

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Outcome-Messung im Gesundheitswesen

basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept

Detailanalyse relevanter Outcomes
im Gesundheitswesen (Baselinebericht)

Aktualisierte Fassung 2017

Abgenommen durch die

Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2018

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept Outcomes (2014) und die Projektgruppe Outcome-Messung im Gesundheitswesen (2015-2016)

Magdalena Arrouas

Beate Atzler

Christoph Beitel

Christina Dietscher

Aline Dragosits

Elisabeth Freynschlag

Johanna Geyer

Barbara Kraus-Neidhart

Christof Leitsberger

Alfred Mair

Andreas Mischak

Otto Rafetseder

Ulrike Schermann-Richter

Johannes Schimmerl

Hermann Schmied

Stefan Spitzbart

Wissenschaftliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Florian Bachner

Robert Griebler

Andrea E. Schmidt

Stefan Mathis-Edenhofer

Lukas Rainer

Julia Bobek

Unter Mitarbeit von:

Andreas Friedrich

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

vertreten durch Dr. Magdalena Arrouas (BMASGK, Sektion X)

Erscheinungsdatum: Juni 2018

Management Summary

Das im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit erstellte Mess- und Vergleichskonzept zielt darauf ab, anhand einer systematischen Ergebnisdarstellung von Kennzahlen, Aussagen zur Performance des Gesundheitssystems zu treffen. Handlungsfelder, die vertiefender Analysen bedürfen, sollen anhand der Ergebnisse identifiziert und gezielte Priorisierungen sowie informierte Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen unterstützt werden. Dazu wurde in einem ersten Schritt ein Outcome–Framework entwickelt, das in Summe sieben Outcome–Ziele entlang der Funktionsbereiche eines modernen Gesundheitssystems definiert und derzeit 38 Indikatoren bzw. Indikatoren–Gruppen vorsieht. Die Ziele leiten sich aus den ergebnisbezogenen Zielsetzungen der Zielsteuerung–Gesundheit ab.

Die Entwicklung des Konzepts erfolgte unter Einbezug aller Kurien und stellt somit ein abgestimmtes Instrument zur Entscheidungsunterstützung von und für die Systempartner dar. Das Konzept soll darüber hinausgehend dazu dienen, allen Vertreterinnen und Vertretern der Zielsteuerung–Gesundheit ein valides Instrument (oder Nachschlagewerk) zur einheitlichen Darstellung und Kommunikation österreichischer Zahlen und Daten über das Gesundheitssystem in Richtung der interessierten Öffentlichkeit und/oder Medien in die Hand zu geben.

Mit der vorliegenden aktualisierten Fassung des Baselineberichts 2017 wurden nachstehende Kennzahlen aktualisiert und bei entsprechender Datenverfügbarkeit weitere regionale Vergleiche ergänzt:

- » Gesundheitsförderung und Prävention
 - » Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen, Abschn. 2.1.1
 - » Schulklima, Abschn. 2.1.2
 - » Obst- und Gemüsekonsum, Abschn. 2.1.4
 - » Gesundheitswirksame Bewegung, Abschn. 2.1.5
 - » Sturzbedingte Frakturen Oberschenkelhalsknochen, Abschn. 2.1.7
 - » Zahnstatus Sechsjähriger, Abschn. 2.1.8
 - » Tabakkonsum, Abschn. 2.1.9
 - » Alkoholkonsum, Abschn. 2.1.10
 - » Adipositas, Abschn. 2.1.11
 - » Bösartige Neubildungen der Lunge, Abschn. 2.1.12.1
 - » Bösartige Neubildungen des Darms, Abschn. 2.1.12.2
 - » Bösartige Melanome, Abschn. 2.1.12.4
 - » Bösartige Neubildungen der Zervix, Abschn. 2.1.12.4
 - » Akuter Myokardinfarkt, Abschn. 2.1.13.1
 - » Ischämische Schlaganfälle, Abschn. 2.1.13.2
- » Kuration
 - » Mortality amenable to health care (MAHC), Abschn. 2.2.1
 - » Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), Abschn. 2.2.2
 - » Intramurale 30–Tage–Sterblichkeit nach AMI bzw. isch. Schlaganfall, Abschn. 2.2.3
 - » Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf, Abschn. 2.2.8

- » Gesamtsystem
 - » Lebenserwartung bei Geburt, Abschn. 2.4.1
 - » Gesunde Lebensjahre, Abschn.2.4.2
 - » Depressive Symptomatik, Abschn. 2.4.5
 - » Vorzeitige Mortalität, 2.4.6
 - » Potenziell verlorene Lebensjahre, Abschn. 2.4.7
 - » Säuglingssterblichkeit, Abschn. 2.4.8

Sechs Outcomes sind aufgrund der derzeitigen Datenlage noch nicht auswertbar:

- » Durchimpfungsrate Kinder
- » Inzidenz COPD
- » Postoperative Komplikationen
- » Schwere- oder tödliche Zwischenfälle
- » Antimikrobielle Resistenzen
- » Nosokomiale Infektionen

Für die Funktionsbereiche Langzeitpflege/-betreuung sowie Hospiz-/Palliativversorgung wurde im November 2017 unter Einbindung aller Zielsteuerungspartner sowie Expertinnen und Experten ein Prozess für die Auswahl an möglichen Indikatoren begonnen.

Wesentliche Trends und Entwicklungen

Im Vergleich zu den im ersten Baselinebericht (2015) dargestellten Ergebnissen sind nachstehende Entwicklungen auf Basis der Aktualisierung ableitbar.

Positiver Trend:

2016/2017 wiesen 55 Prozent der Sechsjährigen ein **kariesfreies Gebiss** auf. Gegenüber der vorangegangenen Erhebung (2011) ist dies ein Anstieg von rund drei Prozentpunkten. Es stehen nun für alle Bundesländer Daten zur Verfügung, da aus der letzten Erhebungsrunde auch Daten aus Wien (45 Prozent) und Vorarlberg (60 Prozent) vorliegen. Ein gegenwärtiges Problem ist die gesellschaftliche Kariespolarisierung. Während sich rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen guter Zahngesundheit erfreut, lebt eine beträchtliche Anzahl an sozial benachteiligten Jugendlichen mit einer erheblichen Karieslast. International liegt Österreich etwa im Schnitt jener 16 europäischen Staaten, für die Daten zur Verfügung stehen

Die **vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit** sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2003 lag die Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 84 Todesfällen, im Jahr 2016 bei 56 je 100.000 EW (altersstandardisiert) und ist damit in den letzten Jahren weiter gesunken. Zuletzt lag Österreich zwischen dem EU-15-Durchschnitt und dem Durchschnitt aller erfassten europäischen Länder.

Die **potenziell vermeidbaren stationären Aufenthalte (ACSC)** sind in den Jahren 2004 bis 2015 insgesamt gesunken (2015: 2.016 je 100.000 EW), der geschlechtsbedingte Unterschied hat sich in der betrachteten Periode verringert (von 336 auf 299). Im europäischen Vergleich zeigt sich allerdings noch Verbesserungsbedarf.

Der Bevölkerungsanteil mit **unerfülltem Bedarf an medizinischer Untersuchung** oder Behandlung ist in Österreich mit einer Rate von 0,2 Prozent sehr gering. Die Rate zeigt im Zeitverlauf ein konstant niedriges Niveau. Im europäischen Vergleich zeichnete sich Österreich im Jahr 2015 durch den niedrigsten Wert aus.

