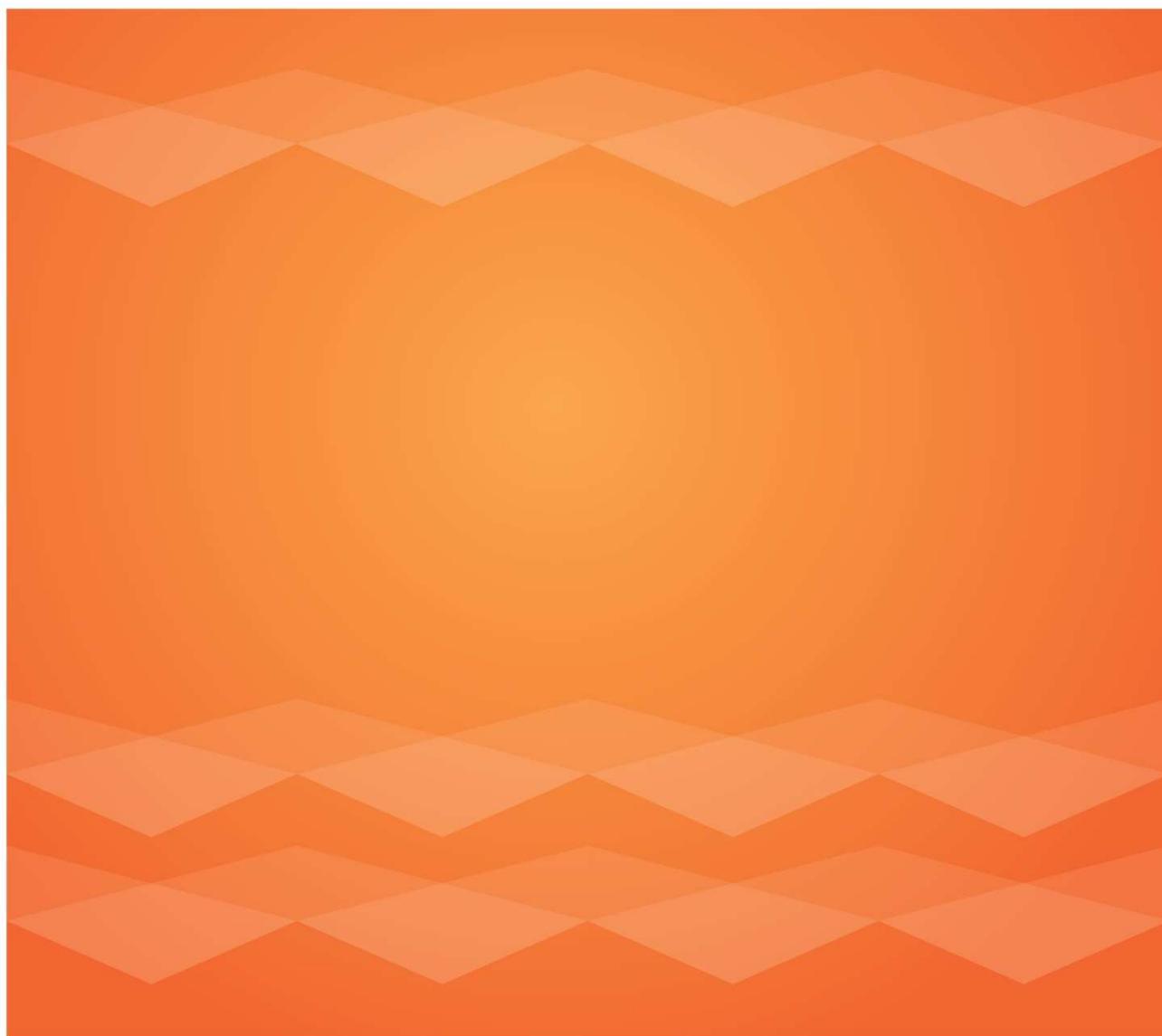


Die Auswirkungen von Corona auf die Generation 50+ in Österreich: Erstauswertung der CATI-Befragung im SHARE Panel im Winter 2020/21

MAGDALENA ZEITELHOFER, THERESA WEITZHOFFER-YURTISIK &
NICOLE HALMDIENST



1 Inhalt

1	Inhalt	2
2	Übersicht	3
3	Zusammenfassung	3
4	Daten	5
4.1	Datenquelle	5
4.2	Geschlechts- und Altersverteilung	6
5	Persönliche Risikoeinschätzung und medizinische Versorgung	7
5.1	Allgemeines zu COVID-19	7
5.2	Prävalenz von Corona im Winter 2020/21	7
5.3	Schwere der Erkrankung	9
5.4	Persönliche Risikoeinschätzung	10
5.5	Kontaktreduktion	13
5.6	Medizinische Versorgung	14
5.7	Impfbereitschaft	16
6	Psychisches Wohlergehen & psychische Gesundheit	19
6.1	Skala des psychischen Wohlbefindens (Ryff)	19
6.2	Skala für Depressionssymptome (EURO-D)	21
6.3	Skala für Angstsymptome (GAD-7)	23
7	Ernährung	24
7.1	Gesundheitszustand und BMI	25
7.2	Mobilität	28
7.3	Trink- und Essgewohnheiten	29
7.4	Skala für Mangelernährung (MNA)	32
7.5	Risiko für Mangelernährung und Indikatoren für psychische Gesundheit	34
8	Anhang	37
8.1	Liste fehlender Antworten	37
8.2	Fragebogen	38
9	Literatur- und Quellenverzeichnis	39

2 Übersicht

Die COVID-19-Pandemie hat weltweit das Leben vieler Menschen verändert. Im Rahmen der SHARE Studie konnten die kurzfristigen Auswirkungen der Pandemie auf die Bevölkerung 50+ in Österreich erfasst werden.

Dieser Kurzbericht basiert auf telefonischen Interviews mit Personen, die in Österreich an der longitudinalen SHARE Studie teilnehmen und befasst sich mit den physischen und psychischen Auswirkungen der Corona Pandemie auf die ältere Bevölkerung Österreichs. Die Interviews umfassten drei Bereiche. Im ersten Teil ging es um allgemeine Fragen zu und im Umgang mit Corona, wie etwa Gefahreinschätzung, Kontaktreduktion oder Probleme bei der medizinischen Versorgung. Im zweiten Teil wurde genauer nach dem aktuellen Ernährungs- und Gesundheitszustand gefragt, während der dritte Teil näher auf das psychische Wohlergehen der Befragten einging.

Die Befragungen fanden etwa neun bis zwölf Monate nach Ausbruch der Pandemie von November 2020 bis Jänner 2021 statt, also zu einem Zeitpunkt als die zweite Infektionswelle ihren Höhepunkt erreicht hatte, Einschränkungen des öffentlichen Lebens galten und Impfungen für die breite Bevölkerung noch nicht verfügbar waren.

3 Zusammenfassung

Die SHARE Corona Befragung in Österreich umfasste 2.529 Teilnehmende der longitudinalen SHARE-Stichprobe, davon 997 Männer (39,4%) und 1.532 Frauen (60,6%), mit einem Durchschnittsalter von 72,8 Jahren.

5,7% der Befragten glaubten, dass sie selbst oder jemand aus ihrem Haushalt bereits an Corona erkrankt waren. Das Risiko einer Corona-Infektion in den folgenden 6 Monaten schätzte die Mehrheit der Befragten als sehr gering oder gering ein, wobei Frauen ihr Risiko höher einschätzten als Männer, besonders in der Altersgruppe der 70-74-Jährigen. Die Einschätzung der Gefahr einer Corona-Erkrankung für die eigene Gesundheit korrelierte mit der eingeschätzten Wahrscheinlichkeit einer Infektion in den nächsten sechs Monaten. Das heißt, dass Personen, die eine höhere Infektionswahrscheinlichkeit annahmen, auch die Gefahr für ihre Gesundheit als höher einstufen.

Der Großteil der Befragten hatte aufgrund der Pandemie ihre sozialen Kontakte reduziert, wobei die Reduktionsrate zum Zeitpunkt der Befragung leicht höher war als zu Beginn der Pandemie. In Bezug auf die medizinische Versorgung während der Pandemie, hatte etwa ein Fünftel der Befragten Bedenken, medizinische Einrichtungen aufzusuchen und rund 10% verzichteten auf medizinische Maßnahmen oder verschoben diese. Schwierigkeiten einen Termin beim Arzt zu bekommen oder unzureichende Behandlung aufgrund der Corona-

Pandemie wurden jedoch relativ selten genannt: nur jeweils 2% der Befragten waren von diesen Problemen betroffen.

Die Impfbereitschaft für einen Covid-19-Impfstoff lag im Winter 2020/21 insgesamt bei etwa 70,9%, mit höherer Bereitschaft bei Personen, die gegen Grippe geimpft waren. Die Impfbereitschaft variierte nach Alter und Geschlecht, wobei Männer in der Altersgruppe von 70 bis 74 die höchste Bereitschaft zeigten.

Die mentale Gesundheit wurde mithilfe von drei psychologischen Tests untersucht: der Skala des Psychischen Wohlbefindens von Carol Ryff, der EURO-D-Skala und der GAD7-Skala. Die Ryff-Skala bewertet psychisches Wohlbefinden in sechs Bereichen. Männer schnitten hier hinsichtlich Autonomie leicht besser ab, während positive Beziehungen und Selbstakzeptanz für beide Geschlechter gleich waren. Mit steigendem Alter sank das Wohlbefinden, insbesondere bei Lebenssinn, Umweltbeherrschung und persönlichem Wachstum. Insgesamt lag der mediane Wohlbefindens-Wert bei Männern höher, zeigte aber bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter eine abnehmende Tendenz.

Die EURO-D-Skala ist ein Instrument zur Messung von Depressionssymptomen, basierend auf zwölf Schlüsselfaktoren wie zum Beispiel Schuldgefühle, Pessimismus und Schlafprobleme. Die Ergebnisse zeigen, dass 11,3% der Männer und 20,9% der Frauen Anzeichen einer Depression aufwiesen, mit einer markanten Zunahme bei den Befragten über 80 Jahren (Männer: 18,3%; Frauen 31,5%).

Die GAD7-Skala dient zur Erfassung von Angstsymptomen und zum Screening von Angststörungen. Die Auswertungen weisen darauf hin, dass schwere Angststörungen in den zwei Wochen vor der Befragung mit 2,1% relativ selten waren, wobei Frauen etwas häufiger betroffen waren als Männer. Die höchste Rate an Angststörungen wurde bei Frauen in der Altersgruppe von 75-79 Jahren festgestellt.

Ein weiterer Teil der Befragung untersuchte eine mögliche Mangelernährung durch Lockdowns und Versorgungsengpässe aufgrund der Corona-Pandemie. In Anlehnung an die MNA-Skala (Mini Nutritional Assessment) wurde der Ernährungszustand bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Männer und Frauen einen normalen Ernährungszustand hatte, wobei das Risiko einer Mangelernährung mit steigendem Alter zunahm, insbesondere bei Frauen. Bei den über 80-jährigen Frauen war das Risiko einer Mangelernährung bemerkenswert höher als bei Männern derselben Altersgruppe.

4 Daten

4.1 Datenquelle

Das Forschungsnetzwerk für Gesundheit, Alterung und Ruhestand in Europa „SHARE“ ist eine longitudinale, multidisziplinäre und europaweite Studie.¹ Teilnehmer*innen der Studie sind Personen über 50 Jahre, die in computerunterstützten persönlichen Interviews Fragen über ihre Gesundheit, soziale Netzwerke sowie ihre wirtschaftliche und soziale Lage beantworten. Die Befragungen werden in sogenannten Wellen alle zwei Jahre durchgeführt (vgl. Börsch-Supan, 2021).

Die SHARE Studie wurde erstmals 2004 als repräsentative Befragung der Bevölkerung in der Altersgruppe 50+ in 11 europäischen Ländern erhoben. Mittlerweile stehen Daten aus 27 europäischen Ländern und Israel zur Verfügung und es wurden rund 140.000 Menschen in mehr als 530.000 Interviews befragt (SHARE-ERIC, 2023). SHARE wird in Österreich an der Johannes-Kepler-Universität Linz (JKU) am Institut für Volkswirtschaftslehre koordiniert.

Dieser Bericht basiert auf den Daten der nationalen computerunterstützten telefonischen Befragung von SHARE Österreich, welche im Zeitraum November 2020 bis Jänner 2021 von dem Institut für empirische Sozialforschung GmbH (IFES) im Auftrag der Johannes Kepler Universität Linz durchgeführt wurde. Finanziert wurde die Studie durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Erstellt wurde der Fragebogen von Nicole Halmdienst, Kerstin Hartl, Michael Radhuber, Theresa Weitzhofer-Yurtisik und Rudolf Winter-Ebmer (alle Johannes Kepler Universität Linz) mit freundlicher Beteiligung von Martin Sprenger (Karl-Franzens-Universität Graz), dem BMASGK (Bundesministerium für Soziales, Pflege, Gesundheit und Konsumentenschutz) und der Fachhochschule für Gesundheitsberufe Oberösterreich.

Die Grundgesamtheit für die Befragung bildeten alle Personen aus dem Panelsample, die für die 8. Welle der SHARE-Studie in Österreich teilnahmeberechtigt waren und Haushalte aus der Auffrischungsstichprobe, welche in der achten Welle bereits teilgenommen hatten. Die Stichprobe umfasste damit insgesamt 3.691 Personen in 2.764 Haushalten. Davon fanden in 2.116 Haushalten 2.979 Interviews statt. Die Haushaltsresponse rate beträgt damit für die österreichische Corona Studie 76,6%.

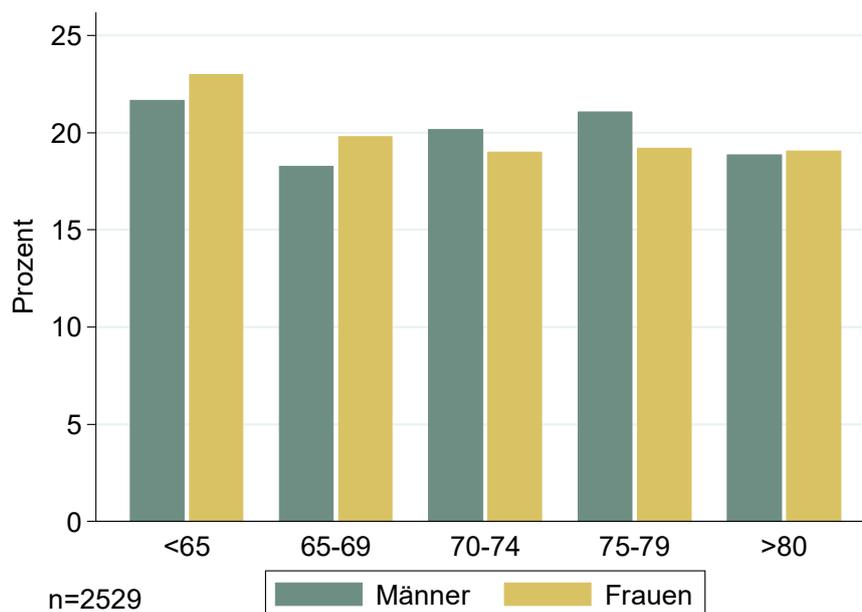
¹ The SHARE data collection has been funded by the European Commission, DG RTD through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion through VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, and VS 2020/0313. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C, RAG052527A) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

Im verwendeten Datenrelease 8.0.0 ist zu beachten, dass Interviews aus der Auffrischungsstichprobe und Interviews von Personen, die in Welle 8 weder an der regulären SHARE Befragung noch an der europaweiten telefonischen SHARE Corona Befragung teilgenommen hatten, nicht veröffentlicht wurden.² Eine Veröffentlichung ist in einem zukünftigen Datenrelease zu erwarten. Für die vorliegende Auswertung stehen somit Datensätze von 2.529 Personen aus der longitudinalen Stichprobe zur Verfügung.

