Vlahov, D. (2005):** Urban Health: Evidence Challenges, and Directions. In: Annual Review of Public Health 26/341-365
- Gratt, W.; Doppler, A.; Begthaler, W.; Leszkovics, L.; Niedersüß, D.; Paula, L.; Kandler, P.; Hrdliczka, R.; Emrich, H. (2009):** Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft. 2 Aufl., Wien
- Griebler, R; Dür, W (2009):** Gesundheit und Gesellschaft. In: Biendarra I., Weeren M. (2009). Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe, Würzburg: Königshausen & Neumann
- Griebler, R.; Winkler, P. (2015):** Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht
- Habl et al. (2014):** Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich. Hg. v. Dimmel, Nikolaus; Schenk, Martin; Stelzer-Orthofer, Christine. StudienVerlag, Innsbruck - Wien - Bozen: 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: The Cochrane Library
- Hayward, M. D.; Pienta, A. M.; McLaughlin, D. K. (1997):** Inequality in men's mortality: the socioeconomic status gradient and geographic context. In: J Health Soc Behav 38/4:313-330
- Hollereder, Alfons; Brand, Helmut (2006):** Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Holmqvist, Kristina; Frisén, Ann (2010):** Body dissatisfaction across cultures: Findings and research problems. In: European Eating Disorders Review 18/2:133-146
- Hradil, Stefan (2009):** Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. Auflage Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S 35-54
- IFES (2015):** Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Presseunterlage. SDW - Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH Ausgabe
- Jordan, S (2015):** Diskussion von Indikatoren zur Erfassung von Prozessen und Outcomes der Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Studien. Kongressbeitrag. In: Gesundheitswesen 77/A279:
- Kenzian, Margit (2012):** Armut von jungen Erwachsenen. Diplomarbeit. Universität Wien Fakultät für Sozialwissenschaften, BetreuerIn: Verwiebe, Roland

- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2014):** Planung Psychiatrie 2014. Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Ergebnisbericht. Bd. Zl. P3/2/42799. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kickbusch, Ilona (2006):** Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- 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. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Klimont, J; Kytir, J; Leitner, B (2007):** Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, 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. Austria, Statistik. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Klimont, Jeannette (2012):** Frühgeburten in Österreich. In: Statistische Nachrichten 9/2012.
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015):** Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- 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
- 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
- Kölves, Kairi; Kölves, Keili E; De Leo, Diego (2013):** Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. In: Journal of affective disorders 146/1:1-14
- Künzli, Nino; Perez, Laura; Rapp, Regula (2010):** Luftverschmutzung und Gesundheit. European Respiratory Society, Lausanne
- Kurth, Bärbel-Maria; Ellert, Ute (2008):** Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. In: 105/23:406-412
- Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika (2015):** Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Lampert, T; Kroll, LE (2010):** Armut und Gesundheit GBE kompakt. Bd. 5/2010. Robert Koch-Institut Berlin
- Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfeli, Michael (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch Institut, Berlin
- Lazarus, R.S. (1999):** Stress and Emotion: A New Synthesis. Springer, New York
- Lederbogen, F.; Kirsch, P.; Haddad, L.; Streit, F.; Tost, H.; Schuch, P.; Wust, S.; Pruessner, J. C.; Rietschel, M.; Deuschle, M.; Meyer-Lindenberg, A. (2011):** City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. In: Nature 474/7352:498-501
- Leppo, Kimmo; Ollila, Eeva; Peña, Sebastián ; Wismar, Matthias; Cook, Sarah (2013):** Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- 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 4/11:e005497
- Maas, J.; Verheij, R. A.; Groenewegen, P. P.; de Vries, S.; Spreeuwenberg, P. (2006):** Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? In: J Epidemiol Community Health 60/7:587-592
- Mackenbach, Johan (2006):** Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC - University Medical Center Rotterdam, 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.; Iglseider, 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.; Hözl, 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 (2013):** Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen
- Mielck, Andreas (2005):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, Bern
- Mikulasek, A; Fuchs, R; Wisbauer, A (2015):** Demographisches Jahrbuch 2014. Hg. v. Statistik Austria, Wien
- Mildschuh, Stephan; Birner, Andreas; Stoppacher, Andreas; Paschek, Verena (2012):** Dokumentation im ambulanten Bereich. Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe Bundesländer. Bd. Zl.: 42790/12. Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- 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
- Neuhauser, HK; Adler, C; Rosario, AS; Diederichs, C; Ellert, U (2014):** Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. In: *Journal of human hypertension* 29, 247-253 (April 2015) | doi:10.1038/jhh.2014.82/
- 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 (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- Parker, Ruth (2009):** Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington: S 91-98
- Parsons, Talcott (1981):** Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan J.M. (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*. Hg. v. McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona S. Springer, New York: S 74-102
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2013):** Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und chronische Erkrankung. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken? Wien, 15.03.2013, Power Point
- Pfortner, Timo-Kolja (2013):** Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer VS, Wiesbaden
- 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 (Hg.) (2000):** Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice. Sage Publications Inc., Thousand Oaks
- 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
- PSD Wien (2014):** Leistungsbericht 2013. Psychosozialer Dienst Wien
- PSD Wien (2015):** Leistungsbericht 2014. Psychosoziale Dienste Wien
- PSD Wien (2016):** Leistungsbericht 2015. Psychosoziale Dienste Wien