Die Anzahl an **gesunden Lebensjahren** steigt in Österreich seit der ersten Erhebung im Jahr 1978 kontinuierlich, liegt aber nach wie vor deutlich unter dem Durchschnitt der Länder der EU-28+. Im Jahr 2006 konnten Frauen mit 63,0, und Männer mit 61,6 gesunden Lebensjahren rechnen, im Jahr 2014 betrug dieser Wert 66,6 bzw. 65,9 Jahre. Vergleichsdaten verdeutlichen, dass Männer und Frauen mit höherem Bildungsabschluss eine größere Anzahl gesunder Lebensjahre aufweisen als Personen mit einem Pflichtschulabschluss. Die Diskrepanz zwischen Hochqualifizierten und Niedrigqualifizierten in der zu erwartenden Lebenserwartung in guter Gesundheit betrug im Jahr 2014 15,6 Jahre bei Männern (bei der Geburt), und 13,4 Jahre bei Frauen (bei der Geburt).

Die **vorzeitige Mortalität** sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2004 lag die vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 251 Fällen, während sie im Jahr 2015 bei 208 Fällen lag. Die vorzeitige Sterblichkeit ist im europäischen Vergleich sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwas höher als in den Ländern der EU-15+, aber niedriger als im EU-Gesamtvergleich (EU-28+).

Schwankender oder negativer Trend:

Die **Arbeitsbedingungen** (Altersgruppe 50 bis 64 Jahre) haben sich insgesamt verbessert und sind im europäischen Vergleich überdurchschnittlich gut. Bei differenzierter Betrachtung nach Geschlecht zeigt sich jedoch, dass sich die Situation zuletzt nur für Männer verbesserte, bei Frauen gab es eine moderate Verschlechterung zu verzeichnen. Auf einer Skala (Index von 0 (schlechtester Wert) bis 100 (bester Wert)) stieg der Wert bei Männern von 55,9 im Jahr 2004 auf 58,4 in den Jahren 2010/2011 und auf 59,6 im Jahr 2015, bei Frauen stieg er von 56,8 im Jahr 2004 auf 58,5 in den Jahren 2010/11, sank aber danach wieder auf 58,1 im Jahr 2015.

Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge stiegen zuletzt bei Frauen leicht an und sanken bei Männern. Im europäischen Vergleich liegen Männer unter dem Durchschnitt der EU-15+, während Frauen in Österreich ein höheres Risiko einer bösartigen Neubildung der Lunge aufweisen als in den Ländern der EU-15+. Neuerkrankungen bei bösartigen Melanomen verzeichneten bei Männern und Frauen einen Anstieg, während bösartige Neubildungen des Darms sowie bösartige Neubildungen der Zervix rückläufig sind (letztere u.a. aufgrund von Fortschritten in der Früherkennung). Die Darmkrebs-Inzidenz ist im internationalen Vergleich insbesondere bei Frauen als sehr niedrig einzuschätzen, auch bei bösartigen Neubildungen der Zervix erzielt Österreich ein vergleichsweise gutes Ergebnis.

Die standardisierte intramurale **30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)** nach stationärer Aufnahme je 100 Spitalsentlassungen über alle Krankenanstalten lag im Jahr 2016 österreichweit bei 8,3 und hat sich damit gegenüber 2011 etwas verschlechtert, wobei Frauen höhere altersstandardisierte Raten als Männer aufweisen (M: 7,6, F: 9,2). Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI lag bei Frauen und Männern in Österreich im Jahr 2013 mit jeweils 10,0 deutlich höher als der Durchschnitt der EU-15+ bzw. der EU-28+. Die Differenz zur niedrigsten intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit der dargestellten Länder betrug bei österreichischen Frauen 5,5 und bei Männern 5,6 Fälle.

Inhalt

Management Summary	III
Inhalt	VI
Abkürzungen.....	VII
Abbildungen.....	IX
Tabellen	XII
1 Einleitung und Hintergrund	1
2 Detailanalyse ausgewählter Outcomes im Gesundheitswesen	7
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention.....	7
2.1.1 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	7
2.1.2 Schulklima	11
2.1.3 Sozialkapital	13
2.1.4 Obst- und Gemüsekonsum	15
2.1.5 Gesundheitswirksame Bewegung	18
2.1.6 Gesundheitskompetenz.....	20
2.1.7 Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens	23
2.1.8 Zahnstatus Sechsjähriger.....	26
2.1.9 Tabakkonsum	29
2.1.10 Alkoholkonsum.....	32
2.1.11 Adipositas.....	34
2.1.12 Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix)	37
2.1.12.1 Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34)	38
2.1.12.2 Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21)	41
2.1.12.3 Bösartige Melanome (C43).....	44
2.1.12.4 Bösartige Neubildungen der Zervix (C53)	48
2.1.13 Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall).....	51
2.1.13.1 Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21–22).....	52
2.1.13.2 Ischämische Schlaganfälle (I63).....	54
2.1.14 Inzidenz Typ-2-Diabetes	57
2.2 Kuration	59
2.2.1 Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	59
2.2.2 Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)	63
2.2.3 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) nach stationärer Aufnahme	69
2.2.4 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall nach stationärer Aufnahme	73
2.2.5 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)	77
2.2.6 Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt.....	80
2.2.7 Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung	84
2.2.8 Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf	88
2.2.9 Wartezeiten: extramural	92
2.2.10 Wartezeiten: intramural	95
2.3 Langzeitpflege und Palliativversorgung	97
2.4 Gesamtsystem	98
2.4.1 Lebenserwartung bei Geburt.....	98
2.4.2 Gesunde Lebensjahre	101
2.4.3 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand	105
2.4.4 Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	107
2.4.5 Depressive Symptomatik	110
2.4.6 Vorzeitige Mortalität	113
2.4.7 Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)	116
2.4.8 Säuglingssterblichkeit	120
Literatur	123

Abkürzungen

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AT	Österreich
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BE	Belgien
B	Burgenland
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DMFT	Decayed, Missing, Filled Teeth
EE	Estland
EFTA	European Free Trade Association
EHIS	European Health Interview Survey
EL	Griechenland
ES	Spanien
EU	Europäische Union
EU-15	15 Mitgliedstaaten der EU beigetreten bis 2004
EU-28	28 Mitgliedstaaten der EU
EU-15+	15 Mitgliedstaaten der EU beigetreten bis 2004 und Mitgliedstaaten der EFTA
EU-28+	28 Mitgliedstaaten der EU und Mitgliedstaaten der EFTA
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EW	Einwohner/Einwohnerin
FI	Finnland
FR	Frankreich
ggü.	gegenüber
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies
HU	Ungarn
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDF	Internationale Diabetes Föderation
IE	Irland
IS	Island