4.2 Geschlechts- und Altersverteilung

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Altersverteilung nach Geschlecht. Von den 2.529 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der telefonischen SHARE Corona Befragung in Österreich sind 997 Personen Männer (39,4%) und 1.532 (60,6%) Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt bei den Männern 72,9 Jahre und 72,6 Jahre bei den Frauen.

Abbildung 1: Altersverteilung nach Geschlecht



² 235 telefonische Interviews aus der Auffrischungsstichprobe und 215 Interviews von Panellisten, die in Welle 8 an keiner anderen Befragung teilgenommen haben, wurden im Release 8.0.0 noch nicht veröffentlicht.

5 Persönliche Risikoeinschätzung und medizinische Versorgung

5.1 Allgemeines zu COVID-19

SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus – Typ 2) ist der Erreger der Infektionskrankheit COVID-19. Die Übertragung von SARS-CoV-2 erfolgt hauptsächlich über virushaltige Partikel, die z. B. beim lauten Sprechen, Singen, beim Husten oder Niesen durch infektiöse Personen ausgeschieden werden. Die Inkubationszeit bei frühen SARS-CoV-2-Varianten betrug im Mittel fünf bis sechs Tage, in einigen Fällen bis zu 14 Tage. Zu den häufigsten Symptomen zählen: Fieber, Schüttelfrost und Halsschmerzen. Weiters sind Husten, Atembeschwerden, Allgemeinsymptome, wie z. B. Müdigkeit und Gliederschmerzen, Geruchs- und Geschmacksverlust, Übelkeit und Erbrechen, Schwindel und Schlafbeschwerden häufig. In schwereren Fällen führt die Infektion unter anderem zu starker Atemnot, Verwirrtheit, Benommenheit oder Bewusstseinsverlust und kann bis zum Tod führen. Es gibt auch asymptomatische Verlaufsformen (vgl. AGES, 2024).

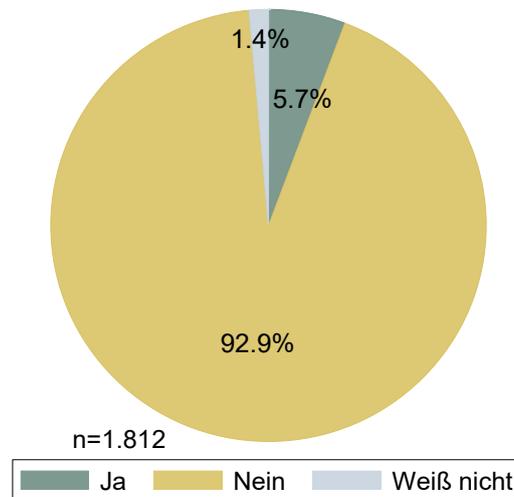
Um die Befragungsergebnisse einzuordnen, muss die Prävalenz von Corona und Testmöglichkeiten im Winter 2020/21 berücksichtigt werden. Nachdem die Anzahl der registrierten Neuinfektionen im Herbst rasch anstieg, erreichte die zweite Infektionswelle in Österreich Mitte November 2020 ihren Höhepunkt. Anfang November 2020 wurden die Einschränkungen des öffentlichen Lebens verschärft und am 17. November der zweite bundesweite Lockdown verkündet. Nach diesem 3-wöchigen Lockdown folgte bereits am 27. Dezember der dritte Lockdown, der bis Anfang Februar andauerte.

Zum Zeitpunkt der Befragung wurde nur bei Vorliegen von Symptomen bzw. bei Kontakt mit nachweislich mit dem Coronavirus infizierten Personen eine Testung durchgeführt. Von 2. bis 13. Dezember 2020 fanden erste Massentestungen mit Schnelltests statt. Erst Anfang 2021 nahmen die Testangebote zu (vgl. Korwarz et al, 2021).

5.2 Prävalenz von Corona im Winter 2020/21

Die Fragen über die Verbreitung von Corona in der Stichprobe wurden nur der ersten antwortenden Person im Haushalt gestellt. Die erste Frage war dabei, ob die Person glaubte, dass sie selbst oder jemand aus ihrem Haushalt bereits mit dem Corona-Virus infiziert war. Von 1.812 Befragten antworteten 103 Personen (5,7%) mit „Ja“. Die Aufteilung der Antworten ist in Abbildung 2 ersichtlich.

Abbildung 2: „Glauben Sie, dass Sie oder jemand in Ihrem Haushalt bereits am Coronavirus erkrankt war?“



Bei den Verdachtsfällen handelt es sich in 87 Fällen um die befragte Person selbst und bei den übrigen um andere Haushaltsmitglieder. Die Prävalenz im Zeitraum von Pandemiebeginn bis zum Befragungszeitraum im Winter 2020/21 beträgt somit 4,8%. Diese Zahl ist nahe an der Prävalenz von Antikörpern (4,7%), welche von 12. bis 14. November 2020 mit 2.263 Personen der österreichischen Bevölkerung ermittelt wurde (Seroprävalenzstudie 2020).

In Tabelle 1 ist angeführt, ob die Verdachtsfälle auch getestet wurden und wie das Testergebnis ausfiel. Von den 130 mutmaßlich Erkrankten in 103 Haushalten erhielten mehr als die Hälfte (55,4%) ein positives Corona-Testergebnis. 51 Verdachtsfälle (39,2%) wurden nicht getestet.

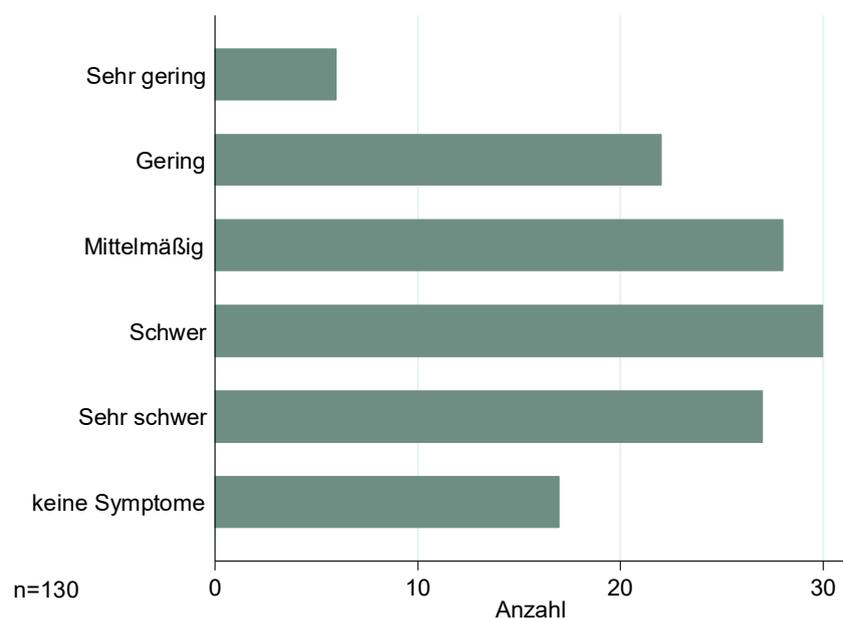
Tabelle 1: Wurde die erkrankte Person auf das Coronavirus getestet und wie war das Ergebnis?

	<i>Anteil</i>	<i>n</i>
Weiß nicht	1,5%	(2)
Positives Testergebnis	55,4%	(72)
Negatives Testergebnis	3,1%	(4)
Getestet, kein/unklares Ergebnis	0,8%	(1)
Nicht getestet	39,2%	(51)
Gesamt	100,0%	(130)

5.3 Schwere der Erkrankung

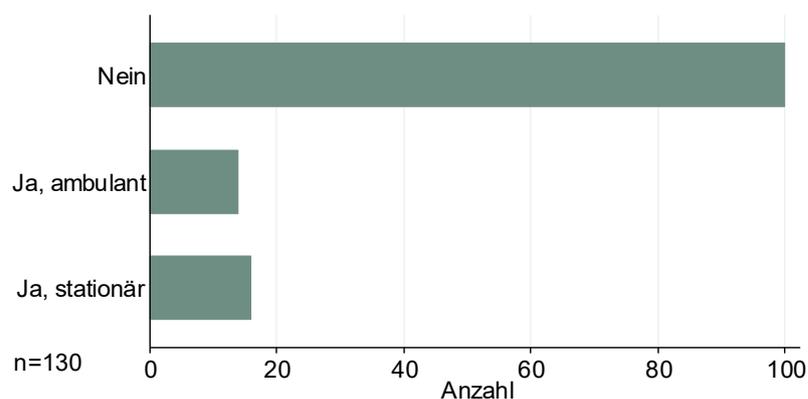
Um die Schwere der Erkrankung der befragten Person und/oder des Haushaltsmitglieds zu ermitteln, wurde um die Einschätzung der Schwere der Erkrankung auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr schwer) gebeten. Am häufigsten wurde die Erkrankung als schwer eingestuft. Für 43,9% der Erkrankten wurde die Erkrankung als schwer oder sehr schwer angegeben. Die Schwere der Erkrankung wurde für 21,5% der 130 Erkrankten als gering oder sehr gering angegeben und für ebenfalls 21,5% als mittelmäßig. 13,1% der Erkrankten wiesen keinerlei Symptome auf.

Abbildung 3: Einschätzung der Schwere der Corona-Erkrankung



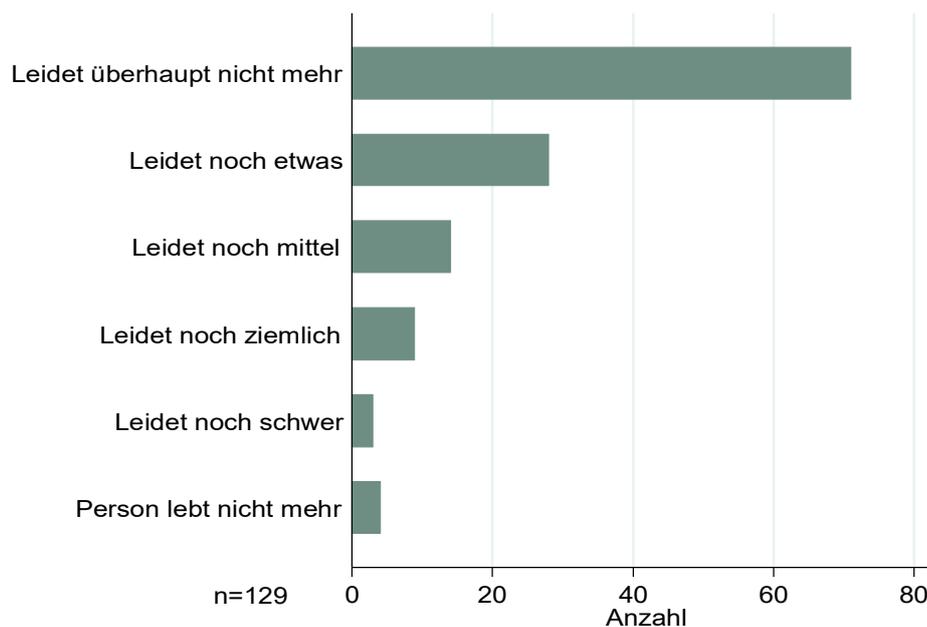
Für 23% der Erkrankten war ein Besuch im Krankenhaus notwendig, wobei in etwa die Hälfte davon stationär aufgenommen wurde, während für die andere Hälfte eine ambulante Behandlung ausreichte.

Abbildung 4: Behandlung der erkrankten Person im Krankenhaus



In Abbildung 5 sind die Anzahlen der Erkrankten je Infektionsfolgen zum Befragungszeitpunkt abgebildet. Zwischen Infektion und Befragung lagen durchschnittlich 4,8 Monate. Von den Erkrankten bzw. Verdachtsfällen wiesen etwas mehr als die Hälfte keine Folgen der Krankheit auf. 21,5% litten zum Befragungszeitpunkt noch etwas, 11% mittel, 7% ziemlich und 2,3% litten noch schwer an den Folgen der Erkrankung. 3,1% waren zum Befragungszeitpunkt bereits verstorben, wobei jedoch nicht nachgefragt wurde, ob dies eine Folge der Corona-Infektion war.

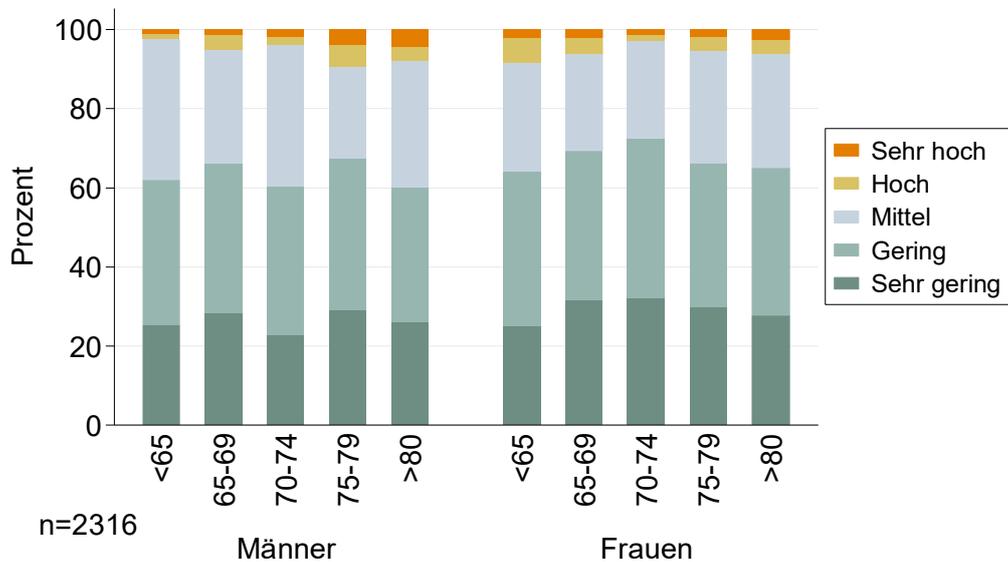
Abbildung 5: Leiden Sie oder die Person an den Folgen der Infektion?



