

ANFRAGE

der Abgeordneten Mag. Katayun Pracher-Hilander
an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumenten-
schutz
betreffend **Transparenz und wissenschaftliche Aussagekraft des AGES-Modells
zur Berechnung sogenannter „Hitzetoter“ im Monat Juni 2026**

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) führt ein sogenanntes Hitze-Mortalitätsmonitoring durch. Dieses basiert nicht auf einer individuellen medizinischen Feststellung der Todesursache „Hitze“ bei den einzelnen Verstorbenen, sondern auf statistischen Zeitreihenanalysen und der modellbasierten Schätzung einer hitzeassoziierten Übersterblichkeit.¹

Auf ihrer Internetseite berichtete die AGES im Sommer 2026, dass im Juni demnach 395 Menschen „an den Folgen der Hitzewelle“ verstorben seien. Gleichzeitig wird erläutert, dass das dafür verwendete neue Modell auch verzögerte Auswirkungen hoher Temperaturen berücksichtige, die sich bis zu 21 Tage nach einem heißen Tag auf die Sterblichkeit auswirken könnten.¹

Diese Form der öffentlichen Kommunikation wirft wesentliche Fragen hinsichtlich der wissenschaftlichen Methodik, der verwendeten Datengrundlagen und der Aussagekraft der veröffentlichten Zahlen auf. Insbesondere ist zu klären, ob es sich bei den ausgewiesenen Zahlen um statistische Punktschätzungen oder um medizinisch bestätigte Todesfälle handelt und wie deutlich diese Unterscheidung gegenüber der Öffentlichkeit kommuniziert wird.

Bereits in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage betreffend „Umstrittene Teilnahme am ‚2. SDG-Dialogforum Österreich‘“ (16484/J)² vom 4. Dezember 2023 wurde lediglich allgemein ausgeführt, dass das Hitze-Mortalitätsmonitoring der AGES auf statistischen Zeitreihenanalysen beruhe. Auch in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage betreffend „Hitzetote in Österreich“ (19365/J)³ vom 20. September 2024 wurden zwar einzelne methodische Grundlagen erläutert, eine vollständige Offenlegung der zugrunde liegenden Modellgleichungen, der verwendeten Variablen, der Sensitivitätsanalysen sowie der Unsicherheits- bzw. Konfidenzintervalle erfolgte jedoch nicht.

Eine transparente Darstellung dieser Grundlagen ist jedoch erforderlich, um zwischen statistischer Assoziation, modellierter Übersterblichkeit und medizinisch nachgewiesene Kausalität unterscheiden zu können. Diese gilt insbesondere deshalb, weil die veröffentlichten Modellschätzungen in der öffentlichen Berichterstattung sowie von öffentlichen Stellen regelmäßig als konkrete Zahlen von Menschen dargestellt werden, die „an den Folgen der Hitzewelle“ verstorben seien.

¹ <https://www.ages.at/umwelt/klima/klimawandelanpassung/hitze> (aufgerufen am 23.09.2026)

² Anfrage: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/J/16484>

Beantwortung: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/15892> (aufgerufen am 23.09.2026)

³ Anfrage: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/J/19365>

Beantwortung: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/18741> (aufgerufen am 23.09.2026)

In diesem Zusammenhang richtet die unterfertigte Abgeordnete an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nachstehende

