

Österreichische Gesundheitsbefragung 2019

Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und
methodische Dokumentation



Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

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

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

STATISTIK AUSTRIA

Bundesanstalt Statistik Österreich

Guglgasse 13, 1110 Wien

Tel.: +43 1 711 28-7070

Verlagsort: Guglgasse 13, 1110 Wien

Hersteller:

Dieser Bericht wurde von STATISTIK AUSTRIA im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) erstellt.

Autorin: Mag. Jeannette Klimont

Tabellenerstellung: Petra Ihle BA

Herstellungsort: Guglgasse 13, 1110 Wien

Copyright Titelbild: © elenabsl / stock.adobe.com

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung der Medieninhaber unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Bundesanstalt Statistik Österreich und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist.

Rückmeldungen: Ihre Überlegungen zu vorliegender Publikation übermitteln Sie bitte an info@statistik.gv.at.

Wien, September 2020

Vorwort



Rudolf Anschöber
© BKA/Andy Wenzel

Die vorliegende Publikation präsentiert die wichtigsten Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Diese Erhebung basiert auf einer Verordnung des Europäischen Parlaments und Rates und wurde von Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Arbeit sowie der Bundesgesundheitsagentur konzipiert und durchgeführt.



Tobias Thomas
© Statistik Austria/
Ranger-Marton

Die Gesundheitsbefragung 2019 bildet eine unverzichtbare Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung. Sie liefert repräsentative Aussagen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren. Die Ergebnisse der Studie informieren über das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung, die Verbreitung von riskantem Gesundheitsverhalten, das individuelle Gesundheitsbewusstsein sowie die Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote und medizinischer Versorgungsleistungen. Darüber hinaus liefert die Befragung Informationen zur Gesundheit und zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren. Erstmals wurde die Bevölkerung gefragt, wie zufrieden sie mit dem österreichischen Gesundheitssystem ist.

Der vorliegende Bericht bietet daher eine empirische Basis für wichtige Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Studie liefert zentrale Informationen zur Identifizierung von Gesundheitstrends in der gesamten Bevölkerung, in einzelnen Bevölkerungsgruppen und auch auf regionaler Ebene. Durch die wiederholte Durchführung von Gesundheitsbefragungen können Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung beobachtet werden. Auf Basis dieser Ergebnisse bietet sich die Möglichkeit, zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen und damit einen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und Steigerung der Lebensqualität zu leisten.

Rudolf Anschöber
Bundesminister

Prof. Dr. Tobias Thomas
Fachstatistischer Generaldirektor STATISTIK AUSTRIA

Inhalt

Vorwort	3
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	10
2 Ergebnisse im Überblick	14
2.1 Gesundheitszustand der österreichischen Wohnbevölkerung.....	14
Subjektive Gesundheitswahrnehmung.....	14
Lebenserwartung in guter Gesundheit.....	17
Chronisch kranke Menschen.....	19
Beeinträchtigungen bei Alltagstätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen.....	20
Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	22
Die häufigsten chronischen Erkrankungen und Gesundheitsprobleme.....	24
Schmerzen.....	30
Mundgesundheit.....	32
2.2 Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.....	34
Was ist funktionale Gesundheit?.....	34
Funktionale Beeinträchtigungen.....	35
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.....	37
Unterstützung und nicht gedeckter Unterstützungsbedarf.....	40
2.3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit.....	43
Ernährung.....	43
Körperliche Aktivität.....	45
Übergewicht und Adipositas.....	52
Rauchen.....	55
Alkoholkonsum.....	62
Krankheitsprävention und Gesundheitsvorsorge.....	70
Soziale Unterstützung.....	74
2.4 Medizinische Versorgung.....	76
Inanspruchnahme stationärer medizinischer Versorgung.....	76
Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung.....	77
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.....	82
2.5 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen.....	85
Allgemeiner Gesundheitszustand.....	85
Inanspruchnahme von Impfungen.....	86
Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder.....	87
Gesundheitliches Wohlbefinden.....	89

3 Organisation und Ablauf der Erhebung	92
3.1 Rechtsgrundlage	92
3.2 Studiendesign, Stichprobe, Erhebungsmethode	92
3.3 Ausschöpfung.....	94
3.4 Fragebogen	96
Themen des Fragebogens	96
Erhebungsinstrumente.....	98
3.5 Erhebungsablauf	98
Meilensteine im Ablauf der Erhebung	98
Informationsbriefe	99
Persönliche und webbasierte Interviews.....	99
Incentives	101
3.6 Erfahrungsbericht	101
3.7 Datenaufbereitung.....	102
Imputation.....	102
Hochrechnung (Gewichtung)	102
Tabellenverzeichnis.....	104
Abbildungsverzeichnis.....	105
Literaturverzeichnis	107
Abkürzungen.....	109
Anhang	111
Text des Avisobriefes.....	111
Datenschutzinformation	113
Informationsschreiben in Gemeindezeitungen.....	114

Zusammenfassung

Statistik Austria führte im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Bundesgesundheitsagentur von Oktober 2018 bis September 2019 eine auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basierende österreichweite Erhebung zum Thema „Gesundheit“ durch. Insgesamt wurden 15.461 zufällig ausgewählte Personen zu ihrem Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen befragt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,4 Mio. Personen). Der Fragenkatalog hat sich gegenüber der Befragung 2014 nur geringfügig geändert, sodass Zeitreihenvergleiche für den Großteil der Themen möglich sind. Für einige ausgewählte Themenbereiche können auch Vergleiche mit der 2006/07 erstmals durchgeführten Gesundheitsbefragung gemacht werden.

Gesundheitszustand

74,5 % der Österreicher und Österreicherinnen bewerteten ihren **eigenen Gesundheitszustand** mit „sehr gut“ oder „gut“, nur 6,4 % mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Frauen gaben etwas seltener als Männer einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an: Mit 75,7 % „sehr gut“ oder „gut“ lagen die Männer um 2,4 Prozentpunkte vor den Frauen (73,3 %). Im langfristigen Trend nahm (unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung) der Anteil der Männer, die ihren Gesundheitszustand als zumindest „gut“ beurteilten, von 68,3 % im Jahr 1991 auf 75,0 % im Jahr 2019 zu (altersstandardisierte Prozentwerte). Bei den Frauen erhöhten sich der Anteil von 65,6 % (1991) auf 74,4 % (2019). Dadurch stieg die Lebenserwartung in Gesundheit im selben Zeitraum um 7,4 Jahre bei den Männern bzw. um 7,8 Jahre bei den Frauen.

Nach Vorgabe einer Liste von ausgewählten **chronischen Erkrankungen** wurde am häufigsten über chronische Kreuzschmerzen oder ein anderes chronisches Rückenleiden berichtet; 1,9 Mio. Personen bzw. 26 % der Bevölkerung waren davon betroffen. Bei der Bevölkerung ab 75 Jahren waren es sogar etwa jede zweite Frau und jeder dritte Mann. An zweiter Stelle der Liste der chronischen Krankheiten standen Allergien (1,7 Mio. Personen), gefolgt von Bluthochdruck (1,6 Mio. Personen) und chronischen

Nackenschmerzen sowie sonstigen Schmerzen an der Halswirbelsäule (1,4 Mio. Personen). Chronische Krankheitsbilder, die bei Frauen wesentlich häufiger auftraten als bei Männern, waren chronische Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, und Depressionen.

4,1 Mio. Personen berichteten über das Auftreten von zumindest sehr leichten **Schmerzen** innerhalb der vier Wochen vor der Befragung. Frauen ebenso wie ältere Personen hatten häufiger Schmerzen als Männer. Mit zunehmendem Alter traten auch vermehrt starke bzw. sehr starke Schmerzen auf.

311.000 Männer und 353.000 Frauen waren aufgrund eines dauerhaften **gesundheitlichen Problems bei Tätigkeiten des Alltagslebens** stark eingeschränkt, weitere 745.000 Männer und 808.000 Frauen waren etwas eingeschränkt. Dies betraf besonders häufig ältere Bevölkerungsgruppen. Über Probleme bei der selbstständigen Ausübung von zumindest einer Basisaktivität der täglichen Körperpflege und Versorgung der eigenen Person berichteten 450.000 Personen ab 55 Jahren (173.000 Männer und 277.000 Frauen). Etwa ein Viertel der Betroffenen hatte keine oder keine ausreichende Unterstützung. Frauen hatten häufiger einen nicht gedeckten Betreuungsbedarf als Männer. Die selbstständige Verrichtung wichtiger Tätigkeiten bei der Führung des Haushalts (wie z.B. Einkäufe erledigen oder Mahlzeiten zubereiten) war für 931.000 Personen ab 55 Jahren aus gesundheitlichen Gründen problematisch (344.000 Männer und 587.000 Frauen). Frauen im Alter von 75 Jahren und darüber berichteten mit 68,6 % am häufigsten über Probleme mit der selbstständigen Haushaltsführung. Etwa jedem sechsten Mann und jeder fünften Frau mit Problemen bei der Haushaltsführung fehlte ausreichende Hilfe.

Gesundheitsverhalten

18,1 % der Männer und 15,2 % der Frauen waren gemäß der WHO-Definition **adipös** (fettleibig). Hochgerechnet sind dies 658.000 Männer und 577.000 Frauen ab 15 Jahren. Der Anteil der adipösen Bevölkerung ist seit 2014 bei den Männern um 2,2 Prozentpunkte, bei den Frauen um 1,9 Prozentpunkte gestiegen.

1,5 Mio. Österreicher und Österreicherinnen ab 15 Jahren **rauchten täglich** – das waren im Vergleich zu 2014 um 247.000 Personen weniger. Dieser Rückgang war wesentlich durch den Rückgang bei den Raucherinnen bedingt (147.000 Frauen rauchten 2019 im Vergleich zu 2014 weniger). Damit wurde der seit 1972 beobachtete Trend einer stetigen

Zunahme der Raucheranteile bei den Frauen gestoppt. Die Raucherquote der Männer lag 2019 bei 23,7 % (Rückgang gegenüber 2014 um drei Prozentpunkte), bei den Frauen bei 17,9 % (Rückgang um 4,3 Prozentpunkte gegenüber 2014).¹ Etwa ein Viertel der nicht täglich rauchenden Bevölkerung war dem Passiv-Rauchen ausgesetzt, Männer häufiger als Frauen. Am größten war die Belastung bei den 15- bis 29-Jährigen – hier war nahezu jede zweite Person von Passiv-Rauchen betroffen.

Beinahe die Hälfte der österreichischen Bevölkerung übte entsprechend einer WHO-Empfehlung **ausreichend Bewegung** aus, das heißt zumindest 150 Minuten pro Woche Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit. Männer waren geringfügig aktiver als Frauen (48,1 % bzw. 45,1 %). Fast jede dritte Person übte zumindest zweimal in der Woche Tätigkeiten zum Aufbau und zur **Kräftigung der Muskulatur** aus, Männer etwas öfter als Frauen (32,9 % bzw. 28,4 %). Rund ein Viertel aller Personen erfüllte beide Kriterien. Junge Männer (18 bis 29 Jahre) waren besonders sportlich aktiv (35,7 % erfüllten beide WHO-Empfehlungen).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

74,2 % der österreichischen Bevölkerung hatten einen **aufrechten Impfschutz** gegen Tetanus, 62,2 % waren zeckengeimpft (FSME). Die Gripeschutzimpfung wurde mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen: 16,2 % der Personen ab 60 Jahren hatten einen aufrechten Grippeimpfschutz, jedoch nur 5,8 % der Personen unter 60 Jahren.

Etwa die Hälfte der Frauen ab 15 Jahren ließ in den zwölf Monaten vor der Befragung einen **Krebsabstrich** durchführen, der zur Früherkennung von Gebärmutterkrebs dient. Berücksichtigte man die drei vor der Befragung liegenden Jahre, erhöhte sich der Prozentsatz auf 75,6 %. Zwei Drittel der Frauen ab 45 Jahren hatte in den vorangegangenen zwei Jahren eine **Mammographie** in Anspruch genommen. Rund die Hälfte der Befragten ab 50 Jahren hatten in den letzten beiden Jahren vor der Befragung einen **Okkultbluttest** vornehmen lassen. Einer **Darmspiegelung** innerhalb der letzten zehn Jahre hatten sich 55,4 % der Befragten ab 50 Jahren unterzogen.

¹ Für den Zeitreihenvergleich wird die Bevölkerung ab 16 Jahren herangezogen, da für frühere Erhebungen nur Daten für die Bevölkerung ab 16 Jahren vorliegen.

79,4 % der Personen ab 15 Jahren gaben an, im Jahr vor der Befragung zumindest einmal einen **Arzt bzw. eine Ärztin für Allgemeinmedizin** aufgesucht zu haben. Etwas weniger Personen hatten im Jahr vor der Befragung einen **Zahnarzt oder eine Zahnärztin** aufgesucht (70,3 %). 64,2 % der Männer und 84,5 % der Frauen hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung zumindest einen **Facharzt oder eine Fachärztin** konsultiert.

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen

„Im Großen und Ganzen funktioniert das System recht gut. Es sind nur kleine Verbesserungen nötig“: Diese Aussage bestätigten rund zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen bezüglich des österreichischen Gesundheitssystems. Sechs von zehn Personen ab 15 Jahren beurteilten die Qualität der medizinischen Versorgung mit „hervorragend“ oder „sehr gut“. Etwa ein Zehntel der Bevölkerung war mit der Qualität der medizinischen Versorgung weniger zufrieden, vor allem Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahre antworteten öfter mit „ausreichend“ oder „schlecht“ (17,3 %). Die österreichische Bevölkerung war mit der Versorgung im extramuralen Bereich häufiger (sehr) zufrieden als im intramuralen Bereich.

Kindergesundheit

Der Anteil der Kinder unter 18 Jahren, deren allgemeiner Gesundheitszustand von ihren Eltern als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilt wurde, ist mit 96,9 % der Buben und 96,7 % der Mädchen sehr hoch. Einen speziellen Bedarf an Gesundheitsversorgung hatten laut CSHN-Screener (Children with Special Health Care Needs) 8,3 % der Kinder und Jugendlichen. Im Alter von drei bis zehn Jahren war der spezielle Versorgungsbedarf der Buben doppelt so hoch wie jener der Mädchen.

1 Einleitung

Von Oktober 2018 bis September 2019 führte Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Bundesgesundheitsagentur die dritte Welle der Gesundheitsbefragung durch. Für diese österreichweite Erhebung, welche auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basiert, nahmen sich 15.461 Personen, davon 7.166 Männer und 8.295 Frauen, im Alter von 15 und mehr Jahren die Zeit, in persönlichen Interviews detaillierte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu geben. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,4 Mio. Personen). Die regional tiefste Gliederung für die Darstellung der Ergebnisse sind die Gesundheits-Versorgungsregionen.²

Gesundheitsbefragungen bilden eine unverzichtbare Datenquelle für die Gesundheitsberichterstattung. Mit den gewonnenen Informationen lassen sich Zusammenhänge von Krankheitshäufigkeiten (Morbidität), Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren analysieren und Unterschiede nach Alter, Geschlecht und weiteren sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren erkennen. Die Gesundheitsbefragung gibt Auskunft über die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten. Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Daten sind eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitspolitik und Versorgungsstellen, um sich an den aktuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren zu können.

Vorlage für das Fragenprogramm der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (**Austrian Health Information Survey – ATHIS 2019**) war die dritte Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (**European Health Information Survey – EHIS**). Diese ist – wie auch bereits die zweite Welle des EHIS – gesetzlich verpflichtend umzusetzen (vgl. die Verordnungen des Europäischen Parlaments und des Rates EG. Nr. 1338/2008 sowie 255/2018). Im Gegensatz dazu wurde die erste EHIS-Welle noch auf freiwilliger Basis in 17 europäischen Ländern durchgeführt (in Österreich 2006/07). Ziel des EHIS ist es, eine harmonisierte Gesundheitsbefragung auf europäischer Ebene zu realisieren. Der

² Die Zuordnung der politischen Bezirke zu Gesundheits-Versorgungsregionen erfolgt gemäß des Österreichischen Strukturplans Gesundheit.

Fragenkatalog für die EHIS-Welle 3 blieb gegenüber Welle 2 weitgehend unverändert, um Zeitreihenvergleiche zu ermöglichen. Er besteht aus den Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten, zur Gesundheitsvorsorge und zu soziodemographischen und sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen.

Daneben bot der ATHIS 2019 die Möglichkeit, auch spezifische nationale Informationsbedürfnisse abzudecken, die im Vorfeld der Erhebung mit den relevanten Stakeholdern abgestimmt wurden. Die nationalen Zusatzfragen befassten sich mit der Lebensqualität, dem Präsentismus³, der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, ausgewählten chronischen Krankheiten, ambulanter Gesundheitsversorgung und funktionalen Tätigkeiten. Ebenso wurden – wie auch schon beim ATHIS 2014 – Informationen zum Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder erhoben.

Der Kernbereich des Fragenkatalogs des ATHIS 2019 umfasst neben Daten zu persönlichen Merkmalen wie Alter oder Geschlecht folgende Aspekte:

- subjektive Gesundheitswahrnehmung
- chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme
- Unfälle/Verletzungen
- funktionale Gesundheit
- psychische Gesundheit
- Lebensqualität
- Risikofaktoren und gesundheitsrelevantes Verhalten
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Vorsorgeverhalten
- Kindergesundheit

Zeitreihenvergleiche

Gesundheitsbefragungen vor dem ATHIS 2006/07 (zugleich der ersten Welle des EHIS) erfolgten zwischen 1970 bis 1999 in unregelmäßigen Abständen als Sonderprogramme im

³ Von Präsentismus spricht man, wenn man trotz Krankheit in die Arbeit geht.

Rahmen des Mikrozensus. Diese unterschieden sich allerdings wesentlich im Erhebungsdesign und Fragenprogramm. Daher lassen sich längere Zeitreihen nur punktuell, wie etwa bei der subjektiven Gesundheitswahrnehmung oder dem täglichen Rauchen, abbilden.

Die 2006/07 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2006/07) war erstmals eine eigenständige Befragung und basierte auf computerunterstützten, persönlichen Interviews. Der Rahmen für die Stichprobenziehung war die Wohnbevölkerung Österreichs ab 15 Jahren, das heißt, die Anstaltsbevölkerung war bei der Stichprobenziehung nicht ausgeschlossen. Für Zeitvergleiche werden bei Auswertungen aus dem ATHIS 2006/07 nur Informationen von Personen in Privathaushalten herangezogen.

Die 2014 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) war eine telefonische Erhebung bei Personen in Privathaushalten, ergänzt um einen Selbstausfüller für die Beantwortung sensibler bzw. komplexer Fragen. Wichtig zu erwähnen ist, dass es aufgrund des Erhebungsdesigns (Rekrutierung der Stichprobe aus dem Mikrozensus) bei der jüngeren und älteren Bevölkerung zu höheren Verweigerungen kam, die jedoch durch die Hochrechnung ausgeglichen wurden. Dennoch kann ein Bias nicht ausgeschlossen werden, da insbesondere ältere Personen, die in einem schlechteren Gesundheitszustand waren, nicht erreicht werden konnten, und es dadurch tendenziell zu einer Übergewichtung der gesünderen Bevölkerung gekommen sein kann.

Die Gesundheitsbefragung, die 2019 durchgeführt wurde, basierte zum Großteil auf computerunterstützten persönlichen Interviews, rund ein Zehntel wurde webbasiert erhoben. Die Anstaltsbevölkerung war, wie auch 2014, nicht eingeschlossen. Die Ausschöpfungsrate war für alle Altersgruppen annähernd gleich hoch.

Bei Zeitreihenvergleichen ist es auch wichtig zu überprüfen, ob die Wortlaute der Fragestellungen bzw. die Filterführung im Fragebogen während der einzelnen Befragungswellen gleich geblieben sind. Während es im Fragenprogramm zwischen den Erhebungen der Wellen 1 und 2 zu zahlreichen Adaptierungen kam (bedingt durch Änderungen im EHIS), gab es zwischen den Wellen 2 und 3 nur wenige Änderungen.

Um bei Zeitreihenvergleichen auftretende Unterschiede in der Altersstruktur auszugleichen, wurden Altersstandardisierungen durchgeführt. Bei den im Bericht dargestellten Trendanalysen wurde die Alterszusammensetzung der Bevölkerung der dargestellten Jahre jeweils statistisch an die Eurostat-Standardbevölkerung angepasst. Auf diese Weise

können Gesundheitsindikatoren und Prävalenzen unter Annahme einer gleichbleibenden Altersstruktur in den einzelnen Jahren miteinander verglichen werden.

Der Bericht gliedert sich inhaltlich in folgende Teile:

- Der erste Teil gibt einen Überblick über einige wichtige Ergebnisse der Befragung in Textform, mit Grafiken und Überblickstabellen.
- Der zweite Teil dokumentiert das Erhebungsdesign und die Stichprobe sowie den organisatorischen Ablauf der Erhebung. Weitere Aspekte betreffen zentrale Qualitätsindikatoren (Ausschöpfung, Non-Response, Proxy) und grundlegende Informationen zur Aufarbeitung der erhobenen Daten.
- Der Anhang enthält den Text des Avisobriefes, die Datenschutzinformation zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 sowie ein Informationsschreiben, welches in Gemeindezeitungen veröffentlicht wurde.
- In einem eigenen Dokument, dem Annex, befindet sich der Tabellenband sowie der Fragebogen. Zu jeder Frage der Erhebung wurde eine Tabelle mit den Gliederungsmerkmalen Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund und Wohnbundesland erstellt.

2 Ergebnisse im Überblick

2.1 Gesundheitszustand der österreichischen Wohnbevölkerung

Gesundheit ist ein wichtiges persönliches und gesellschaftliches Gut, dessen Bedeutung oft erst beim Auftreten von (chronischen) Krankheiten oder mit zunehmendem Alter und damit verbundenen Einschränkungen im Alltagsleben wahrgenommen wird. Gesundheit bedeutet aber nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern wird auch von einer Vielzahl positiver Aspekte beeinflusst. Dazu zählt die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, psychisch ausgeglichen zu sein oder zufriedenstellende soziale Beziehungen zu pflegen.

Subjektive Gesundheitswahrnehmung

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands ist ein guter Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Bevölkerung. Im Unterschied zu klinisch erhobenen Befunden werden mit dieser Frage neben den körperlichen auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit implizit miterfasst.

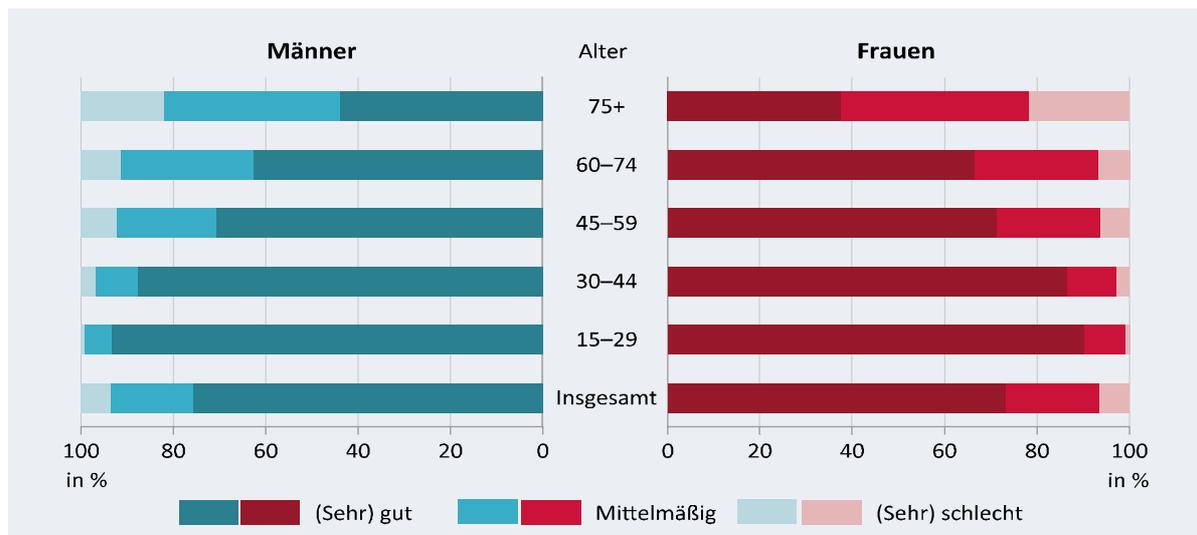
Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands wird die Frage „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ gestellt. Die Antwortmöglichkeiten reichen dabei von „sehr gut“ und „gut“ über „mittelmäßig“ zu „schlecht“ und „sehr schlecht“.

Der Großteil der österreichischen Wohnbevölkerung war mit seinem allgemeinen Gesundheitszustand zufrieden, 74,5 % antworteten auf die entsprechende Frage mit „sehr gut“ oder „gut“. 6,4 % der Personen beurteilten ihre Gesundheit mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Rund ein Fünftel (19,1 %) entschied sich für die mittlere Antwortkategorie.

Frauen gaben etwas seltener als Männer einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an: 73,3 % respektive 75,7 %. Während Frauen etwas häufiger als Männer die mittlere Kategorie wählten (20,3 % bzw. 18,0 %), gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Anteil von Personen mit einem subjektiv schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand (Männer: 6,3 %, Frauen: 6,5 %).

Mit zunehmendem Alter wurde seltener ein sehr guter oder guter Gesundheitszustand angegeben (Abbildung 1). Bei den 15- bis 29-Jährigen stuften mehr als 90 % ihren Gesundheitszustand als zumindest gut ein (Männer: 93,3 %, Frauen: 90,3 %), bei den 60- bis 74-jährigen Männern und Frauen waren es nur noch 62,6 % bzw. 66,6 %. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren bei der Bevölkerung von 75 und mehr Jahren am höchsten: 43,9 % der Männer, aber nur 37,6 % der Frauen beurteilten in dieser Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als zumindest gut. Dementsprechend häufiger fühlten sich ältere Männer und Frauen gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht (18,0 % bzw. 21,7 %). Auch die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als „mittelmäßig“ wurde mit zunehmendem Alter häufiger (von 5,9 % bzw. 8,8 % bei den 15- bis 29-Jährigen bis zu 38,1 % bzw. 40,8 % in der Alterskategorie 75+).

Abbildung 1: Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Verglichen mit den Ergebnissen früherer Gesundheitsbefragungen ist langfristig ein positiver Trend hinsichtlich der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands festzustellen (Übersicht 1).

Übersicht 1 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands von 1991 bis 2019 nach Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

Jahr, Geschlecht	Personen ab 15 Jahren in 1.000	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
2019						
Männer	3.623,9	35,7	39,3	18,5	5,3	1,3
Frauen	3.793,9	36,9	37,5	19,6	5,0	1,1
2014						
Männer	3.518,9	35,9	43,7	16,2	3,6	0,7
Frauen	3.716,6	34,8	42,1	18,2	4,0	0,8
2006/07						
Männer	3.357,3	36,2	38,5	18,8	5,1	1,4
Frauen	3.592,9	35,0	38,1	20,4	5,5	0,9
1999						
Männer	3.157,7	32,9	38,7	21,3	5,6	1,4
Frauen	3.434,3	31,0	39,5	22,7	5,6	1,3
1991						
Männer	2.480,1	30,5	37,8	23,6	6,4	1,7
Frauen	2.764,5	25,8	39,8	26,7	6,2	1,5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019, Mikrozensus-Sonderprogramme „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999. – Standardbevölkerung: Europa-Standardbevölkerung. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Wird der Einfluss der Alterung der Gesellschaft statistisch ausgeglichen, verstärkt sich dieser Trend sogar noch. Der Anteil der männlichen Bevölkerung, der sich gesundheitlich zumindest gut fühlt, stieg (altersstandardisiert) von 68,3 % im Jahr 1991 auf 75,0 % im Jahr 2019, bei den Frauen erhöhte sich der Anteil von 65,6 % (1991) auf 74,4 % (2019). Gegenüber der Gesundheitsbefragung 2014 kam es 2019 sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen zu einer Verschlechterung bei der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands. Beim ATHIS 2014 wurde die ältere Bevölkerung weniger gut erreicht, insbesondere Personen mit eingeschränkter Gesundheit. Zwar wurde dies durch

die Gewichtung etwas ausgeglichen, dennoch verblieb eine Übergewichtung der gesünderen älteren Bevölkerung.

Lebenserwartung in guter Gesundheit

Das Konzept der gesunden Lebenserwartung gewann in den letzten Jahren in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung ständig an Bedeutung. Die Wichtigkeit dieses Indikators liegt in der Möglichkeit, gleichzeitig die Entwicklung von Mortalität, Morbidität und Beeinträchtigung zu beurteilen und somit die Wahrscheinlichkeit abzuschätzen, ob mit dem Gewinn an Lebensjahren ein längeres Leben in guter oder in schlechter Gesundheit einhergeht. Das Konzept der gesunden Lebenserwartung erweitert also jenes der Lebenserwartung, um die Qualität der Lebensjahre bewerten zu können.

In den letzten Jahrzehnten stieg die Lebenserwartung in Österreich in einem beachtlichen Tempo. Im langfristigen Trend erhöhte sich die Lebenserwartung bei der Geburt seit 1978 für Männer um insgesamt 10,8 Jahre und für Frauen um 8,3 Jahre (Übersicht 2). Die Lebenserwartung (bei der Geburt) für Frauen lag 2019 mit 84,0 Jahren um fast fünf Jahre über jener der Männer mit 79,3 Jahren. Betrachtet man die steigende Lebenserwartung und die voran skizzierte immer bessere Beurteilung der eigenen Gesundheit in einem gemeinsamen Indikator, nämlich der gesunden Lebenserwartung, so lässt sich eine erfreuliche Entwicklung erkennen:

Die Zahl der in (sehr) guter Gesundheit verbrachten Jahre stieg seit 1978 um 10,7 Jahre bei den Männern bzw. um 11,8 Jahre bei den Frauen. Damit erhöhte sich auch der prozentuelle Anteil der in (subjektiv) gutem Gesundheitszustand verbrachten Lebenszeit an der gesamten Lebenserwartung. Dieser Indikator stieg bei den Männern zwischen 1978 und 2019 von 76,5 % auf 79,5 %, bei den Frauen von 69,9 % auf 77,0 %. Die gesunde Lebenserwartung (bei der Geburt) für Frauen liegt mit aktuell (2019) 64,7 Jahren knapp über jener der Männer mit 63,1 Jahren.

Ältere Menschen (65 und mehr Jahre) profitieren vom Sterblichkeitsrückgang der vergangenen Jahrzehnte besonders. Die fernere Lebenserwartung⁴ 65-jähriger Männer

⁴Die fernere Lebenserwartung gibt die durchschnittlich noch verbleibende Anzahl von Lebensjahren ab dem Erreichen eines gewissen Alters an (hier: bei einem Alter von 65 Jahren).

stieg zwischen 1978 und 2019 von 12,5 auf 18,3 Jahre, für gleichaltrige Frauen von 15,9 auf 21,5 Jahre. Auch hier war die Entwicklung von einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands begleitet. Die statistisch noch erwartbaren gesunden Lebensjahre lagen 2019 für 65-jährige Frauen bei 10,2 Jahren, für gleichaltrige Männer bei 9,3 Jahren.

Übersicht 2 Lebenserwartung in Jahren bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, insgesamt sowie in (sehr) guter bzw. (sehr) schlechter Gesundheit seit 1978 nach Geschlecht

Lebenserwartung in Jahren, Geschlecht	2019	2014	2006/07	1999	1991	1983	1978
Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren							
Männer	79,3	78,9	77,1	74,8	72,3	69,5	68,5
In (sehr) guter Gesundheit	63,1	65,9	61,7	59,1	55,7	54,0	52,4
In (sehr) schlechter Gesundheit	4,3	2,7	4,0	3,9	4,1	3,2	4,2
Frauen	84,0	83,7	82,6	80,9	79,0	76,6	75,7
In (sehr) guter Gesundheit	64,7	66,6	63,2	60,5	56,9	54,6	52,9
In (sehr) schlechter Gesundheit	4,9	3,7	4,8	5,1	5,1	4,5	6,1
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren							
Männer	18,3	18,2	17,2	15,6	14,4	13,1	12,5
In (sehr) guter Gesundheit	9,3	11,4	8,7	6,9	6,0	5,0	4,1
In (sehr) schlechter Gesundheit	2,5	1,5	2,5	2,8	2,6	2,3	3,1
Frauen	21,5	21,5	20,5	19,3	18,0	16,5	15,9
In (sehr) guter Gesundheit	10,2	11,3	8,9	7,4	6,0	4,9	3,6
In (sehr) schlechter Gesundheit	3,4	2,4	3,2	3,7	3,7	3,5	4,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07, 2014 und 2019. Fragestellung 1978 bis 1999: „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“ Fragestellung 2006/07, 2014 und 2019: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“. Antwortkategorien jeweils: „Sehr gut – Gut – Mittelmäßig – Schlecht – Sehr schlecht“. Da für die Bevölkerung unter 15 Jahren nicht für alle Erhebungen Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell ein subjektiv guter Gesundheitszustand unterstellt.