5.4 Persönliche Risikoeinschätzung

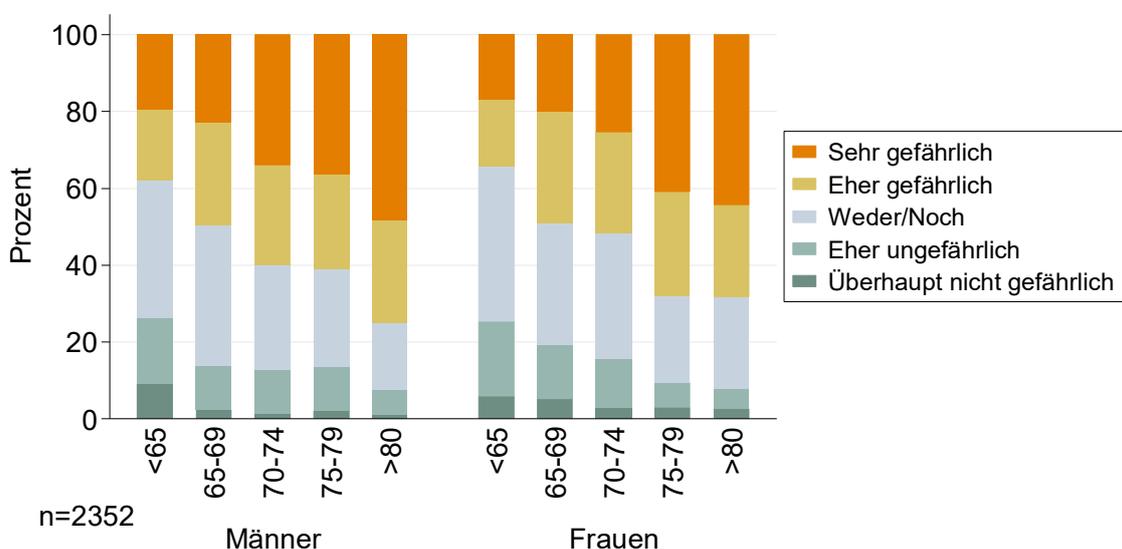
In Abbildung 6 ist zu sehen, wie die Befragten, die glaubten, dass sie bis zum Befragungszeitpunkt noch nicht mit dem Coronavirus infiziert waren, ihr Risiko einschätzten, sich innerhalb der nächsten sechs Monate nach der Befragung mit dem Coronavirus zu infizieren bzw. zu erkranken. 63,5% der Männer und 67,4% der Frauen schätzten ihr Risiko als sehr gering oder gering ein. Bei den Altersgruppen der 70-74-Jährigen gibt es diesbezüglich den größten Unterschied zwischen den Geschlechtern (Männer: 61%, Frauen: 72,8%). Als hoch oder sehr hoch schätzten zum Zeitpunkt der Befragung 5,7% der Männer und 5,8% der Frauen ihr Risiko ein. Hier ist auffallend, dass bei unter 65-jährigen Männern das eingeschätzte Risiko mit 2,5% weitaus geringer ist als bei gleichaltrigen Frauen mit 7,9%.

Abbildung 6: „Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, in den kommenden 6 Monaten am Coronavirus zu erkranken?“



Hinsichtlich der Einschätzung der Gesundheitsgefährdung ist in Abbildung 7 ein deutlicher Trend nach Altersgruppen erkennbar. Je älter die Befragten waren, desto gefährlicher wurde eine Coronavirus-Erkrankung im Hinblick auf die eigene Gesundheit eingeschätzt. Der Anteil an Befragten, welche eine Coronavirus-Erkrankung als eher oder sehr gefährlich einschätzten, liegt bei den unter 65-Jährigen bei 35,7% (Männer: 38,1%, Frauen: 34,3%) und steigt bis zu 71% bei den über 80-Jährigen (Männer: 75,1%, Frauen: 68,4%). Als überhaupt nicht oder eher ungefährlich wurde eine Coronavirus-Erkrankung von 15,4% der Männer und 16,1% der Frauen eingeschätzt.

Abbildung 7: „Für wie gefährlich schätzen Sie eine Coronavirus-Erkrankung im Hinblick auf Ihre Gesundheit ein?“ (nach Altersgruppen und Geschlecht)



In Tabelle 2 sind die Antworten der Einschätzung der Gefahr einer Coronavirus-Erkrankung im Hinblick auf die Gesundheit jenen Antworten von der Einschätzung einer Coronainfektion in den nächsten sechs Monaten gegenübergestellt. Aufgrund teilweise sehr geringer Fallzahlen wurden die Randkategorien „Sehr gering“ und „Gering“ und „Sehr hoch“ und „Hoch“ bei den jeweiligen Fragen zusammengefasst. Die Tabelle zeigt, dass Personen die Gesundheitsgefahr im Falle einer Coronavirus-Erkrankung tendenziell höher einschätzten, wenn sie auch eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Infektion in den nächsten 6 Monaten annahmen (z.B.: „Nicht gefährlich“ und „Hoch“: 6% versus „Gefährlich“ und „Hoch“: 82,8%). Bei Personen, welche das Risiko einer baldigen Coronavirusinfektion als gering einschätzten, fiel die Verteilung der Antworten auf die Gefahrenereinschätzung gemäßiger aus (von 21,7% für „Nicht gefährlich“ bis 49,6% für „Gefährlich“). Zu beachten ist auch die Verhältnismäßigkeit. Wie in Abbildung 6 ersichtlich, ist der Anteil an Personen, welche die Wahrscheinlichkeit einer Coronainfektion als „Sehr hoch“ einschätzten, sehr niedrig.

Tabelle 2: Kreuztabelle der Fragen „Für wie gefährlich schätzen Sie eine Coronavirus-Erkrankung im Hinblick auf Ihre Gesundheit ein?“ und „Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, in den kommenden 6 Monaten am Coronavirus zu erkranken?“

Einschätzung der Gefahr einer Coronavirus-Erkrankung	Einschätzung einer Coronainfektion in den nächsten sechs Monaten							
	Gering		Mittel		Hoch		Gesamt	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
Nicht gefährlich	21,7%	(322)	5,9%	(38)	6,0%	(8)	3,8%	(368)
Weder/Noch	28,7%	(426)	36,2%	(234)	11,2%	(15)	29,8%	(675)
Gefährlich	49,6%	(736)	57,9%	(375)	82,8%	(111)	30,0%	(1.222)
Gesamt	100,0%	(1.484)	100,0%	(647)	100,0%	(134)	100,0%	(2.265)

5.5 Kontaktreduktion

Die Vermeidung von sozialen Kontakten während der Pandemie war eine der wesentlichen Maßnahmen, um das Infektionsrisiko zu senken. Mit 16. März 2020 trat eine Verordnung des COVID-19-Maßnahmengesetzes in Kraft (Verbot von Betreten öffentlicher Orte), welche zum Ziel hatte, die Verbreitung von COVID-19 in Österreich einzudämmen (vgl. 98. Verordnung 2020). Ab Ostern desselben Jahres wurde der Lockdown schrittweise gelockert, wobei es zeitgleich diverse Sicherheitsauflagen für Betriebe und Empfehlungen zu freiwilligen Abstandsmaßnahmen gab. Ab 17. November 2020 kam es aufgrund stark steigender Inzidenzen zum 2. bundesweiten Lockdown (vgl. 463. Verordnung 2020).

In Tabelle 3 werden die Anteile der Befragten, welche die sozialen Kontakte zu Menschen außerhalb des Haushaltes einschränkten, nach Altersgruppe und Geschlecht aufgelistet. Sie zeigt einerseits wie viele der Männer und Frauen ihre sozialen Kontakte zu Beginn der Corona-Pandemie reduzierten (von 2.525 Personen beantwortet) und andererseits, wie viele dies zum Zeitpunkt der Befragung taten (von 2.524 Personen beantwortet). Über 90% aller Männer und Frauen in jeder Altersgruppe reduzierten ihre sozialen Kontakte zu Menschen außerhalb ihres Haushaltes, Frauen etwas mehr als Männer. Dabei stiegen diese Anteile im Zeitverlauf bei den Männern insgesamt um einen Prozentpunkt und bei den Frauen um 1,3 Prozentpunkte nur leicht an. Ein sinkender Anteil bei den Kontaktreduktionen ist bei den 75-79-jährigen Männern (-0,9 Prozentpunkte) und bei den über 80-jährigen Frauen (-0,7 Prozentpunkte) zu erkennen.

Tabelle 3: „Haben Sie zu Beginn der Corona-Pandemie Ihre sozialen Kontakte zu Menschen außerhalb Ihres Haushaltes reduziert?“ versus „Reduzieren Sie derzeit Ihren sozialen Kontakt zu Menschen außerhalb Ihres Haushaltes aufgrund von Corona?“

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	<i>Zu Beginn</i>	<i>Derzeit</i>	<i>Zu Beginn</i>	<i>Derzeit</i>
<65	90,7%	91,6%	92,3%	94,6%
65-69	92,9%	95,1%	95,7%	98,0%
70-74	92,5%	95,0%	92,1%	93,8%
75-79	93,3%	92,4%	94,9%	95,9%
>80	93,6%	94,1%	93,5%	92,8%
Gesamt	92,6%	93,6%	93,7%	95,0%
	n=994	n=995	n=1.531	n=1.529

5.6 Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung während der Corona Pandemie wurde aufgrund der Kontaktbeschränkungen häufig erschwert. Die folgenden vier Fragen sollen einen möglichen Versorgungsmangel abbilden:

- *„Haben Sie derzeit aufgrund von Corona Bedenken, zum Arzt, in die Apotheke, zum Therapeuten, in die Ambulanz oder in ein Krankenhaus zu gehen?“*
- *„Haben Sie seit Oktober 2020 um einen Termin für eine medizinische Untersuchung oder Behandlung gebeten, jedoch keinen bekommen?“*
- *„Wurden Sie seit Oktober 2020 von einem Arzt oder Krankenhaus wegen Corona abgewiesen oder nicht ausreichend behandelt?“*
- *„Haben Sie selbst seit Oktober 2020 aufgrund von Corona auf eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder sonstige Maßnahme verzichtet oder diese auf später verschoben?“*

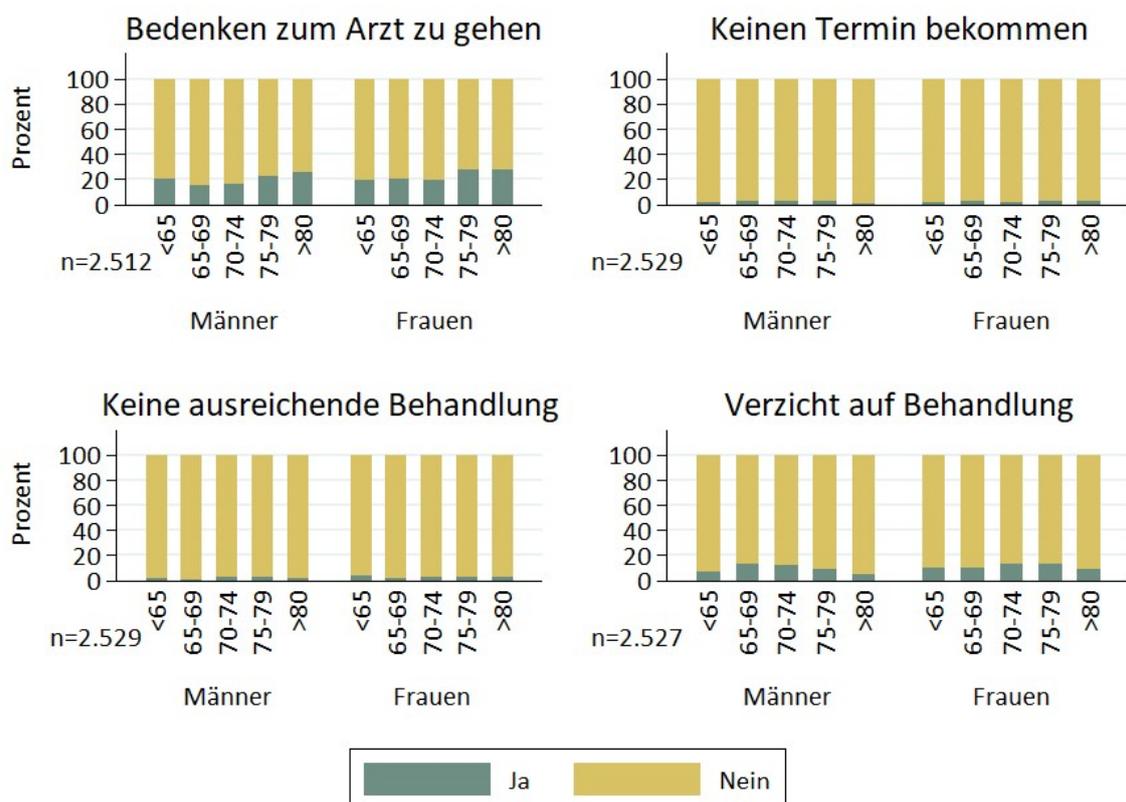
In Tabelle 4 sind jeweils die Anteile und Anzahlen der „Ja“- und der „Nein“-Antworten angegeben, sowie die Gesamtanzahlen der antwortenden Personen. Ungefähr ein Fünftel der Befragten hatte aufgrund von Corona Bedenken zum Arzt, in die Apotheke, zum Therapeuten, in die Ambulanz oder in ein Krankenhaus zu gehen. Probleme mit der Terminvereinbarung oder einer nicht ausreichenden oder gar abgewiesenen Behandlung kamen bei etwa jeder 50. befragten Person vor. Ca. jede zehnte befragte Person hat von sich selbst aus auf mindestens eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder sonstige Maßnahme verzichtet oder diese auf später verschoben.

Tabelle 4: Probleme bei medizinischer Versorgung seit Beginn der Corona-Pandemie

	Ja		Nein		Gesamt	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
Bedenken zum Arzt und dgl. zu gehen	21,7%	(544)	78,3%	(1.968)	100%	(2.512)
Keine Terminvereinbarung möglich	2,1%	(54)	97,9%	(2.475)	100%	(2.529)
Behandlung nicht ausreichend	2,3%	(59)	97,7%	(2.470)	100%	(2.529)
Verzicht auf medizinische Leistungen	10,3%	(261)	89,7%	(2.266)	100%	(2.527)

In Abbildung 8 sind die Daten aus Tabelle 4 nach Altersgruppen und Geschlecht aufgeschlüsselt dargestellt. Zur Erinnerung: Diese erhobenen Daten beziehen sich auf den Zeitraum von Beginn der Corona-Pandemie bis zur Befragung der Respondent*innen im Winter 2020/21. Bedenken zu medizinischem Personal zu gehen gab es bei 20,2% der Männer und bei 22,6% der Frauen. Die meisten Bedenken hatten Personen über 80 Jahre (Männer: 26,1%; Frauen: 28,1%). Probleme bei der Terminvereinbarung kamen relativ selten vor (Männer: 2%; Frauen: 2,2%). 1,9% der Männer und 2,6% der Frauen sahen sich mit keiner oder keiner ausreichenden Behandlung konfrontiert. Deutlich höher sind die Anteile der Befragten, die von sich aus auf medizinische Leistungen verzichteten (Männer: 9%; Frauen: 11,2%). Am häufigsten war dies bei den 65-69-jährigen Männern (12,7%) und den 75-79-jährigen Frauen (13,3%) der Fall.