ISCED	International Standard Classification of Education
IT	Italien
KA	Krankenanstalten
K	Kärnten
KH	Krankenhaus
KV	Krankenversicherung
LE	Lebenserwartung
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
MAHC	Mortality Amenable to Health Care
med.	medizinisch
Mio.	Million/en
MT	Malta
MVK	Mess- und Vergleichskonzept
NHS	National Health Service
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	Oberösterreich
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PL	Polen
PT	Portugal
PYLL	Potenziell verlorene Lebensjahre
RO	Rumänien
S	Salzburg
s.	siehe
SE	Schweden
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SI	Slowenien
SK	Slowakei
ST	Steiermark
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
SV	Sozialversicherung
TUS	Todesursachenstatistik
UK	Vereinigtes Königreich
V	Vorarlberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZÄ	Zahnärzte/Zahnärztinnen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Outcome-Framework	6
Abbildung 2.1:	Arbeitsbedingungen im Zeitvergleich, 2004, 2010/2011 und 2015	8
Abbildung 2.2:	Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, 2015, auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte).....	9
Abbildung 2.3:	Schulklima im europäischen Vergleich (Mittelwerte), 2014	12
Abbildung 2.4:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014.....	16
Abbildung 2.5:	Mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche im europäischen Vergleich (in %), 2014	19
Abbildung 2.6:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im europäischen Vergleich*, 2011 ..	21
Abbildung 2.7:	Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens im Zeitverlauf: Aufenthalte pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2004–2015	24
Abbildung 2.8:	Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im regionalen* Vergleich, 2016/2017	26
Abbildung 2.9:	Anteil der fünf- bis siebenjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im europäischen Vergleich**	27
Abbildung 2.10:	Anteil täglicher Raucher/innen ab 16 Jahren, 1972 bis 2014.....	29
Abbildung 2.11:	Anteil täglicher Raucher/innen im europäischen Vergleich, 2014	30
Abbildung 2.12:	Wöchentlicher Alkoholkonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014	33
Abbildung 2.13:	Adipositas im europäischen Vergleich (in %), 2014.....	35
Abbildung 2.14:	Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009	39
Abbildung 2.15:	Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich**, 2012	40
Abbildung 2.16:	Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009	42
Abbildung 2.17:	Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012	43
Abbildung 2.18:	Bösartige Melanome (C43): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009.....	45

Abbildung 2.19:	Bösartige Melanome (C43): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012	46
Abbildung 2.20:	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009	49
Abbildung 2.21:	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen im europäischen Vergleich, 2012	50
Abbildung 2.22:	Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im Zeitverlauf, 2004–2014.....	52
Abbildung 2.23:	Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich, 2004–2014.....	53
Abbildung 2.24:	Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle je 100.000 EW im Zeitverlauf; 2004–2014.....	55
Abbildung 2.25:	Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich; 2004–2014.....	55
Abbildung 2.26:	Entwicklung der MAHC, 2003–2016	61
Abbildung 2.27:	MAHC im europäischen Vergleich, 2014	61
Abbildung 2.28:	Entwicklung der ACSC im regionalen und im Geschlechter-Vergleich, 2004–2015	65
Abbildung 2.29:	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte im europäischen Vergleich je 100.000 EW, 2013: Asthma, COPD und Herzinsuffizienz	66
Abbildung 2.30:	Entwicklung der intramuralen 30–Tage–Sterblichkeit nach AMI, 2004–2013	70
Abbildung 2.31:	Intramurale 30–Tage–Sterblichkeit nach AMI im europäischen Vergleich, 2013	71
Abbildung 2.32:	Entwicklung der intramuralen 30–Tage–Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2004–2013	74
Abbildung 2.33:	Intramurale 30–Tage–Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall im europäischen Vergleich, 2013	75
Abbildung 2.34:	PIM bei über 70–Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2012	78
Abbildung 2.35:	Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014	82
Abbildung 2.36:	Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014.....	86
Abbildung 2.37:	Entwicklung des unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfs, 2004–2016.....	89
Abbildung 2.38:	Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen (in %) im europäischen Vergleich, 2015	90

Abbildung 2.39:	Entwicklung der Lebenserwartung in Ö, 2004–2015	99
Abbildung 2.40:	Lebenserwartung im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2015	100
Abbildung 2.41:	Entwicklung der gesunden Lebensjahre, 1978–2014.....	102
Abbildung 2.42:	Anzahl beschwerdefreier Lebensjahre zum Zeitpunkt der Geburt im europäischen Vergleich (Frauen und Männer), 2015.....	103
Abbildung 2.43:	Bevölkerungsanteil mit depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014	111
Abbildung 2.44:	Entwicklung der vorzeitigen Mortalität in Österreich, 2004–2015	113
Abbildung 2.45:	Vorzeitige Mortalität im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2014 (AT 2015)	114
Abbildung 2.46:	Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich, 2003–2016	117
Abbildung 2.47:	Potenziell verlorene Lebensjahre im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2015	118
Abbildung 2.48:	Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt, 1972–2015	121
Abbildung 2.49:	Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2015	121

Tabellen

Tabelle 2.1:	Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte).....	8
Tabelle 2.2:	Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte).....	11
Tabelle 2.3:	Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung (in %).....	13
Tabelle 2.4:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %).....	15
Tabelle 2.5:	Gesundheitswirksame Bewegung (in %), 2014.....	18
Tabelle 2.6:	Ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %).....	20
Tabelle 2.7:	Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens: Aufenthalte pro 100.000 EW, 2015.....	24
Tabelle 2.8:	Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %), 2006–2017.....	26
Tabelle 2.9:	Anteil täglicher Raucher/innen in Prozent der Befragten, 2014.....	29
Tabelle 2.10:	Alkoholkonsum (in %), 2014.....	32
Tabelle 2.11:	Übergewicht und Adipositas (in %), 2014.....	35
Tabelle 2.12:	Bösartige Neubildung der Lunge (C33–34), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014.....	38
Tabelle 2.13:	Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014.....	41
Tabelle 2.14:	Bösartige Neubildungen der Haut (C43), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014.....	44
Tabelle 2.15:	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014.....	48
Tabelle 2.16:	Inzidenz Akuter Myokardinfarkt (AMI; I21–22), 2014.....	52
Tabelle 2.17:	Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63), 2014.....	54
Tabelle 2.18:	Inzidenz Typ-2-Diabetes, 2012–2014.....	57
Tabelle 2.19:	Mortality Amenable to Health Care (MAHC), 2016.....	60
Tabelle 2.20:	Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), 2015.....	64
Tabelle 2.21:	Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI (I21, I22), 2016.....	70
Tabelle 2.22:	Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2016.....	74
Tabelle 2.23:	Potenziell inadäquate Medikation bei über 70-Jährigen (in %), 2012.....	77

Tabelle 2.24:	Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014	81
Tabelle 2.25:	Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014.....	85
Tabelle 2.26:	Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf (in %), 2016	89
Tabelle 2.27:	Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem auf Termin in der Haus-/Facharztpraxis (in %), 2014	93
Tabelle 2.28:	Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus (bei geplanten Aufnahmen; in %), 2014	95
Tabelle 2.29:	Lebenserwartung (in Jahren), 2015	98
Tabelle 2.30:	Gesunde Lebensjahre (in Jahren), 2014.....	102
Tabelle 2.31:	Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (in %), 2014	105
Tabelle 2.32:	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen (Mittelwerte), 2014.....	108
Tabelle 2.33:	Depressive Symptomatik (Betroffene in %), 2014.....	110
Tabelle 2.34:	Vorzeitige Mortalität, 2015	113
Tabelle 2.35:	Potenziell verlorene Lebensjahre, 2016	116
Tabelle 2.36:	Säuglingssterblichkeit, 1972–2015	120

1 Einleitung und Hintergrund

Das im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit¹ erstellte Mess– und Vergleichskonzept zielt darauf ab, anhand einer systematischen Ergebnisdarstellung Aussagen zur Performance des Gesundheitssystems zu treffen.