Chronisch kranke Menschen

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Lebensqualität ist das Auftreten einer dauerhaften Krankheit oder eines chronischen Gesundheitsproblems.

Im ATHIS 2019 wird die Prävalenz von selbst wahrgenommenen chronischen Erkrankungen mit der Frage „Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?“ erfasst. Bei der Befragung wird darauf hingewiesen, dass damit Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint sind, die sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. Die Antwortkategorien beschränken sich auf „Ja“ oder „Nein“.

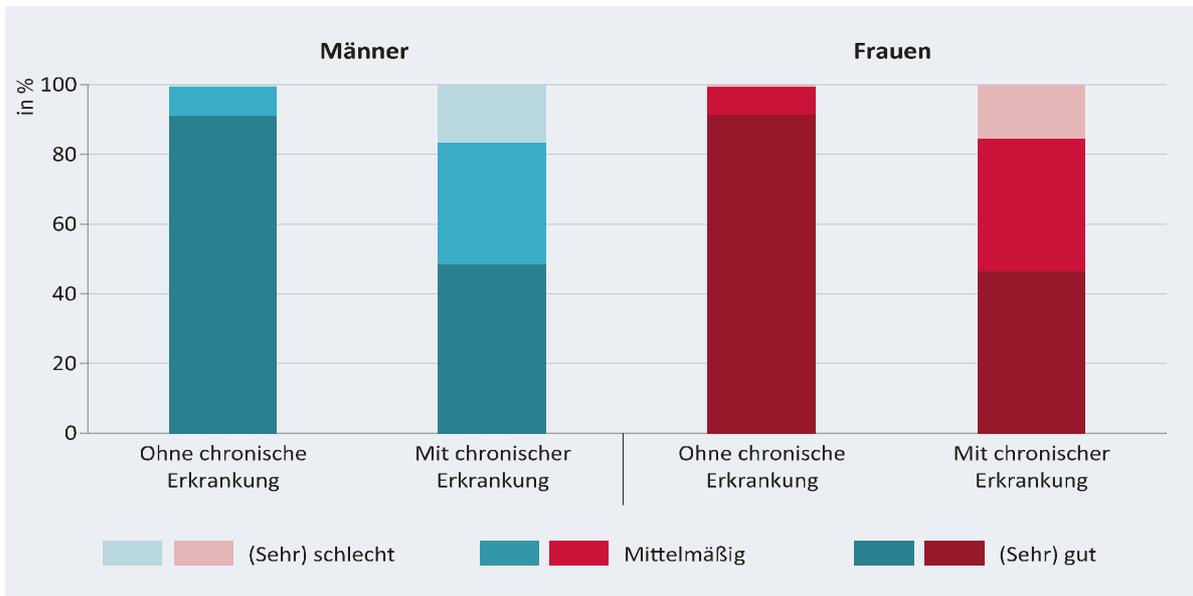
2,8 Mio. Personen im Alter von 15 Jahren und darüber gaben an, eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben (1,3 Mio. Männer und 1,5 Mio. Frauen).

Chronische Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu, wobei Frauen in allen Altersgruppen etwas stärker betroffen sind als Männer. Während bei der jungen Bevölkerung eine dauerhafte Krankheit noch nicht sehr häufig vorkam, traf dies auf etwa zwei Drittel der über 74-Jährigen zu (Männer: 62,8 %, Frauen: 66,2 %).

Menschen mit einem chronischen Gesundheitsproblem fühlten sich gesundheitlich schlechter als jene ohne Angabe einer dauerhaften Krankheit (Abbildung 2). Während etwas weniger als die Hälfte der Männer und Frauen mit einem chronischen Gesundheitsproblem angaben, sich zumindest gut zu fühlen, lag dieser Anteil bei der gesunden Bevölkerung bei über 90 %. Dementsprechend häufiger wurden die Kategorien mittelmäßig bzw. zumindest schlecht von den chronisch Kranken gewählt (Männer: 34,8 % bzw. 16,4 % und Frauen: 38,2 % bzw. 15,3 %).

Verglichen mit den Ergebnissen von 2006/07 zeigte sich 2019 eine ähnliche Belastung durch chronische Krankheiten (altersstandardisiert). Der Anteil der Männer mit einer selbst wahrgenommenen chronischen Erkrankung sank nur gering von 37,2 % in 2006/07 auf 37,0 % in 2019, bei den Frauen von 40,3 % auf 39,0 %.

Abbildung 2 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 mit und ohne Angabe einer chronischen Erkrankung nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Beeinträchtigungen bei Alltagstätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen

Der Begriff Gesundheit umfasst auch die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Daher ist es wichtig zu wissen, wie häufig aus gesundheitlichen Gründen Alltagsaktivitäten nicht ausgeübt werden können. Mit dem Global Activity Limitation Indicator (GALI) wird versucht, langfristige gesundheitliche Einschränkungen zu messen.

Der GALI umfasst drei Dimensionen gleichzeitig: erstens die Stärke der Einschränkungen durch ein gesundheitliches Problem, zweitens den Bezug auf übliche Alltagstätigkeiten und drittens die Dauer von zumindest sechs Monaten. Im ATHIS 2019 wurde folgende Frageformulierung verwendet: „Wie sehr sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“ mit den Antwortkategorien „stark eingeschränkt“, „etwas eingeschränkt“ und „nicht eingeschränkt“. Personen, die „stark“ oder „etwas eingeschränkt“ angaben, wurden gefragt, ob die Einschränkung zumindest sechs Monate andauerte.

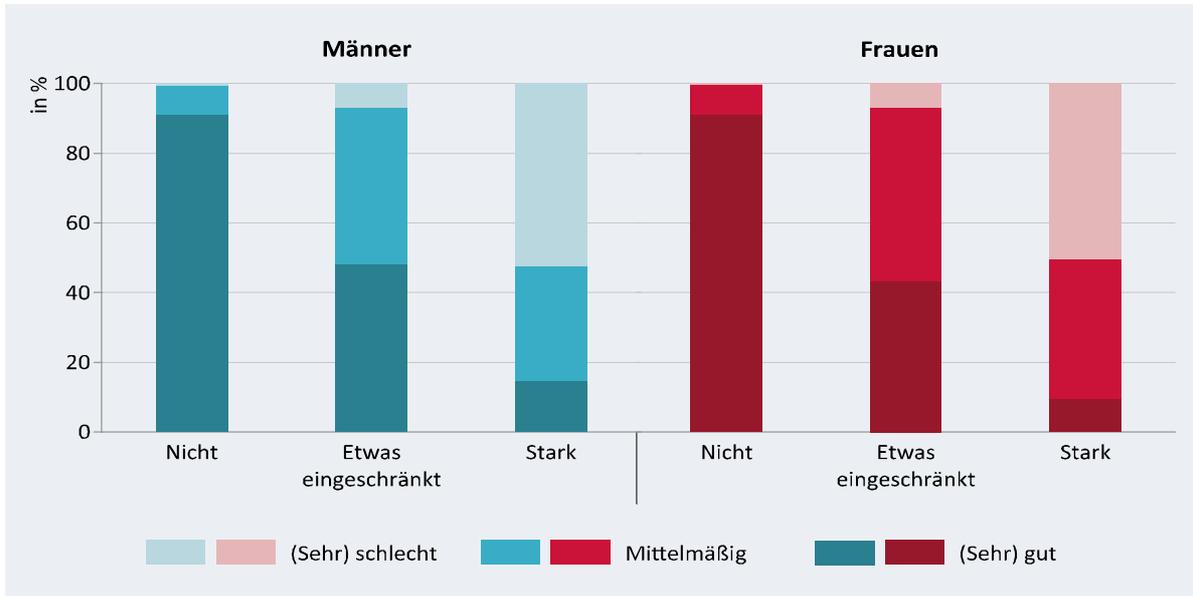
Rund ein Drittel der österreichischen Bevölkerung (2,2 Mio.) in Privathaushalten fühlte sich durch ein lang andauerndes gesundheitliches Problem bei Alltagstätigkeiten eingeschränkt, Frauen geringfügig häufiger als Männer (1,2 Mio. Frauen bzw. 30,6 % im Vergleich zu 1,1 Mio. Männern bzw. 29,1 %). 9,3 % der Männer und 8,6 % der Frauen empfanden sich durch ein gesundheitliches Problem sogar stark eingeschränkt.

Die Wahrnehmung von Einschränkungen war stark altersabhängig. Während 10,5 % der 15- bis 29-jährigen Männer und 11,8 % der gleichaltrigen Frauen angaben, in der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten etwas oder stark eingeschränkt zu sein, berichteten etwa zwei Drittel der über 74-jährigen Frauen (65,1 %) über eine Einschränkung. Männer über 74 Jahren waren mit 60,9 % etwas weniger betroffen. Personen, die über ein chronisches Gesundheitsproblem berichteten, waren zu rund einem Fünftel stark und weiteren 45 % etwas eingeschränkt. Nur rund ein Drittel dieser Personengruppe fühlte sich nicht eingeschränkt (es gab hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede). Personen ohne dauerhafte Krankheit waren dagegen meistens in der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten nicht eingeschränkt (Männer: 92,4 % und Frauen: 93,7 %).

Abbildung 3 zeigt, dass sich etwa die Hälfte der Personen mit starken Einschränkungen im Alltagsleben gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlte. Nur ein geringer Anteil schätzte seinen Gesundheitszustand trotz starken Einschränkungen als zumindest gut ein (Männer: 14,6 % und Frauen: 9,6 %).

Verglichen mit den Ergebnissen des ATHIS 2014 waren 2019 weniger Frauen durch ein gesundheitliches Problem in ihren Alltagstätigkeiten eingeschränkt (Rückgang des altersstandardisierten Anteils von 34,1 % auf 29,5 %), bei den Männern blieb die Anzahl der Betroffenen konstant (29,5 % bzw. 29,7 %).

Abbildung 3 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 mit und ohne Einschränkungen im Alltagsleben nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mit steigender Lebenserwartung und verbesserter medizinischer Versorgung bestimmen vermehrt chronische Krankheiten das Morbiditätsspektrum. Dadurch spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator für Gesundheit in der Bevölkerung eine zunehmende Rolle. Als multidimensionales Konstrukt wird damit sowohl die körperliche, mentale, soziale und umweltbezogene Komponente des Wohlbefindens als auch die Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abgebildet.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kam in der Gesundheitsbefragung 2019 (wie auch 2006/07 und 2014) ein Fragebogen⁵ zur Anwendung, der von der WHO entwickelt wurde (WHOQOL – World Health Organisation Quality of Life). In diesem Fragebogen wird Lebensqualität definiert als „die 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“. Der

⁵ Angermeyer, M.C./Kilian, R./Matschinger, H.: WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Hogrefe-Verlag, Leipzig 2000.

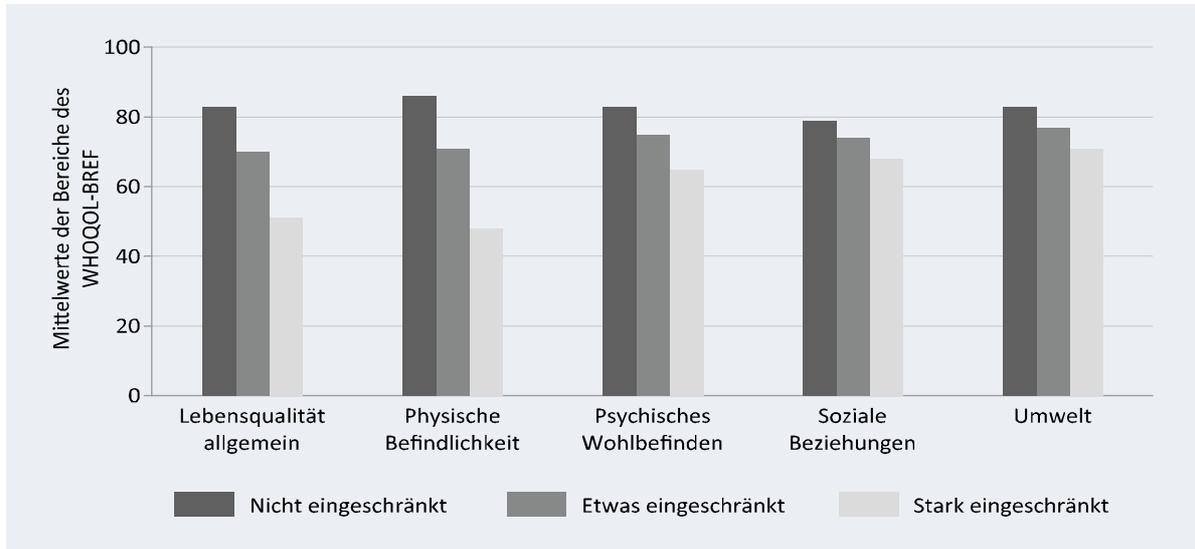
verwendete WHOQOL-BREF (Kurzversion des WHOQOL) umfasst zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden sowie 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Daraus wurden die Mittelwerte für die Bereiche „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ berechnet. Die Ergebnisse können zu einem Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammengefasst werden. Jede der einzelnen Skalen kann Werte in einem Bereich von 0 bis 100 annehmen.

Die Bewertung der Lebensqualität fiel bei Frauen in allen Bereichen mit Ausnahme der sozialen Beziehungen etwas schlechter aus als bei Männern. Am deutlichsten waren die Unterschiede beim psychischen Wohlbefinden, hier erreichten Frauen eine Bewertung von durchschnittlich 73,9 Punkten, Männer von 77,8 Punkten.

Jugendliche und junge Erwachsene beurteilten in allen Bereichen ihre Lebensqualität besser als Personen im höheren Alter. Die geringsten altersspezifischen Unterschiede waren im Bereich Umwelt, die größten bei der allgemeinen Lebensqualität und bei der physischen Befindlichkeit zu beobachten. Während junge Frauen (15 bis unter 29 Jahre) bei der Bewertung der Lebensqualität für den physischen Bereich einen Wert von 82,8 Punkten erreichten, waren es bei den über 74-jährigen Frauen nur 63,6 Punkte (Männer: 85,9 bzw. 69,9 Punkte).

Die Lebensqualität von Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vor allem bei der allgemeinen Lebensqualität, der physischen Befindlichkeit sowie beim psychischen Wohlbefinden geringer. Während gesunde Personen ihre allgemeine Lebensqualität mit 83,1 von 100 Punkten bewerteten, lag diese Zahl bei Vorhandensein einer chronischen Krankheit bei 68,1 Punkten. Noch deutlicher wurden die Unterschiede, wenn gesundheitliche Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten auftraten (Abbildung 4). Betroffene schätzten ihre allgemeine Lebensqualität sowie die Lebensqualität in den einzelnen Bereichen wesentlich schlechter ein als nicht betroffene Personen. Mit dem Grad der Einschränkung wurden die Unterschiede noch deutlicher. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede beim physischen Bereich und bei der allgemeinen Lebensqualität.

Abbildung 4 Lebensqualität 2019 nach Grad der gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die häufigsten chronischen Erkrankungen und Gesundheitsprobleme

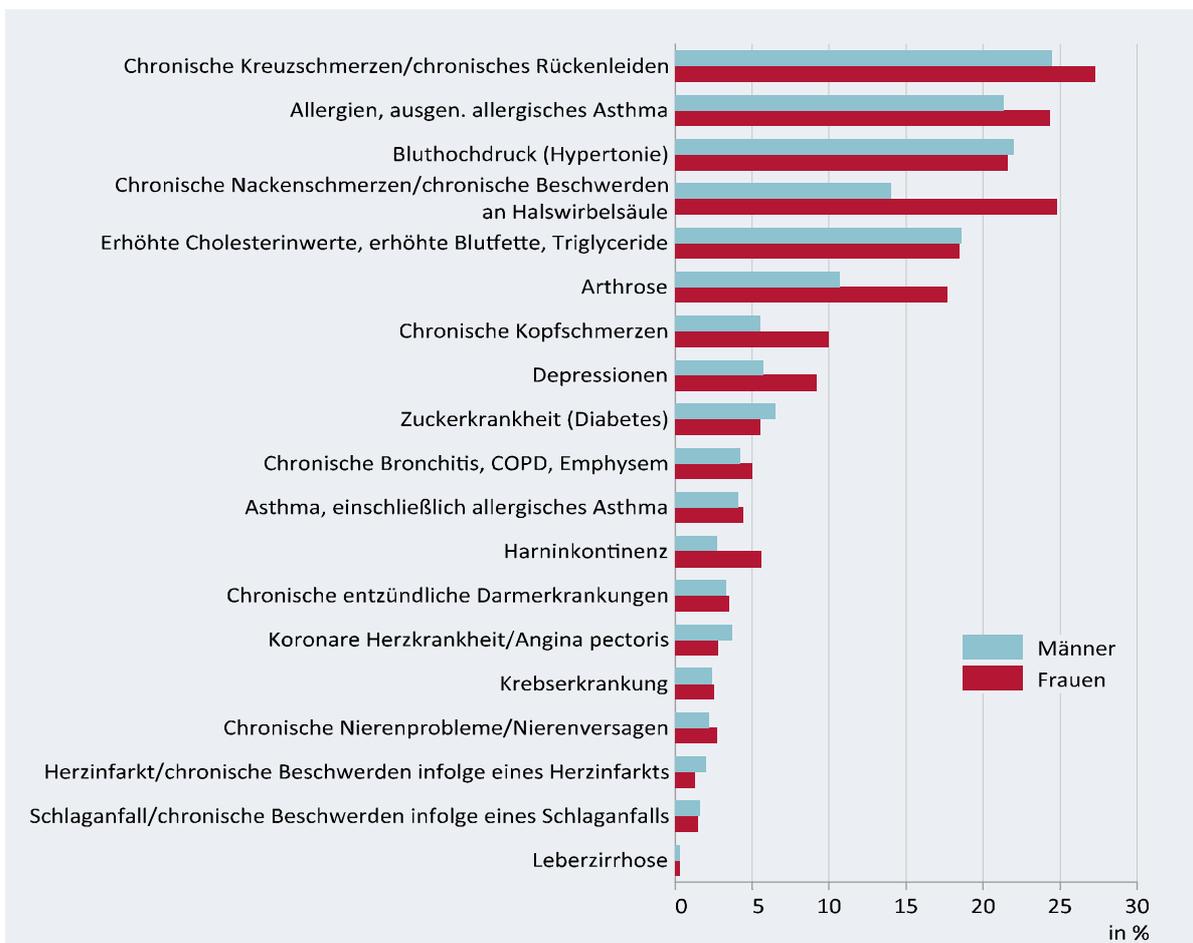
Empirische Informationen über die Verbreitung chronischer Krankheiten bilden eine wichtige Voraussetzung für das Setzen gezielter Präventionsmaßnahmen. Da es in Österreich – abgesehen von einigen Ausnahmen wie dem Österreichischen Krebsregister – keine Statistik gibt, die regelmäßig Auskunft über die Verbreitung chronischer Krankheiten und deren Entwicklung geben könnte, ist die Gesundheitsbefragung eine wichtige Datenquelle in diesem Bereich. Zu beachten ist jedoch, dass die errechneten Prävalenzen auf Selbstangaben der Befragten beruhen.

Neben der bereits dargestellten globalen Frage zum Vorliegen einer dauerhaften Krankheit bzw. eines chronischen Gesundheitsproblems wurde auch nach der 12-Monats-Prävalenz⁶ von 19 ausgewählten häufigen und/oder schwerwiegenden chronischen Krankheiten gefragt. Bei einigen Krankheiten wurde zusätzlich gefragt, ob die Diagnose von einem Arzt gestellt wurde.

⁶ Die 12-Monats-Prävalenz gibt die Häufigkeit einer Krankheit in den letzten zwölf Monaten an.

Am häufigsten wurden chronische Kreuzschmerzen, Allergien, Bluthochdruck und chronische Nackenschmerzen genannt (12-Monats-Prävalenz; Abbildung 5). Frauen leiden weitaus häufiger an chronischen Nacken- und Kopfschmerzen, Harninkontinenz, Arthrose und Depressionen als Männer.

Abbildung 5 Zwölf-Monats-Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten 2019 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Abbildung 6 zeigt die jeweils fünf häufigsten chronischen Erkrankungen für breite Altersgruppen. Allergien waren bei den unter 45-Jährigen die häufigste chronische Erkrankung. Rund ein Viertel der Personen in dieser Altersgruppe war betroffen. An zweiter Stelle wurden in dieser Altersgruppe chronische Kreuzschmerzen genannt, wobei die prozentuelle Betroffenheit mit dem Alter zunahm. Dieses Gesundheitsproblem wurde von den 45-

bis 59-Jährigen am häufigsten angegeben, und auch bei Personen im Alter von 60 Jahren und darüber kam nur Bluthochdruck noch öfter vor. Unter den fünf Krankheiten mit der höchsten Prävalenz wurden in allen Altersgruppen die chronischen Nackenschmerzen genannt, wobei ebenso die Betroffenheit mit dem Alter zunahm.

Abbildung 6 Zwölf-Monats-Prävalenz der fünf häufigsten chronischen Krankheiten 2019 nach Alter

15–29 Jahre	30–44 Jahre	45–59 Jahre	60–74 Jahre	75 Jahre und mehr
Allergien, ausgenommen allergisches Asthma 26,1 %	Allergien, ausgenommen allergisches Asthma 25,7 %	Chronische Kreuzschmerzen/ chronisches Rückenleiden 31,6 %	Bluthochdruck/ Hypertonie 41,9 %	Bluthochdruck/ Hypertonie 53,5 %
Chronische Kreuzschmerzen/ chronisches Rückenleiden 10,0 %	Chronische Kreuzschmerzen/ chronisches Rückenleiden 17,5 %	Chronische Nackenschmerzen/ Beschwerden an der Halswirbelsäule 25,9 %	Chronische Kreuzschmerzen/ chronisches Rückenleiden 36,1 %	Chronische Kreuzschmerzen/ chronisches Rückenleiden 42,2 %
Chronische Kopfschmerzen 7,1 %	Chronische Nackenschmerzen/ Beschwerden an der Halswirbelsäule 13,8 %	Allergien, ausgenommen allergisches Asthma 23,9 %	Erhöhte Cholesterinwerte, erhöhte Blutfette, Triglyceride 33,2 %	Arthrose 39,3 %
Chronische Nackenschmerzen/ Beschwerden an der Halswirbelsäule 6,8 %	Erhöhte Cholesterinwerte, erhöhte Blutfette, Triglyceride 8,9 %	Bluthochdruck/ Hypertonie 23,1 %	Arthrose 27,1 %	Erhöhte Cholesterinwerte, erhöhte Blutfette, Triglyceride 31,7 %
Depressionen 3,9 %	Chronische Kopfschmerzen 8,0 %	Erhöhte Cholesterinwerte, erhöhte Blutfette, Triglyceride 22,8 %	Chronische Nackenschmerzen/ Beschwerden an der Halswirbelsäule 24,9 %	Chronische Nackenschmerzen/ Beschwerden an der Halswirbelsäule 30,4 %

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für einige ausgewählte chronische Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme im Einzelnen beschrieben.

Chronische Kreuzschmerzen

1,9 Mio. Personen gaben an, in den letzten zwölf Monaten unter chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden gelitten zu haben, Frauen etwas häufiger als Männer (27,3 % bzw. 24,5 %). Mit zunehmendem Alter stieg die Häufigkeit dieses gesundheitlichen Problems beträchtlich an: Während bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen jeder zehnte unter Kreuzschmerzen litt, war jeder dritte 60- bis 74-Jährige betroffen. Im höheren Erwachsenenalter (75+) waren es sogar 42,2 %. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in den jüngeren und mittleren Altersgruppen nur schwach ausgeprägt, von den ab 75-Jährigen klagte beinahe jede zweite Frau, aber lediglich jeder dritte Mann über Rückenschmerzen.

Chronische Nackenschmerzen

Beinahe ein Fünftel der Bevölkerung litt unter chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule (19,5 %). Frauen waren häufiger von diesem Problem betroffen als Männer (24,8 % bzw. 14,0 %). Die Häufigkeit dieser Beschwerden nahm mit dem Alter zu, wobei die Unterschiede nach Geschlecht erhalten blieben. Bei den ab 75-Jährigen lag die 12-Monats-Prävalenz bei 23,1 % (Männer) bzw. 35,4 % (Frauen).

Allergien

Unterschiedliche Formen von Allergien wie allergischer Schnupfen, Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien sind in der Bevölkerung relativ weit verbreitet. Frauen waren in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Männer (24,3 % bzw. 21,3 %). Im Gegensatz zu den meisten anderen chronischen Erkrankungen traten Allergien jedoch bei jungen Menschen und bei Menschen im mittleren Erwachsenenalter (15- bis 59-Jährige: 25,1 %) häufiger auf als bei älteren Personen (75+: 13,4 %).

Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass Personen, die unter einer Allergie leiden, dies nicht unbedingt als chronische Krankheit empfanden: 53 % der Allergiker und Allergikerinnen verneinten die globale Frage zum Vorliegen einer chronischen Krankheit.

Bluthochdruck

Mehr als ein Fünftel der Männer (22,0 %) und Frauen (21,6 %) gab an, innerhalb der letzten zwölf Monate an Bluthochdruck (Hypertonie) gelitten zu haben. Das Krankheitsbild ist dabei stark altersabhängig. Während die 15- bis unter 44-Jährigen kaum von Bluthochdruck betroffen waren (Männer: 5,7 %, Frauen: 3,2 %), kam es ab 45 Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Bluthochdruckfälle. Von den ab 75-Jährigen waren schließlich 50,4 % der Männer und 55,7 % der Frauen betroffen.

Arthrose

Sowohl das Alter als auch das Geschlecht haben einen großen Einfluss auf das Auftreten von Arthrose. Insgesamt waren 10,7 % der Männer und 17,7 % der Frauen betroffen. Bei beiden Geschlechtern war die 12-Monats-Prävalenz der Arthrose im jungen Erwachsenenalter von 15 bis 29 Jahren sehr niedrig (0,3 %) und stieg bei den 45- bis 59-Jährigen auf 12,7 % bei den Männern und 17,7 % bei den Frauen an. Bei den 60- bis 74-Jährigen war bereits fast jeder fünfte Mann und jede dritte Frau betroffen. Am höchsten war die Prävalenz bei den Personen ab 75 Jahren (Männer: 27,7 %, Frauen: 47,3 %). Bei 92,2 % der Personen, die angaben, unter Arthrose zu leiden, wurde die Diagnose von einem Arzt bzw. einer Ärztin gestellt.

Diabetes mellitus

Auf die Frage „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten Diabetes (Zuckerkrankheit)?“ gaben 6,0 % der Bevölkerung eine positive Antwort. Es wurde dabei nicht zwischen Typ-1-, Typ-2- oder Schwangerschaftsdiabetes unterschieden.

Bei jenen Personen, die angaben, unter Diabetes zu leiden, wurde zu 98,0 % die Diagnose vom Arzt gestellt. Unter 45 Jahren blieb die 12-Monats-Prävalenz unter einem Prozent und stieg mit zunehmendem Alter deutlich an. Unter den 45- bis 59-Jährigen gab es laut Selbstangabe 6,7 % Diabetiker und 4,0 % Diabetikerinnen. Ab 75 Jahren lag die Diabetesprävalenz bei Frauen mit 15,5 % nur gering unter jener der Männer mit 16,2 %.

Depressionen

Zur Abschätzung der Krankheitslast von Depressionen gab es in der Gesundheitsbefragung zwei unterschiedliche Ansätze.

Einerseits wurden selbst angegebene Depressionen anhand der Frage erfasst: „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten Depressionen?“ Für bereits diagnostizierte Depressionen gab es die Zusatzfrage: „Wurde die Diagnose „Depression“ von einem Arzt oder einer Ärztin gestellt?“

Andererseits wurden aktuell bestehende depressive Symptome anhand eines Screening-Instruments für Depressionen erfasst (Patient Health Questionnaire, PHQ-8). Beim PHQ-8 wird die Häufigkeit und das Ausmaß von acht depressiven Symptomen innerhalb der letzten zwei Wochen erfragt (vermindertes Interesse oder Freude, depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Energieverlust, Appetitstörung, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsstörung, psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe).⁷ Der PHQ-8 kann sowohl dimensional zur Bestimmung des Schweregrades einer Depression als auch kategorial zur Diagnosestellung einer Major Depression ausgewertet werden.

5,7 % der Männer und 9,2 % der Frauen berichteten, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter Depressionen gelitten hatten. Bei 77,9 % der Betroffenen wurde diese Diagnose vom Arzt gestellt. Frauen gaben häufiger als Männer das Auftreten einer Depression an, wobei sich die Unterschiede mit zunehmendem Alter vergrößerten. Der niedrigste Anteil von Menschen mit Depressionen fand sich im jungen Erwachsenenalter (Männer: 3,2 %, Frauen: 4,6 %), der höchste bei den älteren Menschen (Männer: 7,4 %, Frauen: 14,2 %).

Laut den Ergebnissen des PHQ-8 bestand bei 1,5 % der Personen eine depressive Symptomatik (**mittelgradige** bzw. **schwere depressive Symptomatik**). Frauen hatten mit 1,9 % eine etwas höhere Prävalenz als Männer mit 1,1 %. Eine **milde depressive Symptomatik** wurde bei 3,3 % der Männer und 5,0 % der Frauen festgestellt, eine **minimale depressive Symptomatik** bei 12,2 % der Männer und 17,4 % der Frauen. Die Betroffenheit von einer minimalen oder milden depressiven Symptomatik war bei Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern und war am höchsten bei den über 74-Jährigen (Männer: 23,2 % bzw. 6,2 %, Frauen: 29,7 % bzw. 10,4 %).

⁷ Busch M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierte Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2013.

Chronische Kopfschmerzen

Ein Gesundheitsproblem, das vor allem bei Frauen im jungen und mittleren Erwachsenenalter auftritt, sind chronische Kopfschmerzen. 11,4 % der unter 60-jährigen Frauen, aber nur 5,6 % der gleichaltrigen Männer gaben an, unter chronischen Kopfschmerzen innerhalb der letzten zwölf Monate gelitten zu haben. Im Alter von 60 Jahren und darüber lag die Prävalenz bei 7,2 % der Frauen bzw. 5,4 % der Männer.

Schmerzen

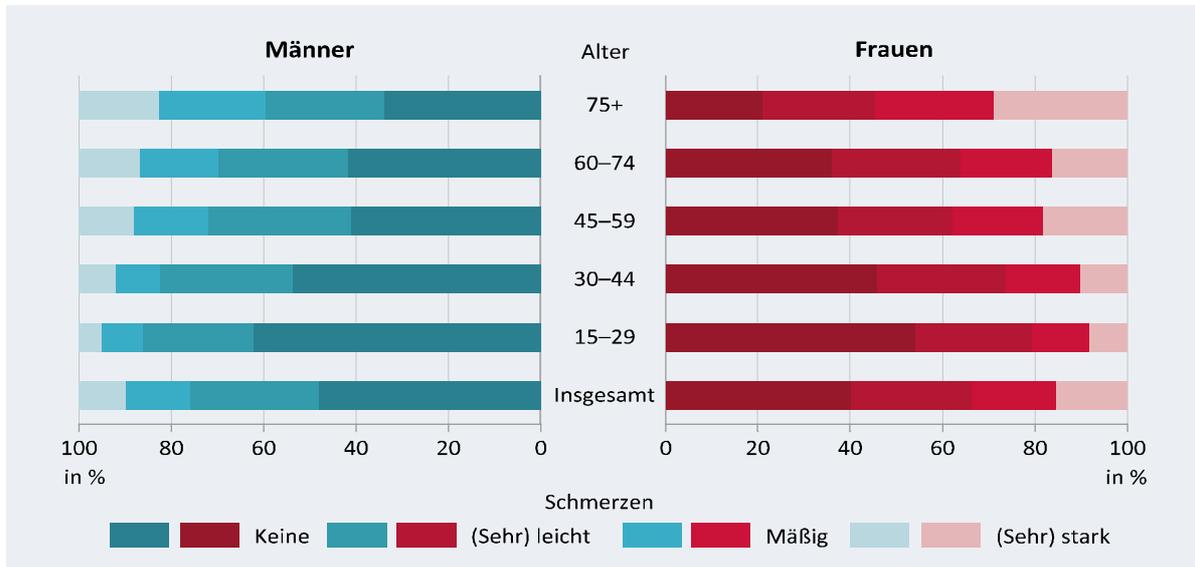
Schmerzen sind eine weit verbreitete Gesundheitseinschränkung und bedeuten für die Betroffenen eine Beeinträchtigung im Wohlbefinden und in der Lebensqualität.

Neben der Frage zur 12-Monats-Prävalenz von chronischen Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen wurde nach der Stärke des Auftretens von körperlichen Schmerzen in den vergangenen vier Wochen sowie nach der Beeinträchtigung im Alltagsleben durch Schmerzen gefragt.