Anfrage

1. Wie viele Menschen sind im Juni 2026 nach der amtlichen Todesursachenstatistik tatsächlich an den unmittelbaren Folgen von Hitze nach
 - a. ICD-10-Code T67.0,
 - b. ICD-10-Code T67.1,
 - c. ICD-10-Code T67.2,
 - d. ICD-10-Code T67.3,
 - e. ICD-10-Code T67.4,
 - f. ICD-10-Code T67.5,
 - g. ICD-10-Code T67.9verstorben?
(Bitte jeweils um Aufschlüsselung nach Bundesland, Alter und Geschlecht sowie Angabe der Gesamtzahl für Österreich)
2. Welche konkrete Definition verwendet Ihr Ressort bzw. die AGES für den Begriff „hitzebedingter Todesfall“ bzw. „Hitzetoter“?
3. Auf welcher fachlichen oder wissenschaftlichen Grundlage wurde die von der AGES veröffentlichte Zahl von 251 hitzeassoziierten Todesfällen für Juni 2026 ermittelt?
4. Seit wann wird das neue Modell zur Berechnung von hitzeassoziierten Sterbefällen von der AGES verwendet (verzögerte Effekte von Hitze)? (Bitte um Angabe des genauen Stichtages)
 - a. Welche konkreten Änderungen wurden gegenüber dem zuvor verwendeten Modell vorgenommen?
5. Wurde das neue Modell rückwirkend auf bereits veröffentlichte Daten angewendet?
 - a. Wenn ja, welche konkreten Zeiträume betrifft dies?
6. Welche Sterbefalldaten bilden die Grundlage des Modells?
 - a. Aus welchen Datenquellen stammen die verwendeten Sterbefalldaten?
 - b. Werden vorläufig oder endgültig validierte Sterbedaten verwendet?
 - c. Werden die verwendeten Sterbedaten nachträglich revidiert?
 - i. Wenn ja, in welchen Fällen?
7. Beruht das Modell auf der Gesamtzahl aller Verstorbenen, unabhängig von der jeweiligen Todesursache?
 - a. Wenn nein, welche Todesursachen werden in die Berechnung einbezogen bzw. ausgeschlossen?
8. Sind in den verwendeten Gesamtsterbefallzahlen auch Todesfälle infolge äußerer Ursachen enthalten, insbesondere: Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, Ertrinken, Suizide, sonstige äußere Todesursachen?
9. Wenn Todesfälle infolge äußerer Ursachen in die Berechnung einbezogen werden: Wie wird methodisch ausgeschlossen, dass diese Todesfälle die Berechnung der hitzeassoziierten Übersterblichkeit beeinflussen?
10. Wie wurde der im derzeitigen Berechnungsmodell berücksichtigte Verzögerungszeitraum von bis zu 21 Tagen (wissenschaftlich) begründet?

11. Nach welchen Kriterien werden Todesfälle innerhalb des Verzögerungszeitraums von bis zu 21 Tagen in die Berechnung einbezogen?
12. Welche Stör- und Einflussfaktoren werden im derzeit verwendeten Modell konkret berücksichtigt oder mitgerechnet (z. B. Grunderkrankung)?
 - a. Werden gleichzeitig auftretende Infektionsgeschehen bzw. saisonale Infektionswellen bei der Berechnung berücksichtigt?
 - i. Wenn ja, welche?
13. Wird im Rahmen des Hitze-Mortalitätsmonitorings geprüft oder berücksichtigt, ob der COVID-19-Impfstatus einen Einfluss auf die berechnete hitzeassoziierte Übersterblichkeit haben könnte?
 - a. Wenn ja, auf welcher Datengrundlage?
 - b. Wenn nein, aus welchen fachlichen Gründen erfolgt keine entsprechende Prüfung?
14. Wurde bei der Berechnung geprüft, ob nach Hitzeperioden ein sogenannter Mortality-Displacement- bzw. Harvesting-Effekt eintritt?
 - a. Wenn ja, wie wurde dieser Effekt im Modell berücksichtigt?
 - b. Wenn nein, warum nicht?
15. Welche Grunderkrankungen oder gesundheitlichen Einflussfaktoren oder andere gesundheitsrelevanten Variablen spielten eine Rolle pro sogenanntem Hitzetoten?
16. Wie viele Juni Hitzetote sind auf Basis des Modells der verzögerten Auswirkung von Hitze im Mai verstorben?
17. Welcher Hitzetag wurde konkret pro Hitzetoten zur Feststellung eines hitzeassoziierten Todesfalles herangezogen? (Bitte um konkrete Nennung des Hitzetages pro Sterbefall)

Mag. H. L.

Dr. E. C.

Prache Silber
Anerkennung