- 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. Bd. 978-3-902611-55-0. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Unterweger, Katrin; Gugglberger, Lisa; Felder-Puig, Rosemarie (2013): Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n. Ludwig Boltzmann Institut, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bd. 978-3-902611-89-5. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Richter, TLM (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Hurrelmann MRK: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S 209-231
- Riederer, Bernhard; Troger, Tobias; Verwiebe, Roland (2014): Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert. Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung II. Endbericht an die Stadt Wien. Unter Mitarbeit von L. Seewann. Universität Wien: Institut für Soziologie.
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsbe-richterstattung des Bundes, Berlin
- Robert Koch Institut (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin
- Robert Koch Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S 371-388
- Röthlin, Florian; Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2013): Gesundheitskompetenz: Ausgewählte Ergebnisse aus der HLS-EU, der HLSÖsterreich und HLS Jugend Studie. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken? Wien, 15.03.2013, Power Point
- Sagerschnig, Sophie (2015): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Endbericht. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: Current Opinion in Psychiatry 16/SUPPL. 2:S101-S105
- Schmiedhuber, S; Lochner, E (2015): Sucht- und Drogenkoordination Wien. Leistungsbericht 2014. Hg. v. Stadt Wien
- Seniorliving (2016): <http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm> [Online]
- Seock, Yoo-Kyoung; Merritt, Leslie Rene (2013): Influence of Body Mass Index, Perceived Media Pressure, and Peer Criticism/Teasing on Adolescent Girls' Body Satisfaction/Dissatisfaction and Clothing-Related Behaviors. In: Clothing and Textiles Research Journal 31/4: 244-258
- Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank. In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes & Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München: Urban & Fischer: S 139-162
- Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S 167-180
- Singer, MV; Batra, A; Mann, K (2011): Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart. Thieme Verlag
- 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 Umweltbundesamt, Wien

- Stadt Wien (2004):** Gesundheitsbericht Wien 2004 - Vienna Health Report 2004. Hg. v. Stadt Wien, Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement, Wien
- Stadt Wien (2008):** Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 - Ergebnisse für Wien; Austrian Health Survey 2006/07 - Results on Health in Vienna. Hg. v. Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung
- Stadt Wien (2010):** Gesundheitsbericht Wien 2010 – Vienna Health Report 2010
- Stadt Wien (2014):** Wien wächst ... Bevölkerungsentwicklung in Wien und den 23 Gemeinde- und 250 Zählbezirken. Hg. v. MA 23, Magistrat der Stadt Wien. Wien
- Stadt Wien (2015):** Wiener Sozialbericht 2015. Wiener Sozialpolitische Schriften. Band 8. MA 24 - Gesundheits- und Sozialplanung.
- Stadt Wien, Magistratsabteilung Gesundheits- und Sozialplanung (2016):** Pflege und Betreuung in Wien 2030. Strategiekonzept, Wien
- Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006):** Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Statistik Austria (2009):** Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007, Wien
- Statistik Austria (2012):** Arbeitskräfteerhebung, Ergebnisse des Mikrozensus. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2013a):** Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2013b):** Studie zu Armut und sozialer Eingliederung in den Bundesländern. Erstellt im Auftrag der Bundesländer, vertreten durch die Verbindungsstelle der Bundesländer. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014a):** Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien
- Statistik Austria (2014b):** Tabellenband EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015a):** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015b):** Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung Verlag Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2015c):** Tabellenband EU-SILC 2014: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien
- 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
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016):** ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- 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
- Taxacher, Ina; Lebhart, Gustav (2016):** Wien - Bezirke im Fokus. Statistiken und Kennzahlen. Online Broschüre. Hg. v. Magistrat der Stadt, Wien, MA 23. Wien
- 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
- Thomas, Leoni (2015):** Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010):** Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien



- UbG:** Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010 – Ub-HeimAuf-Nov 2010, in der geltenden Fassung
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobra, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009):** Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Umweltbundesamt (2016a):** Ziel der Umgebungslärmrichtlinie [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/laerm/umgebungs-laerm/ziel/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Umweltbundesamt (2016b):** Luftschadstoffe [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/> [Zugriff am 27.06.2016]
- 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
- Verheij, R. A. (1996):** Explaining urban-rural variations in health: a review of interactions between individual and environment. In: Soc Sci Med 42/6:923-935
- Verwiebe, Roland; Troger, Tobias; Riederer, Bernhard (2014):** Lebensqualität in Wien 1995-2013. Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung II. In: Stadt Wien, Magistratsabteilung 18 - Stadtentwicklung und Stadtplanung (Hg.): Werkstattbericht 147
- Waller, Heiko (1996):** Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart,
- 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 349/g4490
- Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015):** Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- WHO (1946):** Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- WHO (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa
- 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. Buch, Monographie. WHO World Health Organization, Genf
- WHO (2005):** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Genf
- WHO (2014):** Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action
- WHO (2015):** Health in all policies. Training manual. World Health Organization, Geneva
- Winkler, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Wirl, Charlotte (2012):** Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Wirtschaftskammer Österreich (2016):** Statistikabteilung, Mitgliederstatistik Personenbetreuung Stand Februar 2016.
- Zielsteuerung-Gesundheit (2013):** Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 200. Bundesgesetzblatt NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820

Tabelle

Indikatoren des Gesundheitsberichts und ihr Bezug zu anderen Gesundheitsstrategien und Frameworks

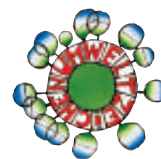
Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks					
	GZ	ZS-G MVKO	WGZ	Gesund- heit 2020	GMF	Health at a Glance
Demografie						
Bevölkerungsstand						
Bevölkerungsstruktur						✓
Bevölkerungsentwicklung						
Gesundheitszustand						
Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit	✓	✓	✓	✓		✓
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	✓	✓	✓			✓
Chronische Krankheiten und Beschwerden						
Allergien						
Beschwerden des Bewegungsapparats						
Chronische Atemwegserkrankungen		✓				
Diabetes		✓				
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		✓				
Bösartige Neubildungen		✓				
Depression		✓			✓	✓
Zahngesundheit/Karies		✓				
(Medizinisch versorgte) Verletzungen		✓				
Meldepflichtige übertragbare Krankheiten						
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag						✓
Körperliche und sensorische Einschränkungen			✓			
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körper- pflege und der Versorgung der eigenen Person	✓					
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts						
Krankenstände			✓			
Selbsteingeschätzte Lebensqualität	✓	✓	✓	✓		✓
Lebensqualität chronisch kranker Personen	✓	✓				
(Vorzeitige) Sterblichkeit		✓		✓	✓	✓
Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)		✓				
Suizid				✓		✓
Individuelle Gesundheitsdeterminanten						
Adipositas- und Übergewichtsrate	✓	✓		✓	✓	✓
Prävalenzrate von Bluthochdruck					✓	
Problematische Körperwahrnehmung			✓			
Ernährung: Obst- und Gemüsekonsum	✓	✓	✓		✓	✓
Gesundheitswirksame Bewegung						
Sport, Fitness und körperliche Aktivitäten	✓	✓	✓		✓	✓
Muskelkräftigende Übungen	✓	✓	✓			
Alltagsbewegung	✓					
Raucherstatus		✓	✓	✓	✓	✓
Passivraucherrate						
Alkoholkonsum		✓	✓			
Riskanter Alkoholkonsum					✓	
Konsum illegaler Drogen						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks					
	GZ	ZS-G MVKO	WGZ	Gesund- heit 2020	GMF	Health at a Glance
Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten						
(Dauerhafte) Armutsgefährdung	✓					
Materielle Deprivation						
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung	✓					
Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (20/80-Verhältnis)	✓					
Bildungsniveau/Bildungsabschlüsse	✓					
Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen	✓		✓			
Prekäre Beschäftigungsverhältnisse						
Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit	✓		✓	✓		
Körperliche Belastung am Arbeitsplatz						
Psychische Belastung, Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	✓					
Arbeitsunfälle						
Geleistete Überstunden						
Arbeit trotz gesundheitlicher Probleme						
Sozialkapital / sozialer Zusammenhalt	✓	✓		(✓)		
Luftqualität: Stickstoffdioxid-, Feinstaub- oder Ozonüberschreitungen	✓					
Lärmbelastung	✓					
Gesundheitsversorgung und -förderung						
Vorsorgeuntersuchungen					(✓)	✓
Ärztliche Versorgung						(✓)
Akutbetten(dichte)						✓
Akutstationäre Aufenthalte						✓
Plätze in Pflege- und Betreuungseinrichtungen/ Leitungseinheiten						✓
Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegediensten						✓
Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen						✓
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)		✓				
Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)		✓				
30-Tage-Sterblichkeitsrate bei akutem Myokardinfarkt		✓				✓
30-Tage-Sterblichkeitsrate bei Schlaganfall		✓				✓
Säuglingssterblichkeitsrate		✓		✓		✓
Kaiserschnitttrate und Frühgeburtenrate	✓		✓			
Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm						✓

GZ = Gesundheitsziele Österreich; WGZ = Wiener Gesundheitsziele; ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen; GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework



Dieses Produkt stammt aus nachhaltig bewirtschafteten Wäldern und kontrollierten Quellen. UZ24 „Schadstoffarme Druckerzeugnisse“ UW734