4,1 Mio. Personen hatten in den letzten vier Wochen Schmerzen, Frauen etwas häufiger als Männer (59,8 % bzw. 51,8 %). Ältere Personen klagten nicht nur öfter über Schmerzen, mit zunehmendem Alter traten auch häufiger starke bzw. sehr starke Schmerzen auf.

Der Anteil der Personen, die unter (sehr) leichten Schmerzen litten, nahm mit dem Alter nur geringfügig zu (Abbildung 7). Durchschnittlich war rund ein Viertel der Bevölkerung von zumindest leichten Schmerzen betroffen. Mit dem Alter verstärkten sich die Schmerzen. Während 8,8 % der Männer und 12,3 % der Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren über mäßige Schmerzen klagten, war rund jede vierte Person ab 75 Jahren davon betroffen. In dieser Altersgruppe war auch die Prävalenz von (sehr) starken Schmerzen beträchtlich (Männer: 17,4 %, Frauen: 28,8 %).

Abbildung 7 Auftreten von Schmerzen nach Stärke in den letzten vier Wochen 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Schmerzen beeinträchtigen die Betroffenen bei der Ausübung der Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf in unterschiedlichem Ausmaß (Übersicht 3). Rund ein Drittel jener Personen, die Schmerzen in den letzten vier Wochen angaben, fühlten sich überhaupt nicht, ein weiteres Drittel nur etwas eingeschränkt. In ihren Alltagstätigkeiten mäßig eingeschränkt waren rund 16 % der Männer und Frauen mit Schmerzen, ziemlich bzw. äußerst eingeschränkt fühlten sich 11,4 % bzw. 4,9 % der Männer und 13,0 % bzw. 7,6 % der Frauen.

Je stärker die Schmerzen waren, umso größer waren auch die Einschränkungen im Alltag. Der Großteil der Personen mit sehr starken oder starken Schmerzen fühlte sich bei der Ausübung der Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf ziemlich oder äußerst eingeschränkt (Männer: 62,1 %, Frauen: 59,1 %). Ein Fünftel der von (sehr) starken Schmerzen Betroffenen war mäßig und rund 5 % nicht eingeschränkt.

Übersicht 3 Ausmaß der Beeinträchtigung bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf bei Auftreten von Schmerzen 2019 nach Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht, Stärke der Schmerzen	Personen mit Schmerzen in 1.000	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Äußerst
Männer	1.878,5	35,0	32,5	16,1	11,4	4,9
(Sehr) leichte Schmerzen	1.008,7	56,3	36,3	5,6	1,5	0,3
Mäßige Schmerzen	501,8	14,2	39,6	34,1	9,5	2,6
(Sehr) starke Schmerzen	368,0	5,1	12,5	20,3	41,5	20,6
Frauen	2.268,0	30,8	32,0	16,6	13,0	7,6
(Sehr) leichte Schmerzen	993,3	54,8	37,9	5,1	1,3	0,9
Mäßige Schmerzen	688,8	18,2	37,5	30,0	11,1	3,1
(Sehr) starke Schmerzen	586,0	5,0	15,5	20,3	34,9	24,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Mundgesundheit

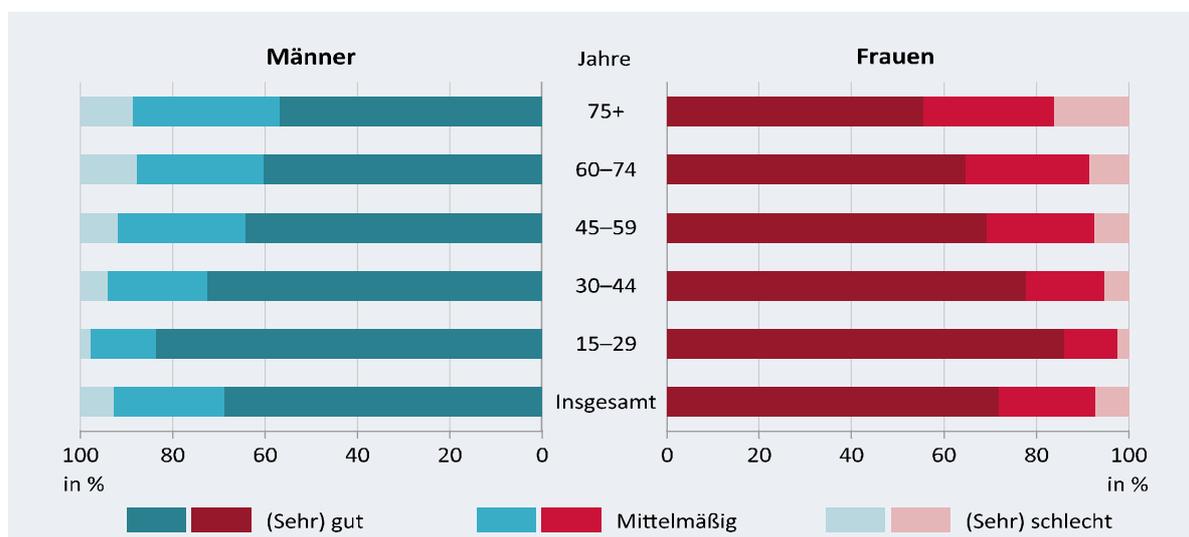
Eine gute Mundgesundheit, welche sich auf die Funktionalität sowie Beschwerdefreiheit der gesamten Mundhöhle bezieht, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sich gesund und wohl zu fühlen. Sie ermöglicht es, problemlos zu essen, selbstbewusst zu lächeln und zu kommunizieren.

In die Gesundheitsbefragung 2019 wurden zwei Fragen zur Mundgesundheit aufgenommen. Einerseits wurde nach der subjektiven Einschätzung der Mundgesundheit mit der Frage „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches beschreiben?“ gefragt, andererseits, ob funktionelle Einschränkungen beim Beißen und Kauen bestehen. Letztere Frage wurde nur Personen ab 55 Jahren gestellt.

Der Großteil der österreichischen Bevölkerung berichtete über eine sehr gute oder gute Mundgesundheit, Frauen etwas häufiger als Männer (71,8 % bzw. 68,9 %, Abbildung 8).

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gab es beim Anteil jener Personen, die über einen zumindest schlechten Zustand ihrer Zähne und ihres Zahnfleisches berichteten (jeweils 7,3 %). 23,8 % der Männer bzw. 20,9 % der Frauen beurteilten ihre Mundgesundheit als mittelmäßig. Mit dem Alter berichteten Männer und Frauen seltener über eine zumindest gute Mundgesundheit. Während bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Zahnstatus bei weit über 80 % (sehr) zufriedenstellend war, traf das immerhin noch bei über 50 % der über 74-jährigen Männer und Frauen zu. Von einer zumindest schlechten Mundgesundheit waren am häufigsten Frauen im höheren Alter betroffen (16,1 %).

Abbildung 8 Subjektive Einschätzung der Mundgesundheit 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Etwa drei Viertel der über 54-Jährigen hatten keine funktionelle Einschränkung mit ihren Zähnen und gaben an, ohne Schwierigkeiten in einen festen Apfel beißen zu können. Die Schwierigkeiten nahmen aber mit dem Alter zu. Vor allem bei Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren vermehrten und intensivierten sich die Probleme. Fast ein Viertel von ihnen klagte über einige Schwierigkeiten, 12,0 % über große Schwierigkeiten und 10,9 % konnten gar nicht mehr in einen harten Apfel beißen (Männer: 25,5%, 5,1% bzw. 4,4%).

2.2 Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Was ist funktionale Gesundheit?

Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird es zunehmend wichtig, nicht nur Informationen über die Verbreitung von Krankheiten unter Älteren zu haben, sondern auch über ihren funktionalen gesundheitlichen Zustand. Die funktionale Gesundheit beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbstständige Lebensführung im Alter. Oder umgekehrt: Funktionale Einschränkungen im Alter können dazu führen, dass gewohnte Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können, Aktionsspielräume eingeengt werden und die betreffende Person hilfe- oder pflegebedürftig wird.⁸

Nach der Definition der WHO⁹ ist eine Person funktional gesund, wenn vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, persönliche Faktoren) folgende Aspekte erfüllt sind:

- „Ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten Normen.“
- „Sie kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem im Bereich der Aktivitäten erwartet wird.“
- „Sie kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird.“

Ein **Hilfe- und Pflegebedarf** liegt dann vor, wenn eine Person ein solches Ausmaß an gesundheitlichen Einschränkungen erreicht, dass im individuellen Lebenskontext alltägliche Verrichtungen allein nur noch begrenzt bzw. gänzlich unmöglich sind.

⁸ Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T.: Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2009.

⁹ DIMDI: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Stand Oktober 2005.

Funktionale Beeinträchtigungen

Die Gesundheitsbefragung 2019 thematisierte Einschränkungen der Sensorik, Mobilität und kognitiven Fähigkeiten.

Im Hinblick auf **sensorische Beeinträchtigungen** wurden Fragen zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Seh- und Hörfähigkeit gestellt. **Funktionseinschränkungen der Mobilität** umfassten Schwierigkeit beim Gehen und Treppensteigen. Bei den **kognitiven Fähigkeiten** wurden Probleme bei der Erinnerung und Konzentration erfasst. Die Fragen zu den Einschränkungen der Sensorik, Mobilität und kognitiven Fähigkeiten wurden allen Altersgruppen gestellt.

13,7 % der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren gaben **Probleme beim Sehen** trotz Sehhilfe an. Während **Hörprobleme** trotz Hörhilfe in einem ruhigen Raum seltener waren (6,9 %), gab jede vierte Person an, in einem lauten Raum zumindest leichte Hörschwierigkeiten zu haben (24,4 %). 9,1 % der Bevölkerung ab 15 Jahren hatten **Probleme, eine längere Strecke zu gehen**, 11,3 % **Stiegen zu steigen**. **Sich zu erinnern bzw. sich zu konzentrieren** bereitete 14,5 % der Bevölkerung zumindest einige Schwierigkeiten. Während bei den sensorischen Fähigkeiten nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede auftraten, waren Frauen bei der Mobilität bzw. den kognitiven Fähigkeiten häufiger betroffen als Männer.

Abbildung 9 zeigt den Anteil der Bevölkerung mit einigen bzw. starken Einschränkungen bezogen auf Sensorik, Mobilität und kognitive Fähigkeiten nach breiten Altersgruppen.

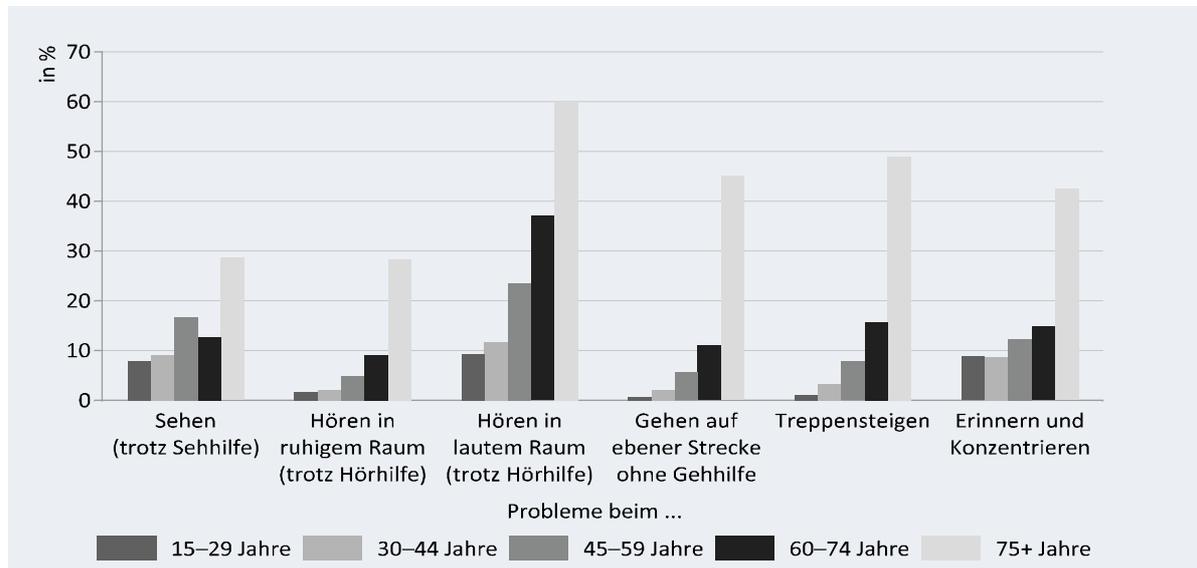
Sehbeeinträchtigungen: 7,9 % der 15- bis 29-Jährigen und 9,1 % der 30- bis 44-Jährigen hatten trotz Sehhilfe zumindest einige Schwierigkeiten beim Sehen. Bei den 45- bis 59-Jährigen stieg die Häufigkeit der Personen mit Sehproblemen deutlich an (16,7 %), wobei die Zunahme von Sehbeeinträchtigten im Zusammenhang mit dem Einsetzen der Altersweitsichtigkeit zu sehen ist. Am häufigsten waren Personen ab 75 Jahren betroffen (28,6 %).

Hörprobleme waren bei der jüngeren Bevölkerung selten, vor allem bei Gesprächen in ruhigen Räumen. Unter den 60- bis 74-Jährigen berichtete aber bereits jede zehnte Person über eingeschränkte Hörfähigkeit, von Personen ab 75 Jahren war mehr als ein Viertel betroffen. Wesentlich häufiger wurde über Hörprobleme geklagt, wenn ein Gespräch mit einer anderen Person in einem lauten Raum geführt wurde. 60,1 % der über 74-Jährigen waren unter diesen Bedingungen von zumindest einigen Hörschwierigkeiten betroffen.

Probleme mit der Mobilität nahmen mit dem Alter deutlich zu: 45,1 % der über 74-jährigen Personen hatten zumindest einige Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe zu gehen. Noch mehr, nämlich 49,0 %, hatten in dieser Altersgruppe Probleme, eine Treppe hinauf- oder hinunterzugehen. Bei den 60- bis 74-Jährigen waren Mobilitätsprobleme deutlich seltener und bei den unter 60-Jährigen kaum vorhanden. Jede zehnte 60- bis 74-Jährige Person gab an, ohne Gehhilfe zumindest einige Gehprobleme auf ebener Strecke zu haben; 15,7 % dieser Altersgruppe berichteten über Probleme beim Treppensteigen.

Probleme mit kognitiven Fähigkeiten: Rund 10 % der unter 75-Jährigen hatten zumindest einige Probleme, sich zu konzentrieren bzw. sich zu erinnern, bei den über 74-Jährigen stieg dieser Anteil auf 42,5 %. Zu beachten ist, dass die beiden Fähigkeiten „sich erinnern“ und „sich konzentrieren“ in einer Frage gemeinsam abgebildet wurden und das Antwortverhalten vermutlich abhängig vom Alter eher in Richtung Erinnern (ältere Personen) bzw. Konzentrieren (jüngere Personen) bestimmt ist.

Abbildung 9 Sensorische, körperliche und kognitive Einschränkungen 2019 nach Alter



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen dienen unter anderem Informationen über Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, die eine selbstständige Lebensführung erschweren oder unmöglich machen. Dabei wird zwischen **basalen** Aktivitäten des täglichen Lebens (**Activities of Daily Living, ADL**) wie Nahrungsaufnahme, Mobilität im Sinne des selbstständigen Aufstehens und Setzens oder Körperpflege und **instrumentellen** Aktivitäten des täglichen Lebens (**Instrumental Activities of Daily Living, IADL**) wie Einkaufen, Hausarbeit oder Erledigen von Bankgeschäften unterschieden.

Alle Personen ab 55 Jahren sowie Personen unter 55 Jahren, die Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten angaben,¹⁰ wurden gefragt, ob normalerweise Schwierigkeiten bestehen, basale bzw. instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens¹¹ ohne Hilfe auszuführen. Die Antwortkategorien umfassten „keine Schwierigkeiten“, „einige Schwierigkeiten“, „große Schwierigkeiten“ und „zu schwierig/ich kann es gar nicht“.

Zur Abschätzung des Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs älterer Menschen wurden Personen mit zumindest einer Einschränkung gefragt, ob und, falls ja, welche **Hilfestellung** vorhanden ist (technische Hilfsmittel, Hilfe von Freunden und Familienangehörigen oder von professionellem Pflege- und Betreuungspersonal). Eine weitere Frage bezog sich auf nicht abgedeckten Unterstützungsbedarf.

Insgesamt gaben **15,8 % der Befragten** ab 55 Jahren bzw. hochgerechnet rund **450.000 Personen** Schwierigkeiten bei zumindest einer **basalen Aktivität des täglichen Lebens** an. Frauen hatten häufiger zumindest eine Einschränkung als Männer (18,1 % bzw. 13,1 %). Bei den über 74-Jährigen war die Betroffenheit größer als bei den 55- bis 74-Jährigen (34,9 % bzw. 8,3 %), am häufigsten gaben Frauen ab 75 Jahren Einschränkungen in Basisaktivitäten an (40,1 %).

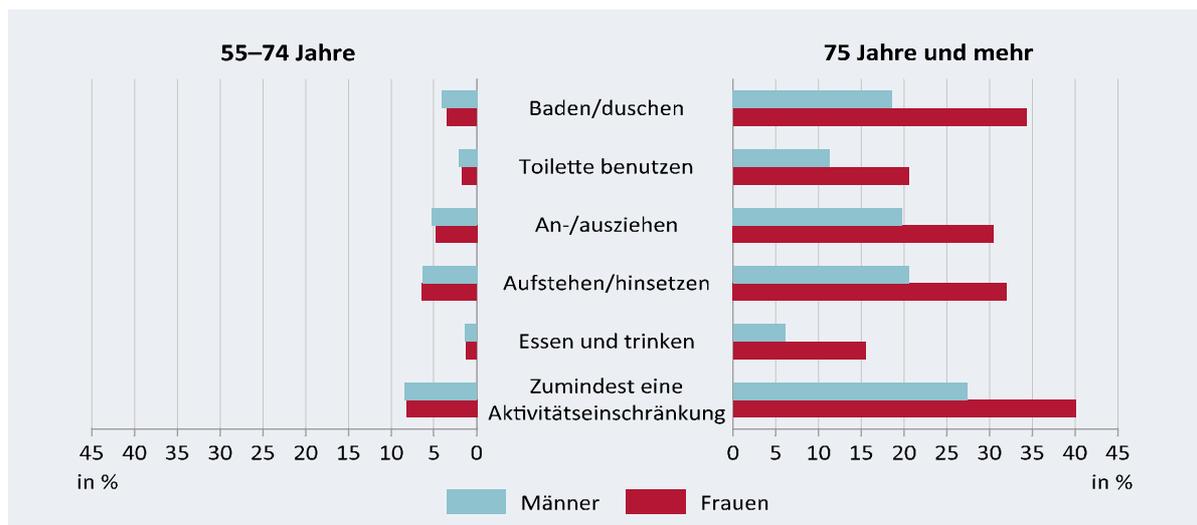
¹⁰ Im ATHIS 2014 wurden diese Fragen nur Personen ab 65 Jahren gestellt.

¹¹ Basale Aktivitäten: essen und trinken, sich vom Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederlassen, an- und ausziehen, Toilettenbenutzung, baden oder duschen

Instrumentelle Aktivitäten: Mahlzeiten zubereiten, Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren, leichte Hausarbeit verrichten, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, Erledigung finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten

Die Aktivitäten **Aufstehen bzw. Hinsetzen**¹², **Baden und Duschen** sowie **An- und Ausziehen** bereiteten am häufigsten Probleme (Abbildung 10). Von den Personen ab 75 Jahren berichtete ungefähr jede dritte Frau bzw. jeder fünfte Mann über Einschränkungen bei diesen Aktivitäten. 55- bis 74-jährigen Personen waren wesentlich seltener betroffen und wiesen auch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf. Probleme beim **Essen oder Trinken** hatten lediglich rund 1 % der 55- bis 74-Jährigen, aber immerhin 6,1 % der Männer und 15,5 % der Frauen im höheren Alter. Ebenso gab es in der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren nur wenige Probleme bei der **selbstständigen Benutzung der Toilette**, allerdings waren 11,3 % der männlichen bzw. 20,6 % der weiblichen Personen ab 75 Jahren davon betroffen.

Abbildung 10 Einschränkungen bei basalen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht



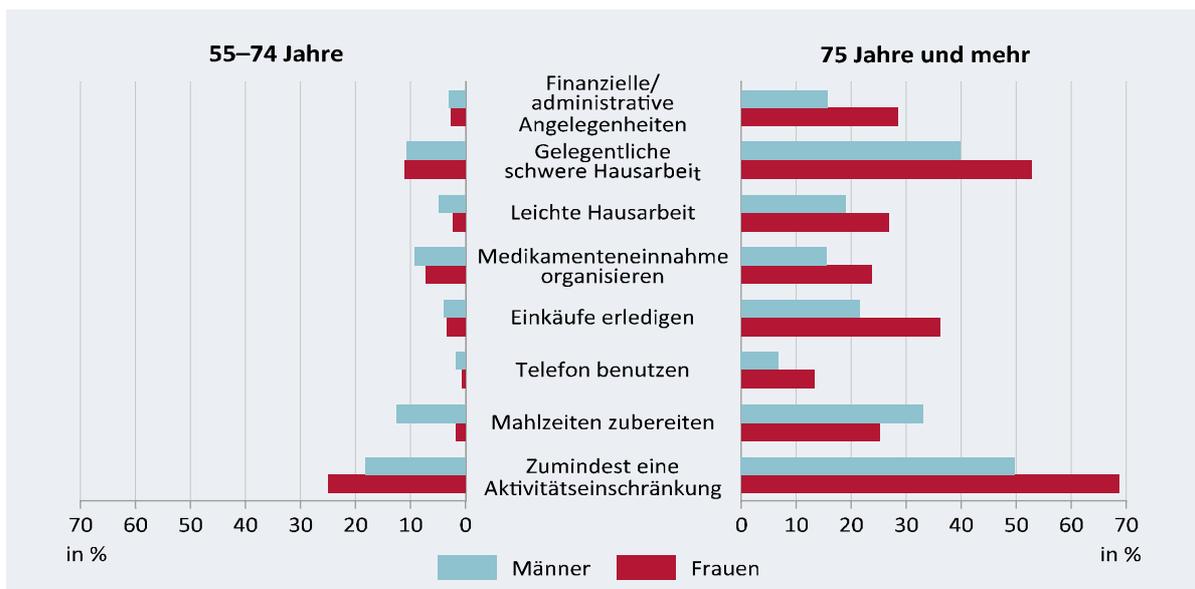
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 55 und mehr Jahren.

¹² Gemeint sind Schwierigkeiten, sich von einem Bett oder Sessel zu erheben oder sich darauf niederzulassen.

Einschränkungen bei zumindest einer **Aktivität zur Erledigung des Haushaltes** hatten insgesamt **32,7 % der Befragten ab 55 Jahren** bzw. hochgerechnet **rund 931.000 Personen**. Der Anteil der Personen mit mindestens einer Einschränkung war in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen deutlich größer als bei den 55- bis 74-Jährigen (60,8 % bzw. 21,6 %). Frauen ab 55 Jahren hatten häufiger zumindest eine Einschränkung als Männer (38,5 % bzw. 26,1 %), am größten war die Betroffenheit unter Frauen ab 75 Jahren (68,6 %).

Personen ab 75 Jahren bereiteten **gelegentliche schwere Hausarbeit** (Männer: 39,8 %) bzw. Frauen: 52,7 % und das **Erledigen von Einkäufen** (Männer: 21,4 % bzw. Frauen: 36,2 %) am häufigsten Schwierigkeiten (Abbildung 11). Rund ein Viertel der über 74-jährigen Frauen gaben Einschränkungen beim Erledigen der **finanziellen Angelegenheiten** bzw. der **Medikamenteneinnahme** an, bei den gleichaltrigen Männern waren es rund 15 %. Die 55- bis 74-Jährigen hatten am häufigsten Probleme mit gelegentlicher schwerer Hausarbeit. Jeder zehnte Mann in dieser Altersgruppe gab auch an, zumindest leichte Schwierigkeiten bei der Zubereitung der Mahlzeiten zu haben.

Abbildung 11 Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 55 und mehr Jahren.

Unterstützung und nicht gedeckter Unterstützungsbedarf

Für die Personen mit Einschränkungen wurde zusätzlich das Vorhandensein von Unterstützung sowie eine subjektive Einschätzung des Ausmaßes dieser Unterstützung abgefragt. Dabei können vier Personengruppen unterschieden werden:

1. Hilfestellung ist vorhanden und ausreichend.
2. Hilfestellung ist vorhanden, aber nicht ausreichend.
3. Hilfestellung ist nicht vorhanden, wird aber benötigt.
4. Hilfestellung wird nicht benötigt.

Übersicht 4 zeigt die Anteile der einzelnen Gruppen unter Personen ab 55 Jahren. Dabei wird zwischen Personen mit Einschränkungen in basalen Aktivitäten und instrumentellen Aktivitäten unterschieden.

Beinahe die Hälfte der Männer und Frauen ab 55 Jahren, die **Schwierigkeiten bei zumindest einer basalen Aktivität** hatten, verfügte demnach über ausreichende Hilfestellung (Männer: 46,4 %, Frauen: 45,0 %). Rund ein Fünftel der Personen erhielt zwar Hilfe, äußerte aber einen zusätzlichen Hilfebedarf zur Bewältigung der Basisaktivitäten (Männer: 16,7 %, Frauen: 24,2 %). Weitere 2,4 % der Männer und 4,9 % der Frauen verfügten über keine Hilfe, gaben aber einen Bedarf an.

Insgesamt 33.000 Männer und 80.700 Frauen hatten einen nicht gedeckten Unterstützungsbedarf bei Basisaktivitäten im Alltag.

War Hilfe (zumindest teilweise) vorhanden, wurde diese am häufigsten von Freunden und Familie erbracht (Männer: 84,5 %, Frauen: 79,6 %). Professionelle Hilfe wurde dagegen häufiger von Frauen in Anspruch genommen (Männer: 23,1 %, Frauen: 44,8 %). Über ein technisches Hilfsmittel verfügte rund die Hälfte der betroffenen Frauen und Männer (46,3 % bzw. 47,7 %).

Unter den Personen, die **Einschränkungen bei zumindest einer instrumentellen Aktivität** aufwiesen, berichteten 53,9 % der Männer und 60,3 % der Frauen über ausreichende Hilfe bei der Bewältigung dieser Aktivitäten. Rund 15 % der Männer und Frauen ab 55 Jahren bekamen zwar Hilfe, äußerten aber einen zusätzlichen Hilfebedarf. Darüber hinaus gaben 2,9 % der Männer und 4,0 % der Frauen, die keine Unterstützung bekamen, einen Bedarf an.

Insgesamt gab es rund 58.300 Männer und 115.700 Frauen mit einem nicht gedeckten Unterstützungsbedarf bei instrumentellen Aktivitäten.

Übersicht 4 Unterstützung und Unterstützungsbedarf im Fall von Einschränkungen bei basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht (in Prozent)

Alter, Geschlecht, Aktivität	Personen ab 55 Jahren in 1.000	Personen mit Einschränkungen in 1.000	Ausreichende Hilfe vorhanden in %	Hilfe vorhanden, aber mehr Hilfe wird benötigt in %	Keine Hilfe vorhanden, wird aber benötigt in %	Keine Hilfe notwendig in %
Basale Aktivitäten des täglichen Lebens						
Männer	1.316,8	173,0	46,4	16,7	2,4	34,5
55–74 Jahre	986,6	82,7	36,9	14,5	3,3	45,3
75+ Jahre	330,2	90,3	55,2	18,7	1,6	24,5
Frauen	1.525,8	276,9	45,0	24,2	4,9	25,9
55–74 Jahre	1.051,3	86,6	30,3	10,6	9,9	49,2
75+ Jahre	474,6	190,3	51,6	30,4	2,7	15,3
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens						
Männer	1.316,8	343,5	53,9	14,1	2,9	29,1
55–74 Jahre	986,6	179,3	52,7	9,6	3,2	34,5
75+ Jahre	330,2	164,2	55,2	19,0	2,6	23,2
Frauen	1.525,8	587,2	60,3	15,7	4,0	20,0
55–74 Jahre	1.051,3	261,8	54,5	11,2	6,0	28,3
75+ Jahre	474,6	325,4	65,0	19,3	2,5	13,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 55 und mehr Jahren.

In den meisten Fällen leisteten Freunde und Familienmitglieder bei Einschränkungen in Haushaltsaktivitäten die notwendige Unterstützung (Männer: 91,2 %, Frauen: 90,5 %).

Professionelle Hilfe wurde häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen (24,4 % bzw. 17,6 %). 12,9 % der Männer und 14,0 % der Frauen stand ein technisches Hilfsmittel zur Bewältigung der Aktivitäten im Haushalt zur Verfügung.

2.3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Die Gesundheit der Menschen wird stark durch allgemeine Lebensbedingungen sowie durch ihre Lebens- und Verhaltensweisen beeinflusst. Fehlernährung, mangelnde Bewegung, Adipositas, Rauchen und gesundheitsriskanter Alkoholkonsum zählen zu den wichtigsten Einflussfaktoren für nicht übertragbare chronische Krankheiten.

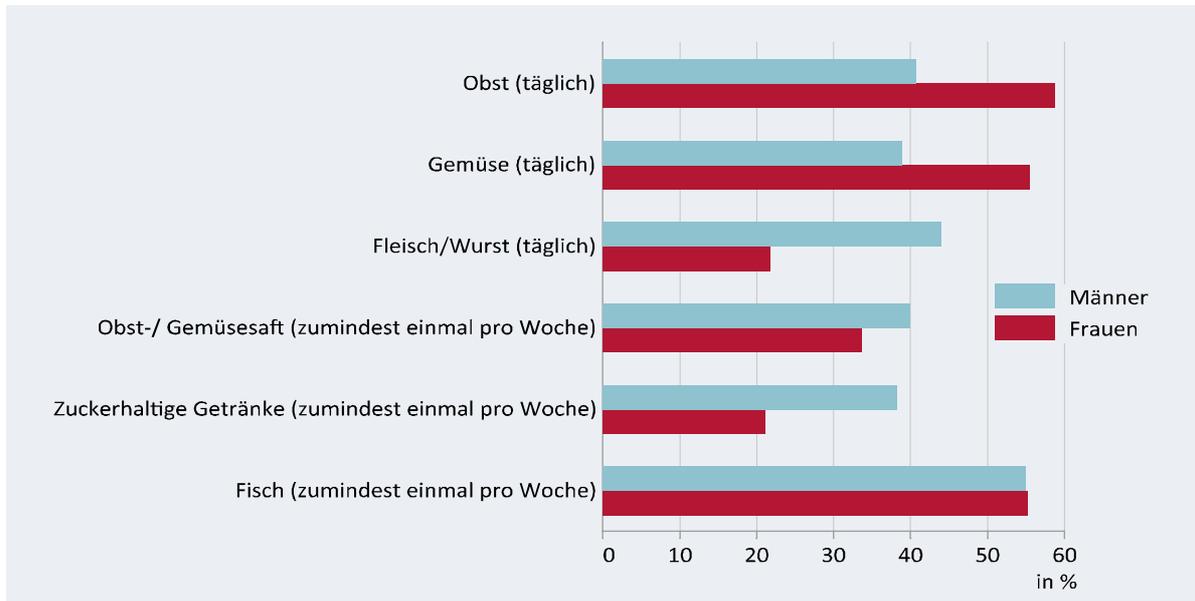
Ernährung

Das Ernährungsverhalten beeinflusst unsere Gesundheit sowie das Entstehen und den Verlauf von bestimmten Erkrankungen. Ein hoher Obst- und Gemüsekonsum ist mit einer Reihe von positiven Gesundheitswirkungen assoziiert und führt in der Regel dazu, dass andere, physiologisch weniger günstige Lebensmittel seltener verzehrt werden.

In der Gesundheitsbefragung 2019 wurde die Häufigkeit des Obst- und Gemüsekonsums in einer Woche sowie bei täglichem Konsum die Anzahl der Portionen (eine Portion entspricht einer Handvoll Obst oder Gemüse) erhoben. Darüber hinaus gab es Fragen zur Häufigkeit von Fleisch-, Wurst- und Fischkonsum. Zum Trinkverhalten wurde der Konsum von Obst- und Gemüsesäften sowie von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken erfasst. Abbildung 12 zeigt die Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren.

Der tägliche Obst- und Gemüseverzehr war bei Frauen deutlich höher als bei Männern (Frauen: 58,7 % bzw. 55,4 %, Männer: 40,7 % bzw. 38,9 %). Dagegen verzehrten Männer weitaus häufiger als Frauen täglich Fleisch- bzw. Wurstwaren (43,9 % bzw. 21,8 %). Beim Fischkonsum gab es keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede: Etwas mehr als die Hälfte der Männer und Frauen aß zumindest einmal pro Woche Fisch. Zuckerhaltige Getränke wurden deutlich häufiger von Männern als von Frauen getrunken (zumindest einmal pro Woche: 38,2 % bzw. 21,1 %), beim Konsum von Obst- und Gemüsesäften waren die Unterschiede geringer (Männer: 39,9 %, Frauen: 33,7 %).