Abbildung 8: Schwierigkeiten bei der ärztlichen Versorgung (nach Altersgruppen und Geschlecht)

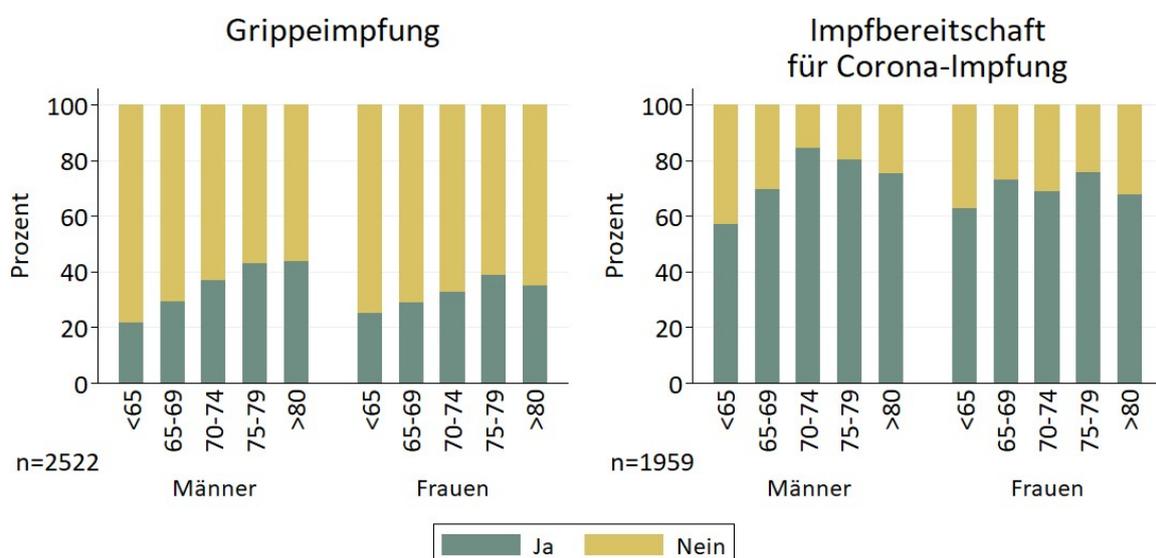


5.7 Impfbereitschaft

Zu Beginn der Befragung im Dezember 2020 gab es noch keinen zugelassenen Impfstoff gegen Covid-19 in der EU. Die ersten Zulassungen erfolgten während der Befragung rund um den Jahreswechsel 2020/21. Bis Ende Jänner 2021 hatten etwa 2,6% der österreichischen Bevölkerung die erste Dosis eines Covid-19 Impfstoffes erhalten³. Die Impfbereitschaft spielt für eine breite Immunisierung eine wichtige Rolle. Diese ist allerdings in Österreich im Falle der Grippeimpfung im europäischen Vergleich niedrig.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung wurden einerseits gefragt, ob sie im aktuellen oder im vergangenen Winter gegen Grippe geimpft wurden und andererseits, ob sie sich gegen Covid-19 impfen lassen würden, wenn ein entsprechender Impfstoff vorhanden wäre. Zum Befragungszeitpunkt lag der Anteil jener, die im vergangenen oder im aktuellen Winter gegen die Grippe geimpft wurden bei 33% und die Impfbereitschaft, falls ein Covid-19 Impfstoff vorhanden wäre, bei 70,9%. In Abbildung 9 sind die Anteile an durchgeführten Grippeimpfungen und die Bereitschaft sich mit einem Covid-19 Impfstoff immunisieren zu lassen nach Altersgruppen und Geschlecht aufgeschlüsselt dargestellt. Es ist hier anzumerken, dass bei der Frage zur Corona-Impfung ein relativ großer Anteil der Befragten mit „Weiß nicht“ antwortete (22,5%) und dieser Anteil in der Graphik nicht inkludiert ist.

Abbildung 9: „Haben Sie sich im letzten bzw. diesen Winter gegen die Grippe impfen lassen?“ und „Wenn gegen Covid-19 ein entsprechender Impfstoff vorhanden wäre, würden Sie sich impfen lassen?“ (nach Altersgruppen und Geschlecht)



³ <https://orf.at/corona/daten/impfung> (abgerufen am 20.6.2024): die Angaben basieren auf Daten des Österreichisches COVID-19 Open-Data-Informationsportals sowie der Statistik Austria

Bei den erhaltenen Grippeimpfungen vergangenen bzw. diesen Winter sind bei beiden Geschlechtern deutliche Zunahmen mit dem Alter erkennbar. Die Impfrate lag bei den unter 65-jährigen Männern bei 21,9% und erhöht sich auf 43,9% in der höchsten Alterskategorie. Bei den Frauen fiel die Steigerung der Grippe-Impftrate zwischen denselben Altersgruppen (von 25% auf 35,1%) etwas geringer aus.

Bei den Männern sind größere Abweichungen der Corona-Impfbereitschaft zwischen den Altersgruppen erkennbar als bei den Frauen. Mit 57,1% gaben unter 65-jährige Männer am seltensten an, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen, wenn dies möglich wäre. Bei gleichaltrigen Frauen waren dies 62,6%. Die höchste Impfbereitschaft bei den Männern lag bei den 70- bis 74-Jährigen mit 84,5%. Bei den Frauen war es die Altersgruppe der 75-79-Jährigen mit 75,6%.

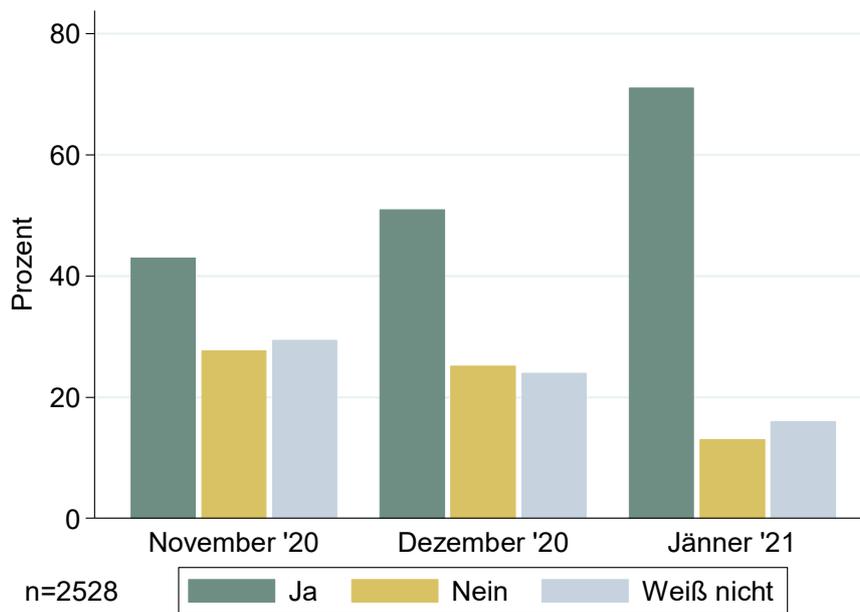
In Tabelle 5 ist zu sehen, dass von jenen Personen, die bereits gegen die Grippe geimpft wurden, 80,9% einer Impfung gegen Covid-19 zustimmen würden. Bei den Befragten, welche nicht gegen die Grippe geimpft wurden, war die Impfbereitschaft mit 42,3% deutlich geringer. Fast jede oder jeder Dritte jener, die nicht gegen Grippe geimpft wurden, gab an, sich nicht gegen Covid-19 impfen zu lassen (31,3%). Bei den gegen Grippe geimpften Personen waren dies nur 5,4%.

Tabelle 5: Kreuztabelle der Fragen „Wenn gegen Covid-19 ein entsprechender Impfstoff vorhanden wäre, würden Sie sich impfen lassen?“ und „Haben Sie sich im letzten bzw. diesen Winter gegen die Grippe impfen lassen?“

Impfbereitschaft falls Covid-19 Impfstoff vorhanden wäre	Grippeimpfung im vergangenen oder aktuellen Winter					
	Ja		Nein		Gesamt	
	<i>Anteil</i>	<i>n</i>	<i>Anteil</i>	<i>n</i>	<i>Anteil</i>	<i>n</i>
Ja	80,9%	(673)	42,3%	(714)	55,0%	(1.387)
Nein	5,4%	(45)	31,1%	(525)	22,6%	(570)
Weiß nicht	13,7%	(114)	26,6%	(450)	22,4%	(564)
Gesamt	100,0%	(832)	100,0%	(1.689)	100,0%	(2.521)

In Abbildung 10 ist eine Zunahme der Impfbereitschaft innerhalb der drei Befragungsmonate deutlich erkennbar. Die Zustimmungsrate betrug im November 42,9% (Männer: 37,9%; Frauen: 45,5%), stieg im Dezember auf 50,9% (Männer: 56,1%; Frauen: 47,5%) und erreichte im Jänner mit 71% (Männer: 71,5%; Frauen: 70,5%) ihren Höchststand.

Abbildung 10: Impfbereitschaft im Zeitverlauf



6 Psychisches Wohlergehen & psychische Gesundheit

6.1 Skala des psychischen Wohlbefindens (Ryff)

Die Ryff-Skala, auch bekannt als die "Ryff Psychological Wellbeing Scale", ist ein psychometrisches Verfahren, das entwickelt wurde, um das psychische Wohlbefinden einer Person zu messen. Diese Skala wurde von Carol Ryff (1989) entwickelt und basiert auf einem sechsfaktoriellen Modell des psychischen Wohlbefindens. Die sechs Faktoren, die zum psychischen Wohlbefinden einer Person beitragen, sind:

1. **Selbstakzeptanz:** Das Erkennen und Akzeptieren aller Aspekte seiner selbst, einschließlich der guten und schlechten Eigenschaften.
2. **Positive Beziehungen zu anderen:** Das Vorhandensein von qualitativ hochwertigen, vertrauensvollen Beziehungen zu anderen Menschen.
3. **Autonomie:** Ein Gefühl der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.
4. **Umweltgestaltung:** Die Fähigkeit, die Umwelt effektiv zu nutzen und zu verwalten, um persönliche Bedürfnisse zu erfüllen.
5. **Lebenssinn:** Das Vorhandensein von Zielen, Überzeugungen und Werten, die dem Leben Richtung und Sinn geben.
6. **Persönliches Wachstum:** Ein Gefühl der Entwicklung und Entfaltung des eigenen Potenzials.

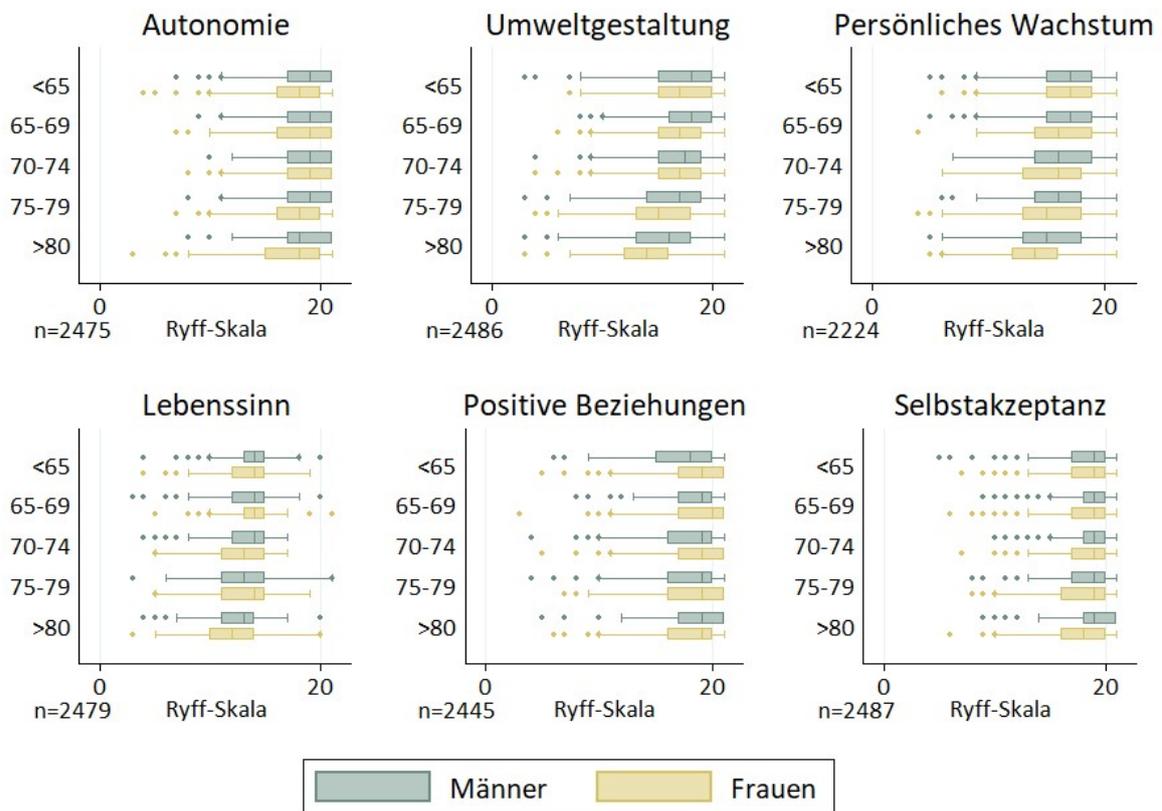
Die Skala wurde inklusive Adaptierungen verwendet, die speziell das Wohlbefinden im Alter messen sollen (vgl. Ryff Psychological Wellbeing Scale, incl. Adaptierungen nach Bernsteiner, Boggatz, 2016; Harbich, 2013; Zierhut, 2010). Diese adaptierte Ryff Skala wurde in Form von 18 Fragen gestellt. Dabei wurden Aussagen vorgelesen und die Befragten antworteten mithilfe einer 7-stufigen Skala, welche von „Stimme völlig zu“ bis „Stimme überhaupt nicht zu“ verläuft.

Für die sechs einzelnen Faktoren des Wohlbefindens konnten jeweils maximal 21 Punkte erreicht werden. Falls eine Frage nicht beantwortet wurde, wurde für diese Person jene Teilkategorie, zu der diese Frage gehört, nicht berechnet.

In Abbildung 11 sind die Boxplots der sechs Themenblöcke zu sehen, auf welchen die Wohlbefindensskala basiert. Die Themen Autonomie, Positive Beziehungen und Selbstakzeptanz verzeichneten ein sehr hohes Wohlbefinden, wobei das mediane Wohlbefinden für alle Altersgruppen gemeinsam in der Kategorie Autonomie bei den Männern (19) etwas höher lag als bei den Frauen (18). Das mediane Wohlbefinden in den Kategorien Positive Beziehungen und Selbstakzeptanz betrug bei beiden Geschlechtern jeweils 19. Beim Wohlbefinden bezüglich Umweltgestaltung reichten die medianen Werte von 18 bei der jüngsten Altersgruppe und fallen auf 15 bei der ältesten Altersgruppe. Auch bei den Themen Persönliches Wachstum ist ein mit dem Alter abfallendes Wohlbefinden erkennbar. Das

niedrigste Wohlbefinden hatten beide Geschlechter, wenn es um den Lebenssinn geht (medianer Ryff-Wert: je 14).