Dafür wurde in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) unter Einbeziehung aller Kurien ein Mess– und Vergleichskonzept (MVK) entwickelt (BMG 2015b). Das Messen von Outcomes soll den Fokus von bisher betrachteten Strukturen und Prozessen auf Ergebnisse lenken. Die Outcome–Messung möchte damit – unter Bedachtnahme allfälliger weiterer Einflussfaktoren (auch außerhalb des Gesundheitswesens) – Handlungsfelder identifizieren, die – gemeinsam mit relevanten Stakeholdern – vertiefender Analysen bedürfen.

Auch im zweiten Zielsteuerungsvertrag² ist die Fortsetzung der Arbeiten verankert, so kommt es im Jahr 2017 sowie im Jahr 2020 zu einer Aktualisierung bzw. Weiterentwicklung der 2016 veröffentlichten Baseline–Erhebung. Beim gegenständlichen Bericht handelt es sich daher um die aktualisierte Fassung 2017.

Outcome–Messung dient der gezielten Priorisierung von Handlungsfeldern und der informierten Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Sie ist nicht als wertendes Instrument zu verstehen. Darüber hinaus kann sie im Zeitverlauf Hinweise auf Effektivität gesetzter Maßnahmen liefern, indem sie deren Gegensteuerungspotenzial sichtbar macht.

Bewährte Ansätze, wie etwa die Performancemessung im belgischen Gesundheitssystem oder das NHS Outcomes Framework in Großbritannien dienen als Vorbilder für das hier herangezogene Mess– und Vergleichskonzept.

Outcome–Framework

Zur Komplexitätsreduktion sowie zur Auswahl geeigneter Outcome–Indikatoren wurde ein Outcome–Framework entwickelt (Abbildung 1.1), das sieben Outcome–Ziele entlang der Funktionsbereiche eines modernen Gesundheitssystems (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) definiert. Die Ziele (links im Framework) leiten sich aus der ergebnisbezogenen Zielsetzung der Zielsteuerung–Gesundheit ab. Die Entwicklung erfolgte unter Einbezug aller Kurien. Die Funktionsbereiche des Frameworks lösen sich von

1

Der erste Bundes–Zielsteuerungsvertrag (B–ZV 2013) zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sieht im operativen Ziel 8.1.2. die Etablierung einer regelmäßigen, systematischen, international vergleichbaren und – soweit erforderlich – regionalisierten Outcome–Messung im Gesundheitswesen vor (insb. der Wirkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration).

2

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerungsvertrag_2017_bis_2021

historisch gewachsenen System- und Finanzierungsverantwortungen oder Festlegungen auf bestimmte Settings der Leistungserbringung (Prävention findet beispielsweise auch in Krankenanstalten statt).

Der im MVK verwendete Outcome-Begriff bezieht sich immer auf übergeordnete Systemergebnisse und nicht auf einzelne Entitäten wie etwa Abteilungen, Praxen oder Finanziers.

Auf Ergebnisebene unterscheidet das Framework zwei Arten von Outcomes: Gesamtsystem-Outcomes, die durch alle Funktionsbereiche (mit)beeinflusst werden (einschließlich Health in All Policies; HiAP) und Zwischenergebnisse, die primär einzelnen Funktionsbereichen zugeordnet und von diesen als beeinflussbar angenommen werden. Das Framework reflektiert weiters, dass auch Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens Einfluss auf diese Outcomes nehmen.

Es wurden sowohl Outcomes berücksichtigt, die kurzfristig beeinflusst werden können als auch solche, deren Veränderung nur langfristig sichtbar werden wird (z. B. Inzidenzen).

Indikatoren

Die Outcome-Messung im Gesundheitswesen sieht derzeit 38 Indikatoren bzw. Indikatoren-Gruppen vor. Diese wurden – ausgehend von international anerkannten Indikatoren-Sets (z. B. WHO, OECD und EU) – auf Expertenebene systematisch ausgewählt und im Framework verortet. Zur Auswahl der Indikatoren wurden zwölf Bewertungskriterien herangezogen, gleichzeitig wurde auf ein handhabbares Indikatoren-Set geachtet. Da die direkte Messung komplexer Phänomene innerhalb von Gesundheitssystemen oftmals nicht möglich ist, stellen die ausgewählten Indikatoren übergeordnete Outcomes dar, die bestimmte Entwicklungen sichtbar machen, wobei für den Funktionsbereich *Langzeitpflege und Palliativversorgung* derzeit noch keine Indikatoren definiert wurden. Ein entsprechender Prozess wird im Jahr 2017 unter Einbezug des Sozialministeriums gestartet.

Datengrundlagen

Als Datenquellen dienen ausschließlich Routinedaten oder Befragungsergebnisse, die standardmäßig erhoben werden. Eigene Datenerhebungen im Rahmen des Prozesses sind grundsätzlich nicht angedacht. Vier der im MVK genannten Indikatoren sind derzeit – mangels geeigneter Datengrundlagen – nicht darstellbar.

Internationale und regionale Vergleiche

Alle Indikatoren sollen, sofern möglich, im europäischen Vergleich dargestellt werden. Verglichen wird auf Basis aller verfügbaren Werte der EU-28-Länder sowie der EFTA-Staaten inklusive der Darstellung eines EU-15+- und eines EU-28+-Durchschnitts.³

Regionale Vergleiche auf Ebene einzelner Bundesländer werden nur für jene Indikatoren angestellt, für die derartige Ergebnisse bereits publiziert sind. Alle anderen Indikatoren bleiben diesbezüglich weiteren Entscheidungen vorbehalten und werden in Form von Spannweiten (maximale und minimale Ausprägung auf Bundesländerebene) dargestellt.

Limitationen

Das MVK sieht zudem vor, allfällige Limitationen hinsichtlich Interpretation und Datengrundlage je Indikator in den Ergebnisberichten auszuweisen. Dies betrifft sowohl die Aussagekraft des Indikators als auch datenbezogene Einschränkungen.

Detailanalyse

Aufbauend auf das integrative Mess- und Vergleichskonzept zur Outcome-Messung im Gesundheitswesen, das im Zeitraum 2014–2015 entwickelt wurde, widmet sich der folgende Bericht der Detailanalyse vorgeschlagener Indikatoren (Datenverfügbarkeit Stand August 2017). Das Messkonzept sieht insgesamt 38 Indikatoren bzw. Indikatoren-Gruppen vor.

Die Outcome-Indikatoren sind nach Funktionen des Gesundheitsversorgungs- und förderungssystems untergliedert. Dabei wird zwischen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration sowie Langzeitpflege und Palliativversorgung unterschieden (Abbildung 1.1). Outcome-Indikatoren, deren Genese als zu multifaktoriell eingestuft wurde, werden dem Gesamtsystem (inkl. HiAP) zugeschrieben und dem Bereich *Gesamtsystem* zugeordnet. Die Detailanalyse umfasst folgende Outcomes:

- » Gesundheitsförderung und Prävention
 - » Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
 - » Schulklima
 - » Sozialkapital
 - » Obst- und Gemüsekonsum
 - » Gesundheitswirksame Bewegung
 - » Gesundheitskompetenz

3

EU-15+ steht für den Durchschnitt (arithmetisches Mittel) aller 15 EU Mitgliedsstaaten der Europäischen Union die bis zur Erweiterungsrunde 2004 Mitglied wurden, das „+“ steht für die hinzugezogenen Länder der European Free Trade Association (EFTA) mit den Ländern Schweiz, Norwegen, Island und Liechtenstein. EU-28+ steht für den Durchschnitt (arithmetisches Mittel) aller EU Mitgliedsländer zum Stand 2017, ebenfalls erweitert um die Länder der EFTA.