Abbildung 12 Ernährungsgewohnheiten 2019 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Mit zunehmendem Alter stieg der tägliche Obstverzehr an. Während im Alter von 15 bis 29 Jahren 30,6 % der Männer und 49,9 % der Frauen täglich Obst aßen, waren es im Alter ab 60 Jahren 54,3 % der Männer und 67,4 % der Frauen. Der Anteil der Männer und Frauen, die täglich Gemüse konsumierten, war in allen Altersgruppen annähernd gleich groß. Im Durchschnitt wurden täglich 1,8 Portionen Obst und 1,6 Portionen Gemüse gegessen. Beim Konsum von Säften aus Obst und/oder Gemüse gab es keine nennenswerten geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede. Dagegen wurden zuckerhaltige Getränke nach Alter und Geschlecht unterschiedlich häufig getrunken: Ein Fünftel der 15- bis 29-jährigen Männer trank diese täglich oder mehrmals täglich und nur 14,0 % nie. Die entsprechenden Prozentwerte lagen bei den gleichaltrigen Frauen bei 8,2 % (täglich) bzw. 23,9 % (nie). Mit zunehmendem Alter wurde sowohl von den Männern als auch von den Frauen weniger häufig zu zuckerhaltigen Getränken gegriffen.

Mehr als die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer (58,0 %) aß täglich Fleisch- oder Wurstwaren. Im Alter ab 60 Jahren war es weniger als jeder dritte Mann (30,2 %). Bei den Frauen war der Konsum von Fleisch und Wurst ebenfalls altersabhängig, aber weitaus seltener als bei Männern (28,4 % bei den 15- bis 29- Jährigen, 16,8 % im Alter ab 60 Jahren). Fisch wurde über alle Altersgruppen gleich häufig konsumiert, einzige Ausnahme

waren die 15- bis 29-jährigen Männer und Frauen, welche etwas weniger Fischkonsum angaben.

Die Empfehlung, täglich fünf Portionen Obst oder Gemüse zu verzehren, hielten nur 3,8 % der Männer und 7,1 % der Frauen ein. Es gab geringfügige altersspezifische Unterschiede. Am häufigsten aßen bei den Männern die 30- bis 54-Jährigen zumindest fünf Portionen Obst oder Gemüse am Tag (5,3 %), bei den Frauen die 15- bis 29-Jährigen (10,6 %).

Körperliche Aktivität

Unter körperlicher Aktivität versteht man „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruheenergiebedarf hinaus steigert“.¹³ Bewegung ist wichtig für Gesundheit und Lebensqualität und leistet einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden. Körperliche Aktivität umfasst viele Sport- und Freizeitaktivitäten, aber auch tägliche Verrichtungen wie zügiges Gehen, Hausarbeit und körperlich anstrengende Berufstätigkeit. Im letzten Jahrzehnt hat sich ein umfassendes Konzept von „gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität“ (**Health Enhancing Physical Activity** oder **HEPA**) durchgesetzt, welches neben den freizeitbezogenen Bewegungsaktivitäten die körperliche Aktivität im Kontext der Berufs- und Hausarbeit sowie zum Zweck des Transports mit einbezieht. Langanhaltendes Sitzen, wie beispielsweise bei Bürotätigkeiten, stellt einen Risikofaktor für die Entstehung nichtübertragbarer Erkrankungen dar. Durch gezielte Förderung der körperlichen Aktivität lässt sich in jedem Alter der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken.

Für die Europäische Gesundheitsbefragung wurde ein Fragenkonzept (**European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire**, **EHIS-PAQ**) entwickelt¹⁴, um die drei gesundheitspolitisch relevanten Domänen der körperlichen Aktivität zu messen:

- arbeitsbezogene körperliche Aktivität
- transportbezogene Aktivität (zu Fuß oder mit dem Fahrrad)
- körperliche Aktivität in der Freizeit

¹³ EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“ (2008): EU-Leitlinien für körperliche Aktivität – Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung.

¹⁴ Basierend auf dem Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).

Anhand der letztgenannten Domäne, „körperliche Aktivität in der Freizeit“, kann die Umsetzung der Empfehlungen der WHO zu gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität evaluiert werden. Die Empfehlungen für die Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren lauten:

- mindestens 150 Minuten mäßig intensive Bewegung pro Woche, wobei die Aktivität in Blöcken von mindestens zehn Minuten Dauer absolviert werden kann
- Training zum Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche

Arbeitsbezogene körperliche Aktivität

Arbeitsbezogene körperliche Aktivität umfasst alle bezahlten und unbezahlten Arbeiten, also auch Hausarbeit, Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen. In der Gesundheitsbefragung 2019 wurde folgende Frage gestellt: „Wenn Sie arbeiten, was beschreibt am besten, was Sie tun?“ mit den Antwortkategorien: (1) vorwiegend sitzen oder stehen bzw. leichte körperliche Anstrengung, (2) vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten, (3) vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, (4) Ich führe keine arbeitsbezogene Tätigkeit aus. Da die hier erfasste körperliche Aktivität annähernd mit dem Erwerbsleben korreliert, wurden die folgenden Analysen auf die Altersgruppe 18 bis 64 Jahre eingeschränkt.

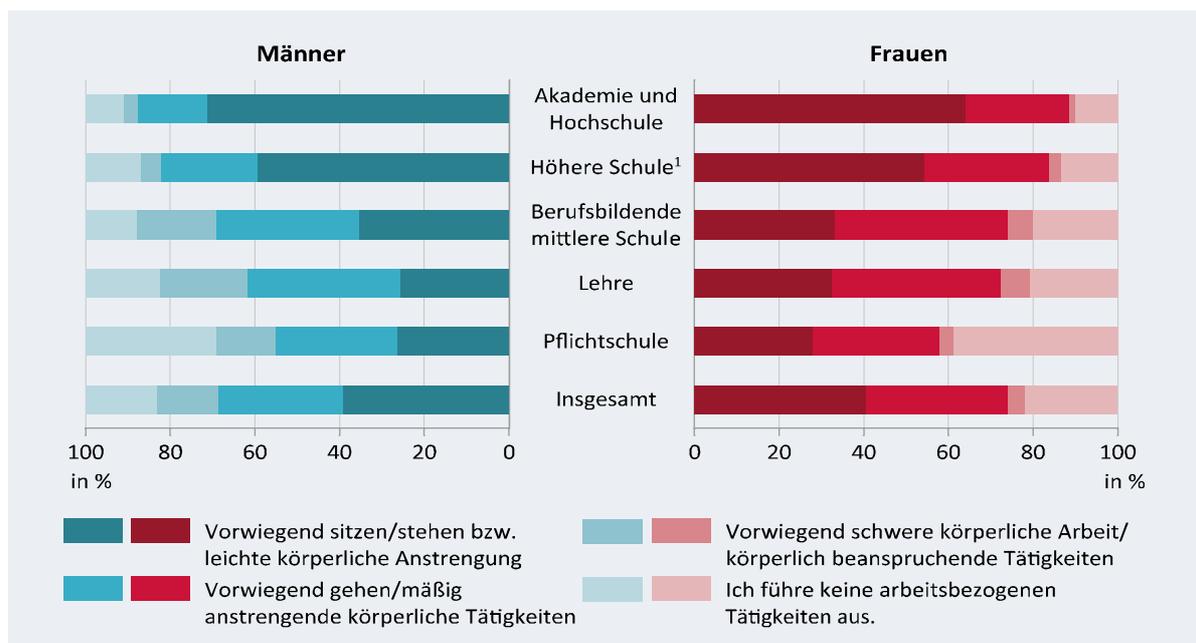
Beinahe die Hälfte der Männer (43,7 %) und Frauen (46,3 %) im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) gab an, während der Arbeit vorwiegend zu sitzen oder zu stehen und war somit viele Stunden am Tag körperlich inaktiv. Rund ein Drittel verrichtete vorwiegend mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten, Frauen mit 36,7 % etwas häufiger als Männer mit 30,0 %.¹⁵ Verglichen mit Frauen gaben Männer dreimal so häufig an, vorwiegend schwere körperliche Arbeit zu verrichten (Männer: 17,5 %, Frauen: 5,5 %).

Bei den Frauen war der Anteil arbeitsbezogener körperlicher Inaktivität (vorwiegend sitzen oder stehen) mit 53,3 % in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre am höchsten. Bei den Männern fand sich der größte Anteil mit 49,6 % in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre.

¹⁵ In diese Kategorie fallen auch die Hausarbeit bzw. Kinderbetreuung.

Welche arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten (bezahlte und nicht bezahlte) durchgeführt werden, hängt stark von der höchsten abgeschlossenen Schulbildung ab (Abbildung 13). Der Großteil der Personen mit einem Universitätsabschluss (Männer: 71,2 %, Frauen 64,0 %) führte vorwiegend sitzende oder stehende Arbeiten durch und nur ein sehr geringer Anteil verrichtete vorwiegend schwere körperliche Arbeit (Männer: 3,3 %, Frauen 1,4 %). Am häufigsten übten Männer mit Lehrabschluss oder einem Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule (20,6 % bzw. 18,6 %) schwere körperliche Arbeiten aus. Allerdings war auch innerhalb dieser Gruppen der Anteil von Personen mit sitzenden/stehenden Tätigkeiten höher als jener mit schweren körperlichen Arbeiten.

Abbildung 13 Arbeitsbezogene körperliche Aktivität 2019 nach Schulbildung und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – ¹ inklusive Kollegs und Abiturientenlehrgänge.

Transportbezogene Aktivität (zu Fuß oder mit dem Fahrrad)

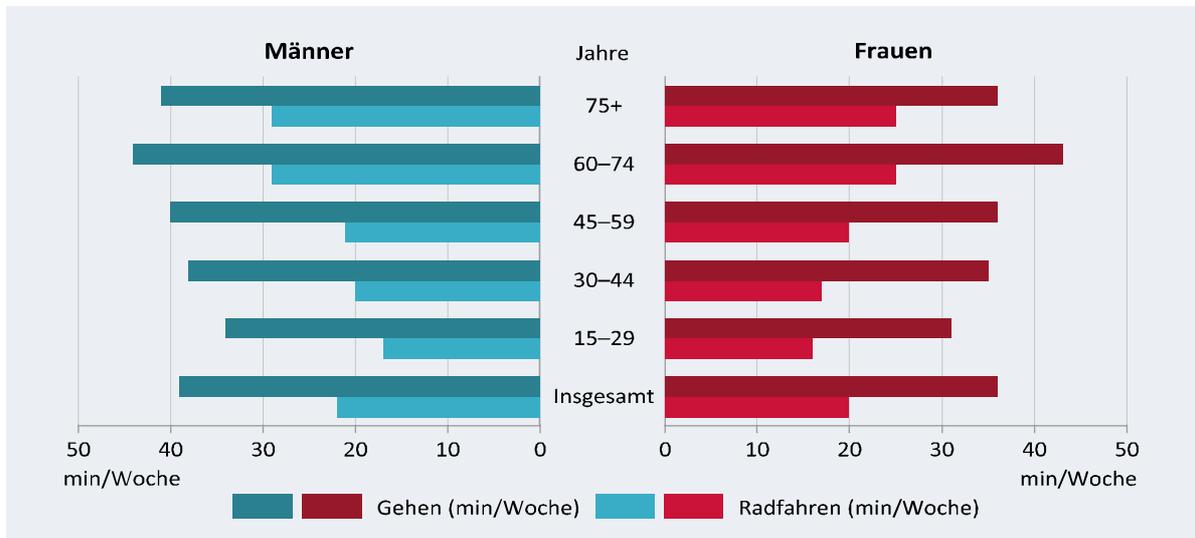
Transportbezogene Aktivität bezieht sich auf das Zurücklegen von Wegstrecken, um von Ort zu Ort zu gelangen.

In der Gesundheitsbefragung wurde die transportbezogene Aktivität quantifiziert, indem einerseits die Anzahl der Tage mit zumindest einer Wegstrecke von zehn Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad sowie andererseits auch die genaue Dauer der Fußwege bzw. der Radfahrten abgefragt wurde. Als Referenzzeitraum wurde dabei eine typische Woche bzw. ein typischer Tag zugrunde gelegt. Aus den erhobenen Daten lassen sich einerseits die durchschnittlich mit Gehen bzw. Fahrradfahren verbrachten Minuten pro Woche berechnen, andererseits der damit verbundene Energieverbrauch (in MET – **M**easuring **E**nergy **E**xpenditure).

Etwa die Hälfte der Bevölkerung war an sechs bis sieben Tagen einer typischen Woche zumindest zehn Minuten zu Fuß unterwegs (Männer: 48,0 % bzw. Frauen: 48,6 %). Nur 12,6 % der Männer und 11,4 % der Frauen gingen an keinem einzigen Tag der Woche auch nur kurze Distanzen. Mit dem Rad dagegen wurden wesentlich seltener Wegstrecken zurückgelegt: Nur 4,2 % der Männer und 3,6 % der Frauen fuhren täglich oder fast täglich mit dem Rad, dagegen nutzten 65,9 % der Männer und 73,9 % der Frauen an keinem Tag einer typischen Woche das Rad, um von Ort zu Ort zu gelangen.

Wer zumindest an einem Tag der Woche ging oder Rad fuhr, tat dies für durchschnittlich 39 bzw. 23 Minuten pro Tag bei Männern und 36 bzw. 20 Minuten bei Frauen (Abbildung 14). Vor allem die ältere Bevölkerung ging öfters zu Fuß oder fuhr mit dem Rad, um von einem Ort zum anderen zu gelangen. Im Alter von 60 bis 74 Jahren waren Frauen und Männer im Durchschnitt 43 bzw. 44 Minuten pro Tag zu Fuß unterwegs, mit dem Rad 25 bzw. 29 Minuten. Am wenigsten Zeit wendeten junge Männer und Frauen auf, um zu Fuß oder mit dem Rad eine Wegstrecke zurückzulegen (Männer: 34 bzw. 17 Minuten, Frauen: 31 bzw. 16 Minuten pro Tag, jeweils Bezugnahme auf eine typische Woche).

Abbildung 14 Durchschnittliche Dauer pro Woche in Minuten, die mit Gehen bzw. Radfahren verbracht wird 2019



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Körperliche Aktivität in der Freizeit

Zu gesundheitsfördernden Aktivitäten gehören einerseits aerobe körperliche Aktivitäten (**Ausdaueraktivitäten**) wie Radfahren, Joggen, Fußballspielen oder Schwimmen, die eine erhöhte Atem- und Herzfrequenz erzeugen und über einen Zeitraum von mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt werden. Andererseits wirken auch **Aktivitäten zur Muskelkräftigung** wie Krafttraining, Pilates oder Yoga gesundheitsfördernd, da diese die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Bewegungsapparates, der Skelettmuskeln, Gelenke, Knochen, Sehnen und Bänder fördern.¹⁶

¹⁶ Finger, Jonas D. et al.: Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, mindestens 2,5 Stunden pro Woche zumindest mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten¹⁷ sowie Aktivitäten zur Muskelkräftigung an mindestens zwei Tagen pro Woche auszuüben.

Um die Dauer der körperlichen Aktivität in der Freizeit berechnen zu können, wurde in der Gesundheitsbefragung 2019 nach der Anzahl der Tage in einer typischen Woche gefragt, an denen man ohne Unterbrechung zumindest zehn Minuten Sport, Fitness oder eine andere körperliche Aktivität ausgeübt hat sowie nach der Dauer dieser Tätigkeit an einem typischen Tag. Bei den Ausdaueraktivitäten wurden auch die Zeiten mit Radfahren zur Fortbewegung hinzugezählt. Außerdem wurde eine Frage zur Häufigkeit von Aktivitäten zum Aufbau bzw. zur Kräftigung der Muskulatur gestellt.

Beinahe die Hälfte der österreichischen Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren erfüllte in Bezug auf die Ausdaueraktivität die **Empfehlung** der WHO, Männer geringfügig häufiger als Frauen (48,1 % bzw. 45,1 %). Fast jede dritte Person übte zumindest zweimal in der Woche **Tätigkeiten zum Aufbau oder zur Kräftigung der Muskulatur** aus, Männer etwas öfter als Frauen (32,9 % bzw. 28,4 %). Rund ein Viertel aller Personen, 26,0 % der Männer und 21,1 % der Frauen, erfüllte beide Kriterien.

Junge Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren waren besonders sportlich aktiv, 56,2 % erfüllten die Empfehlung zur Ausdaueraktivität (Abbildung 15). Etwa die Hälfte der Männer dieser Altersgruppe übte zumindest zweimal in der Woche Kräftigungsübungen aus. Beide WHO-Empfehlungen erfüllten 35,7 % der männlichen 18- bis 29-Jährigen. Ab 30 Jahren nahm der Anteil jener, die Fitness betrieben sowie Übungen zur Kräftigung der Muskulatur durchführten, ab. Etwa jeder vierte Mann im Alter von 30 bis 44 Jahren und jeder fünfte im Alter von 45 bis 74 Jahren erfüllte beide Kriterien der WHO-Empfehlung.

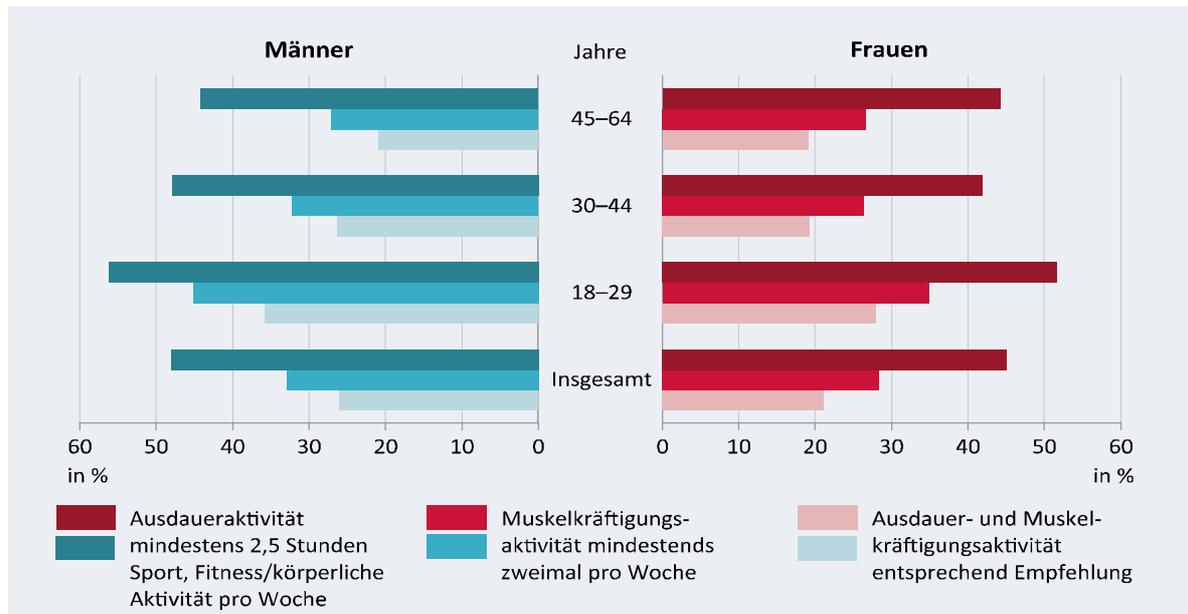
Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren bei der jungen Bevölkerung am größten. Die 18- bis 29-jährigen Frauen waren etwas seltener sportlich aktiv als die gleichaltrigen Männer, 28 % der Frauen dieser Altersgruppe erfüllten beide WHO-Kriterien. Da aber bei den Frauen der Rückgang der sportlichen Aktivität mit dem Alter nicht so stark ausgeprägt

¹⁷ Mäßig anstrengende körperliche Aktivität: Atmung und Puls nehmen leicht zu, zum Beispiel flottes Gehen oder Tragen leichter Lasten

Intensiv anstrengende körperliche Aktivität: Atmung und Puls nehmen stark zu, zum Beispiel Laufen oder Fußball.

war wie bei den Männern, verringerten sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede ab 30 Jahren. Frauen ab 45 Jahren waren sogar in ähnlichem Ausmaß sportlich aktiv wie Männer in diesem Alter.

Abbildung 15 Anteil der Personen mit ausreichender körperlicher Aktivität gemäß WHO-Empfehlung 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Verglichen mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2014 erfüllten 2019 weniger Männer und Frauen die Empfehlungen der WHO (Übersicht 5). Insbesondere bei der Ausdaueraktivität übten – mit Ausnahme der jungen Frauen – weniger Personen zumindest 2,5 Stunden pro Woche aerobe körperliche Aktivitäten aus. Bei der Muskelkräftigungsaktivität waren die Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten geringer, mit Ausnahme der jungen Männer mit einem Rückgang um 5,4 Prozentpunkte. Junge Männer erfüllten 2019 deutlich seltener als noch 2014 beide WHO-Empfehlungen (Rückgang um 6,3 Prozentpunkte).

Übersicht 5 Ausreichende körperliche Aktivität nach WHO-Empfehlung 2014 und 2019 von Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht, Alter	Ausdaueraktivität mindestens 2,5 Stunden pro Woche		Muskelkräftigungs- aktivität mindestens zweimal pro Woche		Ausdauer- und Muskelkräfti- gungsaktivität entsprechend Empfehlung	
	2014	2019	2014	2019	2014	2019
Männer	53,4	48,1	34,1	32,9	26,7	26,0
18–29 Jahre	62,8	56,2	50,6	45,2	42,0	35,7
30–44 Jahre	50,2	47,9	32,5	32,2	24,6	26,3
45–64 Jahre	52,3	44,2	29,5	27,1	22,9	20,9
Frauen	52,2	45,1	30,1	28,4	22,8	21,1
18–29 Jahre	49,7	51,6	32,1	34,9	24,2	28,0
30–44 Jahre	48,7	41,9	26,8	26,4	19,7	19,3
45–64 Jahre	55,3	44,2	31,5	26,7	24,4	19,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2014 und 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind wichtige Merkmale zur Beschreibung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung. In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der übergewichtigen und adipösen Personen zugenommen. Grund dafür ist zumeist ein Lebensstil mit hochkalorienhaltiger Ernährung einerseits und geringer körperlicher Aktivität andererseits.

Wenn das Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße über das Normalmaß hinausgeht, spricht man von Übergewicht. Starkes Übergewicht wird als Adipositas bezeichnet und ist laut Definition der WHO¹⁸ eine krankhafte Zunahme des Körperfetts, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung zur Folge haben kann. Adipositas ist ein Risikofaktor für

¹⁸ Branka, F./Nikogosian, H./Lobstein, T.: Die Herausforderung Adipositas und Strategien und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO. WHO 2007.

bestimmte Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Gelenks- und Rückenbeschwerden.

Ein häufig verwendetes Maß für die Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen ist der Body-Mass-Index (BMI). Der BMI korreliert stark mit der Gesamtfettmenge im Körper und lässt sich leicht bestimmen. Er ist definiert als das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern.

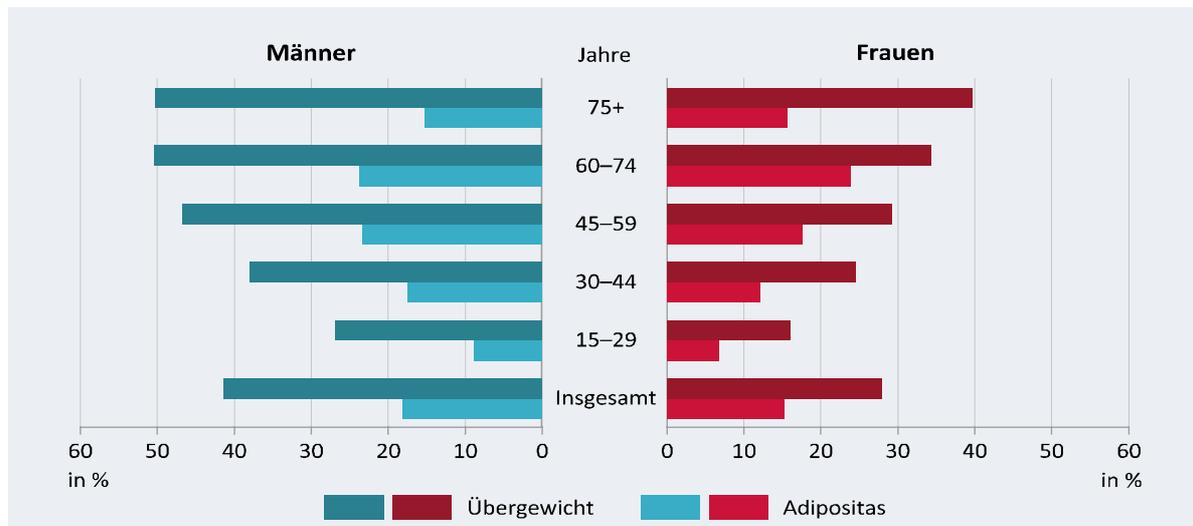
Nach einer Klassifikation der WHO unterscheidet man beim Erwachsenen je nach BMI zwischen Untergewicht (BMI unter 18,5), Normalgewicht (18,5 bis unter 25,0), Übergewicht (25,0 bis unter 30,0) und Adipositas (BMI 30,0 und mehr). Zu beachten ist, dass bei Selbstangabe das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße hingegen überschätzt wird. Die hier präsentierten Daten beruhen auf Selbstangaben der Befragten zu ihrem Körpergewicht sowie zu ihrer Körpergröße.

Rund 3,8 Mio. Personen ab 15 Jahren waren von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. 16,6 % der Bevölkerung wiesen eine Adipositas auf. Bei Männern trat Übergewicht häufiger auf als bei Frauen (41,4 % bzw. 27,9 %). Bei Adipositas waren die Geschlechtsunterschiede geringer (Männer: 18,1 %, Frauen: 15,2 %).

Ferner waren 39,0 % der Männer und 53,3 % der Frauen normalgewichtig sowie 1,4 % der Männer und 3,6 % der Frauen untergewichtig. Untergewicht kommt vor allem bei den 15- bis 29-jährigen Frauen vor (8,4 %).

Bei beiden Geschlechtern war Übergewicht und Adipositas in den höheren Altersgruppen häufiger zu beobachten als in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 16). Jeder dritte Mann in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre war entweder übergewichtig (26,9 %) oder adipös (8,8 %), bei den Frauen dieser Altersgruppe betraf es beinahe jede vierte (16,1 % bzw. 6,7 %). Etwa die Hälfte der Männer ab 45 Jahren war übergewichtig, bei den Frauen war der Anteil an Übergewichtigen ab einem Alter von 75 Jahren am höchsten (39,6 %). Am häufigsten waren Männer zwischen 45 und 74 Jahren und Frauen zwischen 60 und 74 Jahren adipös. Die Prävalenz von Adipositas ging bei den Personen ab 75 Jahren zurück.

Abbildung 16 Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Adipöse Männer und Frauen litten häufiger unter körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, die teilweise direkt auf starkes Übergewicht zurückzuführen sind bzw. in starkem Zusammenhang mit Adipositas stehen. Das Risiko für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gelenksbeschwerden stieg mit zunehmendem BMI. Beinahe die Hälfte aller Adipösen (43,5 %) hatte einen erhöhten Blutdruck (Normalgewichtige: 11,7 %, Übergewichtige: 26,0 %). Auch Arthrose und chronische Kreuzschmerzen kamen bei adipösen Personen häufiger vor (22,5 % bzw. 38,4 % bei Adipösen, 9,4 % bzw. 19,2 % bei Normalgewichtigen). 14,8 % der adipösen Männer und Frauen hatten Diabetes (Normalgewichtige: 2,4 %).

Verglichen mit den Ergebnissen der Befragung 2006/07 stieg der altersstandardisierte Anteil an Übergewichtigen und Adipösen an der Gesamtbevölkerung von 48,7 % in den Jahren 2006/07 auf 50,8 % in 2019 (Übersicht 6). Der Anstieg kam vor allem durch eine Zunahme der Personen mit Adipositas um 3,7 Prozentpunkte zustande, wogegen der Anteil der Personen mit Übergewicht um 1,7 Prozentpunkte leicht sank (gegenüber 2014 gab es eine Steigerung um 1,7 Prozentpunkte). War die Abnahme der Prävalenz von Übergewicht bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten (Abnahme um 2,0 bzw. 1,5 Prozentpunkte), ging die Zunahme der Adipositas überwiegend auf das Konto der Männer (Anstieg um 5,5 bzw. 2,0 Prozentpunkte).

Übersicht 6 Verteilung des Body-Mass-Index (BMI) von Personen ab 15 Jahren 2019, 2014 und 2006/07 nach Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

Geschlecht, Jahr	Personen ab 15 Jahren in 1.000	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Insgesamt					
2019	7.417,9	2,7	46,6	34,3	16,5
2014	7.235,4	2,8	50,1	32,6	14,4
2006/07	6.950,1	2,5	48,8	35,9	12,8
Männer					
2019	3.623,9	1,5	39,2	41,4	17,9
2014	3.518,9	1,3	43,6	39,5	15,7
2006/07	3.357,3	1,4	42,8	43,4	12,4
Frauen					
2019	3.793,9	3,8	53,8	27,4	15,0
2014	3.716,6	4,4	56,7	25,8	13,1
2006/07	3.592,9	3,7	54,5	28,9	13,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Rauchen

Rauchen gilt als Risikoverhalten mit deutlichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Zu den Krankheiten, deren Entstehung durch das Rauchen begünstigt wird, zählen unter anderem Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen.

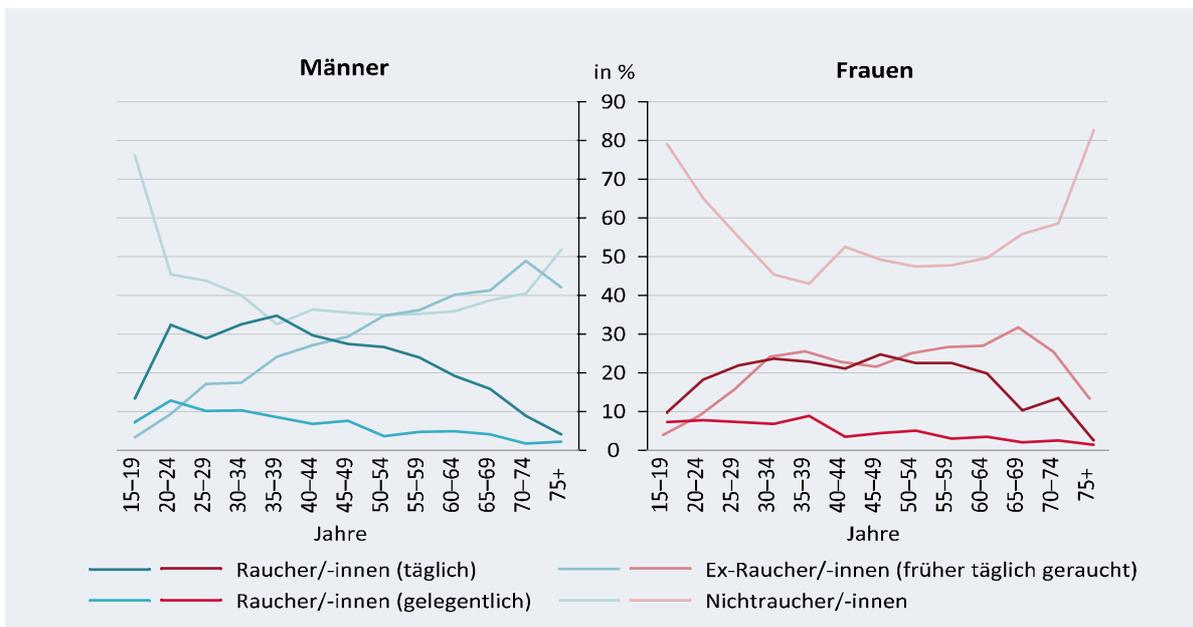
Der Raucherstatus wird in der Gesundheitsbefragung mit den Fragen: „Rauchen Sie Tabakprodukte? Nicht gemeint sind E-Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte.“ und „Haben Sie jemals täglich geraucht?“ erhoben. Anhand der Antwortkategorien wird im Folgenden zwischen täglichem Rauchen, Gelegenheitsrauchen, Ex-Rauchen (früher täglich geraucht) und Nichtrauchen unterschieden.

Raucherstatus der österreichischen Bevölkerung

1,5 Mio. Personen gaben an, täglich zu rauchen, das ist jede fünfte ab 15 Jahren. Männer rauchten häufiger als Frauen (23,5 % bzw. 17,8 %). Weitere 6,6 % der Männer und 4,7 % der Frauen rauchten gelegentlich. Immerhin 41,3 % der Männer und 56,5 % der Frauen hatten noch nie geraucht. Der Anteil der Ex-Raucher und -Raucherinnen machte in der Bevölkerung 28,6 % bzw. 21,0 % aus.

Bei der Interpretation der Altersunterschiede ist zu beachten, dass neben dem Alterseinfluss Kohorteneffekte wirken. Das bedeutet, dass die einzelnen Geburtsjahrgänge unterschiedlichen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt sind, welche zum Rauchverhalten des Einzelnen beitragen.