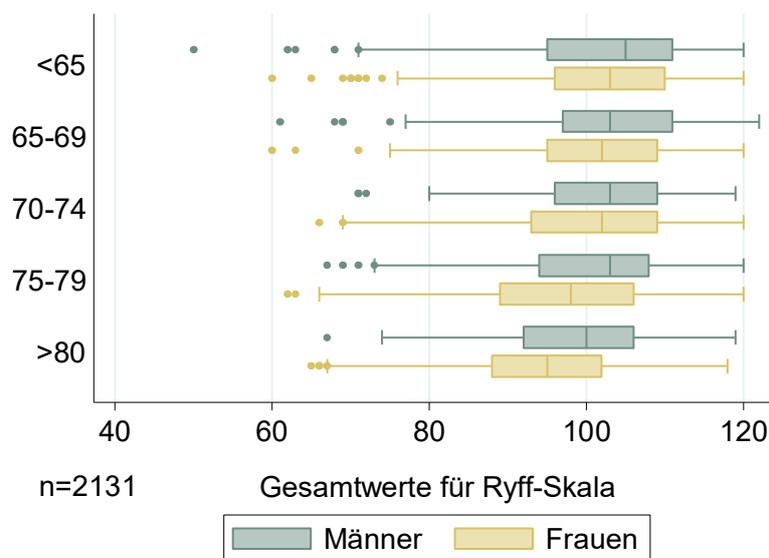
Abbildung 11: Boxplots des Ryff-Scores je Kategorie (nach Altersgruppen und Geschlecht)



Der gesamte Wohlbefindens-Score (Ryff-Score) wurde nur für jene Personen ausgewertet, die für alle sechs Kategorien Ergebnisse aufwiesen, d.h. auf alle 18 Fragen bezüglich des Wohlbefindens eine gültige Antwort gaben. Die maximal erreichbare Punktzahl der gesamten Ryff-Skala beträgt 126.

In Abbildung 12 ist das Gesamtergebnis der sechs Faktoren des Wohlbefindens zu sehen. Das mediane Wohlbefinden lag in allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg lag der Median bei den Männern bei 103 und bei den Frauen bei 100. Mit steigendem Alter ist eine fallende Tendenz des Wohlbefindens erkennbar. Bei den Befragungsteilnehmerinnen betrug der Median bei den unter 65-Jährigen 103 und fiel auf 95 bei den über 80-Jährigen. Bei den männlichen teilnehmenden Personen lagen die Mediane der Zufriedenheit der jüngsten Altersgruppe bei 105 und fielen auf 100 in der höchsten Alterskategorie.

Abbildung 12: Boxplots des gesamten Ryff-Scores (nach Altersgruppen und Geschlecht)



6.2 Skala für Depressionssymptome (EURO-D)

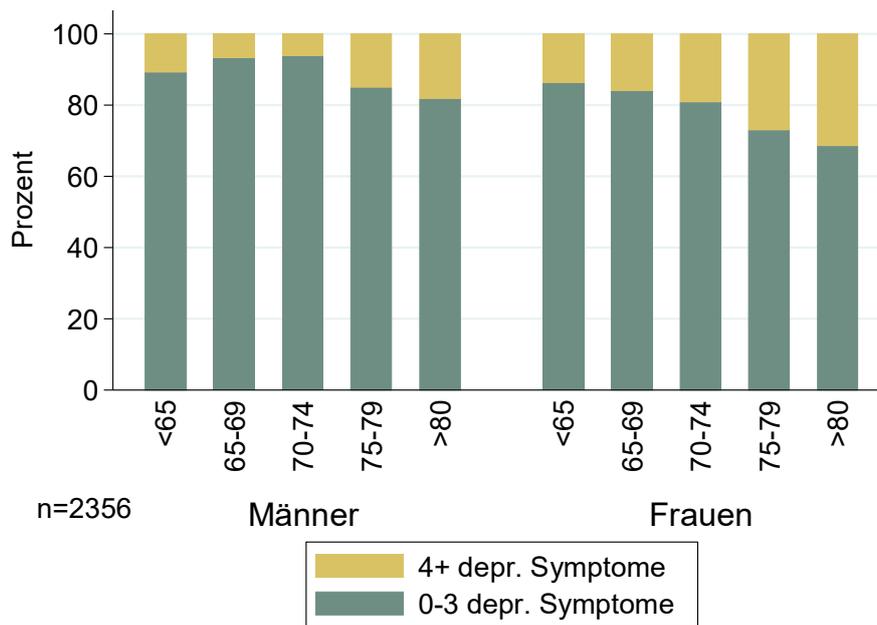
Die EURO-D-Skala wurde entwickelt um aus verschiedenen Instrumenten zur Altersdepression, die in verschiedenen europäischen Ländern verwendet werden, eine harmonisierte und validierte Skala für Depressionssymptome abzuleiten (Prince et al. 1999).

Die resultierende Skala besteht aus den folgenden Elementen: Depression, Pessimismus, Suizidalität, Schuldgefühle, Schlaf, Interesse, Reizbarkeit, Appetit, Müdigkeit, Konzentration, Vergnügen und Weinen. Die maximale Punktzahl, die eine befragte Person erreichen kann, ist 12. Das Erreichen eines Skalenwerts von 4 oder höher wird als „Fall einer Depression“ eingestuft, ein Skalenwert unter 4 als „nicht depressiv“ (vgl. Mehrbrodt et al. 2021).

Die hier dargestellten Zahlen zur Inzidenz von Altersdepression wurden eher unter- als überschätzt und sind daher als untere Grenze zu interpretieren. In der regulären SHARE-Befragung wird bei den Fragen zu Appetitlosigkeit, Schuldgefühlen und Interesse eine Folgefrage gestellt, um bei unklaren Fällen zwischen depressiven Symptomen und solchen, die dies nicht sind, unterscheiden zu können. Um bei der Telefonbefragung die vorgegebene Zeit einzuhalten, wurde bei der vorliegenden Erhebung auf diese Folgefrage verzichtet. Unklare Zuordnungen wurden in der Folge nicht als depressives Symptom gewertet.

In Abbildung 13 sind die Ergebnisse des EURO-D-Screenings abgebildet. 11,3% der Männer und mit 20,9% beinahe doppelt so viele Frauen gaben vier oder mehr depressive Symptome an. Bei Frauen ist eine deutliche Zunahme mit steigendem Alter erkennbar. So waren 13,6% der unter 65-jährigen und 31,5% der über 80-jährigen Frauen betroffen. Bei den Männern wiesen die 70-74-Jährigen mit 6% am seltensten vier oder mehr Depressionssymptome auf, am häufigsten die über 80-Jährigen mit 18,3%.

Abbildung 13: Ergebnisse des EURO-D-Scores (nach Altersgruppen und Geschlecht)



In Tabelle 6 werden die Ergebnisse des Depressionsscreening den Antworten auf die Frage, ob zurzeit Kontakte reduziert werden, gegenübergestellt. Es zeigten sich nur geringfügige Unterschiede. 17,1% der Personen die zur Befragungszeit ihre sozialen Kontakte reduzierten, wiesen vier oder mehr depressive Symptome auf. 1,2 Prozentpunkte höher war der Anteil (18,3%) an Personen, die keine Reduktion ihrer sozialen Kontakte hatten und dennoch 4 oder mehr depressive Symptome aufwiesen.

Tabelle 6: Screening von Depressionen vs. "Reduzieren sie derzeit ihren sozialen Kontakt zu Menschen außerhalb Ihres Haushaltes aufgrund von Corona?"

Screening von Depressionen	Werden derzeit soziale Kontakte reduziert?					
	Ja		Nein		Gesamt	
	Anteil	n	Anteil	n	Anteil	n
0-3 depressive Symptome	82,9%	(1.843)	81,7%	(107)	82,8%	(1.950)
4+ depressive Symptome	17,1%	(380)	18,3%	(24)	17,2%	(404)
Gesamt	100,0%	(2.223)	100,0%	(131)	100,0%	(2.354)

6.3 Skala für Angstsymptome (GAD-7)

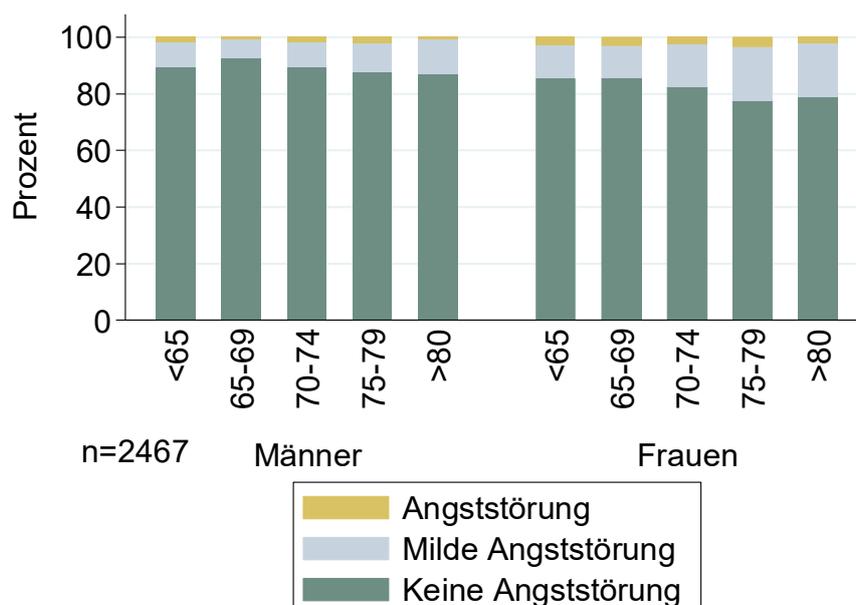
Um mögliche Angststörungen zu identifizieren wurde die GAD-7 Skala verwendet. GAD-7 steht für „Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale“ und dient zur Erfassung von Symptomen von Angst und Screening von Angststörungen (vgl. Spitzer et al., 2006).

Es wurden sieben Aussagen mit Inhalten wie beispielsweise Sorgen, Ängstlichkeit, Entspannung vorgelesen, zu denen die Befragten angeben sollten, wie oft sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen von diesen Beschwerden beeinträchtigt fühlten. Die Antwortkategorien lauteten: „Nie“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ und „Beinahe jeden Tag“.

Die Auswertung erfolgte durch Summierung der sieben Itemwerte (Wertebereich 0–3) zu einer Summenskala. Somit ergibt sich ein Wertebereich von 0 bis 21, wobei ein Wert von 10 oder mehr auf eine Angststörung hindeutet. Ein Wert zwischen 5 und 9 wurde als milde Angststörung gewertet (vgl. Spitzer et al., 2006).

In Abbildung 14 sind die Anteile der Befragten mit einer Angststörung zu sehen. Laut dem GAD-7-Score litten 1,2% der Männer und 2,7% der Frauen in den zwei Wochen vor der Befragung unter Angststörungen. Am häufigsten war dies bei 75-79-jährigen Frauen (3,5%) und am seltensten bei 65-69- und über 80-jährigen Männern (je 0,6%) der Fall. In die Kategorie Milde Angststörung fielen 9,2% der Männer und 15,2% der Frauen. 89,6% der Männer und 82,2% der Frauen wiesen somit keine Angststörungen auf, wobei dies bei jüngeren Personen häufiger der Fall war als bei älteren (unter 70 Jahre: 87,6%; ab 70 Jahre: 83,3%).

Abbildung 14: Screening von Angststörungen (nach Altersgruppen und Geschlecht)



7 Ernährung

Während der Corona Pandemie und durch die Kontaktbeschränkungen wurde der Zugang zu einer ausgewogenen Ernährung erschwert. Eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitsaufnahme beeinflussen die Lebensqualität positiv und vermindern die Anfälligkeit für Krankheiten. Vor allem für die ältere Bevölkerung ist ein abwechslungsreicher Speiseplan von Bedeutung, da eine ausbalancierte Nährstoffaufnahme bei geringerer Nahrungszufuhr schwieriger zu bewerkstelligen ist.

Der Ernährungszustand der älteren Bevölkerung in Österreich wurde in Anlehnung an die MNA-Skala erhoben. Die sogenannte MNA-Skala steht für „Mini Nutritional Assessment“ und ist ein einfaches Instrument zur Ernährungsuntersuchung und -bewertung (vgl. Cereda, 2012), welche sich aus den Bereichen Gesundheit, Mobilität und Ess- und Trinkgewohnheiten zusammensetzt.

Im Bereich Gesundheit fließen die eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes, Hautprobleme, psychischer Stress und akute Erkrankung und Medikamenteneinnahme ein. Auch der Body-Mass-Index (BMI), Gewichtsverlust und die Einschätzung des eigenen Ernährungszustandes stellen wichtige Gesundheitsindikatoren dar.

Die Fragen zur Mobilität als Teil der MNA-Skala zielen hauptsächlich auf fehlende Mobilität durch körperliche Einschränkungen von älteren Personen ab, da fehlende eigene Mobilität erheblichen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme haben kann. Es wird erfragt, ob die Befragten noch selbständig die Wohnung verlassen können, ob sie innerhalb der Wohnung noch mobil sind und ob gegebenenfalls Hilfe beim Essen benötigt wird.

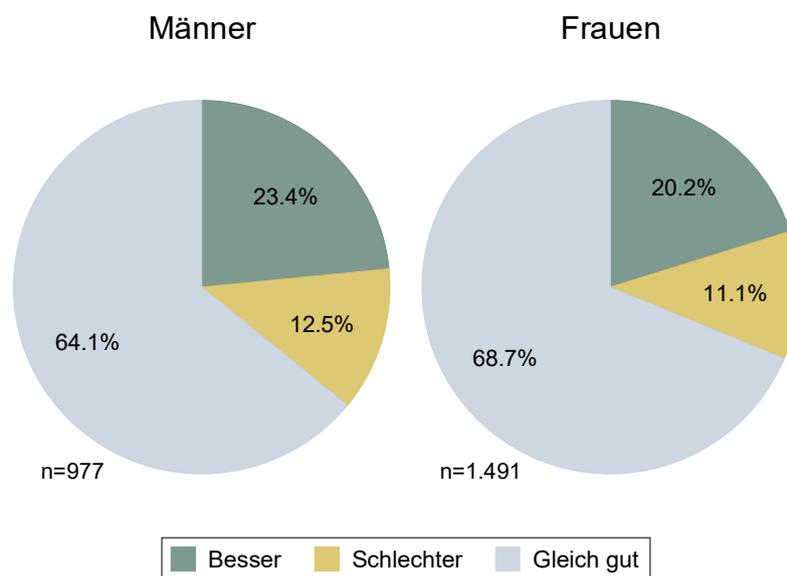
Die Veränderung der Trink- und Essgewohnheiten seit Pandemiebeginn wird mittels Trinkmenge, der Anzahl an Mahlzeiten pro Tag und der Einschätzung ob weniger gegessen wird, abgebildet. Des Weiteren wird für die Lebensmittelgruppen Milchprodukte, Hülsenfrüchte und Eier, Fleisch, Fisch und Geflügel und Obst und Gemüse gefragt, ob diese in ausreichenden Mengen konsumiert werden.

In diesem Abschnitt werden zuerst die Ergebnisse der einzelnen Teilbereiche dargestellt, bevor genauer auf die Ergebnisse und Berechnung der MNA-Skala eingegangen wird. Abschließend werden psychische Gesundheit und Wohlbefinden dem Ernährungszustand gegenübergestellt.

7.1 Gesundheitszustand und BMI

In Abbildung 15 sind die Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu gleichaltrigen Personen seit Beginn der Corona-Pandemie dargestellt. Circa zwei Drittel der Befragten (Männer: 64,1%; Frauen: 68,7%) gaben an, dass ihr Gesundheitszustand mit gleichaltrigen Personen vergleichbar sei. Männer gaben mit 23,4% etwas häufiger als Frauen (20,2%) an, gesünder zu sein. Etwas mehr als jede zehnte Person (Männer: 12,5%; Frauen: 11,1%) meinte, ihr Gesundheitszustand sei schlechter als jener von gleichaltrigen Personen.