- » Sturzbedingte perthrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens
- » Zahnstatus Sechsjähriger
- » Tabakkonsum
- » Alkoholkonsum
- » Adipositas
- » Inzidenz bösartiger Neubildungen
 - » Lunge
 - » Darm
 - » Bösartiges Melanom
 - » Zervix
- » Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - » Akuter Myokardinfarkt (AMI)
 - » Ischämischer Schlaganfall
- » Inzidenz Typ-2-Diabetes
- » Kuration
 - » Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)
 - » Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)
 - » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI
 - » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall
 - » Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
 - » Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt
 - » Zufriedenheit mit der ambulanten ärztlichen Behandlung
 - » Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf
 - » Wartezeiten: extramural
 - » Wartezeiten: intramural
- » Langzeitpflege und Palliativversorgung

Derzeit keine Indikatoren vorhanden, Empfehlung eines eigenen Prozesses.
- » Gesamtsystem
 - » Lebenserwartung bei der Geburt
 - » Gesunde Lebensjahre
 - » Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand
 - » Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen
 - » Depressive Symptomatik
 - » Vorzeitige Mortalität
 - » Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)
 - » Säuglingssterblichkeit

Auswertung bzw. Darstellung entsprechen den im Mess- und Vergleichskonzept festgelegten Eckpunkten (BMG 2015b). Detaillierte Indikatoren-Beschreibungen, die angewendete Methode zur

Indikatoren-Auswahl und weitere Erläuterungen sind dem Mess- und Vergleichskonzept - Outcome-Messung im Gesundheitswesen (BMG 2014) zu entnehmen.⁴

Sechs Outcomes sind aufgrund der derzeitigen Datenlage noch nicht auswertbar:

- » Durchimpfungsrate Kinder
- » Inzidenz COPD
- » Postoperative Komplikationen
- » Schwere- oder tödliche Zwischenfälle
- » Antimikrobielle Resistenzen
- » Nosokomiale Infektionen

4

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mess_und_Vergleichskonzept_Outcome_Messung_im_Gesundheitswesen

Outcome-Framework

Zuordnung der Indikatoren nach Funktionen des Gesundheitsförderungs- und versorgungssystems

1. Zahl der **gesunden Lebensjahre** erhöhen und **verfrühte Sterblichkeit** verringern

2. **Lebensqualität** von chronisch kranken Personen verbessern

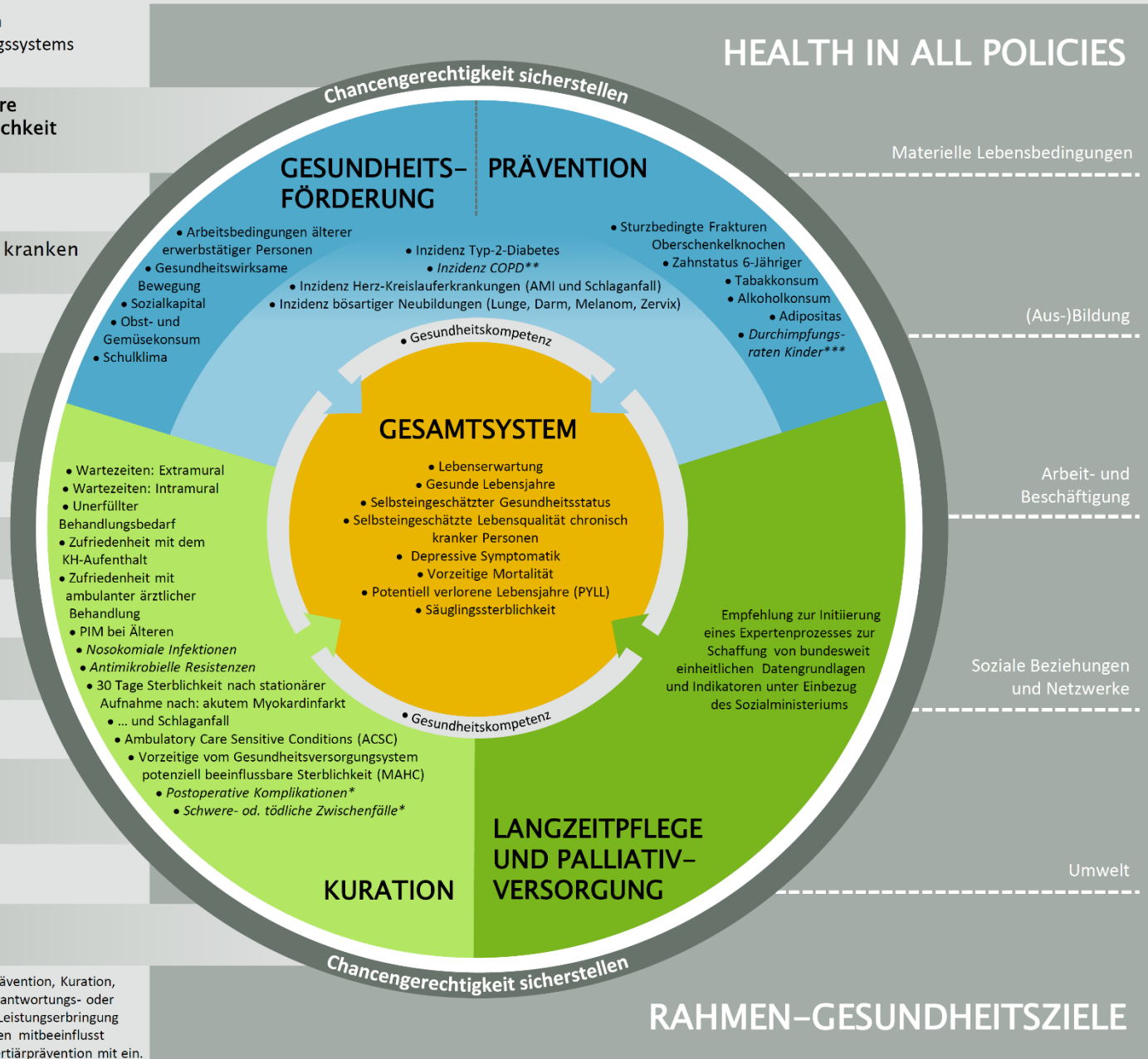
3. **Qualität** sicherstellen (Patientenorientierung, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit)

4. **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken

5. **Zugang und Fairness** sicherstellen

6. **Hohe Zufriedenheit** mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen

7. **Akute Ereignisse** vermeiden und behandeln



Die dargestellten **Funktionen** (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) stellen keine Verantwortungs- oder Finanzierungszuschreibungen im Sinne von Settings der Leistungserbringung dar. **Gesamtsystem-Outcomes** werden von allen Akteuren mitbeeinflusst (inkl. HiAP). **Prävention** schließt Primär-, Sekundär- u. Tertiärprävention mit ein.

Inzidenzen (hellblauer Bereich): mittel- bis langfristige Beeinflussbarkeit durch Gesundheitsförderung- und Prävention.