Abbildung 17 Raucherstatus 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Der Anteil der täglich Rauchenden war bei den Männern im Alter von 20 bis 39 Jahren am höchsten – jeder dritte Mann in diesem Alter rauchte täglich. Weitere 10 % dieser Altersgruppe rauchten gelegentlich (Abbildung 17). Ab einem Alter von 40 Jahren sank die männliche Raucherquote langsam aber stetig und lag ab 70 Jahren unter 10 %. Etwa jede

vierte bis fünfte Frau zwischen 20 und 64 Jahren rauchte täglich, danach wurde das Rauchen unattraktiver. Rund 8 % der Frauen unter 40 Jahren rauchten gelegentlich. Die Anteile der Ex-Rauchenden nahmen bei Männern und Frauen bis zu einem Alter von etwa 35 Jahren zu, danach entwickelten sich die Anteile geschlechtsspezifisch. Während bei den Männern der Anteil an Ex-Rauchern bis ins hohe Alter zunahm, blieb jener bei den Frauen eher konstant und sank ab 65 Jahren. Bei den Frauen überwogen zudem die Nicht-raucherinnen gegenüber den Ex-Raucherinnen.

Täglich Rauchende im langfristigen Zeitvergleich

Befragungen zum Rauchverhalten werden bereits seit den 1970er-Jahren in Österreich durchgeführt (Sonderprogramm im Rahmen des Mikrozensus bzw. ATHIS 2006/07). Die Fragenformulierungen früherer Erhebungen weichen zwar etwas von jener der aktuellen Gesundheitsbefragung ab, eine Darstellung der zeitlichen Entwicklung und Trends bei den täglich Rauchenden ist jedoch möglich. Da in den Erhebungen vor 1997 die Fragen zum Rauchverhalten nur an Personen ab 16 Jahren gerichtet waren, wurden für den Zeitvergleich auch für die ATHIS-Erhebungen die Raucherquoten der Personen ab 16 Jahren ermittelt.

Übersicht 7 Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren seit 1972 (in Prozent)

Geschlecht	2019	2014	2006/07	1997	1986	1979	1972
Insgesamt	20,7	24,4	23,3	24,2	25,5	23,6	22,9
Männer	23,7	26,7	27,5	30,0	34,6	35,3	38,7
Frauen	17,9	22,2	19,4	18,8	17,5	13,6	9,8

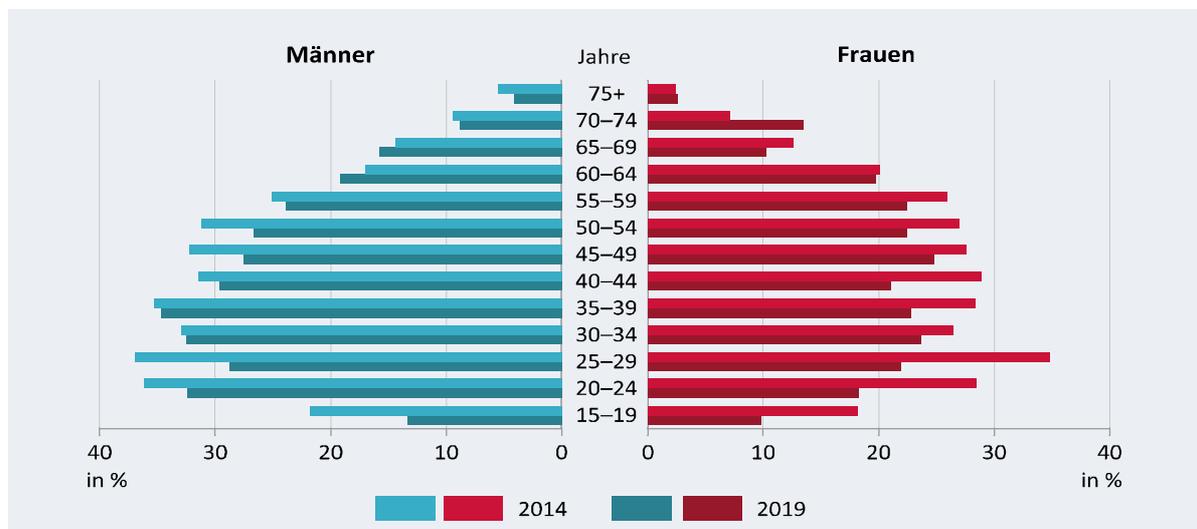
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019 sowie Mikrozensus-Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1972, 1979, 1986 und 1997. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 16 und mehr Jahren.

Die Raucherquoten entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter konträr (Übersicht 7). In den 1970er-Jahren rauchten 38,7 % der männlichen und 9,8 % der weiblichen Bevölkerung. Über die Jahre nahm bei den Männern der Anteil der täglich Rauchenden kontinuierlich ab und liegt nun um 15,0 Prozentpunkte niedriger, nämlich bei 23,7 %. Bei den Frauen zeigte sich bis 2014 ein gegenteiliger Trend. Der Anteil der Raucherinnen stieg kontinuierlich um insgesamt rund zwölf Prozentpunkte auf 22,2 % in

2014 an. Erfreulicherweise kam es aber nach 2014 auch bei den Frauen zu einem Rückgang der Raucherquote um 4,3 Prozentpunkte – sie lag 2019 bei 17,9 %.

Beim Vergleich der altersspezifischen Raucher/-innen/-anteile 2014 und 2019 zeigten sich die größten Rückgänge bei der jüngeren Bevölkerung und hier insbesondere bei den Frauen (Abbildung 18).

Abbildung 18 Anteil der täglich Rauchenden 2014 und 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2014 und 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Bei den 25- bis 29-jährigen Frauen betrug der Rückgang sogar 13 Prozentpunkte. Rauchte 2014 noch jede dritte Frau in dieser Altersgruppe, war es 2019 nur noch jede fünfte. Bis zum 60. Lebensjahr waren auch in den anderen Altersgruppen Rückgänge in den Raucher/-innen/-anteilen gegenüber 2014 zu verzeichnen, dies traf sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu.

Rauchbeginn der täglich Rauchenden

Ein wichtiges Kriterium der Manifestation von Rauchgewohnheiten ist das Alter, in welchem mit dem Rauchen begonnen wird. Der Beginn des täglichen Rauchens wurde retrospektiv erfragt: „In welchem Alter haben Sie angefangen, täglich zu rauchen?“

Übersicht 8 Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2019 nach Alter und Geschlecht (kumulierte Häufigkeiten in Prozent)

Geschlecht, Alter	Alter bei Rauchbeginn in Jahren					
	Bis 13	Bis 15	Bis 17	Bis 19	Bis 24	Bis 29
Männer	4,3	25,1	64,8	83,0	94,5	97,6
15–29 Jahre	5,3	29,7	77,0	92,7	99,7	100,0
30–44 Jahre	4,0	24,3	64,3	82,4	95,8	99,7
45–59 Jahre	5,1	25,4	62,0	81,5	92,4	96,2
60–74 Jahre	1,5	19,4	52,8	71,5	89,6	92,1
75+ Jahre	4,4	7,5	38,1	65,0	70,3	89,0
Frauen	5,2	26,1	56,9	76,3	90,7	95,1
15–29 Jahre	8,4	36,2	75,4	94,0	99,2	100,0
30–44 Jahre	6,1	30,1	58,5	77,4	92,6	98,1
45–59 Jahre	4,5	23,4	55,7	73,3	89,6	94,9
60–74 Jahre	1,6	15,2	39,6	65,9	84,8	88,3
75+ Jahre	0,0	8,0	16,6	27,2	45,1	63,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 8 gibt Auskunft über den Rauchbeginn der täglich Rauchenden. Nur wenige Männer (4,3 %) und Frauen (5,2 %) begannen bereits in der Kindheit (bis 13 Jahre) zu rauchen. Etwa ein Viertel der täglich Rauchenden startete die Raucherkarriere vor dem 15. Lebensjahr. Mehr als die Hälfte der Frauen und etwa zwei Drittel der Männer vollzogen bis zum Alter von 17 Jahren den Einstieg in das gewohnheitsmäßige Rauchen. Bei Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung 45 Jahre und älter waren, erfolgte der Beginn des täglichen Rauchens etwas später als bei den gleichaltrigen Männern, mit zunehmendem Alter erhöhten sich hier noch die geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Zigarettenkonsum

Im Schnitt rauchten Männer mehr Zigaretten am Tag als Frauen (Männer: 17,1 Stück, Frauen: 13,3 Stück). 15,8 % der Männer und 5,5 % der Frauen waren starke Raucher (21

Zigaretten und mehr). Der Anteil der starken Raucher war bei den Männern in der Altersgruppe von 45 bis 59 Jahren am höchsten (25,1 %). Frauen waren in allen Altersgruppen weniger häufig starke Raucherinnen.

Aktuell werden durchschnittlich weniger Zigaretten geraucht als in den Jahren davor (Ergebnisse 2006/07 und 2014, Männer: 18,5 bzw. 17,3 Stück, Frauen: 14,3 bzw. 13,6 Stück). Auch der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen ging zurück. Während 2006/07 ein Fünftel aller täglich rauchenden Männer mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchte, betrug der Anteil der starken Raucher 2014 17,3 % und sank 2019 auf 15,8 %. Bei den Frauen ging der Anteil der starken Raucherinnen von 8,3 % in 2006/07 auf 5,6 % in 2014 und schließlich auf 5,5 % in 2019 zurück.

Ex-Raucher und -Raucherinnen

2019 gab es in Österreich rund zwei Mio. Personen, die früher täglich geraucht haben (Männer: 32,5 %, Frauen: 23,7 %, Übersicht 9). Diese Zahl hängt allerdings von der Zahl der gegenwärtigen bzw. früheren Raucherinnen und Raucher ab. Deshalb ist die sogenannte Quitt-Rate, welche die Ex-Rauchenden auf die (bisher) täglich rauchende Bevölkerung bezieht, aussagekräftiger. Frauen rauchten in den letzten Jahrzehnten weniger häufig als Männer, daher ist auch der Anteil der Ex-Raucherinnen in der Bevölkerung wesentlich niedriger als bei Männern. Die Quitt-Raten der Männer und Frauen sind dagegen ähnlich hoch.

Von allen Personen, die jemals täglich geraucht hatten, hörte mehr als die Hälfte damit auf (Männer: 58,0 %, Frauen: 57,1 %). Mit dem Lebensalter stieg der Anteil jener, die das tägliche Rauchen aufgaben. Rund 12 % der früher täglichen Rauchenden gaben an, nun gelegentlich zu rauchen. Am häufigsten änderten die 15- bis 29-Jährigen ihr Rauchverhalten von täglich zu gelegentlich (Männer: 29,8 %, Frauen: 23,7 %).

Gut ein Drittel der täglich rauchenden Bevölkerung wollte im letzten Jahr mit dem Rauchen aufhören, schaffte es aber nicht (Männer: 37,0 %, Frauen: 35,6 %).

Übersicht 9 Ex-Rauchen und Quitt-Raten 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter	Ex-Raucher	Ex-Raucherinnen	Quitt-Rate der Männer	Quitt-Rate der Frauen
Insgesamt	32,5	23,7	58,0	57,1
15–29 Jahre	15,3	13,4	37,2	43,6
30–44 Jahre	28,7	29,0	47,0	56,2
45–59 Jahre	36,7	27,0	58,5	53,7
60–74 Jahre	45,6	29,8	75,0	66,6
75+ Jahre	43,5	13,8	91,5	84,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

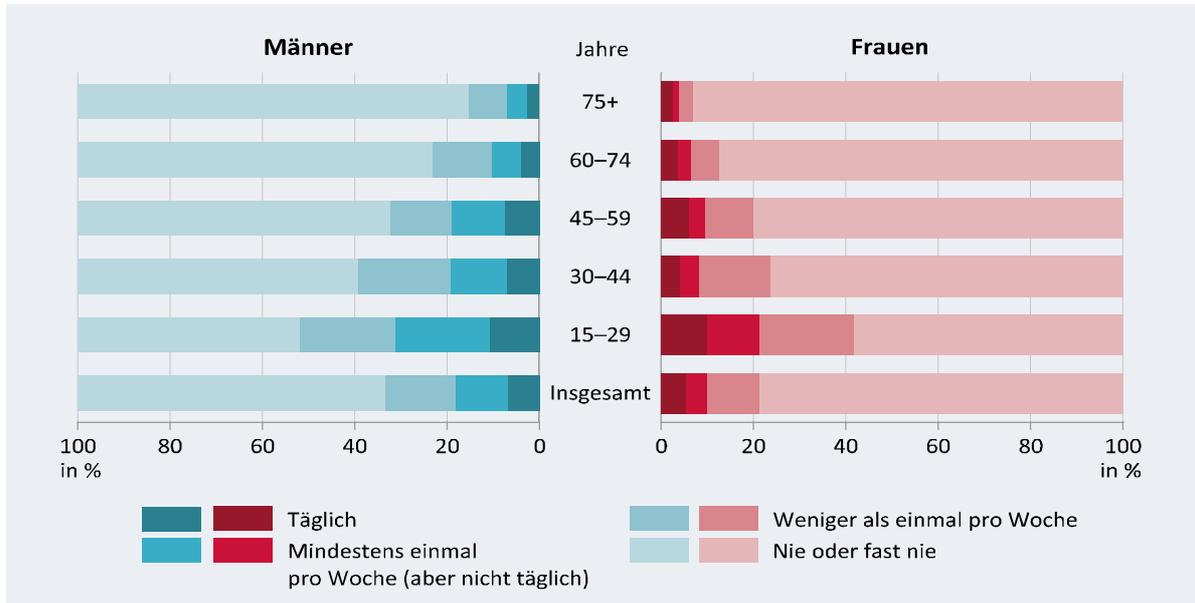
Passivrauchen

Tabakrauch gefährdet nicht nur die Raucher und Raucherinnen selbst, sondern auch die Menschen, die Tabakrauch ausgesetzt sind. Hier spricht man von Passivrauchbelastung bzw. Passivrauchen (secondhand smoke). An den negativen Folgen des Passivrauchens besteht heutzutage kein Zweifel mehr. In der Gesundheitsbefragung wurde gefragt, wie häufig man in Innenräumen Tabakrauch ausgesetzt war.

Etwas mehr als ein Viertel der nicht rauchenden Bevölkerung war Tabakrauch in Innenräumen zumindest gelegentlich ausgesetzt (Abbildung 19). Frauen waren seltener betroffen als Männer (21,3 % bzw. 33,6 %). Bei jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 29 Jahren war die Exposition am höchsten, aber auch im mittleren Erwachsenenalter war ein großer Teil der Bevölkerung regelmäßig mit Tabakrauch konfrontiert. Erst ab dem 60. Lebensjahr nahm die Passivrauchbelastung allmählich ab.

6,8 % der Nichtraucher und 5,3 % der Nichtraucherinnen waren sogar täglich einer Passivrauchbelastung ausgesetzt. Weitere 11,5 % der Nichtraucher und 4,7 % der Nichtraucherinnen waren mindestens einmal pro Woche belastet. Weniger als einmal pro Woche waren 15,4 % der Männer und 11,3 % der Frauen, die selbst nicht rauchten, mit Tabakrauch konfrontiert.

Abbildung 19 Passivrauchen 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Konsum von elektronischen Rauchprodukten

Neben dem Rauchen von Tabakprodukten wurde in der Gesundheitsbefragung auch erstmals nach dem Konsum von E-Zigaretten oder ähnlichen elektronischen Produkten gefragt.

Männer gaben beinahe doppelt so oft wie Frauen an, schon einmal E-Zigaretten oder ähnliche Produkte konsumiert zu haben (Männer: 9,3 %, Frauen: 5,1 %). Über einen derzeit täglichen Konsum dieser Produkte berichteten aber nur 1,0 % der Männer und 0,4 % der Frauen, über einen derzeit gelegentlichen Konsum 2,2 % (Männer) bzw. 1,5 % (Frauen). Am häufigsten gaben junge Männer an, derzeit täglich oder gelegentlich bzw. früher E-Zigaretten konsumiert zu haben (5,1 % bzw. 11,2 %).

Alkoholkonsum

Alkohol ist in Österreich ein beliebtes und weit verbreitetes Genussmittel. Alkohol ist aber eine psychoaktive Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für mehr als 200 Krankheiten angesehen und zählt zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und

Todesfälle weltweit. Im „Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases“ der WHO wird eine relative Reduktion des riskanten Alkoholkonsums um zehn Prozent bis 2025 (im Vergleich zu 2010) angestrebt.¹⁹

Die **Messung des individuellen Alkoholkonsums** ist mit mehreren potentiell verzerrenden Einflussfaktoren behaftet. In der Gesundheitsbefragung sind Informationen zum Alkoholkonsum von den Selbstangaben der Befragten abhängig und unterliegen mehr als andere Gesundheitsindikatoren dem sozial erwünschten Antwortverhalten. Aber auch das Erinnerungsvermögen und die richtige Einschätzung von konsumierten Alkoholmengen können die Ergebnisse beeinflussen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass eine auf Umfragedaten basierende Schätzung das Problem des riskanten bzw. gesundheits-schädigenden Alkoholkonsums systematisch unterschätzt.

Die Charakteristika des persönlichen Alkoholkonsums wurden im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 mit einem an den „Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C)“²⁰ angelehnten Instrument detailliert abgefragt:

- Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten
- Anzahl der Tage von Montag bis Donnerstag bzw. Freitag bis Sonntag, an denen üblicherweise Alkohol getrunken wird
- durchschnittliche Menge des an einem der genannten Tage getrunkenen Alkohols (in den jeweils üblichen Mengen) in Form von Bier oder vergorenem Most, Wein oder Sekt, Schnaps oder starkem Likör, schwachem Likör, Alkopops
- Rauschtrinken (Binge-Drinking): Häufigkeit des Konsums von sechs oder mehr alkoholischen Getränken in den letzten zwölf Monaten bei einer Gelegenheit wie z.B. einer Feier, bei einem Essen, abends im Freundeskreis oder allein zu Hause

¹⁹ Lange, C./Manz, K./Kuntz, B.: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

²⁰ Bush, K. et al.: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of internal medicine 1988, 158(16): 1789 – 1795.

Frequenz des Alkoholkonsums

Die Frequenz des Alkoholkonsums umfasst jeglichen Alkoholkonsum, unabhängig von der konsumierten Menge. Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist in untenstehender Analyse der Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten Alkohol getrunken haben, unabhängig von Häufigkeit und Menge. Als abstinent werden jene bezeichnet, die Alkohol entweder noch nie getrunken haben oder im letzten Jahr nicht mehr.

Rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung trank in den letzten zwölf Monaten niemals Alkohol, Frauen waren deutlich häufiger abstinent als Männer (24,3 % bzw. 15,8 %). Etwa die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer konsumierten nur ab und zu, also weniger als einmal in der Woche, Alkohol. Einen mindestens wöchentlichen Alkoholkonsum gaben rund die Hälfte der Männer und ein Viertel der Frauen an.

Die Häufigkeit des Alkoholkonsums unterschied sich deutlich zwischen Männern und Frauen (Abbildung 20): Nicht nur die Prävalenz des Alkoholkonsums insgesamt war bei Männern höher als bei Frauen (84,2 % bzw. 75,8 %), sondern auch der Anteil der Männer, die (fast) täglich Alkohol tranken (Männer: 8,9 %, Frauen: 2,5 %). Darüber hinaus war der Anteil der Personen, die mehrmals pro Woche Alkohol tranken, unter den Männern 1,7-mal so hoch wie bei den Frauen (42,9 % bzw. 25,2 %). Frauen lagen bei der Häufigkeit von lediglich ein- bis dreimaligem Alkoholkonsum pro Monat über jener der Männer (30,6 % bzw. 22,3%). Beinahe doppelt so viele Frauen wie Männer tranken weniger als einmal pro Monat Alkohol (17,4 % bzw. 10,1 %). 6,5 % der Männer und 8,3 % der Frauen berichteten, keinen Alkohol in den letzten zwölf Monaten getrunken zu haben. Die Gruppe jener, die noch nie im Leben Alkohol getrunken hatten bzw. nur in vernachlässigbaren Mengen, war bei den Frauen beinahe doppelt so groß wie bei den Männern (16,0 % bzw. 9,3 %).

Gegenüber den Ergebnissen von 2014 kam es nur zu geringen Verschiebungen in der Frequenz des Alkoholkonsums.²¹ Männer tranken 2019 seltener (fast) täglich Alkohol sowie ein bis dreimal pro Monat, dafür häufiger einmal pro Monat bzw. konsumierten

²¹ Klimont J., Baldaszi E.: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria. Wien, 2015, Seite 49, Grafik 22.

öfters nie Alkohol. Frauen tranken 2019 etwas häufiger zumindest einmal in der Woche, konsumierten aber auch häufiger keinen Alkohol.

Abbildung 20 Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate 2019 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Durchschnittliche Trinkmenge

Alle Personen, die angegeben hatten, zumindest einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren, wurden einerseits nach der Anzahl der Tage unter der Woche bzw. am Wochenende gefragt, an denen sie üblicherweise Alkohol tranken. Andererseits wurden auch Art und Menge des getrunkenen Alkohols abgefragt, um die sogenannten **Standardgläser**²² berechnen zu können. Ein Standardglas bezeichnet 20 g Reinalkohol, das sind z.B. ein halber Liter Bier, ein Viertelliter Wein oder drei Gläser Schnaps zu je 20 ml.

In Übersicht 10 sind die durchschnittliche Anzahl der Standardgläser, die an einem Tag mit Alkoholkonsum getrunken werden, für wochentags (Montag bis Donnerstag) und am

²² Laut „Handbuch Alkohol“ des Gesundheitsministeriums enthält ein österreichisches Standardglas 20 g reinen Alkohol. Eurostat dagegen gibt für ein Standardglas 10 g reinen Alkohol vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014 sowie anderen österreichischen Fachpublikationen wurde hier die Definition des österreichischen Standardglases verwendet.

Wochenende (Freitag bis Sonntag) dargestellt sowie die durchschnittliche Anzahl der Standardgläser pro Woche.

Im Mittel wurden an einem Wochentag, an dem üblicherweise Alkohol getrunken wurde, 1,6 Standardgläser Alkohol konsumiert (Männer: 1,8 Standardgläser, Frauen: 1,2 Standardgläser). An Wochenendtagen war die durchschnittliche Anzahl der konsumierten Standardgläser mit 2,1 höher als unter der Woche (Männer: 2,4 Standardgläser, Frauen: 1,5 Standardgläser).

Übersicht 10 Durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser Alkohol 2019 bei zumindest einmaligem wöchentlichem Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht	Insgesamt	15–29 Jahre	30–44 Jahre	45–59 Jahre	60–74 Jahre	75+ Jahre
Durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser Alkohol an einem Wochentag (Montag bis Donnerstag)						
Insgesamt	1,6	1,9	1,6	1,7	1,6	1,2
Männer	1,8	2,1	1,8	1,9	1,8	1,4
Frauen	1,2	1,6	1,2	1,1	1,2	1,0
Durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser Alkohol an einem Tag am Wochenende (Freitag bis Sonntag)						
Insgesamt	2,1	3,1	2,2	2,0	1,7	1,3
Männer	2,4	3,5	2,6	2,3	2,0	1,4
Frauen	1,5	2,5	1,5	1,3	1,2	1,2
Durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser Alkohol pro Woche						
Insgesamt	6,2	6,4	5,5	6,4	6,6	5,5
Männer	7,5	7,5	6,5	8,0	8,3	6,4
Frauen	3,8	4,4	3,5	3,4	3,9	4,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren, die zumindest einmal in der Woche Alkohol konsumierten. – Standardglas: 20 g Reinalkohol (z.B. ein halber Liter Bier, ein Viertelliter Wein, drei Gläser Schnaps à 20 ml)

Mit zunehmendem Alter nahm die durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser ab, das galt sowohl für Wochentage als auch für die Tage des Wochenendes. Am Wochenende tranken 15- bis 29-jährige Männer und Frauen 3,5 bzw. 2,5 Standardgläser an einem Tag mit Alkoholkonsum. Bei Männern ab 75 Jahren waren es 1,4 Standardgläser und somit gleich viel wie an einem durchschnittlichen Wochentag, bei den gleichaltrigen Frauen 1,2 Standardgläser.

Der durchschnittliche Wochenkonsum berücksichtigt die Anzahl der Standardgläser und der Tage pro Woche, an denen Alkohol getrunken wurde. Auch hier war eine höhere Zahl von konsumierten Standardgläsern pro Woche bei Männern zu beobachten (Männer: 7,5 Standardgläser, Frauen: 3,8 Standardgläser). Bei den Frauen war der Alkoholkonsum in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre am höchsten, bei den Männern in der Altersgruppe 60 bis 74 Jahre (4,4 bzw. 8,3 Standardgläser).

Riskanter bzw. gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

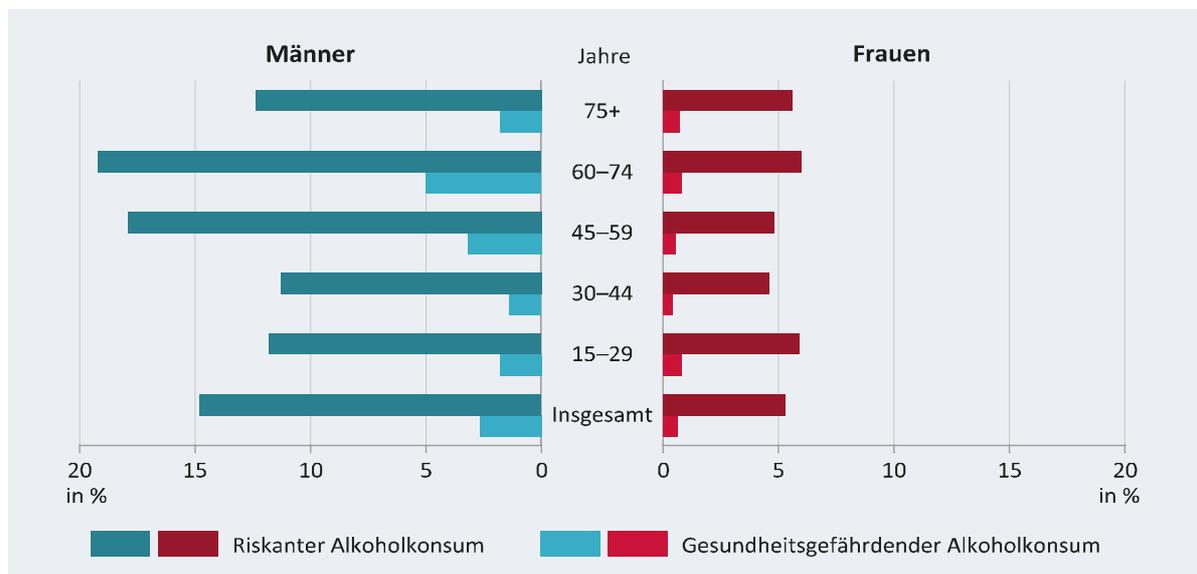
Als Konsum **riskanter Alkoholtrinkmengen** (**Hazardous Alcohol Consumption – HAZ**) wird ein Konsummuster bezeichnet, welches das Risiko von schädlichen Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit erhöht. Die Grenzwerte für eine riskante Alkoholtrinkmenge liegen bei durchschnittlich mehr als 16 g reinem Alkohol pro Tag für Frauen und 24 g für Männer.²³ Von einem **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum** spricht man bei täglich konsumierten Trinkmengen ab 40 g bei Frauen und 60 g bei Männern.

Laut dieser Definition wiesen in Österreich ein Zehntel der Bevölkerung ab 15 Jahren bzw. 14,8 % der Männer und 5,3 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf, das sind hochgerechnet rund 535.000 Männer und 201.000 Frauen (Abbildung 21). Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum wurde bei 1,6 % der Bevölkerung errechnet, bei Männern mit 2,7 % häufiger als bei Frauen mit 0,6 %.

²³ Auszug aus Handbuch Alkohol- Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: „Die Harmlosigkeits- bzw. Gefährdungsgrenze wurde in Übereinstimmung mit Empfehlungen des britischen Health Education Council (1983) definiert – eine Grenzziehung, die auch über WHO-Publikationen international popularisiert wurde. Wichtig ist hier, zu beachten, dass diese Grenzen ausschließlich für gesunde erwachsene Menschen gelten. Für Kinder und Menschen mit Vorerkrankungen können auch schon deutlich geringere Mengen ein wesentliches Gesundheitsproblem darstellen. Zudem sei darauf verwiesen, dass auch andere – und zwar niedrigere – Grenzen publiziert werden.“

Differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht zeigte sich die höchste Prävalenz von riskantem Alkoholkonsum mit rund einem Fünftel Betroffenen bei den 60- bis 74-jährigen Männern sowie mit 5,9 % bei den 15- bis 29-jährigen Frauen. Die höchste Prävalenz von gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum zeigte sich bei den 60- bis 74-jährigen Männern mit 5,0 %.

Abbildung 21 Riskanter und gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Rauschtrinken bzw. Binge-Drinking

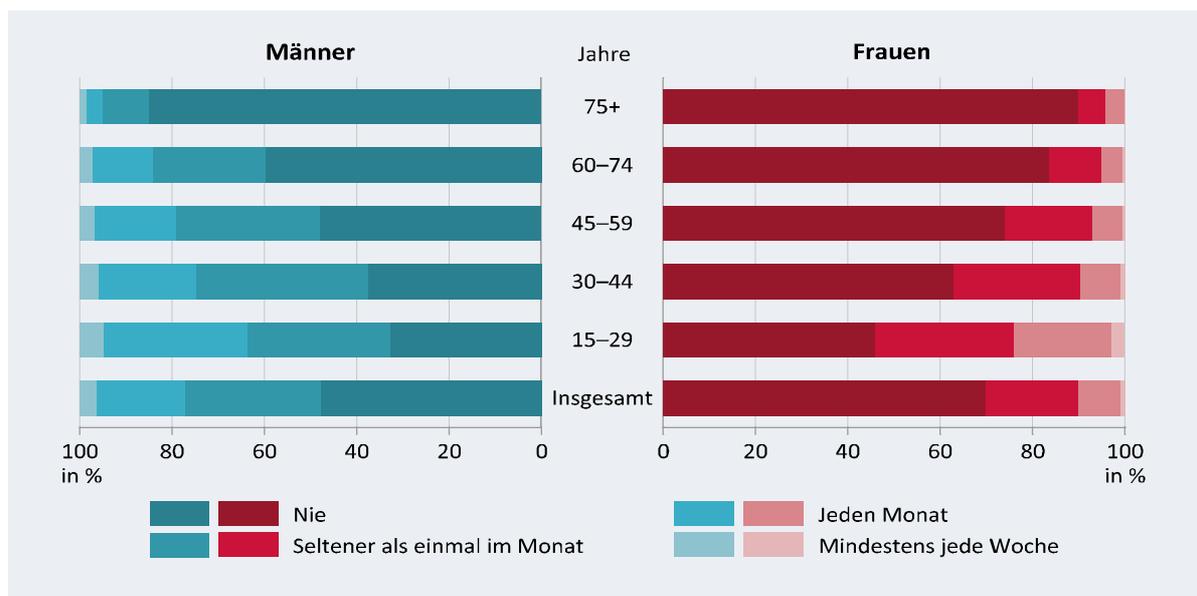
Rauschtrinken ist ein gesundheitlich besonders riskantes Trinkmuster, welches akute Schäden wie Alkoholvergiftungen und Verletzungen sowie Gewalt verursachen kann. Langfristig können Alkoholabhängigkeit und vielfältige organische Schäden Folgen des Rauschtrinkens sein. Diese können auch eintreten, wenn die durchschnittlich konsumierten Alkoholmengen einer Person relativ gering sind.²⁴

²⁴ Lange, C./Manz, K./Kuntz, B.: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

Als Rauschtrinken (**Heavy Episodic Drinking – HED**) wird ein mindestens einmal im Monat stattfindender Alkoholkonsum bezeichnet, bei dem bei einer Gelegenheit sechs oder mehr alkoholische Getränke konsumiert werden, wie z.B. bei einer Feier, bei einem Essen, abends im Freundeskreis oder allein zu Hause. Ein Getränk entspricht etwa einem Seidel Bier, einem Achtel Wein, zwei kleinen Schnäpsen, einem Cocktail/Longdrink oder einer Flasche Alkopop.²⁵

Etwa zwei Drittel der Frauen und die Hälfte der Männer ab 15 Jahren gaben an, nie oder nicht in den letzten zwölf Monaten sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken zu haben (Abbildung 22). 22,7 % der Männer und 10,2 % der Frauen praktizierten zumindest einmal im Monat Rauschtrinken, jedoch nur wenige mit einer Frequenz von mindestens einmal pro Woche (3,5 % der Männer, 1,0 % der Frauen).

Abbildung 22 Rauschtrinken 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Im Alter von 15 bis 29 Jahren war der Anteil der Personen, die mindestens monatlich sechs oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit konsumierten, am höchsten (Männer:

²⁵ Ein Getränk beinhaltet etwa 10 g Reinalkohol.