Abbildung 15: Einschätzung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu gleichaltrigen Personen seit Beginn der Corona-Pandemie (nach Geschlecht)



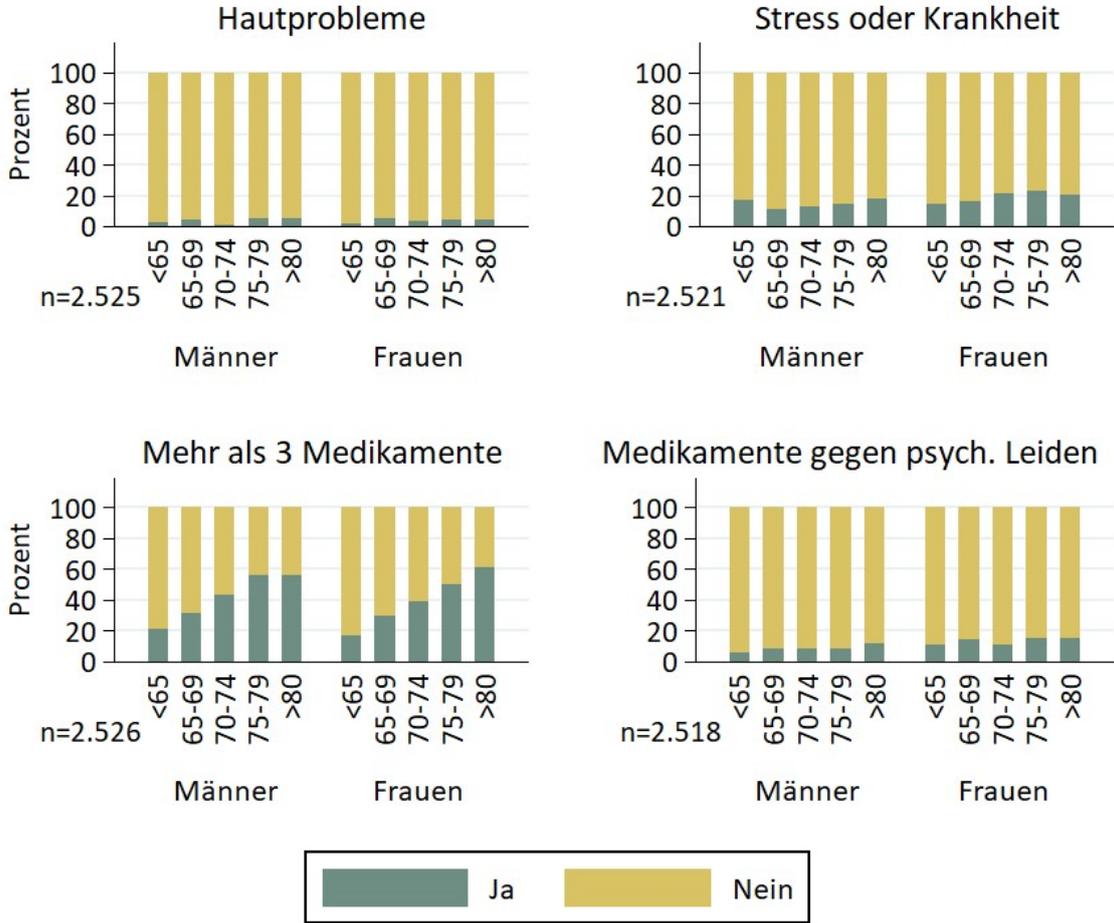
Um den Ernährungszustand beurteilen zu können sind weitere Aspekte, die die Gesundheit betreffen, relevant. Der genaue Wortlaut der vier folgenden Fragen lautete:

- „Litten Sie seit Beginn der Corona-Pandemie an Hautproblemen, wie Schorf oder Druckgeschwüren?“
- „Litten Sie während der Corona-Pandemie an psychischem Stress oder an einer akuten Krankheit (ausgenommen Corona)?“
- „Haben Sie während der Corona-Pandemie täglich mehr als 3 verschiedene verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen?“
- „Nehmen Sie derzeit mindestens einmal pro Woche Medikamente gegen Angstzustände oder Depressionen ein?“

In Abbildung 16 sind diese vier verschiedenen Aspekte des Gesundheitszustandes seit Beginn der Corona-Pandemie nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt dargestellt. Hautprobleme wurden nur von 3,7% der Befragten angegeben, wobei keine Altersgruppe übermäßig stark

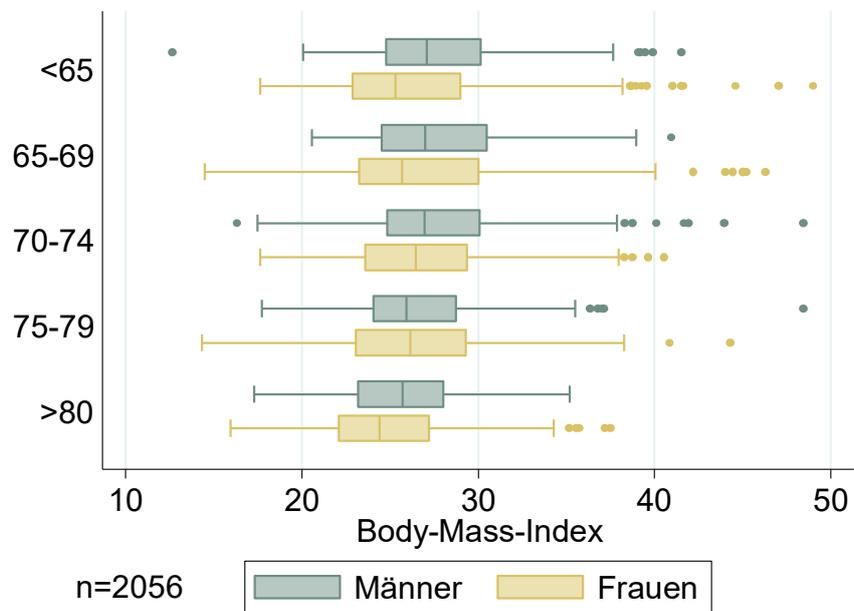
betroffen war. Unter Stress oder einer akuten Krankheit litten 14,7% der Männer und fast jede fünfte Frau (19,2%). Bei der Frage, ob man während der Corona-Pandemie täglich mindestens vier verschreibungspflichtige Medikamente zu sich nehmen musste, ist eindeutig ersichtlich, dass dies umso häufiger mit „Ja“ beantwortet wurde, je älter die Personengruppe war. Bei den unter 65-Jährigen liegt die Rate jener, die mehr als drei Medikamente zu sich nahmen, bei 18,6% und steigt bis zu 59% bei den über 80-jährigen Befragten. Medikamente gegen Angstzustände oder Depressionen wurden von 8,4% der Männer und 13,1% der Frauen eingenommen.

Abbildung 16: Verschiedene Aspekte des Gesundheitszustandes seit Beginn der Corona-Pandemie (nach Altersgruppen und Geschlecht)



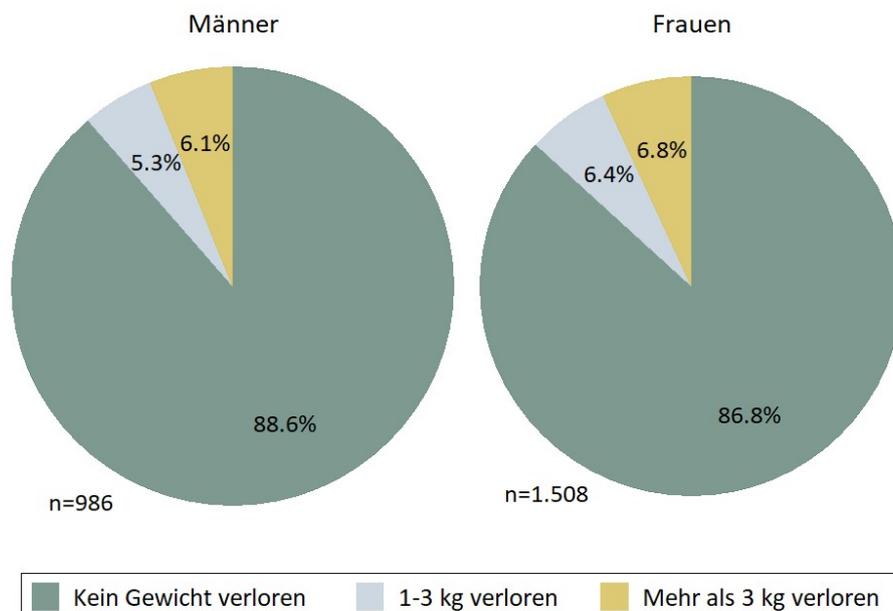
In Abbildung 17 sind Box-Plots der Body-Mass-Indizes der Befragten zu sehen. Der Median des BMI der Männer liegt bei 26,5, wobei er bei über 74-Jährigen niedriger ist (25,8) als bei unter 75-Jährigen (27). Bei den Frauen liegt der mediane BMI bei 25,5. Von den Frauen haben die 70-74-Jährigen den höchsten medianen BMI (26,4) und die über 80-Jährigen den niedrigsten medianen BMI (24,4).

Abbildung 17: Body-Mass-Index (nach Altersgruppen und Geschlecht)



11,4% der Männer und 13,2% der Frauen gaben an, seit Beginn der Corona-Pandemie Gewicht verloren zu haben, davon mehr als die Hälfte über 3 Kilogramm (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Gewichtsverlust seit Beginn der Corona-Pandemie



In Tabelle 7 ist die persönliche Einschätzung des eigenen Ernährungszustandes nach Geschlecht aufgelistet. Der überwiegende Großteil der Befragten (99,1%) gab an, sich ausreichend ernährt zu fühlen. Eine kleine Gruppe von 0,5% der Männer und 1,2% der Frauen schätzen sich selbst als mangelernährt ein.

Tabelle 7: Einschätzung des eigenen Ernährungszustandes je Geschlecht

Einschätzung des eigenen Ernährungszustandes	Geschlecht		
	Männer Anteil n	Frauen Anteil n	Gesamt Anteil n
Mangelernährt	0,5% (5)	1,2% (18)	0,9% (23)
Ausreichend ernährt	99,5% (984)	98,8% (1.502)	99,1% (2.486)
Gesamt	100,0% (989)	100,0% (1.520)	100,0% (2.509)

In Abbildung 23 sind die Ergebnisse des MNA-Scores, welche den Ernährungszustand der Personen einordnet (Erklärung in Kapitel 7.4), dargestellt. Diese beinhaltet die zusätzliche Kategorie „Risiko für Mangelernährung“.

7.2 Mobilität

Die Anteile der Befragten, welche nicht in der Lage sind, ihr Haus bzw. ihre Wohnung selbstständig zu verlassen, sind in Tabelle 8 aufgelistet. Von den 2,5% der Männer, auf die das zutrifft, war ca. jeder Fünfte (21,7%) auch nicht mehr in der Lage sich innerhalb des eigenen Wohnbereichs zu bewegen. Bei den Frauen waren 4,6% nicht in der Lage ihr Haus bzw. ihre Wohnung zu verlassen, wovon sich 15,7% auch innerhalb ihres Wohnbereichs nicht bewegen konnten. Als Beispiel dieser Bewegungsunfähigkeit zählt Bettlägerigkeit.

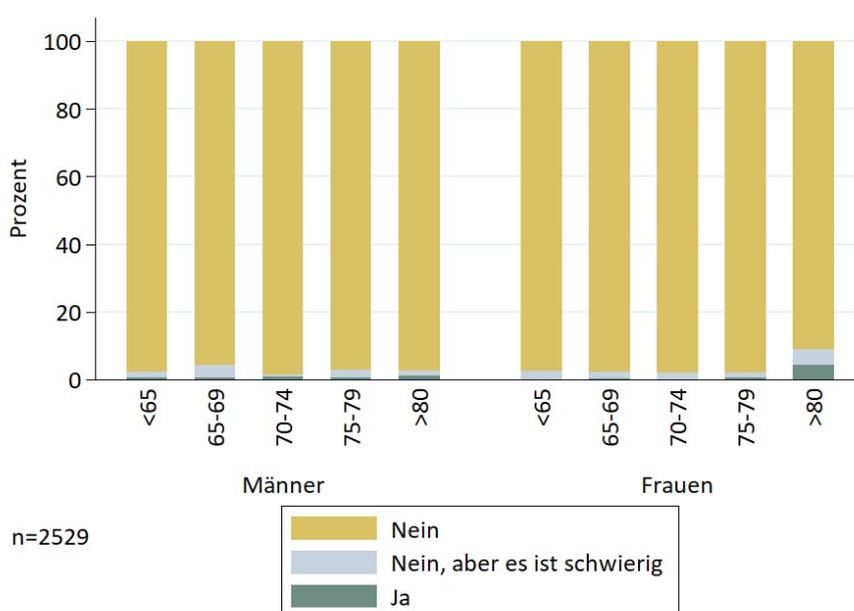
Tabelle 8: Mobilität je Geschlecht

Sind Sie in der Lage, Ihr Haus / Ihre Wohnung eigenständig zu verlassen?	Geschlecht		
	Männer Anteil n	Frauen Anteil n	Gesamt Anteil n
Ja	97,5% (972)	95,4% (1.459)	96,2% (2.431)
Nein	2,5% (25)	4,6% (71)	3,8% (96)

Gesamt	100,0% (997)	100,0% (1.530)	100,0% (2.527)
--------	--------------	----------------	----------------

In Abbildung 19 ist der Anteil an Personen abgebildet, die Hilfe beim Essen benötigten. 97,3% der Männer und 96,5% der Frauen hatten keine Schwierigkeiten allein zu essen. 2,1% der Männer und 2,5% der Frauen gaben Schwierigkeiten beim selbstständigen Essen an. 0,9% aller Befragten erhielten Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, wobei dies bei der Gruppe der über 80-jährigen Frauen mit 4,45% mit Abstand am Häufigsten der Fall war.

Abbildung 19: Wird Hilfe beim Essen benötigt? (nach Altersgruppen und Geschlecht)



7.3 Trink- und Essgewohnheiten

In Abbildung 20 ist ersichtlich, dass es kaum Unterschiede bei der Trinkmenge von alkoholfreien Getränken vor und seit Pandemiebeginn gab. Auffallend ist die Tendenz, dass die Flüssigkeitsaufnahme sank, je älter die Personen waren. Mehr als 5 Gläser Wasser, Saft, Kaffee oder Tee tranken 65-69-jährige Männer (68,4% vor bzw. 69,4% seit Pandemiebeginn) am häufigsten. Bei Männern über 80 Jahren lag diese Rate bei 56,2% bzw. 56,5%. Bei den Frauen tranken die unter 65-Jährigen am meisten (65,3% vor bzw. 67,3% seit Pandemiebeginn). Über 80-jährige weibliche Befragte gaben nur noch zu 49,1% vor Pandemiebeginn bzw. 47,6% seit Pandemiebeginn an, mehr als 5 Getränke pro Tag zu sich zu nehmen.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Essgewohnheiten. In Abbildung 21 ist ersichtlich, dass ein Großteil der Befragten angab, seit Beginn der Corona-Pandemie ihre Nahrungsaufnahme nicht reduziert zu haben. Ältere Personen gaben häufiger als Jüngere an, seit Beginn der Pandemie

weniger zu essen. Während bei den unter 65-Jährigen 5,6% (Männer: 3,2%; Frauen: 7,1%) angaben, seit der Pandemie weniger zu essen, waren es bei über 80-jährigen Personen 11,8% (Männer: 8,6%; Frauen: 13,8%). Insgesamt trifft dies auf Frauen (10,2%) häufiger zu als auf Männer (6,5%).