Kursiv: Derzeit keine Berechnung möglich, Empfehlung zur Schaffung von (verbesserten) Datengrundlagen mit unterschiedlicher Priorisierung: *** hohe Priorität, ** mittlere Priorität, * niedrige Priorität

2 Detailanalyse ausgewählter Outcomes im Gesundheitswesen

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

2.1.1 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen

Die Qualität der Arbeitsbedingungen beeinflusst die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung (Green/Mostafa 2012) und damit auch ihren Verbleib im Erwerbsleben (BMASK 2015). Die Betriebliche Gesundheitsförderung versucht deshalb seit den 1990er Jahren zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen (www.netzwerk-bgf.at). Im Kontext der internationalen Diskussion werden vor allem nachstehende Aspekte als relevant erachtet:

- » Gerechtes Einkommen
- » Jobperspektiven (Aufstiegchancen, Arbeitsplatzsicherheit)
- » Aneignung neuer Fertigkeiten und Autonomie
- » Soziale Unterstützung und Anerkennung
- » Körperliche Anstrengungen und Zeitdruck

Sie entstammen wissenschaftlichen Modellen (Karasek/Theorell 1990; Siegrist 1996) die bereits vielfach überprüft wurden (Van der Doef/Maes 1999; Van Vegchel et al. 2005).

Daten zur Arbeitssituation erwerbstätiger Personen (im Alter von 50 bis 64 Jahren) entstammen der SHARE-Studie (Börsch-Supan et al. 2013; Börsch-Supan 2017). Ihr Fokus liegt auf den oben genannten Aspekten.⁵ Zur Beschreibung der Gesamtsituation werden die Daten in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Zusammenhangsanalysen verdeutlichen, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen sowohl mit der Arbeitszufriedenheit, der selbsteingeschätzten Gesundheit als auch mit allgemeiner Lebenszufriedenheit positiv assoziiert ist.

5

Fragen: Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/Einkommen für angemessen. Die Aufstiegschancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen/Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht. Mein Arbeitsplatz ist gefährdet. Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen. Ich habe kaum die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie ich meine Arbeit gestalte. Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. Für meine Arbeit erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Wegen des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich ständig unter Zeitdruck.

Tabelle 2.1:

Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100
(Mittelwerte)

Jahr	M +F	M	F	ISCED Level 0-2*	ISCED Level 3-4*	ISCED Level 5-6*	Mit Migrationshintergrund**	Ohne Migrationshintergrund**
2004	55,9	55,5	56,8	50,0	53,2	61,6	52,6	56,2
2010/2011	58,4	58,4	58,5	51,0	57,4	61,4	53,7	58,6
2015	59,6	61,0	58,1	55,7	58,5	63,2	55,0	59,7

Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

* ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0-2 = max. Pflichtschulabschluss,

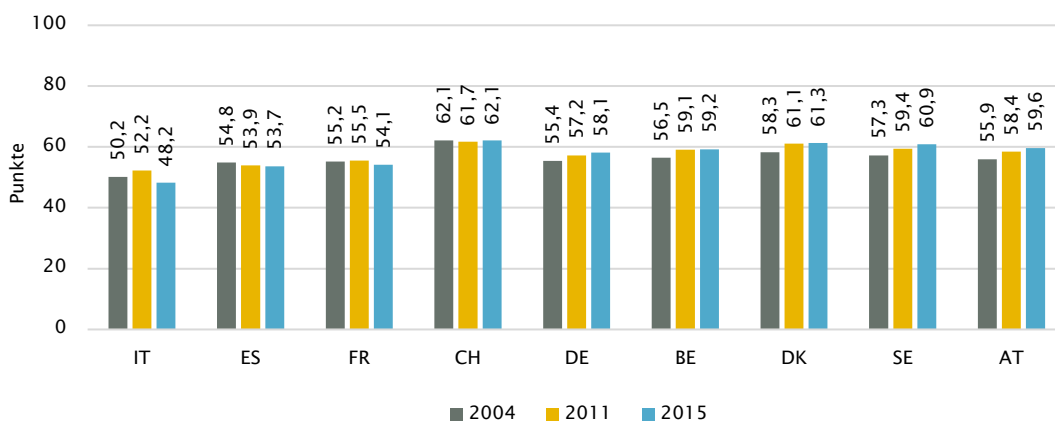
3-4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5-6 = Universitätsstudium etc.

** Personen mit Migrationshintergrund: wurden im Ausland geboren

Quelle: SHARE 2004, 2010/2011 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.1:

Arbeitsbedingungen im Zeitvergleich, 2004, 2010/2011 und 2015

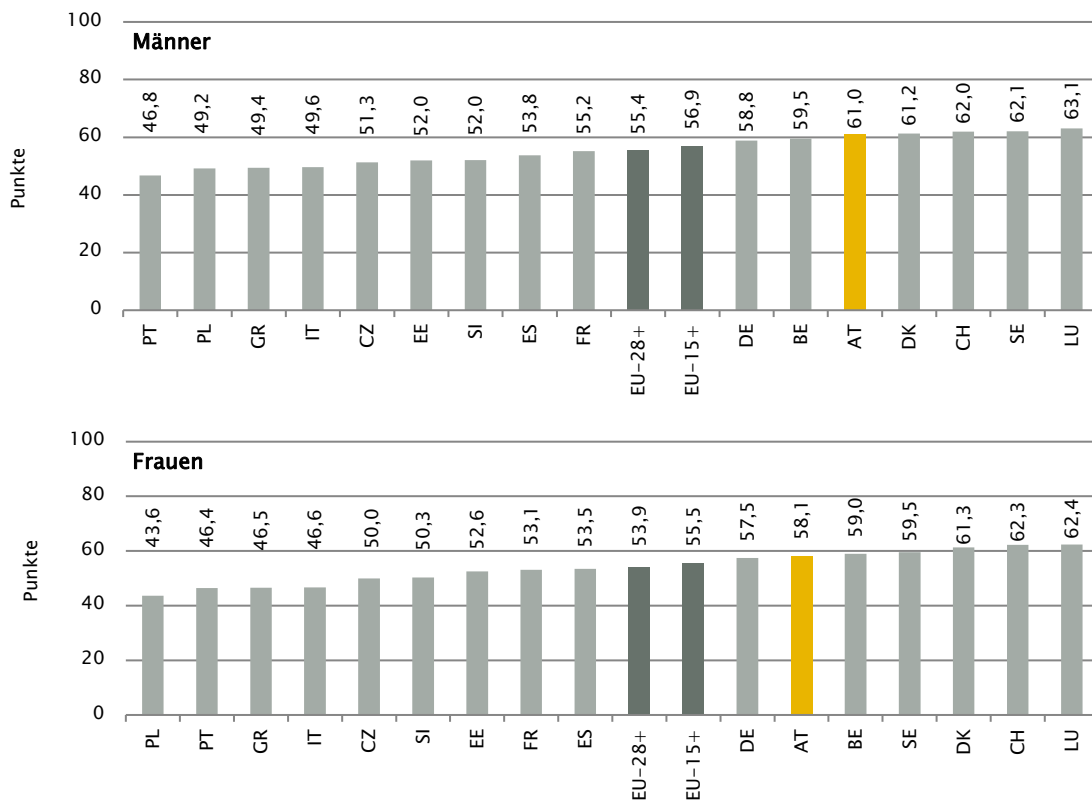


Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

sortiert nach dem Veränderungsgrad (von links nach rechts)

Quelle: SHARE 2004, 2010/2011 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.2:
Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, 2015, auf einer Skala von 0 bis 100
(Mittelwerte)



Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

* EU-15+ ohne Finnland, Island, Irland, Liechtenstein, Niederlande, Norwegen und dem Vereinigten Königreich; EU-28+ ohne Bulgarien, Finnland, Island, Irland, Kroatien, Lettland, Litauen, Liechtenstein, Malta, Niederlande, Norwegen, Rumänien, Slowakei, dem Vereinigten Königreich und Zypern

Quelle: SHARE 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren bewerten ihre Arbeitsbedingungen mit rund 60 von 100 Punkten (SHARE-Erhebung 2015).
- » Vergleiche nach Bildung und Migrationshintergrund zeigen, dass Personen mit hohen Bildungsabschlüssen (ISCED Level 5–6) sowie Personen ohne Migrationshintergrund ihre Arbeitsbedingungen besser bewerten als Personen mit geringerer Bildung und Personen mit Migrationshintergrund.
- » Im Vergleich zu 2004 verbesserten sich die Arbeitsbedingungen für beide Geschlechter, für Personen aller Bildungsabschlüsse sowie für Personen ohne und mit Migrationshintergrund.
- » Im internationalen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern im oberen Drittel.