36,3 %, Frauen: 24,0 %). Bei den Männern nahmen die Anteile jener, die regelmäßig Rauschtrinken praktizierten, zwar mit dem Alter ab, jedoch zeigten immer noch ein Viertel der 30- bis 44-jährigen und ein Fünftel der 45- bis 59-jährigen Männer dieses riskante Trinkmuster zumindest einmal im Monat. Bei den gleichaltrigen Frauen lagen diese Anteile bei 9,6 % bzw. 7,2 %.

Krankheitsprävention und Gesundheitsvorsorge

„Mit Prävention ist die Erwartung verbunden, durch gezielte Maßnahmen die Krankheitslast in der Bevölkerung zu verringern. Dabei umfasst Prävention alle Aktivitäten, die mit dem Ziel durchgeführt werden, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Präventionsansätze unterscheiden sich hinsichtlich der zeitlichen Perspektive im Krankheitsverlauf nach Primärprävention (vor Krankheitsbeginn, beispielsweise Impfen), Sekundärprävention (im Frühstadium einer Erkrankung, zum Beispiel Früherkennungsmaßnahmen) und Tertiärprävention (bei einer Krankheitsmanifestation, wie beispielsweise Patientenschulungen).“²⁶

Die Gesundheitsbefragung 2019 beinhaltete Fragen zur Inanspruchnahme von Impfungen, Maßnahmen zur Früherkennung und Verhaltensprävention. Die Fragestellung zu den **Impfungen** bezog sich auf den aufrechten Impfschutz. Hinsichtlich der **Früherkennungsmaßnahmen** wurde gefragt, ob die jeweilige Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten zwölf Monate, vor länger als einem Jahr oder noch nie durchgeführt wurde. Für einige Untersuchungen wurden auch kürzere Zeitabstände abgefragt.

Folgende Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen wurden im Fragenprogramm berücksichtigt:

- Grippeimpfung (jährliche Impfung empfohlen)
- FSME-Impfung (Zeckenimpfung; Auffrischung alle fünf Jahre)
- Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio (Auffrischung alle zehn Jahre)
- Pneumokokkenimpfung (nur ab 50-Jährige befragt; Auffrischung alle zehn Jahre nur bei besonderem Risiko)
- Blutdruckmessung (von medizinischem Fachpersonal)

²⁶ Robert Koch-Institut zum Thema „Prävention“

- Cholesterinmessung (von medizinischem Fachpersonal)
- Blutzuckermessung (von medizinischem Fachpersonal)
- Bestimmung von verstecktem Blut im Stuhl (Okkultbluttest oder Hämokkulttest)
- Darmspiegelung
- Mammographie
- Gebärmutterhalsabstrich (Krebsabstrich)

8,8 % der Befragten gaben an, im Jahr vor der Befragung eine **Grippeimpfung** in Anspruch genommen zu haben (Abbildung 23). Bei weiteren 21,3 % lag die Impfung länger als ein Jahr zurück. Die Grippeimpfung sollte aufgrund der hohen Mutationsrate des Influenzavirus jährlich erfolgen. Mehr als zwei Drittel der befragten Personen (69,8 %) hatten noch niemals eine Grippeimpfung in Anspruch genommen.

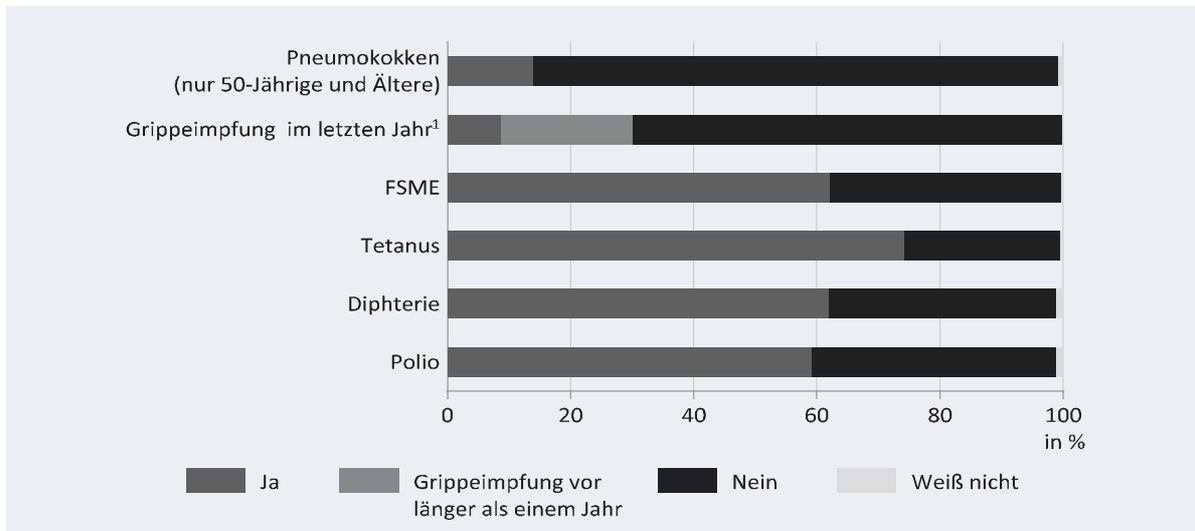
Im Gegensatz zur Grippeimpfung bestand bei der alle fünf Jahre aufzufrischenden **FSME-Impfung (Zeckenimpfung)** bei rund zwei Drittel der Befragten (62,2 %) ein aufrechter Impfschutz.

Die **Pneumokokkenimpfung** wird Personen höheren Alters zum Schutz vor Lungenentzündungen empfohlen. Rund jede siebente Person ab 50 Jahren (13,9 %) hatte einen aufrechten Impfschutz gegen eine Pneumokokkeninfektion.

Für die Impfungen gegen **Tetanus, Diphtherie** und **Polio** wird empfohlen, dass alle zehn Jahre eine Auffrischung durchgeführt wird. Während ein aufrechter Impfschutz gegen Tetanus von rund drei Viertel der befragten Personen ab 15 Jahren (74,2 %) angegeben wurde, lag der Anteil der gegen Diphtherie und Polio geschützten Personen etwas darunter (61,9 % bzw. 59,2 %).

Während die **Geschlechtsunterschiede** hinsichtlich des Impfverhaltens gering waren, zeigten sich deutliche **Alterseffekte**. Die Inanspruchnahme der Grippeimpfung nahm mit steigendem Alter zu: Lediglich 5,8 % der befragten Personen, die jünger als 60 Jahre waren, aber 16,2 % der Personen ab 60 Jahren ließen im Jahr vor der Befragung eine Grippeimpfung vornehmen. Für den aufrechten Impfschutz gegen FSME, Tetanus, Diphtherie und Polio zeigte sich ein gegenteiliger Alterstrend: Der Anteil der gegen diese Infektionen geschützten Personen war für alle Impfungen bei den unter 60-Jährigen größer als bei der älteren Gruppe.

Abbildung 23 Aufrechter Impfschutz 2019 für ausgewählte Krankheiten



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – ¹ Bei der Grippeimpfung bedeutet die Kategorie „Nein“, dass noch nie eine Grippeimpfung durchgeführt wurde.

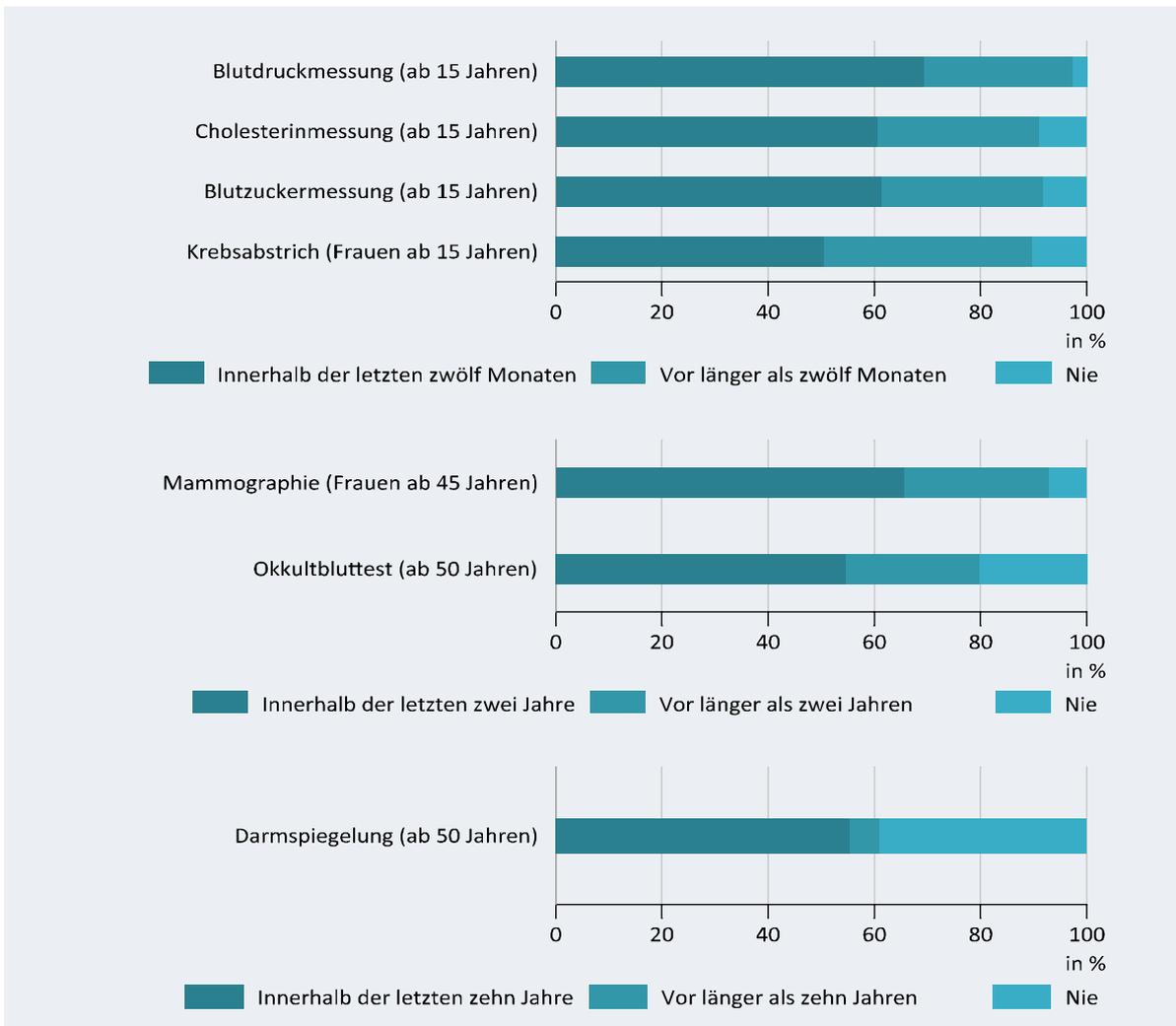
Die am häufigsten in Anspruch genommene **Früherkennungsmaßnahme** war die **Blutdruckmessung** (Abbildung 24): Im Jahr vor der Befragung wurde sie bei mehr als zwei Drittel der Befragten im Alter ab 15 Jahren zumindest einmal von einem medizinischen Fachpersonal durchgeführt (69,5 %). Frauen ließen in den vorangegangenen zwölf Monaten häufiger eine Blutdruckmessung vornehmen als Männer (72,3 % bzw. 66,5 %). Bei den Befragten ab 60 Jahren wurde eine Blutdruckmessung öfters durchgeführt als bei den unter 60-Jährigen (83,8 % zu 63,6 %). Lediglich bei 2,6 % der Befragten war der Blutdruck noch nie von einem medizinischen Fachpersonal gemessen worden.

Cholesterinmessung und **Blutzuckerbestimmung** wurden in ähnlichem Ausmaß in Anspruch genommen: Deutlich mehr als die Hälfte der Personen ab 15 Jahren (60,7 % bzw. 61,4 %) hatte diese Untersuchungen im Jahr vor der Befragung durchführen lassen, nur ein geringer Teil (8,8 % bzw. 8,1 %) hat sie noch nie in Anspruch genommen. Wie schon beim Blutdruck gilt auch für Cholesterin und Blutzucker, dass Messungen bei Frauen öfters durchgeführt und mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen wurden.

Die beiden Vorsorgemaßnahmen betreffend die Darmgesundheit – der **Okkultbluttest** und die **Darmspiegelung** – werden für die Altersgruppe ab 50 Jahren empfohlen. Bei rund der Hälfte der Personen ab 50 Jahren (54,7 %) wurde innerhalb der letzten beiden Jahre ein Okkultbluttest gemacht, etwa ein Fünftel der Männer und Frauen ab 50 Jahren

(20,2 %) hatte sich dieser Untersuchung noch nie unterzogen. Innerhalb der letzten zehn Jahre wurde bei 55,4 % der ab 50-Jährigen eine Darmspiegelung durchgeführt, während 38,9 % dieser Bevölkerungsgruppe noch nie bei einer Darmspiegelung waren.

Abbildung 24 Teilnahme an ausgewählten Früherkennungsmaßnahmen 2019



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Unter den frauenspezifischen Vorsorgeuntersuchungen sind die **Mammographie** und der **Gebärmutterhalsabstrich** (Krebsabstrich) wesentliche Maßnahmen, da sie die häufigsten Krebserkrankungen von Frauen betreffen. Die Empfehlung zur Inanspruchnahme einer Mammographie betrifft Frauen ab 45 Jahren. In dieser Altersgruppe waren innerhalb der letzten zwei Jahre 65,7 % der Frauen bei einer Mammographie, 27,2 % vor länger als zwei

Jahren und 7,1 % noch nie. Rund die Hälfte der Frauen ab 15 Jahren ließen innerhalb des letzten Jahres einen Gebärmutterhalsabstrich durchführen, jede zehnte Frau dieser Altersgruppe war noch nie bei dieser Untersuchung.

Soziale Unterstützung

Das soziale Umfeld ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheit. Soziale Unterstützung kann sich besonders auf das psychische Wohlbefinden auswirken und zur besseren Bewältigung psychosozialer Belastungen beitragen.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2019 wurde soziale Unterstützung mit der „Oslo-3-Items-Social-Support-Scale“ (OSSS-3) abgefragt. Diese OSSS-3-Skala misst die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Es wird gefragt, auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen kann, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem zeigen, was man tut, und wie leicht es ist, praktische Hilfe in der Nachbarschaft zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit drei Ausprägungen (geringe, mittlere und starke Unterstützung) berechnet.

Rund die Hälfte der Bevölkerung (55,3 %) gab an, starke soziale Unterstützung zu erfahren – Männer und Frauen in ungefähr gleichem Ausmaß. Dagegen erfuhren 7,9 % der Männer und 7,3 % der Frauen nur geringe soziale Unterstützung (Übersicht 11). Mit zunehmendem Alter nahm das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung ab: Rund 10 % der Männer ab 60 Jahren sowie 14,2 % der Frauen ab 75 Jahren empfanden die soziale Unterstützung als gering.

Übersicht 11 Soziale Unterstützung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht, Alter	Personen ab 15 Jahren in 1.000	Geringe soziale Unterstützung	Mittlere soziale Unterstützung	Starke soziale Unterstützung
Männer	3.623,9	7,9	37,6	54,5
15–29 Jahre	764,5	4,0	36,1	59,9
30–44 Jahre	871,0	9,2	36,9	53,9
45–59 Jahre	1.005,5	7,5	37,8	54,7
60–74 Jahre	652,8	10,2	37,0	52,9
75+ Jahre	330,2	10,0	43,4	46,7

Geschlecht, Alter	Personen ab 15 Jahren in 1.000	Geringe soziale Unterstützung	Mittlere soziale Unterstützung	Starke soziale Unterstützung
Frauen	3.793,9	7,3	36,7	56,0
15–29 Jahre	729,2	5,5	39,3	55,2
30–44 Jahre	855,4	5,7	34,7	59,6
45–59 Jahre	1.014,7	7,1	33,4	59,4
60–74 Jahre	720,0	6,9	37,9	55,2
75+ Jahre	474,6	14,2	41,4	44,4

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

2.4 Medizinische Versorgung

Das österreichische Gesundheitssystem ist vielschichtig: 264 Krankenhäuser und etwa 900 Spitalsambulanzen sowie rund 20.000 Ärzte und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich gewährleisten die medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung (Stand 2018).

Neben der Inanspruchnahme der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung stand in der Gesundheitsbefragung 2019 erstmals die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Blickfeld.

Inanspruchnahme stationärer medizinischer Versorgung

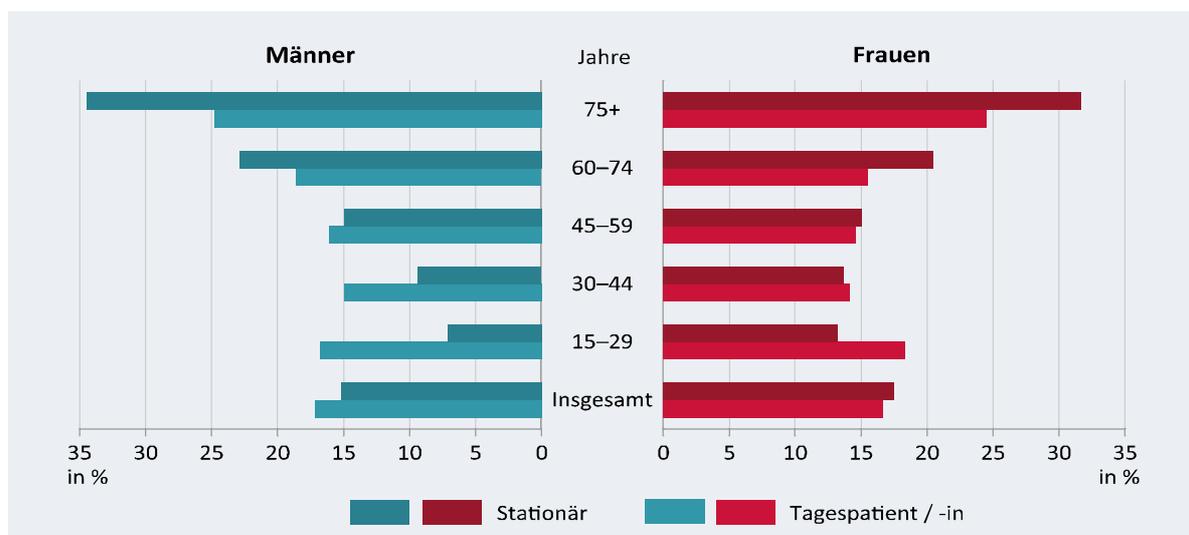
Zur statistischen Darstellung der Inanspruchnahme der stationären Gesundheitsversorgung gibt es in Österreich die Spitalsentlassungsstatistik, welche auf Basis der Daten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erstellt wird. Nachteil dieser Statistik ist, dass sie fallbezogen ist, d.h. Personen, die mehrmals im Jahr im Krankenhaus sind, werden in der Statistik auch mehrmals gezählt. Daher wurden in der Gesundheitsbefragung Fragen zur stationären Versorgung aufgenommen, auch um für den internationalen Vergleich harmonisierte Daten zu erhalten. Gründe für einen Krankenhausaufenthalt bzw. Diagnosen wurden nicht erfragt.

Rund jede sechste Person ab 15 Jahren verbrachte in den letzten zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt **zumindest eine Nacht im Spital**, Frauen geringfügig häufiger als Männer (Abbildung 25).

Durchschnittlich waren diese Personen 9,4 Tage im Spital. Mit zunehmendem Alter mehrten sich die Krankenhausaufenthalte, wobei bis zum Alter von 45 Jahren Frauen wesentlich häufiger als Männer einen Krankenhausaufenthalt hatten. Rund ein Drittel der Personen ab 75 Jahren gab in den letzten zwölf Monaten einen stationären Spitalsaufenthalt an, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 14,0 Tage.

17,2 % der Männer und 16,6 % Frauen hatten im Beobachtungszeitraum zumindest einen **tagesklinischen Aufenthalt** im Spital (stationär aufgenommen, aber am selben Tag wieder entlassen; Abbildung 25).

Abbildung 25 Anteil der Personen mit stationären und tagesklinischen Aufenthalten 2019 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die tagesklinischen Aufenthalte wurden mit dem Alter häufiger, wobei es nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede gab. Die durchschnittliche Anzahl der Tagesaufnahmen pro betroffener Person lag bei 3,1.

Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung erfolgt auf drei Schienen.²⁷ Der größte Anteil wird von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und-medizinerinnen, Fachärzten und-ärztinnen sowie Zahnärzten und-ärztinnen in ihren Praxen übernommen. Zum sogenannten „extramuralen Bereich“ der ambulanten Versorgung zählen außerdem

²⁷ www.gesundheit.gv.at

auch die Ambulatorien der Krankenkassen sowie andere (privat geführte) selbstständige Ambulatorien. Darüber hinaus stehen in den Krankenhäusern („intramuraler Bereich“) für die ambulante Versorgung auch Spitalsambulanzen zur Verfügung. Ambulante Versorgung leisten daneben noch weitere Ausübende von Gesundheitsberufe wie Ergo- und Physiotherapeuten und-therapeutinnen, Hebammen, Logopäden und Logopädinnen.

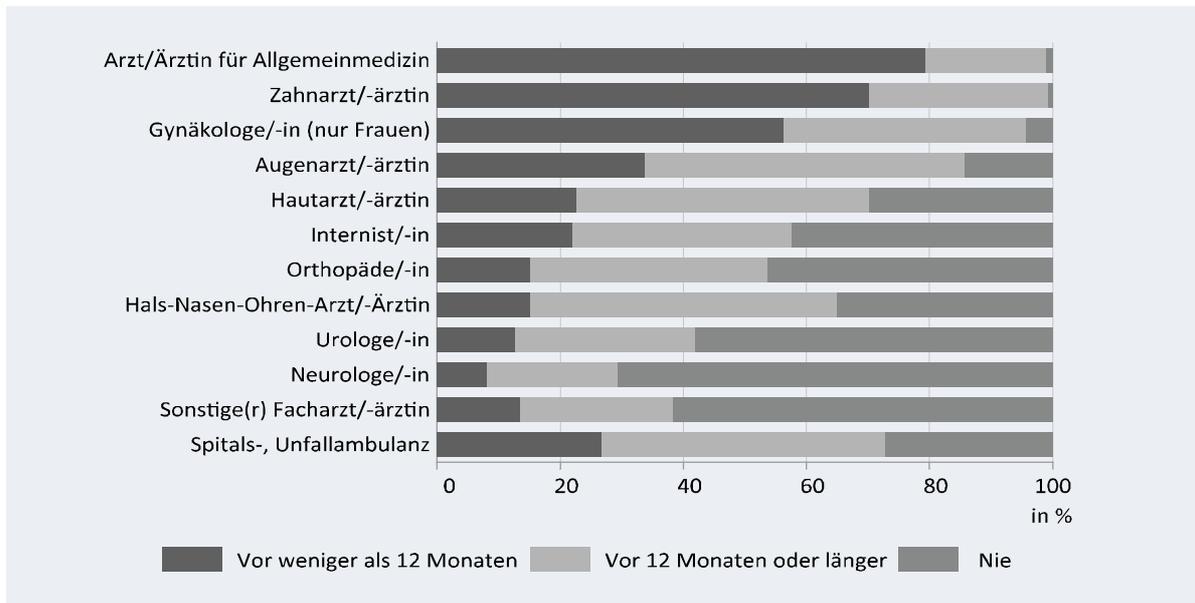
Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2019 wurden Fragen zur Inanspruchnahme von folgenden ambulanten Gesundheitsangeboten gestellt:

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Zahnarzt/-ärztin
- Facharzt/-ärztin (Fachrichtungen: Gynäkologie, Urologie, Haut, Augen, Interne Medizin, Neurologie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohren (HNO), sonstige Fachrichtung)
- Spitalsambulanz
- Physiotherapeut/-in, Chiropraktiker/-in, Osteopath/-in
- Psychologe/Psychologin, Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in
- häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste

79,4 % der Personen ab 15 Jahren gaben an, im Jahr vor der Befragung zumindest einmal einen **praktischen Arzt bzw. eine praktische Ärztin** aufgesucht zu haben (Abbildung 26). Hochgerechnet waren das 5,9 Mio. Personen. Frauen hatten etwas häufiger als Männer zumindest einmal in den zwölf Monaten vor der Befragung einen praktischen Arzt bzw. eine praktische Ärztin konsultiert (Männer: 76,9 %, Frauen: 81,9 %; Abbildung 27). Mit zunehmendem Alter zeigte sich ein Anstieg in der Inanspruchnahme. Bezogen auf einen Referenzraum von vier Wochen waren Frauen geringfügig häufiger als Männer bei einem praktischen Arzt oder einer praktischen Ärztin (1,7-mal bzw. 1,5-mal).

70,4 % der Bevölkerung ab 15 Jahren suchten in den letzten zwölf Monaten einen **Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin** auf (Abbildung 26). Im Erwerbsalter lag dieser Anteil bei 73,9 %, im Pensionsalter bei 61,8 %. Frauen besuchten etwas häufiger als Männer einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin (Männer: 67,8 %, Frauen: 72,8 %).

Abbildung 26 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung 2019



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

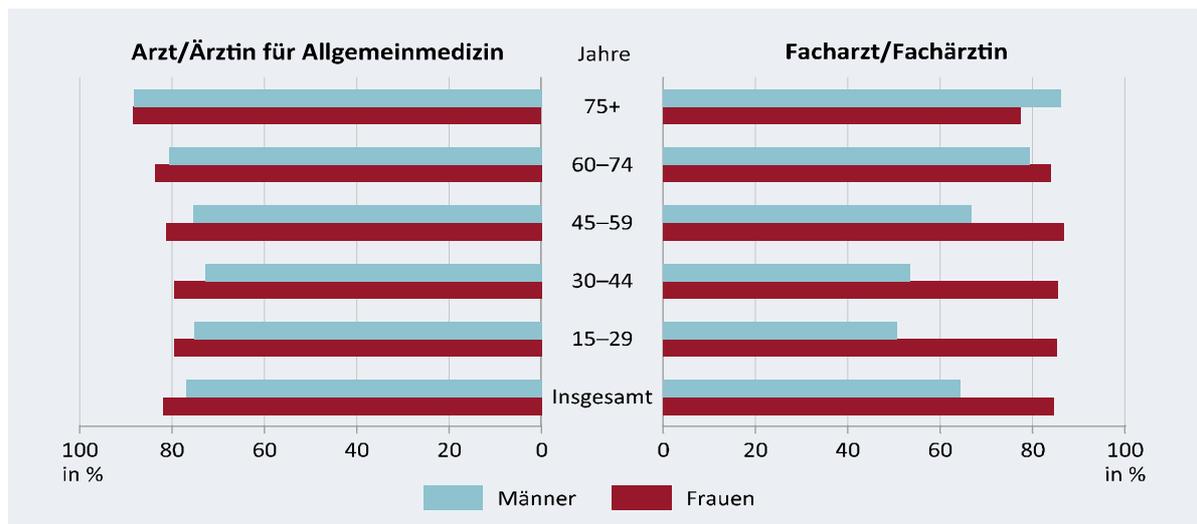
Drei Viertel der Bevölkerung ab 15 Jahren waren in den letzten zwölf Monaten bei zumindest einem **Facharzt oder einer Fachärztin** (74,6 %). Frauen nahmen wesentlich häufiger fachärztliche Behandlungen in Anspruch als Männer (84,5 % bzw. 64,2 %), was sich zu einem großen Teil aus dem Bedarf an gynäkologischer Versorgung in der reproduktiven Phase erklären lässt. Jede zweite Frau (56,4 %) suchte im Jahr vor der Befragung einen **Gynäkologen bzw. eine Gynäkologin** auf, bei den Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren waren es sogar 68,0 %. Rund ein Drittel der Befragten (33,7 %) konsultierte im Jahr vor der Befragung einen **Augenarzt bzw. eine Augenärztin**, jeweils rund ein Viertel einen **Hautarzt bzw. eine Hautärztin** (22,7 %) oder einen **Internisten bzw. eine Internistin** (22,0 %). Nur jede siebente der befragten Personen suchte im Jahr vor der Befragung eine Ordination für **Orthopädie** (15,2 %), **Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen** (15,1 %) oder **Urologie** (12,7 %) auf. Lediglich 8,1 % der befragten Personen waren bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin für **Neurologie**.

Eine **Spitals- oder Unfallambulanz** suchte nach eigenen Angaben ein Viertel der Befragten im Zeitraum von einem Jahr vor der Befragung auf.

In der ambulanten ärztlichen Gesundheitsversorgung sind deutliche **alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme** zu erkennen. Die

Inanspruchnahme-Muster für praktische Ärzte bzw. Ärztinnen unterscheiden sich zudem von jenen für Fachärzte bzw. Fachärztinnen (Abbildung 27).

Abbildung 27 Anteil der Personen mit Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung 2019 nach Alter und Geschlecht



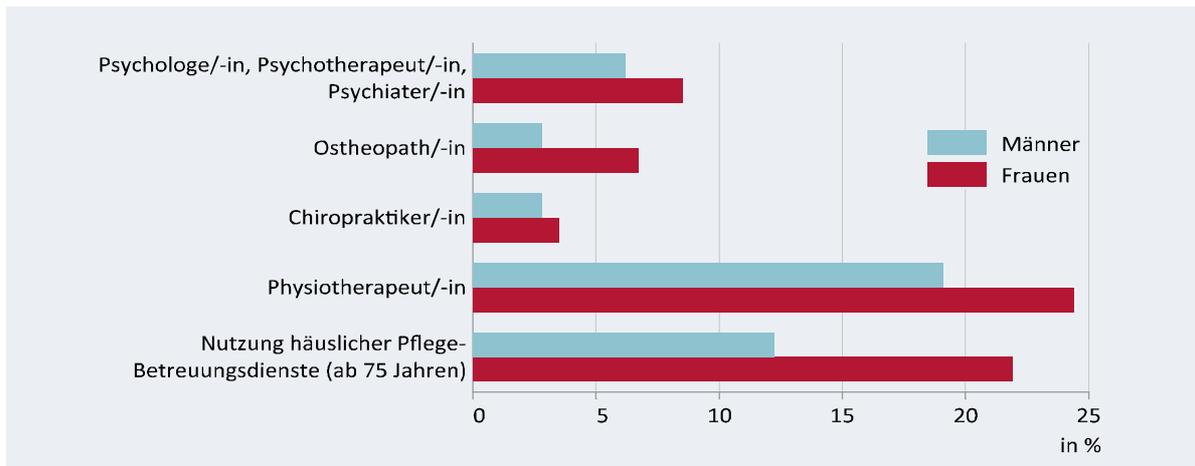
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Frauen gingen in allen Altersgruppen häufiger zum **praktischen Arzt bzw. zur praktischen Ärztin** als Männer, wobei die Unterschiede mit zunehmendem Alter geringer wurden. Der Anteil der Männer mit Arztbesuchen im Jahr vor der Befragung stieg von 75,1 % im Alter von 15 bis 29 Jahren auf 88,3 % bei den ab 75-Jährigen. Bei den Frauen stiegen die entsprechenden Anteile von 79,6 % auf 88,4 %.

Männer unter 60 Jahren konsultierten seltener einen **Facharzt bzw. eine Fachärztin** als Frauen. Jedoch wurde bei den Männern der Besuch bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin mit zunehmenden Alter häufiger: Der Anteil der Männer mit Arztbesuchen im Jahr vor der Befragung stieg von 50,6 % im Alter von 15 bis 29 Jahren auf 86,2 % bei den ab 75-jährigen. Hingegen sank der Anteil der Frauen, die innerhalb des vorangegangenen Jahres fachärztliche Ordinationen aufgesucht hatten (von 85,3 % der 15- bis 29-jährigen Frauen auf 77,3 % bei den Frauen im Alter von 75 Jahren und darüber).

Über die ärztliche Versorgung hinaus wurden in der Gesundheitsbefragung 2019 noch weitere Fragen zur **Inanspruchnahme nichtärztlicher ambulanter Versorgungsangebote** in den letzten zwölf Monaten gestellt (Abbildung 28).

Abbildung 28 Anteil der Personen mit Inanspruchnahme nichtärztlicher ambulanter Versorgungsangebote innerhalb der letzten zwölf Monate 2019 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Sehr häufig wurden **physiotherapeutische Leistungen** in Anspruch genommen: Hochgerechnet 1,6 Mio. Personen bzw. 21,8 % der Bevölkerung bekamen eine Physiotherapie (19,1 % der Männer und 24,4 % der Frauen).

Frauen gingen häufiger als Männer zu einem **Osteopathen** bzw. einer **Osteopathin** (6,7 % bzw. 2,8 %). Bei einem **Chiropraktiker** bzw. einer **Chiropraktikerin** waren rund 237.000 Personen bzw. 3,2 % der Bevölkerung.

Psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung und Behandlung nahmen rund 548.000 Personen bzw. 7,4 % der Bevölkerung in Anspruch, Frauen etwas häufiger als Männer (8,5 % zu 6,2 %).

Häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste, wie z.B. Pflege durch Pflegekräfte, Heimhilfen, Essen auf Rädern oder Fahrdienste, nahmen hochgerechnet rund 144.000 Personen der Altersgruppe 75 und darüber in Anspruch, Frauen doppelt so häufig wie Männer (21,9 % bzw. 12,2 %).

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Erstmals gab es in der Gesundheitsbefragung 2019 auch Fragen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und der medizinischen Versorgung. Neben der allgemeinen Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung wurden Fragen zur Zufriedenheit mit folgenden medizinischen Gesundheitseinrichtungen gestellt:

- Spitalsambulanz
- Krankenhaus (bei stationärem Aufenthalt)
- Facharzt/-ärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Therapeut/-in

Sechs von zehn Personen ab 15 Jahren beurteilten die Qualität der medizinischen Versorgung mit „hervorragend“ oder „sehr gut“ (Übersicht 12). Männer vergaben häufiger die Bestnoten als Frauen (65,5 % bzw. 57,8 %).

Vor allem Männer im Alter von 15 bis 29 Jahren waren mit der Qualität der medizinischen Versorgung zufrieden – drei von vier Männern in dieser Altersgruppe beurteilte mit einem „Hervorragend“. Rund ein Viertel der Bevölkerung war mittelmäßig zufrieden und beurteilte mit „gut“ (Männer: 25,2 %, Frauen: 29,6 %). Etwa ein Zehntel der Bevölkerung war mit der Qualität der medizinischen Versorgung weniger zufrieden (Männer: 9,3%, Frauen: 12,6%), vor allem Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahre antworteten öfter mit „ausreichend“ oder „schlecht“ (17,3 %).

Übersicht 12 Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

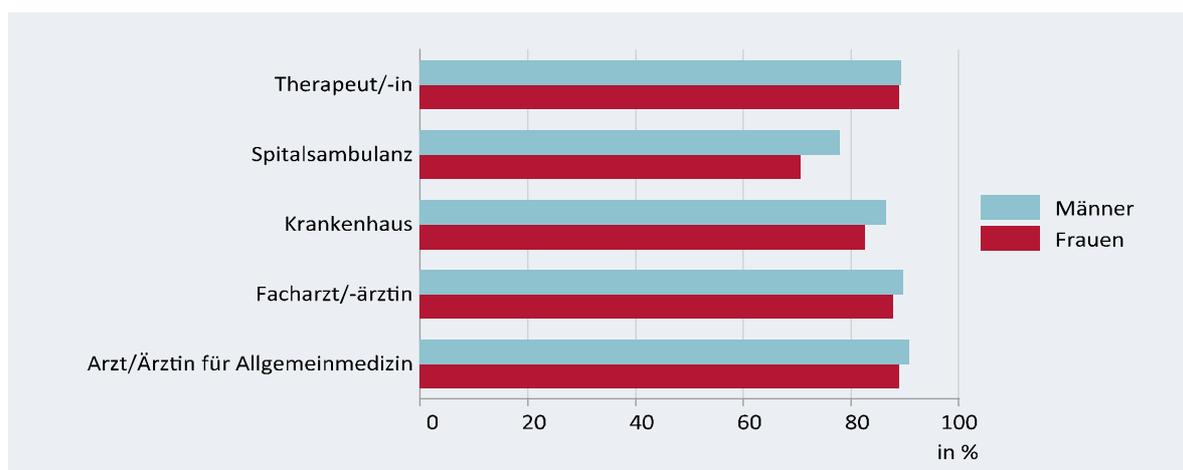
Alter, Geschlecht	Hervorragend	Sehr gut	Gut	Ausreichend	Schlecht
Männer	20,1	45,4	25,2	7,4	1,9
15–29 Jahre	24,4	49,9	19,2	4,9	1,6
30–44 Jahre	21,0	45,7	24,9	6,9	1,6
45–59 Jahre	17,8	43,2	27,8	8,8	2,4
60–74 Jahre	19,0	42,8	27,3	8,6	2,3
75+ Jahre	16,8	45,9	27,8	7,8	1,7

Alter, Geschlecht	Hervorragend	Sehr gut	Gut	Ausreichend	Schlecht
Frauen	15,2	42,6	29,6	9,5	3,1
15–29 Jahre	18,4	47,4	26,8	5,5	1,9
30–44 Jahre	15,3	43,2	29,2	9,8	2,5
45–59 Jahre	14,2	36,8	31,8	12,9	4,4
60–74 Jahre	12,6	43,5	31,0	9,5	3,3
75+ Jahre	15,9	45,3	28,0	7,3	3,4

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Für rund zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen traf folgende Aussage auf das österreichische Gesundheitssystem zu: „Im Großen und Ganzen funktioniert das System recht gut. Es sind nur kleine Verbesserungen nötig“. Gut ein Drittel äußerte sich mit: „Teilweise funktioniert unser Gesundheitssystem gut, aber es sind auch wesentliche Änderungen notwendig“. Für etwa 5 % der Befragten „läuft in unserem Gesundheitssystem so vieles falsch, dass es von Grund auf neugestaltet werden müsste“.

Abbildung 29 Anteil der Personen, die mit ausgewählten Gesundheitseinrichtungen (sehr) zufrieden waren 2019, nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Abbildung 29 zeigt den Anteil der Personen, die oben erwähnte medizinische Gesundheitseinrichtungen beurteilt und sehr zufrieden bzw. zufrieden waren. Die österreichische Bevölkerung war mit der Versorgung im extramuralen Bereich häufiger (sehr) zufrieden als im intramuralen Bereich. Rund 90 % der Männer und Frauen ab 15 Jahren waren mit der medizinischen Versorgung beim praktischen Arzt bzw. bei der praktischen Ärztin (sehr) zufrieden. Ähnliche Ergebnisse gab es punkto Facharzt/-ärztin sowie Therapeut/-in. Die Versorgung im Krankenhaus wurde von 86,5 % der Männer und 82,5 % der Frauen als (sehr) zufriedenstellend empfunden, während das in der Spitalsambulanz nur bei rund drei Viertel der Personen (Männer: 77,9 %, Frauen: 70,7 %) der Fall war.

2.5 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen

Bislang gibt es in Österreich nur wenige systematische statistische Erhebungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine der umfassendsten Datenquellen ist die österreichweite HBSC-Befragung²⁸, die alle vier Jahre mittels Fragebogen bei einer Stichprobe von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern Gesundheitsdeterminanten und den Gesundheitszustand erhebt.

Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besser abbilden zu können, wurden erstmals im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 Informationen zu Kindern unter 18 Jahren erhoben. 2019 wurde der Themenblock mit einigen Adaptierungen im Fragebogen wiederholt. Die Fragen waren an die Eltern gerichtet und betrafen alle im jeweiligen Haushalt lebenden Kinder. Dabei gab der befragte Elternteil Auskunft zu folgenden Gesundheitsthemen:

- allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- Inanspruchnahme von Impfungen
- Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder
- gesundheitliches Wohlbefinden (körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Freunde, Schule)

Allgemeiner Gesundheitszustand

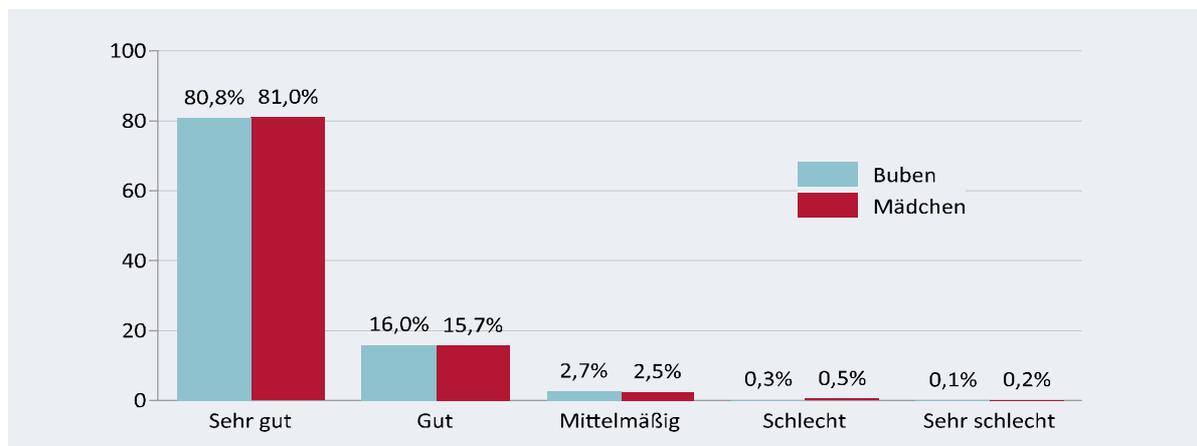
Die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit wurde im Rahmen der Fragen für die 0- bis 17-Jährigen von den Eltern vorgenommen (Fremd-Einschätzung).

Die meisten Eltern, nämlich 96,8 %, schätzten den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut ein (Abbildung 30). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem mittelmäßigen oder schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand lag bei 3,2 %, wobei nur sehr wenige Eltern zu einer sehr schlechten Beurteilung gelangten (0,2 % bzw. hochgerechnet rund 2.700 Kinder).

²⁸ HBSC: Health Behaviour in School-aged Children Study.

In keiner Altersgruppe zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Mädchen und Buben. 2,2 % der Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter wiesen laut ihren Eltern einen mittelmäßigen oder schlechten Gesundheitszustand auf. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen, also mit Beginn des Jugendalters, stieg dieser Anteil bei den Buben und Mädchen bis auf 5,3 % bzw. 6,3 % an.

Abbildung 30 Allgemeiner Gesundheitszustand bei 0- bis 17-Jährigen 2019 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Angaben der Eltern.

Inanspruchnahme von Impfungen

Da Impfungen in geringem Ausmaß mit Risiken verbunden sind, wird die Inanspruchnahme – teilweise sehr emotional – öffentlich diskutiert. Es ist bekannt, dass ein Teil der Eltern das Impfen ihrer Kinder ablehnt. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 wurden die Eltern gefragt, ob sie das kostenlose Impfangebot²⁹ für ihre Kinder

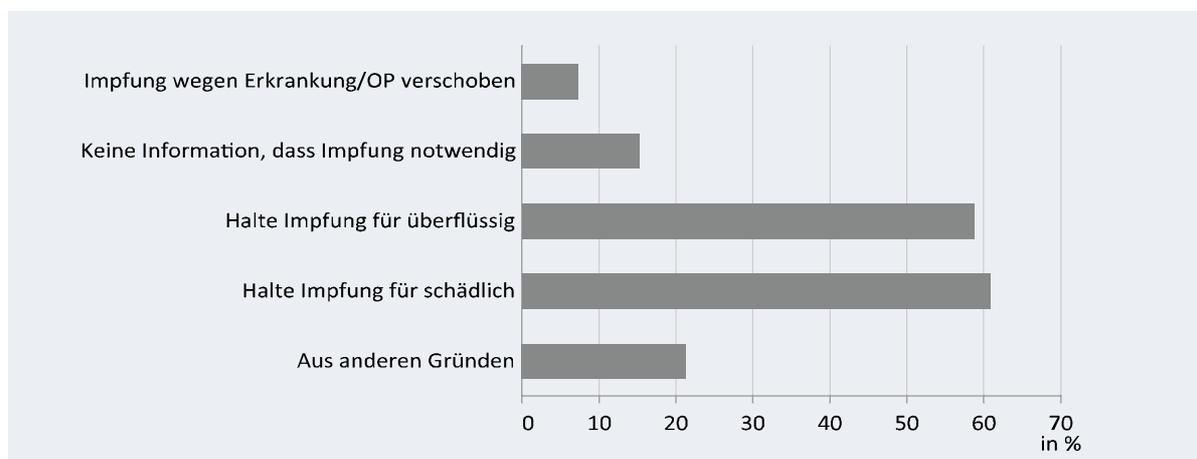
²⁹ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Das kostenlose Kinderimpfprogramm wurde vor fast 20 Jahren mit dem klaren Ziel ins Leben gerufen, allen in Österreich lebenden Kindern bis zum 15. Lebensjahr Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen, ohne dass dafür den Erziehungsberechtigten Kosten entstehen. Die Prioritäten bei der Auswahl der Impfungen wurden einerseits auf sehr häufig vorkommende Erkrankungen, andererseits auf seltene, sehr schwerwiegend verlaufende Krankheiten gesetzt. Eine weitere Vorgabe war, dass man die Kinder mit möglichst wenigen Stichen gegen möglichst viele Krankheiten schützt.

nutzen. Jene Eltern, die das Impfangebot nicht angenommen hatten, wurden nach den Gründen gefragt.

Für den überwiegenden Teil der Kinder (91,9 %) wurde laut Angaben der Eltern das **kostenlose Impfangebot** angenommen.

Unter den restlichen **8,1 % bzw. hochgerechnet rund 123.500 Kindern, deren Eltern das Impfangebot nicht annahmen**, waren die häufigsten Gründe der Ablehnung, dass Impfen als schädlich (60,9 %) oder überflüssig (58,7 %) bewertet wurde (Abbildung 31). 15,3 % hatten keine Information darüber erhalten, dass Impfungen notwendig sind. Dieser Grund wurde häufiger bei älteren Kindern genannt (bei 14- bis 17-jährigen Kindern: 22,1 %) bzw. von Eltern mit Migrationshintergrund (25,0 %). Gegenüber 2014 nahmen etwa gleich viele Eltern das kostenlose Impfangebot an.

Abbildung 31 Gründe für Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder 2019 (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Angaben der Eltern.

Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder

Die Zunahme chronischer Erkrankungen in den westlichen Ländern ist bereits im Kindes- und Jugendalter zu beobachten. Zur Einschätzung des **Bedarfs an langfristiger Gesundheitsversorgung von Kindern** wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019

ein in den USA entwickelter Fragebogen verwendet, der im Gesundheitssurvey für Kinder und Jugendliche in Deutschland (KiGGS) erprobt wurde (CSHCN-Screener – Children with Special Health Care Needs).³⁰

Laut **CSHCN-Screener** besteht ein spezieller, langfristiger Versorgungsbedarf, wenn die Eltern mindestens eine der fünf Hauptfragen einschließlich der zugehörigen Unterfragen bejahen: Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente; Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung; funktionelle Einschränkungen; spezieller Therapiebedarf; emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme. In den zwei Unterfragen wird erfasst, ob der angegebene Versorgungsbedarf einer Krankheit, Verhaltensstörung oder einem anderen gesundheitlichen Problem zuzuordnen ist, und ob dieses Problem bereits zwölf Monate anhält bzw. absehbar ist, dass es mindestens zwölf Monate bestehen wird.

Laut Definition des CSHCN-Screeners hatten insgesamt 8,3 % der Kinder und Jugendlichen (Buben: 9,6 %, Mädchen: 7,0 %) einen speziellen Versorgungsbedarf (Übersicht 13). Der spezielle Versorgungsbedarf nahm mit dem Alter der Kinder deutlich zu.

In der jüngsten Altersgruppe wurde nur bei 3,9 % der Buben und 3,7 % der Mädchen ein spezieller Bedarf angegeben; bei den 14- bis 17-Jährigen waren es bereits 10,4 % der Buben und 11,4 % der Mädchen. Im Alter zwischen drei und zehn Jahren war der spezielle Versorgungsbedarf der Buben (mehr als) doppelt so hoch wie jener der Mädchen. Ein Großteil der Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf (86,8 %) bekam die notwendige Behandlung. Für immerhin 29.000 Kinder stand keine entsprechende Behandlung bzw. Beratung zur Verfügung. Aus der zu wählenden Liste der Gründe³¹ wurde am häufigsten „Keine Information von Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/-in“ angegeben (31,2 %). Bei rund der Hälfte der Kinder ohne entsprechende Behandlung gaben die Eltern „andere Gründe“ an.

³⁰ Scheidt-Nave, C./Ellert, U./Thyen, U./Schlaud, M.: Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2008, 51: 592–601.

³¹ Folgende Gründe konnten gewählt werden: finanzielle Gründe, zu lange Warteliste oder Wartezeiten, zeitlich nicht möglich, Erreichbarkeit nicht gegeben, keine Information vom Arzt/Therapeuten, anderer Grund.

Übersicht 13 Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf laut CSHCN 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter, Geschlecht	Kinder insgesamt in 1.000	Buben in 1.000	Mädchen in 1.000	Spezieller, langfristiger Versorgungsbedarf (CSHCN) in Prozent		
				Insgesamt	Buben	Mädchen
Kinder 0–17 Jahre	1.516,1	779,5	736,6	8,3	9,6	7,0
0–2 Jahre	258,7	133,3	125,4	3,8	3,9	3,7
3–6 Jahre	337,2	174,0	163,2	7,6	10,7	4,3
7–10 Jahre	331,4	170,4	160,9	9,1	12,0	6,0
11–13 Jahre	250,5	127,9	122,6	9,6	9,7	9,5
14–17 Jahre	338,3	173,8	164,5	10,9	10,4	11,4

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Angaben der Eltern.

Gesundheitliches Wohlbefinden

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ab drei Jahren wurde der dafür entwickelte KINDL-R³² verwendet, wobei in der Gesundheitsbefragung 2019 die Kurzform des KINDL-R zur Anwendung kam. Der KINDL-R ist ein kurzes, methodisch geprüftes und flexibles Instrument und kann bei Kindern bzw. Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren eingesetzt werden. Darüber hinaus werden für jede Altersversion des KINDL-R eine Selbstbefragungs- und eine Fremdbefragungsversion angeboten. Beim ATHIS 2019 kam die Fremdbefragungsversion zum Einsatz.

Grundsätzlich folgt der KINDL-R einem krankheitsübergreifenden Ansatz und kann somit zur Erfassung der Lebensqualität sowohl bei gesunden wie auch bei kranken Kindern eingesetzt werden. Die Kurzversion des KINDL-R umfasst zwölf Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Die Befragten konnten jedes Item mittels einer fünfstufigen Antwortskala (nie, selten, manchmal, oft, immer) beantworten. Daraus wurden die Mittelwerte für die Dimensionen „Körperliches Wohlbefinden“, „Emotionales

³² Ravens-Sieberer, U./Bullinger, M.: Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, 1998(a) 7 (5), 399–407.

Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Wohlbefinden in der Familie“, „Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige“ und „Schulisches Wohlbefinden“ berechnet. Die Ergebnisse können auch zu einem Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammengefasst werden. Jede der einzelnen Skalen kann Werte in einem Bereich von 0 bis 100 annehmen.³³

Übersicht 14 zeigt die mittleren Skalenwerte der Lebensqualität für die einzelnen Dimensionen und den Gesamtwert für alle Kinder von 3 bis 17 Jahren zusammen sowie gegliedert nach Alter und Geschlecht. Außerdem wird zwischen Kindern mit und ohne speziellem Versorgungsbedarf unterschieden.

Der aus den Elternangaben berechnete durchschnittliche Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen betrug 85,0 Punkte. Über die Altersgruppen hinweg verringerte sich der Gesamtwert von 86,9 Punkten bei den 3- bis 6-Jährigen auf 82,5 Punkte bei den 14- bis 17-Jährigen. Dieser Trend fand sich auch in den Dimensionen „Psyche“, „Selbstwert“ und „Kindergarten/Schule“ und etwas schwächer ausgeprägt bei „Familie“ und „Freunde“.

Mädchen hatten beim Bereich „Körper“ einen geringeren Wert als Buben (84,8 bzw. 87,3), dafür bei „Schule“ einen höheren Wert (85,5 bzw. 82,8). Die Lebensqualität nahm in den meisten Dimensionen bei den Mädchen über das Alter etwas stärker ab als bei den Buben.

Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf wiesen eine stark verminderte Lebensqualität hinsichtlich des Gesamtwerts und in allen Lebensbereichen auf, wobei beim Wohlbefinden in Bezug auf Freunde bzw. Gleichaltrige sowie beim körperlichen Wohlbefinden die größten Unterschiede im Vergleich zu Kindern ohne speziellen Versorgungsbedarf zu erkennen waren.

³³ Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Robert Koch-Institut. Berlin 2007.

Übersicht 14 Gesundheitliches Wohlbefinden des Kindes 2019 nach Alter und Geschlecht
(Mittelwerte der Beurteilung)

Alter, Geschlecht, Versorgungsbedarf	Ins- gesamt in 1.000	Mittelwert der Beurteilung des gesundheitlichen Wohlbefindens des Kindes						
		Gesamt wert	Körper	Psyche	Selbst- wert	Familie	Freun- de	Kinder- garten bzw. Schule
Insgesamt	1.257,4	85,0	86,1	82,9	83,1	91,5	82,5	84,1
3–6 Jahre	337,2	86,9	85,6	86,1	86,0	92,8	83,5	87,6
7–10 Jahre	331,4	86,4	86,7	83,8	84,1	93,0	83,1	87,5
11–13 Jahre	250,5	84,3	86,7	81,9	82,0	90,6	81,9	82,6
14–17 Jahre	338,3	82,5	85,6	79,8	80,2	89,5	81,3	78,6
Ohne speziellen Versorgungsbedarf	1.130,8	85,9	87,2	83,6	84,0	92,1	83,6	85,0
Mit speziellem Versorgungsbedarf	126,5	76,7	75,7	76,5	74,7	85,9	71,7	75,4
Buben	646,2	85,2	87,3	83,6	83,0	91,6	82,6	82,8
3–6 Jahre	174,0	86,7	86,4	86,2	85,4	92,4	82,7	87,0
7–10 Jahre	170,4	86,1	87,9	84,8	83,3	92,1	82,4	85,9
11–13 Jahre	127,9	84,6	88,1	82,0	82,3	91,3	82,9	80,7
14–17 Jahre	173,8	83,2	87,2	81,0	80,8	90,4	82,3	77,3
Mädchen	611,2	84,9	84,8	82,2	83,3	91,4	82,3	85,5
3–6 Jahre	163,2	87,2	84,8	85,9	86,6	93,1	84,3	88,3
7–10 Jahre	160,9	86,7	85,4	82,8	84,9	93,9	83,8	89,1
11–13 Jahre	122,6	84,0	85,3	81,7	81,6	89,7	80,8	84,6
14–17 Jahre	164,5	81,7	83,9	78,4	79,6	88,4	80,1	79,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Angaben der Eltern.

3 Organisation und Ablauf der Erhebung

3.1 Rechtsgrundlage

Die Gesundheitsbefragung 2019 wurde auf der Grundlage der Verordnung EU-VO (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates durchgeführt. Diese legt im Anhang 1 fest, dass in regelmäßigen Abständen eine Gesundheitsbefragung durchgeführt werden soll, um die Europäische Kommission über den Gesundheitszustand der europäischen Bevölkerung und die Faktoren, die diesen bestimmen, zu informieren. Darüber hinaus regelt eine Durchführungsverordnung (Verordnung 2018/255) die Details der Befragung.

Auf nationaler Ebene wurde die Erhebung durch einen Vertrag mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Bundesgesundheitsagentur angeordnet und finanziert.

3.2 Studiendesign, Stichprobe, Erhebungsmethode

Die Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS – **A**ustrian **H**ealth **I**nformation **S**urvey) ist eine von Statistik Austria durchgeführte Stichprobenerhebung. Als Befragungsmethode kamen CAPI (**C**omputer **A**ssisted **P**ersonal **I**nterviewing) in Kombination mit einem von den Zielpersonen selbst auszufüllenden Fragebogen (Selbstaufüller – SAF) sowie CAWI (**C**omputer **A**ssisted **W**eb **I**nterviewing) zum Einsatz. Die auf EU-Ebene vorgegebene Mindeststichprobe von netto 6.050 Personen für Österreich wurde auf netto 15.461 Personen aufgestockt, um Auswertungen auch auf regionaler Ebene (Bundesländer und Gesundheitsversorgungsregionen) zu ermöglichen und somit eine optimale Nutzung der Erhebung für die nationale Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung zu gewährleisten. Befragt wurden Personen in Privathaushalten im Alter von 15 Jahren und älter. Zusätzlich beantworteten Eltern Fragen zum Gesundheitszustand ihrer Kinder unter 18 Jahren.

Bei der ATHIS-Stichprobe handelt es sich um eine Personenstichprobe. Grundlage für die Ziehung der Stichprobe war das Zentrale Melderegister (ZMR). Aus Gründen der besseren

Repräsentativität wurde die Bruttostichprobe räumlich geschichtet. Die Schichtung erfolgte nach den 32 Gesundheits-Versorgungsregionen, wie sie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit definiert wurden. Die Stichprobe wurde so gewählt, dass pro Versorgungsregion für netto 475 Personen (Wien: 575 Personen) direkt erhobene Befragungsergebnisse vorlagen bzw. für zumindest 300 Personen in einigen dünn besiedelten Versorgungsregionen. Daraus ergab sich eine österreichweite Bruttostichprobe von 32.101 Personen. Die Teilnahme an der Erhebung war generell freiwillig.

Die Stichprobenziehung erfolgte im September 2018, eine Aufteilung der Ziehung auf zwei Zeitpunkte war nur für einen Sprengel erforderlich und wurde im Mai 2019 durchgeführt. Mit der Stichprobenziehung wurde jeder Person eine Referenzwoche als Hilfsmittel zur zeitlichen Gleichverteilung des Samples zugewiesen. Die Feldphase der Erhebung startete am 1. Oktober 2018 und schloss am 29. September 2019. Der Großteil der Interviews wurde im Zeitraum von Oktober 2018 bis März 2019 mittels persönlicher Befragung durchgeführt (etwa 90 % aller Interviews). Dies war aus Kapazitätsgründen notwendig, um zeitlich nicht mit anderen großen Erhebungen von Statistik Austria zu kollidieren. Zwischen Ende März und Ende September 2019 wurde die Befragung hauptsächlich webbasiert durchgeführt und zwar in jenen Gebieten, in denen noch nicht die erforderliche Nettoanzahl an Interviews erreicht worden war.

Die primäre Erhebungsmethode war CAPI, also eine computerunterstützte persönliche Erhebung. Vorteil dieser Methode ist die direkte Eingabe der Daten durch die Erhebungsperson verbunden mit einer sofortigen Plausibilitätsprüfung, um noch während der Befragung etwaige Klärungen bzw. Korrekturen von Eingabefehlern herbeiführen zu können. Das Erhebungsinstrument bei den persönlichen Interviews bestand aus einem Fragebogen, durch den die Erhebungsperson führte, ergänzt um Fragen zu ausgewählten Themen, die der Respondent bzw. die Respondentin ohne Hilfe der Erhebungsperson beantwortete. Das geschah mit der Zielsetzung, auch bei sensiblen bzw. komplexen Fragestellungen eine hohe Item-Response zu erhalten. Bei der Erhebungsmethode CAWI füllte die Zielperson die gesamte Befragung selbstständig aus, Filterführung und Plausibilitätskontrollen waren ebenfalls in den Fragebogen eingebaut.

Fremdauskünfte waren in der Gesundheitsbefragung grundsätzlich nicht zugelassen, ausgenommen bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. In derlei Fällen wurde ein Haushaltsmitglied oder eine andere Auskunftsperson ersucht, einen verkürzten Fragebogen mit Grundinformationen über den Gesundheitszustand der Zielperson zu beantworten. Um die Teilnahmebereitschaft an

dieser nicht auskunftspflichtigen Erhebung zu erhöhen, wurde allen Zielpersonen ein Einkaufsgutschein angeboten.

3.3 Ausschöpfung

Bei der Stichprobe für die Gesundheitsbefragung handelt es sich um eine Personenstichprobe. Die Grundlage für die Ziehung der Stichprobe ist das Zentrale Melderegister (ZMR). Die Stichprobenziehung erfolgt durch eine Zufallsauswahl der Personen. Die Stichprobe ist nach den Gesundheits-Versorgungsregionen sowie Sprengeln geschichtet. Um aussagekräftige Ergebnisse für alle Versorgungsregionen zu erhalten, sind die Stichprobenumfänge für alle Versorgungsregionen annähernd gleich groß, mit Ausnahme jener von Wien (größerer Stichprobenumfang).

Übersicht 15 zeigt Details zu Stichprobe und Ausschöpfung. Insgesamt wurden für die Stichprobe 32.101 Personen aus den Daten des Zentralen Melderegisters gezogen (**Brutto/Bruttostichprobe**). 1.493 Adressen wurden als **neutrale Ausfälle** auf Adressenebene qualifiziert, d.h. es gab 1.036 Adressen mit der Vercodung „Adresse existent, keinerlei Kontaktaufnahme möglich“, 193 Adressen mit „Gebäude/Wohnung leerstehend“, 221 Adressen mit „Zielperson während der Feldlaufzeit nicht an Adresse anwesend bzw. Nebenwohnsitz“ und 43 Adressen mit „Kein Privathaushalt bzw. Baustelle“. 30.608 Personen bildeten die Basis zur Ausschöpfungsberechnung (**Bruttostichprobe**). Ausschöpfungsbelastend waren insgesamt 15.147 Ausfälle (**nicht-neutrale Ausfälle**). Im Einzelnen gliedern sich diese Ausfälle wie folgt: 13.252 Personen verweigerten die Teilnahme, 198 Personen haben während der Erhebung das Interview abgebrochen (größtenteils bei CAWI-Interviews) und bei 1.697 Personen gab es sonstige Ausfälle wie z.B. Termin wurde nicht eingehalten, vorübergehende Abwesenheit oder mangelnde Deutschkenntnisse. Insgesamt beantworteten somit 15.461 Personen die Gesundheitsbefragung (**Nettostichprobe**). Die österreichweite Ausschöpfung lag damit bei 15.461 Personen. Das entspricht einer **Ausschöpfungsrate** von 50,5 %.

Der Anteil der komplettierten Interviews ist in Tirol am höchsten (52,6 %), in Wien und Salzburg am niedrigsten (47,7 % bzw. 49,0 %). Die Bereitschaft, an der Gesundheitsbefragung mitzuwirken, war bei Frauen etwas höher als bei Männern (52,6 % versus 48,3 %). Bei der Bevölkerung im Alter ab 45 Jahren lag die Ausschöpfung über 50 %, während sie bei der Bevölkerung unter 45 Jahren darunter lag. Die höchste Ausschöpfungsrate fand sich bei den 60- bis 74-Jährigen, die geringste bei den 30- bis 44-Jährigen.

Übersicht 15 Bruttostichprobe, Ausfälle und komplette Interviews nach Bundesland, Geschlecht und Alter bei Stichprobenziehung

Bundesland, Geschlecht, Alter	Brutto/Bruttostichprobe absolut	Neutrale Ausfälle absolut	Bruttostichprobe absolut	Nettostichprobe absolut	Ausschöpfungsrate in Prozent
Österreich	32.101	1.493	30.608	15.461	50,5
Bundesland					
Burgenland	1.975	112	1.863	950	51,0
Kärnten	1.983	119	1.864	955	51,2
Niederösterreich	4.955	253	4.702	2.373	50,5
Oberösterreich	5.939	305	5.634	2.860	50,8
Salzburg	1.981	50	1.931	947	49,0
Steiermark	5.937	284	5.653	2.867	50,7
Tirol	3.757	154	3.603	1.896	52,6
Vorarlberg	1.978	94	1.884	957	50,8
Wien	3.596	122	3.474	1.656	47,7
Geschlecht					
Männer	15.640	789	14.851	7.166	48,3
Frauen	16.461	704	15.757	8.295	52,6
Alter bei Stichprobenziehung					
15–29 Jahre	6.814	373	6.441	3.035	47,1
30–44 Jahre	7.278	351	6.927	3.230	46,6
45–59 Jahre	8.795	384	8.411	4.224	50,2
60–74 Jahre	5.826	237	5.589	3.233	57,8
75+ Jahre	3.388	148	3.240	1.739	53,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

3.4 Fragebogen

Themen des Fragebogens

Die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und wurde um nationale Fragen zu gesundheitspolitisch wichtigen nationalen Themen erweitert. Die Durchführungsverordnung zur Europäischen Gesundheitsbefragung legt die an Eurostat zu übermittelnden Zielvariablen (inklusive Ausprägungen) fest. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zu erreichen, wird von Eurostat empfohlen, die Leitlinien für Methodik und Durchführung der Erhebung zu beachten sowie den im „Handbuch zur Europäischen Gesundheitsbefragung“ enthaltenen Musterfragebogen zu verwenden.

Der EHIS besteht aus den Modulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten und zur Gesundheitsvorsorge sowie einem Modul von Hintergrundmerkmalen.

Zur Erarbeitung des endgültigen Fragenprogramms richtete Statistik Austria eine Arbeitsgruppe ATHIS ein, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen des Bundes, der Bundesländer, dem Bereich der Krankenversicherung sowie Experten und Expertinnen aus der Wissenschaft. In insgesamt zwei Sitzungen (28. Februar 2018 sowie 4. April 2018) wurde die mit dem Robert Koch-Institut akkordierte deutschsprachige Übersetzung des von Eurostat vorgegebenen englischen Musterfragebogens diskutiert. Zudem wurden Themen für einen zusätzlichen nationalen Teil der Gesundheitsbefragung sowie die zugehörigen Fragen festgelegt. Zu beachten waren dabei allerdings die durch die maximale durchschnittliche Interviewzeit vorgegebenen Beschränkungen.