Abbildung 20: Flüssigkeitsaufnahme vor und seit Pandemiebeginn (nach Altersgruppen und Geschlecht)

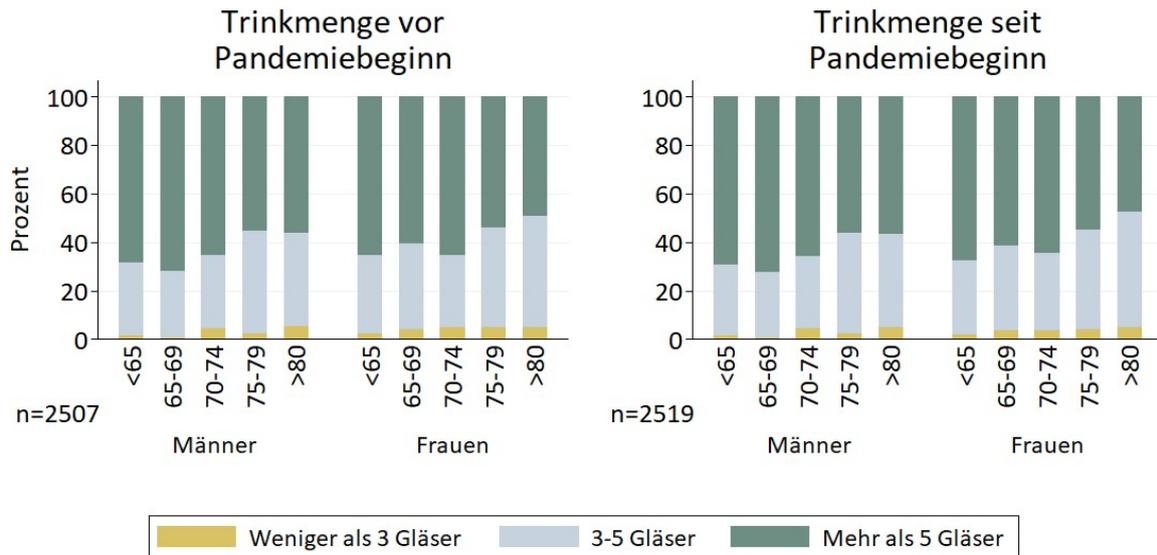
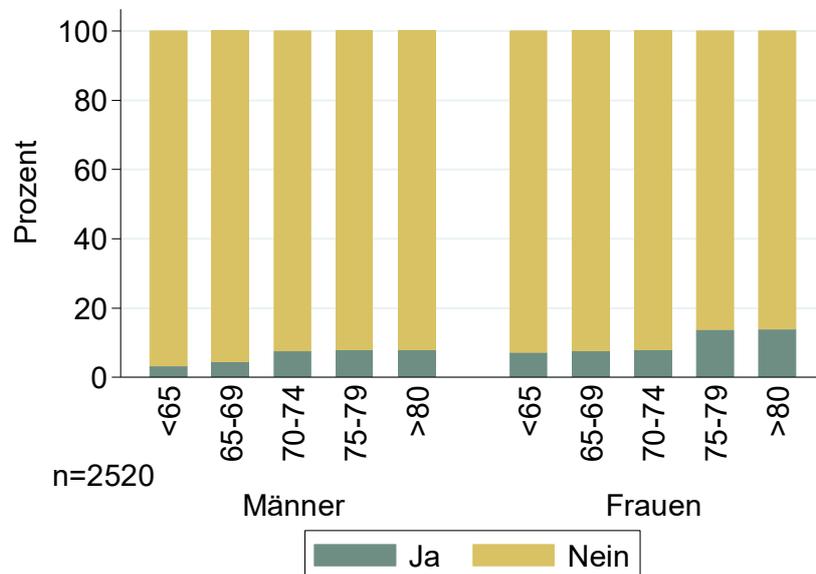


Abbildung 21: „Essen Sie seit Beginn der Corona-Pandemie weniger als davor?“ (nach Altersgruppen und Geschlecht)



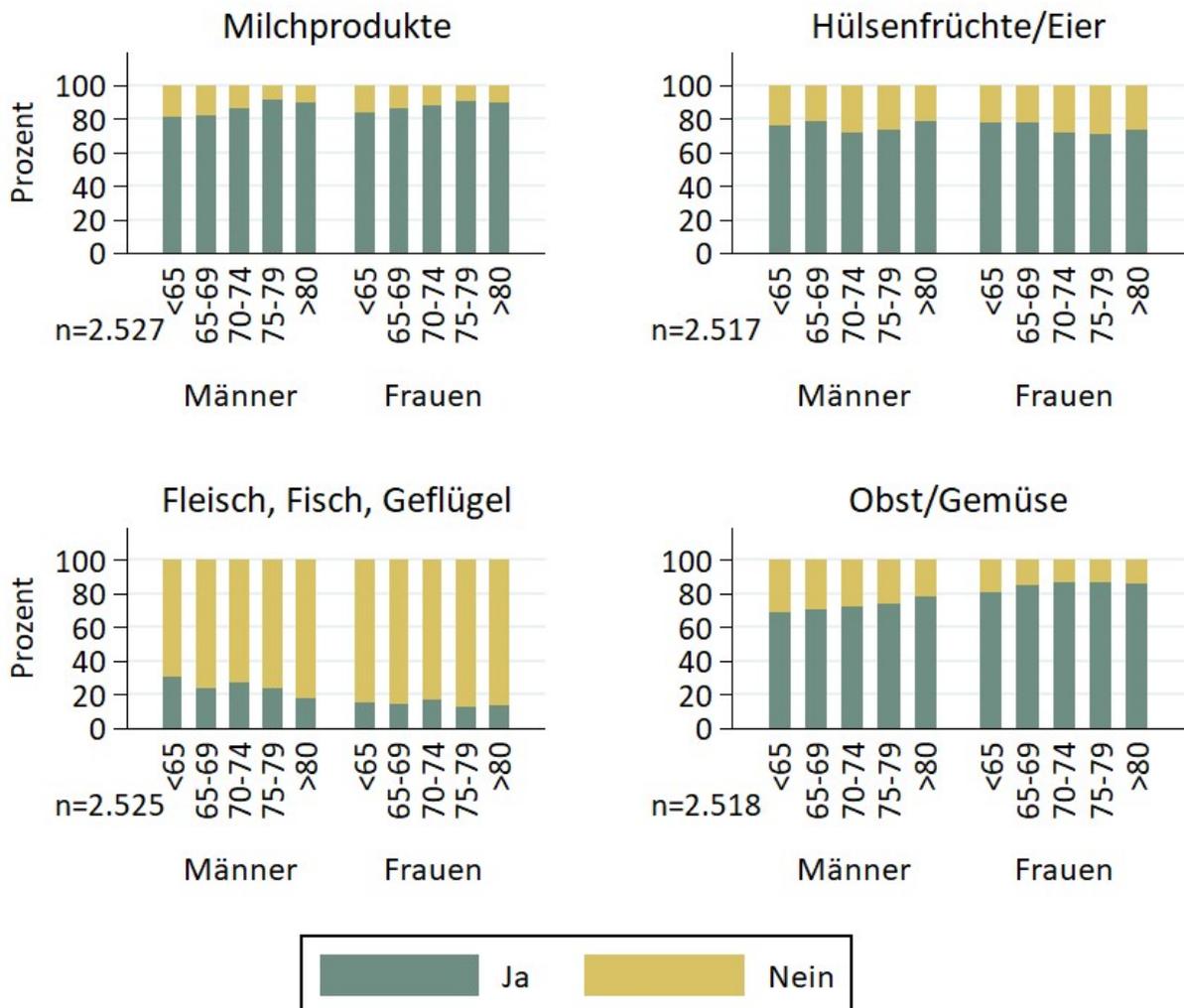
Die Angaben zur Anzahl der täglichen Hauptmahlzeiten sind in Tabelle 9 ersichtlich. Bei beiden Geschlechtern sind die Anteile an Personen, die 3 Hauptmahlzeiten zu sich nahmen, während der Pandemie im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie leicht gesunken.

Tabelle 9: Anzahl der täglichen Hauptmahlzeiten vor und seit Pandemiebeginn

Anzahl der täglichen Hauptmahlzeiten	Männer		Frauen	
	VOR Pandemiebeginn	SEIT Pandemiebeginn	VOR Pandemiebeginn	SEIT Pandemiebeginn
1 Mahlzeit	9,1%	9,7%	13,7%	14,5%
2 Mahlzeiten	30,2%	31,0%	32,6%	33,6%
3 Mahlzeiten	58,1%	56,6%	51,3%	49,8%
4+ Mahlzeiten	2,6%	2,7%	2,4%	2,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	n=994	n=993	n=1.527	n=1.527

In Abbildung 22 ist dargestellt, ob die Befragten bei verschiedenen Lebensmittelgruppen die empfohlenen Richtwerte erreichten, die für eine ausgewogene Ernährung wichtig sind. Die Referenzmengen sind dabei mindestens ein Milchprodukt pro Tag, mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier, täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel bzw. mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse. Es ist zu erkennen, dass ältere Personen häufiger täglich mindestens ein Milchprodukt zu sich nahmen als Jüngere (gesamt: 86,7%). Dieselbe Tendenz ist auch beim täglichen Verzehr von mindestens zwei Portionen Obst- bzw. Gemüse erkennbar, wobei hier Frauen (84,9%) öfter mit „Ja“ antworteten als Männer (72,8%). Beim regelmäßigen Genuss von Hülsenfrüchten bzw. Eiern ist bei den Altersgruppen keine Tendenz ersichtlich und auch zwischen den Geschlechtern bestand kaum ein Unterschied (gesamt: 74,7%). 24,8% der Männer und 14,3% der Frauen gaben an, täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel zu essen.

Abbildung 22: Erreichen der Referenzmengen wichtiger Nahrungsmittelgruppen seit Ausbruch der Corona Pandemie (nach Altersgruppen und Geschlecht)



7.4 Skala für Mangelernährung (MNA)

Die Skala für Mangelernährung setzt sich aus den zuvor beschriebenen Bereichen Gesundheit, Gewicht und Gewichtsverlauf, Mobilität und Ess- und Trinkgewohnheiten zusammen. Die sogenannte MNA-Skala steht für „Mini Nutritional Assessment“ und ist ein einfaches Instrument zur Ernährungsuntersuchung und -bewertung (vgl. Cereda, 2012).

Hauptbestandteile zur Errechnung des finalen Ernährungs-Scores sind das Screening und das Assessment. Für das Screening wurden die Ergebnisse mehrerer Subscreenings addiert, bei denen Punkte in den Kategorien Krankheit, Body-Mass-Index, Nahrungsmenge und Mobilität vergeben wurden. Für das Assessment wurden einige Indikatoren für die körperliche Gesundheit, für die Ernährungsgewohnheiten und für eventuell benötigte Hilfe erhoben und

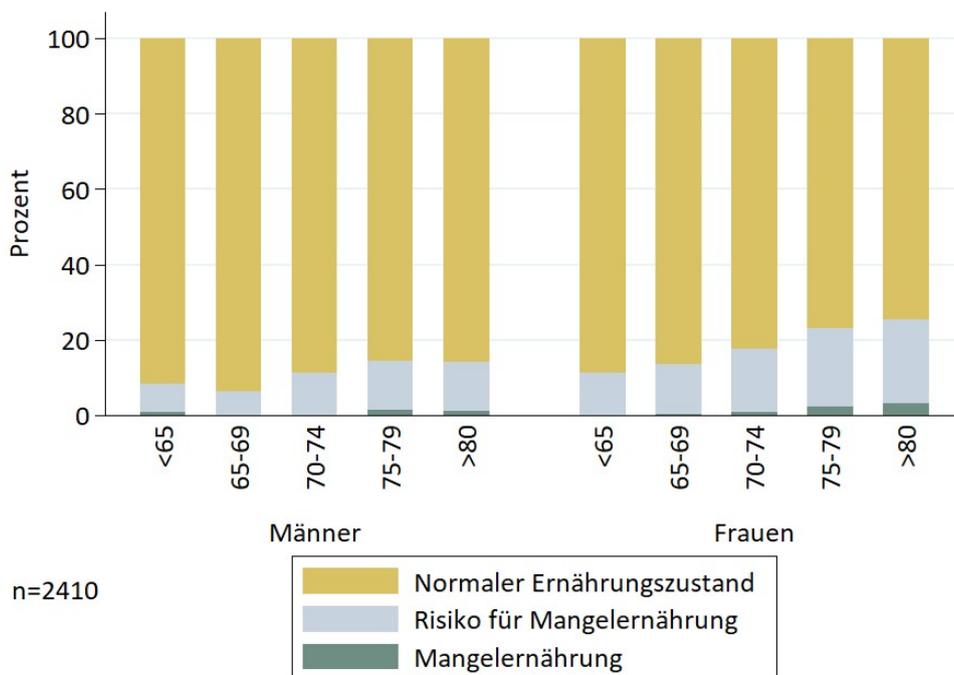
dafür ebenfalls Punkte vergeben. Die Information, ob die Person eigenständig zuhause lebt und ob eine Demenzdiagnose vorliegt, wurde aus dem SHARE-Hauptfragebogen der Welle 8 übernommen.

Die erreichten Punkte vom Assessment (max. 16 Punkte) und aus dem Screening (max. 14 Punkte) wurden zusammengezählt, wobei ein Korrekturfaktor für jene Personen miteinfluss, deren Score im Screening-Bereich hoch war. Im finalen Ernährungs-Score konnten somit maximal 30 Punkte erreicht werden. Für Personen, für die in einem oder mehreren der Teilbereiche keine Angaben verfügbar waren, wurde der Gesamtscore nicht berechnet.

Einen normalen Ernährungszustand haben Personen mit einem Score zwischen 24 und 30 Punkten. Im Bereich von 17 bis 23,5 Punkten liegen Personen mit einem Risiko einer Mangelernährung. Befragte mit weniger als 17 Punkten werden als mangelernährt eingestuft.

In Abbildung 23 ist zu sehen, dass 89,2% der Männer und 82,9% der Frauen einen normalen Ernährungszustand hatten. Mit steigendem Alter nahm das Risiko für eine Mangelernährung bei beiden Geschlechtern jedoch zu, wobei diese Tendenz bei Frauen ausgeprägter war als bei Männern. Bei den über 80-jährigen Frauen bestand bei etwas mehr als einem Fünftel (22,1%) das Risiko einer Mangelernährung und 2,7% wurden als mangelernährt eingestuft. Bei den Männern derselben Altersgruppe betrug diese Anteile 13,7% und 0,6%.

Abbildung 23: Ergebnisse des Ernährungs-Scores (MNA-Score) (nach Altersgruppen und Geschlecht)



In Tabelle 10 ist zu sehen, dass Personen mit normalem Ernährungszustand seltener Bedenken hatten (20,1%) zu ärztlichem Personal oder ähnlichem zu gehen als Personen, die ein Risiko für eine Mangelernährung aufweisen (28,5%) oder Personen die als mangelernährt eingestuft wurden (31,6%). Befragte, die bei einer der beiden Kategorien der Kreuztabelle keine gültige Angabe machten, werden hier nicht aufgelistet. (Daher auch der geringe Unterschied der totalen %-Zahlen zu Tabelle 4.)