Limitationen

Die Ergebnisse beziehen sich derzeit ausschließlich auf Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren und erlauben keine auf Bundesländer bezogenen Aussagen. Internationale Vergleiche sind derzeit nur für ausgewählte EU-Länder möglich. Alle Ergebnisse beruhen auf Stichprobenerhebungen und Selbstangaben.

2.1.2 Schulklima

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008). Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl das Gesundheitsverhalten (z. B. auf das Gewalt- und Suchtverhalten) als auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Selbstwertgefühl, Depressivität). Je besser demnach das Schulklima ist, desto besser sind auch die Ergebnisse zu den untersuchten Endpunkten (Ramelow et al. 2013).

Im Rahmen der Outcome-Messung wird das Schulklima auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) bewertet (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt auf den Schüler-Schüler- sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen.⁶ Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Ergebnisse können nach Alter und Geschlecht sowie nach dem Familienwohlstand⁷ (FAS) dargestellt werden. Zusammenhangsanalysen verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl mit der Schulzufriedenheit, der selbsteingeschätzten Gesundheit, als auch mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit positiv korreliert: Je besser das Schulklima, desto besser die Gesundheit.

Tabelle 2.2:

Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)

Jahr	B + M	B	M	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige	Geringer FAS	Hoher FAS
2010*	67,6	66,8	68,3	74,1	65,8	62,9	66,1	68,2
2014*	74,8	74,8	74,9	80,8	71,6	72,4	71,1	75,7

B = Burschen, M = Mädchen

FAS = Familienwohlstand

* Gleichgewichtet: 50 % Burschen, 50 % Mädchen, 33,3 % 11-Jährige, 33,3 % 13-Jährige, 33,3 % 15-Jährige

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014; Darstellung: GÖG

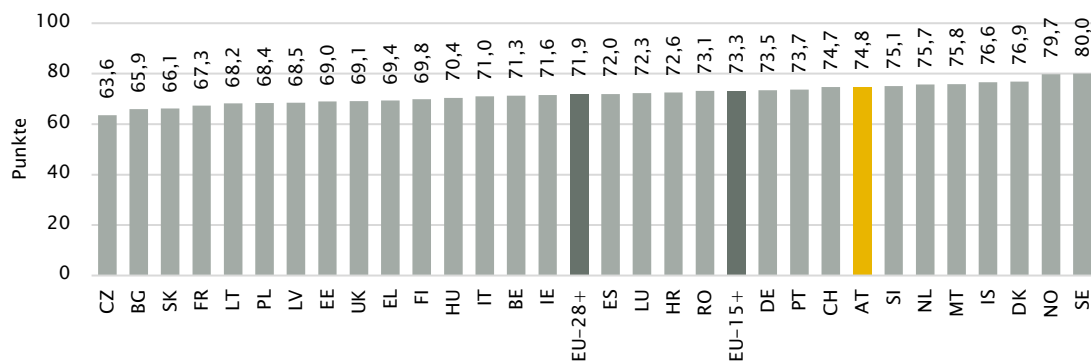
6

Fragen: Die Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen. Die meisten Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit. Meine Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin. Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer mich akzeptieren wie ich bin. Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrer um mich als Person kümmern. Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrer.
stimmt überhaupt nicht - stimmt nicht - weder richtig noch falsch - stimmt genau - stimmt

7

Der Familienwohlstand errechnet sich aus vier einfachen Fragen (zur Anzahl der im Familienbesitz befindlichen Computer und Autos, zur Häufigkeit getätigter Urlaubsreisen (innerhalb der letzten 12 Monate) sowie zum Besitz eines eigenen Zimmers), die in einem Gesamtindex zusammengeführt werden. Der Index wird in drei Wohlstandsgruppen unterteilt (gering, mittel, hoch) und steht sowohl mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als auch mit relevanten Gesundheitsdeterminanten in Zusammenhang (Currie et al. 2012).

Abbildung 2.3:
Schulklima im europäischen Vergleich (Mittelwerte), 2014



Schüler/innen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren
 Ländervergleich ohne Zypern und Liechtenstein
 BE: Durchschnitt der Ergebnisse Belgium French und Belgium Flemish
 UK: Durchschnitt der Länderergebnisse England, Schottland und Wales

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2014; Berechnung: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention; Darstellung: GÖG

Analyse

- » Österreichs Schüler/innen (11, 13 und 15 Jahre) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 75 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse).
- » Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab. Das Schulklima wurde 2014 von Schülerinnen und Schülern mit einem hohen Familienwohlstand um rund 5 Punkte besser eingeschätzt als von Schülerinnen und Schülern mit einem geringen Familienwohlstand.
- » Im Vergleich zu 2010 zeigen sich für beide Geschlechter, alle Altersgruppen sowie für alle Familienwohlstandsgruppen Verbesserungen im Schulklima.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich über dem EU-15- und dem EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf 11-, 13- und 15-jährige Schüler/innen. Die Resultate liegen derzeit nur für zwei Erhebungszeitpunkte vor und erlauben keine Bundesländer bezogenen Aussagen. Alle Ergebnisse beruhen auf Stichprobenerhebungen und Selbstangaben.

2.1.3 Sozialkapital

Das Sozialkapital ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007). Es beschreibt das Ausmaß sozialer Vorteile und Ressourcen, die Individuen über die Teilhabe an sozialen Strukturen und Netzwerken abrufen können. Besondere Bedeutung kommt diesbezüglich der sozialen Unterstützung zu (z. B. zur besseren Bewältigung psychosozialer Belastungen). Das Sozialkapital repräsentiert einen wesentlichen Bereich der Gesundheitsförderung und wird im Rahmen der Outcome-Messung als wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung operationalisiert (Klimont/Baldaszi 2015).

Sozialkapital bewirkt somit, dass Individuen aufgrund von sozialen Beziehungen Vorteile im alltäglichen Leben erfahren. Das bedeutet, dass sie mittels Beziehungen im sozialen Umfeld auf Basis von Vertrauen, Normen und Netzwerken leichter agieren können – etwa in der Familie, der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Die Beziehungen können unterschiedlicher Art sein, z.B. starke Verbindungen innerhalb von homogenen Gruppen wie Familien und engen Freunden oder Individuen in unterschiedlichen Positionen etwa im Hinblick auf die soziale Stellung bzw. auf die Beschäftigung.