Die in der Durchführungsverordnung festgelegten Zielvariablen decken folgende Themen ab (verpflichtender Teil):

Gesundheitszustand (EHSM): selbst eingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, Krankenstände, körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen, ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), Schmerzen, psychische Gesundheit (Depression)

Gesundheitsversorgung (EHCM): Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (stationärer und ambulanter Bereich), Medikamentenkonsum, Gesundheitsvorsorge, ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen („unmet needs“)

Gesundheitsfaktoren (EHDM): BMI (Körpergröße, -gewicht), körperliche Aktivität, Ernährung (Konsum von Obst und Gemüse, Trinkverhalten), Rauchverhalten, Alkoholkonsum, soziale Unterstützung, Erbringung informeller Pflege- oder Unterstützungsleistungen

Sozio-demographische Merkmale (EBM): Geschlecht, Alter, Geburtsland (eigene und der Eltern), Staatsangehörigkeit (eigene und der Eltern), Familienstand de jure und de facto, Haushaltstyp, Wohnregion, Urbanisierungsgrad, Lebensunterhalt, berufliche Stellung, Beruf, Wirtschaftszweig, höchste abgeschlossene Schulbildung, Haushaltsnettoeinkommen

Nationale Themen bzw. Zusatzfragen zu verpflichtenden Themen: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, Präsentismus, Kindergesundheit und Lebensqualität (WHOQOL-BREF) sowie Zusatzfragen zu chronischen Krankheiten, ADL/IADL (Pflegebedarf), ambulanter Gesundheitsversorgung, Impfungen, Ernährung, Rauchen

Folgende Experten und Expertinnen nahmen an den Arbeitsgruppensitzungen teil:

ARROUAS Magdalena, BERGMAIR Thomas, BIRGMANN Richard, CULEN Carolina, CZYPIONKA Thomas, DAMM Lilly, DANNER Ursula, DORNER Thomas, DREISZKER Manfred, FISCHER Timo, FREIDL Wolfgang, GANAHL Kristin, GRIEBLER Robert, HAHNE Julia, HAIDINGER Gerald, HOFMARCHER-HOLZHACKER Maria, HOLZER Josef, KATZGRABER Franz, KERSCHBAUM Hans, KÖNIG Jürgen, KOSTIAL Eva, LEHNER Sophie, LEONI Thomas, MOSHAMMER Hanns, MÜHLBERGER Albert, NEUBAUER Sonja, PEINHAUPT Christa, PLANK Veronika, REIF Martin, RINNER Heinrich, RÖHRLING Gerald, SCHMUTTERER Irene, SCHROGL Fabian, SIMON Judit, SINABELL Anton, STERNATH Angelika, STRIZEK Julian, STROHMAIER Christoph, TITZE Sylvia, TSCHABITSCHER Doris, UHL Alfred, VAVRIK Klaus, WALTER Kristina, WANCATA Johannes, WILD Claudia, ZAUNER Manfred

Seitens der Statistik Austria wirkten folgende Personen mit:

BAUMGARTNER Irene, IHLE Petra, KLIMONT Jeannette, KYTIR Josef, MARIK-LEBECK Stephan, TILL Matthias

Erhebungsinstrumente

Nach Festlegung des Fragebogens durch die Arbeitsgruppe und die Auftraggeber wurden die vier Module der Gesundheitsbefragung in das Fragebogentool „STATSurv“ der Statistik Austria inklusive Filterführung implementiert. Für Proxy-Interviews wurde ein verkürzter Fragebogen erstellt und die Formulierung der Fragen angepasst. Umfangreiche Plausibilitätskontrollen wurden integriert, um unplausible Angaben der Zielpersonen bzw. Tippfehler der Erhebungspersonen weitgehend auszuschließen. Für komplexe und sensible Fragen wurde ein Selbstausfüller (SAF) konzipiert. Es handelt sich um die Themen „körperliche Aktivität“ und „Lebensqualität“. Der Selbstausfüller wurde sowohl zur Eingabe am Bildschirm als auch als Papierfragebogen entwickelt.

Es wurden insgesamt drei Fragebögen erstellt:

- Für persönliche Interviews (CAPI, SAF)
- Für webbasierte Interviews (CAWI)
- Für Proxy-Interviews

Nach Fertigstellung der Befragungsinstrumente wurden Tests durchgeführt, um die Fragebögen auf ihre Praktikabilität, Richtigkeit (Filterführung etc.) und Verständlichkeit zu testen. Der Fragebogen inklusive Erläuterungen und Filterführung befindet sich im Annex zu dieser Publikation.

3.5 Erhebungsablauf

Meilensteine im Ablauf der Erhebung

- | | |
|---------------------------------------|--|
| • Erstellung des Erhebungsinstruments | Jänner bis September 2018 |
| • Pretests | Mitte September 2018 |
| • Start des Versands der Aviso-Briefe | 26.09.2018 |
| • Schulung der Erhebungspersonen | 28. bis 29.09.2018, 05. bis 06.10.2018 |
| • Beginn der Feldphase | 01.10.2018 |
| • Start der CAWI-Erhebungen | 29.03.2019 |
| • Ende der Feldphase | 29.09.2019 |

Informationsbriefe

Als erster Kontakt mit den Stichprobenpersonen wurde ein vom Auftraggeber (BMSGPK) und Statistik Austria gemeinsam verfasstes Informationsschreiben sowie eine Datenschutzhinweise verschickt. In diesem Brief wurden die Zielpersonen über die Zielsetzung der Erhebung informiert und die wichtigsten zu erhebenden Merkmale angeführt. Als kleine Aufmerksamkeit wurden dem Schreiben eine Pflasterbox sowie die Broschüre „Vorhofflimmern“ beigelegt. Durch diese Vorabinformation sollten Überraschungs- oder Prüfungseffekte minimiert und somit ein angenehmes Gesprächsklima ermöglicht werden.

Jene Zielpersonen, die für die webbasierte Befragung vorgesehen waren, erhielten ein Informationsschreiben mit den Zugangsdaten für den Einstieg in den webbasierten Fragebogen. Wurde die Befragung nicht innerhalb einer gewissen Zeit durchgeführt, wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt.

Zusätzlich wurde auf der Homepage der Statistik Austria eine Seite mit Informationen zur „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019“ eingerichtet. Den Gemeinden wurde ein kurzer Informationstext über die Gesundheitsbefragung 2019 zur Verbreitung in der Bevölkerung zur Verfügung gestellt.

Persönliche und webbasierte Interviews

Österreichweit waren insgesamt 157 Erhebungspersonen mit der Durchführung persönlicher Face to Face-Interviews betraut. Vor dem Feldstart erfolgte ein ganztägiges Briefing (Schulung). In einem theoretischen Teil wurde über Ziel, Durchführung und Inhalt der Erhebung informiert. Ein praktischer Teil vermittelte das Handling des elektronischen Fragebogens. Mittels interaktiven Soft-Skills-Übungen wurde auf zielorientierte Kontaktgespräche vorbereitet.

14.225 Befragungen erfolgten durch persönliche Interviews, 1.236 Zielpersonen füllten den webbasierten Fragebogen aus. Die Erhebungsdauer war gemäß den Fragebogen-routings und insbesondere der Antwortdauer der Auskunftspersonen stark unterschiedlich. Die durchschnittliche Befragungsdauer ohne Berücksichtigung von Kontaktzeiten lag bei rund 35 Minuten bei Selbstauskunft und 16 Minuten bei Fremdauskunft bedingt durch den verkürzten Fragebogen. Im Schnitt wurden 265 bzw. 136 Fragen beantwortet.

Selbstaussfüller (SAF)

Im Anschluss an das persönliche Interview wurden die Zielpersonen gebeten, den SAF am Laptop der Erhebungsperson auszufüllen. Dies war sehr einfach möglich und wurde von der Mehrheit der Befragten angenommen. Nur ein kleiner Teil der Zielpersonen füllte den SAF am Papier aus (1,5 %), diese Fragebögen wurden nachträglich von Statistik Austria eingegeben.

Proxy-Befragungen

Konnte eine Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Erhebung mitwirken, wurde versucht, eine Auskunftsperson für den (verkürzten) Proxy-Fragebogen zu ermitteln.

Proxy-Fragebögen wurden in 208 Fällen beantwortet. Rund zwei Drittel der Proxy-Befragungen wurden für Zielpersonen ab 70 Jahren durchgeführt. Gründe für Proxy-Befragungen waren: Gedächtnisproblem (81 Fälle), längerfristige Erkrankung (61 Fälle), schwere geistige Behinderung (34 Fälle), Hörbehinderung (17 Fälle) bzw. Sprachbehinderung (11 Fälle). In den meisten Fällen wurde das Interview mit einem Familienangehörigen durchgeführt.

Kinderfragebogen

Lebten im Haushalt ein oder mehrere Kinder unter 18 Jahren und war die interviewte Zielperson Vater oder Mutter dieses Kindes bzw. dieser Kinder, so wurde im Anschluss an die Fragen zur eigenen Gesundheit der Elternteil zum Gesundheitszustand seines Kindes/seiner Kinder befragt. Themen des Kinderfragebogens waren:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Gesundheitliches Wohlbefinden
- Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder
- Inanspruchnahme von Impfungen

Insgesamt wurden 5.605 Kinderfragebögen beantwortet. Übersicht 16 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung der erfassten Kinder.

Übersicht 16 Erfasste Kinder in der Gesundheitsbefragung 2019 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Insgesamt	Bub	Mädchen
Insgesamt	5.605	2.913	2.692
0–2 Jahre	992	505	487
3–5 Jahre	958	481	477
6–8 Jahre	950	511	439
9–11 Jahre	889	487	402
12–14 Jahre	906	465	441
15–17 Jahre	910	464	446

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Incentives

Als Anerkennung für die zur Verfügung gestellte Zeit erhielten alle teilnehmenden Zielpersonen einen Einkaufsgutschein.

3.6 Erfahrungsbericht

Die Befragung wurde im Allgemeinen von den Zielpersonen interessiert angenommen. Die Ausschöpfung von 50,5 % entspricht den Erwartungen für eine nicht auskunftspflichtige Erhebung. Die angestrebte Nettostichprobenzahl von 475 pro Versorgungsregion (Wien: 575) wurde in einigen Regionen um wenige Fälle unterschritten, so etwa in Wien-Mitte-Südost um 25 und in Wien-West um 40 Fälle.

Die Durchführung der österreichischen Gesundheitsbefragung verlief im Wesentlichen planmäßig, die Herausforderungen während der Feldarbeit gingen nicht über das bei vergleichbaren Erhebungen übliche Maß hinaus. Die von Eurostat geforderte Erstreckung der Datenerhebung über mindestens drei Monate, wobei mindestens ein Monat im Zeitraum von September bis Dezember liegen muss, war gegeben. Der Großteil, d.h. etwa 90 % der Erhebungen, fand im Zeitraum Oktober 2018 bis März 2019 statt.

3.7 Datenaufbereitung

Die Datenerfassung erfolgte während der persönlichen Interviews. Die erhobenen Daten wurden laufend über eine standardisierte Schnittstelle an Statistik Austria elektronisch übermittelt. Dadurch konnten die Daten noch während der Feldphase regelmäßig einer Qualitätskontrolle unterzogen werden. Aufgrund der Möglichkeiten, die STATSurv bietet, wurden Plausibilitätskontrollen schon während des Interviews durchgeführt. Eingebaute Überprüfungen gliedern sich in Fehler und Warnings. Bei einer Fehlermeldung (z.B. Alter bei Rauchbeginn über 99 Jahre) musste ein plausibler Wert eingegeben werden. Somit konnten Eingabefehler erkannt und noch im Laufe des Interviews behoben werden. Bei Warnungen (z.B. Alter bei Rauchbeginn unter 10 Jahren) bestand die Möglichkeit, nach Prüfung der Umstände den zunächst als unplausibel angesehenen Wert zu bestätigen oder gegebenenfalls zu korrigieren.

In der zweiten Phase der Plausibilitätsprüfung erfolgte eine Systematisierung der fehlenden Werte. Diese Missing-Systematisierung ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die Imputation.

Imputation

Imputationen wurden bei Item-non-Response durchgeführt, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal. Nach grundlegender Analyse der Item-non-Response wurden Richtlinien für die Imputation erarbeitet. Bei den meisten Antworten gab es nur wenige Verweigerungen oder „Ich weiß nicht“-Antworten. Einzig bei der Frage zum monatlichen Haushaltseinkommen gab es in 8,6 % der Fälle keine Angabe. Bei Proxy-Befragungen wurde anhand des Antwortverhaltens im verkürzten Fragebogen eine Imputation durchgeführt. Bei Impfungen wurde bei einer „Ich weiß nicht“-Antwort keine Imputation durchgeführt, um diese Antwortkategorie für die Analyse zu erhalten.

Hochrechnung (Gewichtung)

Bei einer zufallsgesteuerten Stichprobenauswahl wird ein verkleinertes, aber sonst möglichst wirklichkeitsgetreues Abbild der Merkmale der Grundgesamtheit geschaffen. Bei der Berechnung der statistischen Ergebnisse dient diese reduzierte Auswahl dann als Ausgangspunkt für die Darstellung der Grundgesamtheit, die mittels der sogenannten Hochrechnung erfolgt. Dabei werden die mit Hilfe der Stichprobe erhobenen Merkmalswerte zur Schätzung der interessierenden Parameter der Grundgesamtheit herangezogen.

Die Hochrechnung (Gewichtung) der Daten erfolgte in mehreren Schritten. Der erste Schritt war die Ermittlung des Basisgewichts, welches dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushalts im Mikrozensus entspricht. Danach erfolgte mit Hilfe eines logistischen Modells die Non-Response-Anpassung, wobei hierfür Variablen aus dem Auswahlrahmen verwendet werden konnten. Der letzte Schritt war die Kalibrierung der Gewichte anhand bekannter Eckzahlen der Grundgesamtheit:

- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und fünfjährigen Altersgruppen
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Bildungsstand
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft (Österreich, Ausland)
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Verwaltungsdateneinkommensgruppen

Alle Auswertungen der Daten liefern daher nur unter Einbeziehung dieses Gewichts ein korrektes Ergebnis.

Tabellenverzeichnis

Übersicht 1 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands von 1991 bis 2019 nach Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)	16
Übersicht 2 Lebenserwartung in Jahren bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, insgesamt sowie in (sehr) guter bzw. (sehr) schlechter Gesundheit seit 1978 nach Geschlecht	18
Übersicht 3 Ausmaß der Beeinträchtigung bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf bei Auftreten von Schmerzen 2019 nach Geschlecht (in Prozent)	32
Übersicht 4 Unterstützung und Unterstützungsbedarf im Fall von Einschränkungen bei basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht (in Prozent)	41
Übersicht 5 Ausreichende körperliche Aktivität nach WHO-Empfehlung 2014 und 2019 von Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren nach Geschlecht (in Prozent)	52
Übersicht 6 Verteilung des Body-Mass-Index (BMI) von Personen ab 15 Jahren 2019, 2014 und 2006/07 nach Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)	55
Übersicht 7 Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren seit 1972 (in Prozent).....	57
Übersicht 8 Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2019 nach Alter und Geschlecht (kumulierte Häufigkeiten in Prozent)	59
Übersicht 9 Ex-Rauchen und Quitt-Raten 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)....	61
Übersicht 10 Durchschnittliche Zahl der konsumierten Standardgläser Alkohol 2019 bei zumindest einmaligem wöchentlichem Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	66
Übersicht 11 Soziale Unterstützung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	74
Übersicht 12 Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	82
Übersicht 13 Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf laut CSHCN 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	89
Übersicht 14 Gesundheitliches Wohlbefinden des Kindes 2019 nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte der Beurteilung).....	91
Übersicht 15 Bruttostichprobe, Ausfälle und komplette Interviews nach Bundesland, Geschlecht und Alter bei Stichprobenziehung.....	95
Übersicht 16 Erfasste Kinder in der Gesundheitsbefragung 2019 nach Alter und Geschlecht	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 nach Alter und Geschlecht	15
Abbildung 2 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 mit und ohne Angabe einer chronischen Erkrankung nach Geschlecht	20
Abbildung 3 Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands 2019 mit und ohne Einschränkungen im Alltagsleben nach Geschlecht	22
Abbildung 4 Lebensqualität 2019 nach Grad der gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten.....	24
Abbildung 5 Zwölf-Monats-Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten 2019 nach Geschlecht	25
Abbildung 6 Zwölf-Monats-Prävalenz der fünf häufigsten chronischen Krankheiten 2019 nach Alter	26
Abbildung 7 Auftreten von Schmerzen nach Stärke in den letzten vier Wochen 2019 nach Alter und Geschlecht	31
Abbildung 8 Subjektive Einschätzung der Mundgesundheit 2019 nach Alter und Geschlecht	33
Abbildung 9 Sensorische, körperliche und kognitive Einschränkungen 2019 nach Alter....	36
Abbildung 10 Einschränkungen bei basalen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht	38
Abbildung 11 Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Alter ab 55 Jahren und Geschlecht.....	39
Abbildung 12 Ernährungsgewohnheiten 2019 nach Geschlecht	44
Abbildung 13 Arbeitsbezogene körperliche Aktivität 2019 nach Schulbildung und Geschlecht	47
Abbildung 14 Durchschnittliche Dauer pro Woche in Minuten, die mit Gehen bzw. Radfahren verbracht wird 2019	49
Abbildung 15 Anteil der Personen mit ausreichender körperlicher Aktivität gemäß WHO-Empfehlung 2019 nach Alter und Geschlecht.....	51
Abbildung 16 Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas 2019 nach Alter und Geschlecht	54
Abbildung 17 Raucherstatus 2019 nach Alter und Geschlecht.....	56
Abbildung 18 Anteil der täglich Rauchenden 2014 und 2019 nach Alter und Geschlecht..	58
Abbildung 19 Passivrauchen 2019 nach Alter und Geschlecht.....	62
Abbildung 20 Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate 2019 nach Geschlecht .	65

Abbildung 21 Riskanter und gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum 2019 nach Alter und Geschlecht	68
Abbildung 22 Rauschtrinken 2019 nach Alter und Geschlecht.....	69
Abbildung 23 Aufrechter Impfschutz 2019 für ausgewählte Krankheiten	72
Abbildung 24 Teilnahme an ausgewählten Früherkennungsmaßnahmen 2019.....	73
Abbildung 25 Anteil der Personen mit stationären und tagesklinischen Aufenthalten 2019 nach Alter und Geschlecht	77
Abbildung 26 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung 2019	79
Abbildung 27 Anteil der Personen mit Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung 2019 nach Alter und Geschlecht	80
Abbildung 28 Anteil der Personen mit Inanspruchnahme nichtärztlicher ambulanter Versorgungsangebote innerhalb der letzten zwölf Monate 2019 nach Geschlecht	81
Abbildung 29 Anteil der Personen, die mit ausgewählten Gesundheitseinrichtungen (sehr) zufrieden waren 2019, nach Geschlecht.....	83
Abbildung 30 Allgemeiner Gesundheitszustand bei 0- bis 17-Jährigen 2019 nach Geschlecht	86
Abbildung 31 Gründe für Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder 2019 (Mehrfachnennungen möglich)	87

Literaturverzeichnis

Angermeyer, M.C./Kilian, R./Matschinger, H.: WHOQOL–100 und WHOQOL–BREF, Hogrefe-Verlag, Leipzig 2000.

Bachmayer, S./Strizek, J./Hojni, M./Uhl, A.: Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019, 7. Aufl. Gesundheit Österreich, Wien 2020.

Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T.: Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2009.

Branka, F./Nikogosian, H./Lobstein, T.: Die Herausforderung Adipositas und Strategien und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO. WHO 2007.

Bush, K. et al.: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of internal medicine 1988, 158(16): 1789–1795.

Busch M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierte Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2013.

EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“: EU-Leitlinien für körperliche Aktivität – Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. www.ec.europa.eu/sport. 2008.

Finger, Jonas D. et al.: Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

Klimont, J./Baldaszi, E.: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria. Wien, 2015, Seite 49, Grafik 22.

Lange, C./Manz, K./Kuntz, B.: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

Lange, C./Manz, K./Kuntz, B.: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring, Berlin 2017.

Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). Robert Koch-Institut. Berlin 2007.

Ravens-Sieberer, U./Bullinger, M.: Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, 1998(a) 7 (5), 399–407.

Scheidt-Nave, C./Ellert, U./Thyen, U./Schlaud, M.: Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2008, 51: 592–601.

Abkürzungen

ACQUIP	Ambulatory Care Quality Improvement Project
ADL	Activities of Daily Living
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSHCN	Children with Special Health Care Needs
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
EBM	European Background Module
EHCM	European Health Care Module
EHDM	European Health Determinants Module
EHIS	European Health Interview Survey
EHIS-PAQ	EHIS – Physical Activity Questionnaire
EHSM	European Health Status Module
EU-VO	Europäische Verordnung
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GALI	Global Activity Limitation Indicator
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
HAZ	Hazardous Alcohol Consumption
HED	Heavy Episodic Drinking
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
HNO	Hals-Nasen-Ohren
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MET	Measuring Energy Expenditure

OSSS-3	Oslo Social Support Scale
SAF	Selbstaufüller
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	WHO-Quality of Life
WHOQOL-BREF1	WHO-Quality of Life – Kurzversion
ZMR	Zentrales Melderegister

Anhang

Text des Avisobriefes

Betreff: Österreichische Gesundheitsbefragung

Sehr geehrter Herr/sehr geehrte Frau,

die Österreichische Gesundheitsbefragung liefert wichtige Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Lebensbedingungen der österreichischen Bevölkerung. Die letzte Befragung dieser Art wurde 2014 durchgeführt.

Als Gesundheitsministerin darf ich die Bitte an Sie richten, an dieser Erhebung teilzunehmen, denn nur so können wir in Österreich die erforderlichen Angaben zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen erhalten. Aktuelle Daten sind notwendig, um unser Gesundheitswesen noch besser den Bedürfnissen der Bevölkerung anpassen zu können.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat STATISTIK AUSTRIA (Bundesanstalt Statistik Österreich) beauftragt, die „**Österreichische Gesundheitsbefragung**“ durchzuführen.

Diese Erhebung soll aktuelle und zuverlässige Daten zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsbezogenen Lebensbedingungen der Bevölkerung auf regionaler Ebene liefern. Durch ein objektives Zufallsverfahren ist Ihre Adresse in diese Erhebung einbezogen. Bitte unterstützen Sie uns, damit auch über Ihre Region Aussagen getroffen werden können.

Bitte rufen Sie Ihre zuständige Erhebungsperson an, um einen Termin zu vereinbaren.

Die Erhebungsperson kann sich entsprechend ausweisen. Wenn Sie sich über die Befragung informieren möchten oder sonstige Anliegen haben, steht Ihnen selbstverständlich die Abteilung Erhebungsinfrastruktur unter der Telnr.: 01-711 28 DW 8338 zur Verfügung.

Direkt nach der Befragung erhalten Sie als Dankeschön umgehend einen Gutschein im Wert von € 20, der in vielen Geschäften des täglichen Einkaufs einlösbar ist.

Alle Ihre Angaben unterliegen der **absoluten Geheimhaltungspflicht** und den entsprechenden Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung, Detailinformationen finden Sie im beigelegten Informationsblatt. Auf der Rückseite finden Sie die wichtigsten Befragungsmerkmale im Überblick, falls Sie sich vorbereiten möchten. Weitere Informationen zur Österreichischen Gesundheitsbefragung und zur STATISTIK AUSTRIA entnehmen Sie bitte www.statistik.at/gesundheitsbefragung.

Für Ihre wertvolle Mitarbeit danken Ihnen

Mag. Hartinger-Klein und Dr. Pesendorfer

Blatt bitte wenden!

Befragungsmerkmale im Überblick

- **Gesundheitszustand:** Selbst eingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, körperliche Einschränkungen, Schmerzen, Psychische Gesundheit, Lebensqualität etc.
- **Gesundheitsversorgung:** Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (stationärer und ambulanter Bereich), Medikamenteneinnahme, Gesundheitsvorsorge, ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen etc.
- **Gesundheitsfaktoren:** Körpergröße, körperliche Aktivität, Ernährung, soziale Unterstützung, Erbringung informeller Pflege- oder Unterstützungsleistungen etc.
- Geschlecht, Alter, Geburtsland, Staatsbürgerschaft, Familienstand, Haushaltstyp, Beruf etc.

Anbei schon vorab ein kleines, hilfreiches Dankeschön für Notfälle!

Datenschutzinformation

Datenschutzinformation für die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019

Diese Datenschutzinformation informiert Sie über die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Erhebung „Österreichische Gesundheitsbefragung 2019“. Die elektronischen Fragebögen dieser Erhebung wurden mit Hilfe der Webapplikation STATsurv erzeugt. Da STATsurv für zahlreiche unterschiedliche statistische Erhebungen eingesetzt wird, sind die Informationen, die sich – unabhängig von einer konkreten Erhebung – auf STATsurv insgesamt beziehen, in einer eigenen [Datenschutzinformation für STATsurv](#) unter www.statistik.at/web_de/downloads/dsgvo/datenschutzinformation_fuer_statsurv.pdf zusammengefasst.

Name und Anschrift der Verantwortlichen

STATISTIK AUSTRIA

Bundesanstalt Statistik Österreich
Guglgasse 13
1110 Wien
Telefon: +43 (1) 71128-0; Fax: +43 (1) 71128-7728
E-Mail: office@statistik.gv.at; Website: www.statistik.at

Die Datenschutzbeauftragte der Verantwortlichen ist:

Mag. Maria-Christine Bienzle

Bundesanstalt Statistik Österreich
1110 Wien, Guglgasse 13; E-Mail
dsgvo@statistik.gv.at

Allgemeines zur Erhebung

Die Erhebung „Österreichische Gesundheitsbefragung“ beinhaltet europäisch harmonisierte Fragemodule, die etwa alle fünf Jahre erhoben werden. Zielgruppe sind Personen im Alter von 15 und mehr Jahren in österreichischen Privathaushalten.

Gesundheitsbefragungen liefern Informationen zu Krankheitshäufigkeiten, Gesundheitsverhalten, gesundheitsrelevanten Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten. Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Daten sind eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitspolitik und Versorgungsstellen, um sich an den aktuellen Bedürfnissen der Bevölkerung zu orientieren zu können.

Die Basis zur Stichprobenziehung bildet das Zentrale Melderegister (ZMR), aus dem per Zufallsauswahl Personen ausgewählt werden. Die Erhebung wird in Form einer interviewunterstützten persönlichen Befragung durchgeführt. Im Anschluss an die mündliche Befragung ist ein kurzer schriftlicher Fragebogen auszufüllen. Die Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig. Ziel ist, dass insgesamt 15 500 Personen an der Gesundheitsbefragung aktiv teilnehmen.

Rechtsgrundlagen

- > Bundesstatistikgesetz 2000, BGBl. I Nr. 163/1999 idGF
- > Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz, Anhang 1 Gesundheitszustand und -determinanten
- > Verordnung 2018/255 der Kommission vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS)
- > Durchführungsbeschluss (EU) 2018/257 der Kommission vom 19. Februar 2018 zur Gewährung von Ausnahmeregelungen für bestimmte Mitgliedstaaten bezüglich der Übermittlung von Statistiken gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS)

Meldepflicht

Die Mitwirkung an der Österreichischen Gesundheitsbefragung ist freiwillig.

Empfänger von personenbezogenen Daten

Keine Empfänger personenbezogener Daten.

Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation

Keine Übermittlung.

Dauer der Speicherung von personenbezogenen Daten

Ihre Antworten werden getrennt von Name und Adresse statistisch weiterverarbeitet. Die Befragungsinhalte werden ausschließlich in pseudonymisierter Form verarbeitet und gespeichert (§ 15 Abs. 1 des Bundesstatistikgesetzes). Nach Abschluss und Aufarbeitung der Befragung werden die Identitätsdaten nicht rückführbar pseudonymisiert und Name und Adresse gelöscht.

Von uns beauftragte Erhebungsorgane führen die persönlichen Erhebungen unter Verwendung eines Laptops mittels der Webapplikation STATsurv in einem Browser durch. Dafür benötigte Benutzernamen und Passwörter sind physisch getrennt vom Laptop zu verwahren. Die Applikation ermöglicht Erhebungsorganen im erforderlichen Ausmaß und für die erforderliche Zeitspanne den elektronischen Zugriff auf die Kontaktdaten der jeweiligen Stichprobenperson. Zusätzlich erhalten die Erhebungsorgane zur Kontaktaufnahme mit der Zielperson eine Liste mit Kontaktinformationen. Nach Abschluss der Erhebung ist diese Liste datenschutzkonform zu vernichten. Lediglich für Nachweise in Bezug auf das Rechnungswesen darf Name und Adresse gemäß gesetzlicher Aufbewahrungsfristen durch das Erhebungsorgan aufbewahrt werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist auch diese Liste datenschutzkonform zu vernichten.

Information über Daten, die nicht direkt erhoben werden

Wir ziehen in einem wissenschaftlichen Zufallsverfahren eine nach Gesundheits-Versorgungsregion geschichtete Stichprobe aus dem Zentralen Melderegister (§ 16b (Statistische und wissenschaftliche Erhebungen) des Meldegesetzes 1991, BGBl. Nr. 9/1992 idGF). Die Kontaktinformationen werden ausschließlich verwendet, um mit Ihnen Kontakt aufzunehmen und sind nur dem für die operative Durchführung der Erhebung verantwortlichen Bereich (Erhebungsinfrastruktur) bekannt. Die Aufarbeitung der statistischen Daten erfolgt in pseudonymisierter Form.

Wahrnehmung der Betroffenenrechte

Auf Grundlage der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) iVm § 15 des Bundesstatistikgesetzes stehen natürlichen Personen folgende Rechte bezüglich ihrer nicht-pseudonymisierten Daten zu: Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO), Recht auf Berichtigung (Artikel 16 DSGVO), Recht auf Löschung (Artikel 17 DSGVO), Recht auf Einschränkung (Artikel 18 DSGVO), Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO) sowie Recht auf Widerspruch (Artikel 21 DSGVO), sofern diese Rechte aufgrund der rechtlichen Vorgaben im konkreten Fall zum Tragen kommen. Um diese Rechte geltend zu machen, wenden Sie sich per eMail an dsgvo@statistik.gv.at oder per Brief an die Adresse der oben genannten Datenschutzbeauftragten.

Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde

Sollte es Anlass zu Beschwerden wegen der Verarbeitung Ihrer Daten geben, so können sich natürliche Personen an die österreichische Datenschutzbehörde als Aufsichtsbehörde wenden. Kontaktinformationen finden Sie auf der Website der Datenschutzbehörde unter www.dsb.gv.at/kontakt.

Zuletzt geändert am 20. September 2018.

Datenschutzinformation für die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, Statistik Austria

Informationsschreiben in Gemeindezeitungen

Erhebung der Statistik Austria von Oktober 2018 bis Februar 2019

Statistik Austria führt dzt. im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die **Österreichische Gesundheitsbefragung** durch. Gesundheitsbefragungen bilden eine unverzichtbare Datenquelle für die Gesundheitsberichterstattung. Mit den gewonnenen Informationen lassen sich Zusammenhänge von Krankheitshäufigkeiten, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren analysieren und Unterschiede nach Alter, Geschlecht und weiteren sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren erkennen. Die Gesundheitsbefragung gibt Auskunft über die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten. Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Daten sind eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitspolitik und Versorgungsstellen, um sich an den aktuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren zu können.

Rechtsgrundlage der Erhebung sind Verordnungen des Europäischen Parlaments und des Rates (EG. Nr. 1338/2008 sowie 255/2018). Die Republik Österreich ist daher verpflichtet, Informationen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zur gesundheitlichen Versorgung der Österreicher und Österreicherinnen zu erheben und zu veröffentlichen.

Nach einem **Zufallsprinzip** werden aus dem Zentralen Melderegister Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten in ganz Österreich für die Befragung ausgewählt. **Die ausgewählten Personen werden durch einen Ankündigungsbrief informiert**, und eine von Statistik Austria beauftragte Erhebungsperson wird von **Oktober 2018 bis Februar 2019** mit diesen Personen Kontakt aufnehmen, um einen Termin für die Befragung zu vereinbaren. Diese Erhebungspersonen können sich entsprechend **ausweisen**.

Damit für alle Gesundheits-Versorgungsregionen Daten vorliegen, ist eine Beteiligung der Bevölkerung unverzichtbar. Österreichweit sollen 15.000 Personen teilnehmen, um aussagekräftige und somit repräsentative Daten zu erhalten.

Weitere Informationen zur Österreichischen Gesundheitsbefragung erhalten Sie unter: Statistik Austria, Guglgasse 13, 1110 Wien, Tel.: 01/711 28 8338 (werktags Mo-Fr 9:00-16:00 Uhr), E-Mail: erhebungsinfrastruktur@statistik.gv.at, Internet: www.statistik.at/gesundheitsbefragung

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)