Tabelle 10: Kreuztabelle des Mini Nutritional Assessment-Score und der Frage „Haben Sie derzeit aufgrund von Corona Bedenken, zum Arzt, in die Apotheke, zum Therapeuten, in die Ambulanz oder in ein Krankenhaus zu gehen?“

Bedenken zu ärztlichem Personal, Apotheken oder Therapeuten zu gehen?	Ernährungsbewertung			
	Mangel- ernährung <i>Anteil n</i>	Risiko für Mangel- ernährung <i>Anteil n</i>	Normaler Ernährungs- zustand <i>Anteil n</i>	Gesamt <i>Anteil n</i>
Ja	31,6% (6)	28,5% (94)	20,1% (412)	21,3% (512)
Nein	68,4% (13)	71,5% (236)	79,9% (1.051)	78,7% (1.888)
Gesamt	100,0% (19)	100,0% (330)	100,0% (2.051)	100,0% (2.400)

7.5 Risiko für Mangelernährung und Indikatoren für psychische Gesundheit

Mangelernährung und Depressionsrisiko

Die unterschiedlichen Ernährungsbewertungen der Befragten in den beiden Depressionskategorien sind in Tabelle 11 zu sehen. Während 90,1% der Personen mit normalem Ernährungszustand maximal drei depressive Symptome aufweisen, trifft dies nur bei 9,9% der Personen mit 4 oder mehr depressiven Symptomen zu. Aufgrund der geringen Fallzahlen der Befragten, welche als mangelernährt eingestuft wurden, ist eine Interpretation ihrer Aufteilung mit Vorsicht zu behandeln. Dass Personen mit Mangelernährung mehr depressive Symptome aufweisen als Personen mit besserem Ernährungszustand ist jedoch aufgrund der Ergebnisse durchaus abzuleiten.

Tabelle 11: Kreuztabelle der Ergebnisse vom Mini Nutritional Assessment-Score und des EURO-D-Screenings

Screening von Depressionen	Ernährungsbewertung			
	Mangelernährung	Risiko für Mangelernährung	Normaler Ernährungszustand	Gesamt
	Anteil n	Anteil n	Anteil n	Anteil n
0-3 depressive Symptome	10,50% (2)	46,80% (144)	90,10% (1.756)	83,50% (1.902)
4+ depressive Symptome	89,50% (17)	53,20% (164)	9,90% (194)	16,50% (375)
Gesamt	100,00% (19)	100,00% (308)	100,00% (1.950)	100,00% (2.277)

Mangelernährung im Zusammenhang mit Angststörungen

In Tabelle 12 wurde die Ernährungsbewertung den Ergebnissen des GAD-7-Screenings (Screening von Angststörungen) gegenübergestellt. 88,4% der Befragten mit normalem Ernährungszustand wiesen keine Angststörung auf. Bei Personen mit einem Risiko für eine Mangelernährung lag diese Rate bei 71%. Wiederum sind die angegebenen Werte in der Kategorie ‚Mangelernährung‘ aufgrund der geringen absoluten Häufigkeiten nicht aussagekräftig, dennoch kann aus den Daten geschlossen werden, dass Personen mit Mangelernährung häufiger unter Angstsymptomen leiden als die Befragten mit besserer Ernährungsbewertung (Mangelernährung und Angststörung: 21,7% vs. normaler Ernährungszustand und Angststörung: 0,9%).

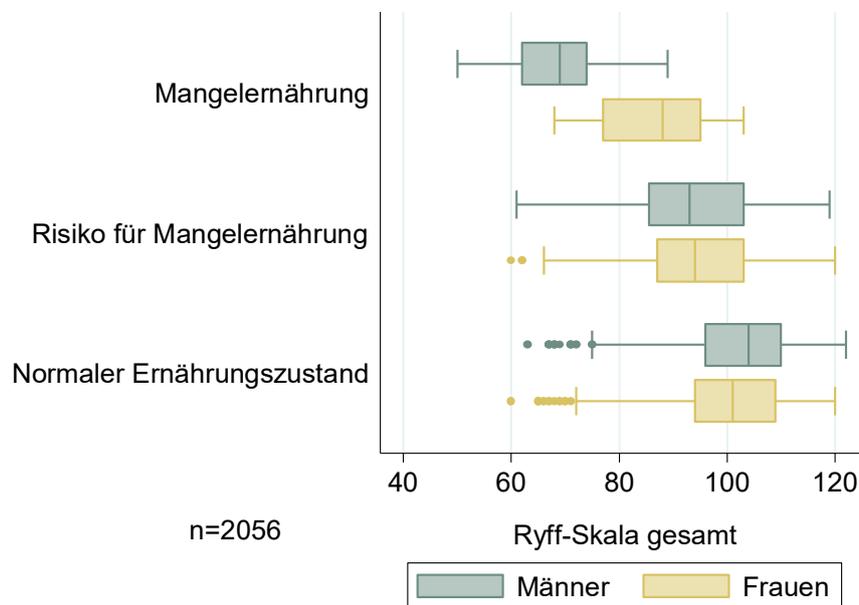
Tabelle 12: Kreuztabelle der Ergebnisse vom Mini Nutritional Assessment-Score und des GAD-7-Screenings

Screening von Angststörungen	Ernährungsbewertung			
	Mangelernährung	Risiko für Mangelernährung	Normaler Ernährungszustand	Gesamt
	Anteil n	Anteil n	Anteil n	Anteil n
Keine Angststörung	39,1% (9)	71,0% (233)	88,4% (1.779)	85,5% (2.021)
Milde Angststörung	39,1% (9)	21,7% (71)	10,7% (215)	12,5% (295)
Angststörung	21,7% (5)	7,3% (24)	0,9% (18)	2,0% (47)
Gesamt	100,0% (23)	100,0% (328)	100,0% (2.012)	100,0% (2.363)

Mangelernährung und psychisches Wohlbefinden

In Abbildung 24 sind Boxplots der Ryff-Scores (Je höher der Score, desto höher das Wohlbefinden) nach Ernährungszustand und Geschlecht dargestellt. Auf den ersten Blick fällt der große Unterschied zwischen Männern und Frauen auf, welche als mangelernährt eingestuft wurden. Dieser ist jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig. Der gemeinsame Median beider Geschlechter liegt bei den als mangelernährt eingestuften Personen bei 86, bei den Befragten mit Risiko für eine Mangelernährung bei 94 (Männer: 93; Frauen: 94,5) und bei den normal ernährten Befragten bei 102 (Männer: 104; Frauen: 101). Allgemein kann daraus abgelesen werden: Je höher das Wohlbefinden einer befragten Person ist, desto eher ist sie normal ernährt. Bzw. auch umgekehrt: Je schlechter der Ernährungszustand, desto geringer ist das mediane Wohlbefinden.

Abbildung 24: Ryff-Score nach Ernährungszustand und Geschlecht



8 Anhang

8.1 Liste fehlender Antworten

	Grundgesamtheit (antwortberechtigte Personen)	fehlende Antworten (Weiß nicht/ keine Antwort)	%-Anteil an fehlenden Antworten	Abbildungs- bzw. Tabellen- verzeichnis
Altersverteilung nach Geschlecht	2529	0	0,00%	Abb.1
Covid-19 Erkrankung im Haushalt (inkl. „Weiß nicht“)	1813	1	0,06%	Abb.2
Testung auf Coronavirus und Ergebnis	130	2	1,54%	Tab.1
Schwere der Erkrankung	130	0	0,00%	Abb.3
Behandlung im Krankenhaus?	130	0	0,00%	Abb.4
Folgen nach Infektion?	130	1	0,77%	Abb.5
Wie wahrscheinlich ist Corona-Infektion	2421	105	4,34%	Abb.6
Gefahrenereinschätzung einer Corona-Erkrankung	2421	69	2,85%	Abb.7
Gefahrenereinschätzung vs. Erkrankungsrisiko	2421	156	6,44%	Tab.2
Reduzierung soz. Kontakte zu Pandemiebeginn	2529	4	0,16%	Tab.3
Reduzierung sozialer Kontakte bei Befragung	2529	5	0,20%	Tab.3
Bedenken zu ärztlichem Personal, etc. zu gehen	2529	17	0,67%	Tab.4/Abb.8
Keine Terminvereinbarung möglich	2529	0	0,00%	Tab.4/Abb.8
Behandlung nicht ausreichend	2529	0	0,00%	Tab.4/Abb.8
Verzicht auf medizinische Leistungen	2529	2	0,08%	Tab.4/Abb.8
Covid-19 Impfbereitschaft	2529	570	22,54%	Abb.9
Grippeimpfung	2529	7	0,28%	Abb.9
Corona- vs. Grippeimpfung (inkl. „Weiß nicht“)	2529	8	0,32%	Tab.5
Impfbereitschaft im Zeitverlauf (inkl. „Weiß nicht“)	2529	1	0,04%	Abb.10
Ryff (Wohlbefinden) - Autonomie	2529	54	2,14%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Umweltgestaltung	2529	43	1,70%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Persönliches Wachstum	2529	305	12,06%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Lebenssinn	2529	50	1,98%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Positive Beziehungen	2529	84	3,32%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Selbstakzeptanz	2529	42	1,66%	Abb.11
Ryff (Wohlbefinden) - Gesamt	2529	398	15,74%	Abb.12
EURO-D Depressionsskala	2529	173	6,84%	Abb.13
Depressionen vs. Kontaktreduktion	2529	175	6,92%	Tab.6
GAD-7 (Angststörung)	2529	62	2,45%	Abb.14
Einschätzung Gesundheitszustand	2529	61	2,41%	Abb.15
Hautprobleme	2529	4	0,16%	Abb.16

Stress oder Krankheit	2529	8	0,32%	Abb.16
Mehr als drei Medikamente	2529	3	0,12%	Abb.16
Medikamente gegen psych. Leiden	2529	11	0,43%	Abb.16
Body-Mass-Index	2529	69	2,73%	Abb.17
Gewichtsverlust	2529	35	1,38%	Abb.18
Einschätzung Ernährungszustand	2529	20	0,79%	Tab.7
Mobilität	2529	2	0,08%	Tab.8
Hilfe beim Essen	2529	0	0,00%	Abb.19
Trinkmenge VOR Pandemiebeginn	2529	22	0,87%	Abb.20
Trinkmenge SEIT Pandemiebeginn	2529	10	0,40%	Abb.20
Änderung der Nahrungsaufnahme	2529	9	0,36%	Abb.21
Anzahl tägl. Hauptmahlzeiten VOR Pandemie	2529	8	0,32%	Tab.9
Anzahl tägl. Hauptmahlzeiten SEIT Pandemie	2529	9	0,36%	Tab.9
Essgewohnheiten Milchprodukte	2529	2	0,08%	Abb.22
Essgewohnheiten Hülsenfrüchte/Eier	2529	12	0,47%	Abb.22
Essgewohnheiten Fleisch/Fisch/Geflügel	2529	4	0,16%	Abb.22
Essgewohnheiten Obst/Gemüse	2529	11	0,43%	Abb.22
MNA (Mini Nutritional Assessment-Score)	2529	118	4,67%	Abb.23
Ernährung vs. Bedenken	2529	129	5,10%	Tab.10
Ernährung vs. Depressionen	2529	252	9,96%	Tab.11
Ernährung vs. Angststörung	2529	166	6,56%	Tab.12
Ryff-Scores je Ernährungszustand	2529	472	18,66%	Abb.24

8.2 Fragebogen

Der gesamte Fragebogen kann auf der Homepage von SHARE-Österreich unter https://www.share-austria.at/fileadmin/user_upload/data/do/DO_W8_national_CATI_COVID_public.pdf heruntergeladen werden. Im Menüpunkt **Forschung/Datenzugang/Nationaler Zusatzfragebogen** können auch alle Fragebögen, die speziell in Österreich als Ergänzung des harmonisierten internationalen Standardfragebogens erhoben wurden, nachgelesen werden.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit). (05. März 2024). *Coronavirus*. <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus> [abgerufen am 14.05.2024]
- Bergmann, M. & Börsch-Supan, A. (2021). *SHARE Wave 8 Methodology: Collecting Cross-National Survey Data in Times of COVID-19*, Seiten 23–32. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Bernsteiner, M. & Boggatz, T. (2016). *Wohlbefinden im Alter*. Hogrefe, <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000485> [abgerufen am 14.05.2024]
- Börsch-Supan, A. (2022). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8*. Release version: 8.0.0, SHARE-ERIC, DOI: 10.6103/SHARE.w8.800
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (15. März 2020). 98. *Verordnung 2020: Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_98/BGBLA_2020_II_98.pdfsig [abgerufen am 14.05.2024]
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (21. Oktober 2020). 453. *Verordnung 2020: Nähere Bestimmungen über die Durchführung von COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_453/BGBLA_2020_II_453.pdfsig [abgerufen am 14.05.2024]
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (1. November 2020). 463. *Verordnung 2020: COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_463/BGBLA_2020_II_463.pdfsig [abgerufen am 14.05.2024]
- Cereda, E. (2012). *Mini Nutritional Assessment*, Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. DOI: 10.1097/MCO.0b013e32834d7647, https://journals.lww.com/clinicalnutrition/Fulltext/2012/01000/Mini_Nutritional_Assessment.6.aspx [abgerufen am 14.05.2024]
- Harbich, A. (2013). *Existenzielle Lebensqualität im Alter*. Universität Wien, DOI: 10.25365/thesis.28361, <https://phaidra.univie.ac.at/o:1300991> [abgerufen am 14.05.2024]
- Korwarz, N., Partheymüller, J. & Pollak, M. (2021). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 4: Erneute Lockdowns, Massentests und der Beginn der Impfkampagne*. Vienna center for Electoral Research, Universität Wien, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100/> [abgerufen am 14.05.2024]
- Mehrbrodt, T., Gruber, S. & Wagner, M. (2021). *Scales and Multi-Item Indicators*. share-eric, https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Other_Publications/ScalesManual_rel.8-0-0.pdf [abgerufen am 14.05.2024]

- Prince, M.J., Reischies, F., Beekman, A.T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., Copeland, J.R. (1999). *Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres*. Br J Psychiatry, 174:330-8. doi: 10.1192/bjp.174.4.330. PMID: 10533552. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10533552/> [abgerufen am 14.05.2024]
- Ryff, C.D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069–1081, <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.57.6.1069> [abgerufen am 14.05.2024]
- Seroprävalenzstudie. (2022). *Prävalenzstudien zur Verbreitung aktiver SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich*. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, [https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Forschung/Aktuelles/Corona-Studien.html#:~:text=In%20der%20vierten%20Welle%20\(12,Prozent%20der%20Bevölkerung%20ermittelt%20\(%20max.](https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Forschung/Aktuelles/Corona-Studien.html#:~:text=In%20der%20vierten%20Welle%20(12,Prozent%20der%20Bevölkerung%20ermittelt%20(%20max.) [abgerufen am 14.05.2024]
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. & Löwe, B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Arch Intern Med, 166(10):1092-7, doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/> [abgerufen am 14.05.2024]
- Zierhut, A. (2010). *Familienlebensqualität*. Universität Wien, <https://core.ac.uk/download/pdf/11589372.pdf> [abgerufen am 14.05.2024]