Tabelle 2.3:
Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung (in %)

Jahr	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend	Daten- basis
2014	54	54	53	42/58	47/61	43/56	-	-

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	56	53	54	56	55	56	58	60	46
M	57	52	56	57	53	58	57	59	47
F	55	54	53	54	56	54	58	62	46

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; Höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule vs. maximal Pflichtschulabschluss

** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

Analyse

- » 54 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15 Jahre oder älter) verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (2014). Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt mit dem Alter ab: von 59 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 40 Prozent bei den ab 75-Jährigen.

- » Deutliche Unterschiede finden sich zudem nach Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund: Personen mit einem Pflichtschulabschluss, Personen mit einem geringen Haushaltseinkommen und Personen mit einem Migrationshintergrund berichten deutlich seltener über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung als Personen mit höherem Bildungsabschluss, hohem Haushaltseinkommen und ohne Migrationshintergrund.
- » Im Bundesländervergleich weisen Personen in Vorarlberg das höchste (60 %), Personen in Wien das geringste Ausmaß sozialer Unterstützung auf (46 %).

Limitationen

Die hier präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Trenddaten stehen derzeit nicht zur Verfügung, europäische Vergleiche stehen voraussichtlich Ende 2017 zur Verfügung. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.4 Obst- und Gemüsekonsum

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für die Gesundheit (BMG 2013). Besondere Bedeutung kommt diesbezüglich dem regelmäßigen Konsum von Obst und Gemüse zu: Er reduziert die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014) und mindert das vorzeitige Sterberisiko (Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb einen täglichen Konsum von Obst und Gemüse (s. www.oege.at), idealerweise mindestens fünf Portionen am Tag.

Tabelle 2.4:
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %)

2014	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend	Daten- basis
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum	35	26	44	34/43	36/38	40/34	-	-
5 Portionen Obst- oder Gemüse am Tag	7	4	10	6/9	7/8	9/7	-	-

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum	29	38	29	37	42	38	41	41	33
5 Portionen Obst- oder Gemüse am Tag	7	8	6	7	7	8	6	8	8

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; Höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule vs. maximal Pflichtschulabschluss

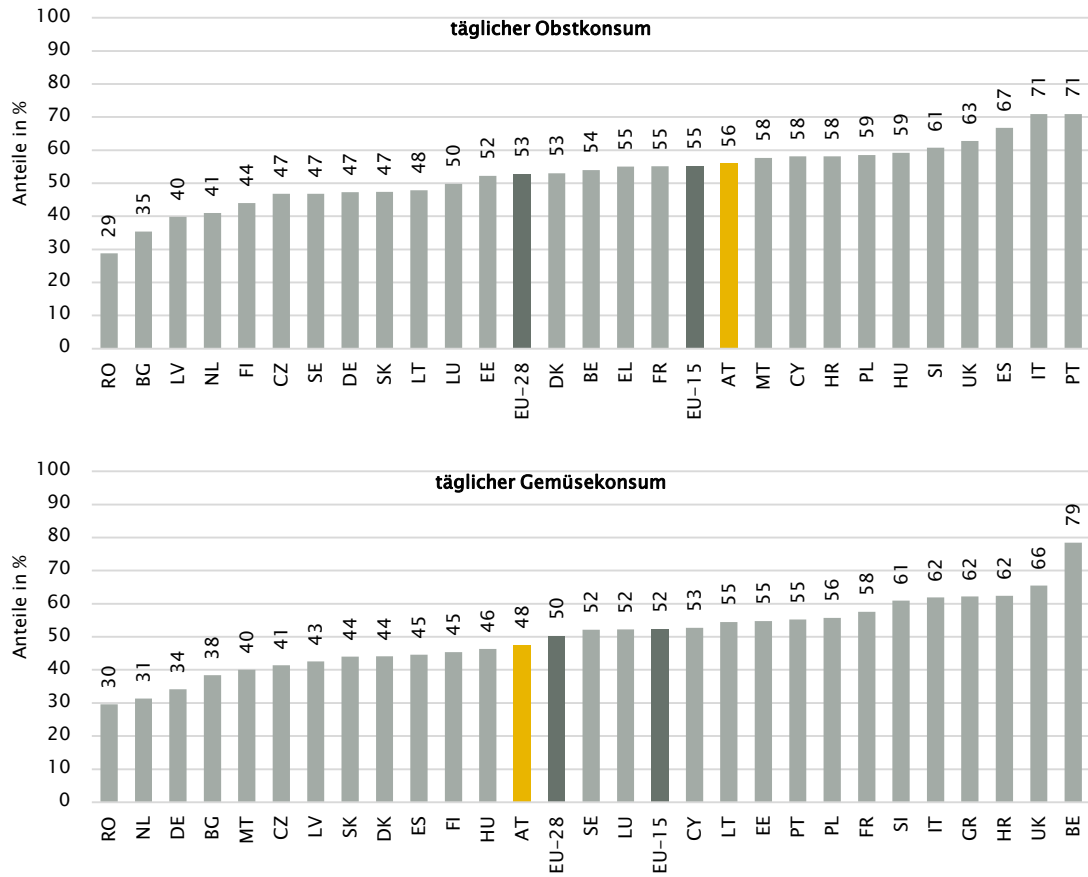
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

Abbildung 2.4:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014



Ländervergleich ohne Irland und EFTA-Länder

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014, Darstellung: GÖG

Analyse

- » 35 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15+) konsumieren täglich Obst und Gemüse (Frauen häufiger als Männer; 2014). Fünf Portionen Obst- oder Gemüse pro Tag erreichten nur rund 7 Prozent der Österreicher/innen.
- » Unterschiede im Obst- und Gemüsekonsum finden sich nach Bildung und Migrationshintergrund: Personen mit einem Pflichtschulabschluss nehmen deutlich seltener täglich Obst- und Gemüse zu sich / erreichen deutlich seltener fünf Portionen Obst- oder Gemüse am Tag als Personen mit hohem Bildungsniveau. Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger Obst und Gemüse konsumieren als Personen ohne Migrationshintergrund.
- » In Bezug auf den täglichen Obst- und Gemüsekonsum ist ein deutliches West-Ost-Gefälle erkennbar, das sich auf Ebene der 5-Portionen-Regel relativiert.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich beim täglichen Obstkonsum über dem EU-28- und knapp über dem EU-15-Durchschnitt, beim täglichen Gemüsekonsum sowohl unter dem EU-15- als auch EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die hier präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Trenddaten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Europäische Vergleiche sind derzeit nur getrennt für Obst und Gemüse möglich. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.5 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Aktivitäten zählt neben dem Ernährungsverhalten und dem Nichtrauchen zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (WHO 2009b). Die Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich hinreichend erwiesen (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen zwischen 18 und 64 Jahren) ein wöchentliches Bewegungsausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver Bewegung sowie muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (gesundheitswirksame Bewegung; s. Titze et al. 2010). Ergänzend dazu wird vermehrte Bewegung im Alltag propagiert (Wege von A nach B mit dem Rad oder zu Fuß).

Tabelle 2.5:
Gesundheitswirksame Bewegung (in %), 2014

Jahr	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend	Daten- basis
2014	25	28	22	13/27	16/28	24/25	-	-

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	23	26	24	21	30	27	28	25	24
M	26	32	25	22	34	30	30	30	28
F	19	19	23	21	26	25	25	20	19

Personen in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; Höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule vs. maximal Pflichtschulabschluss

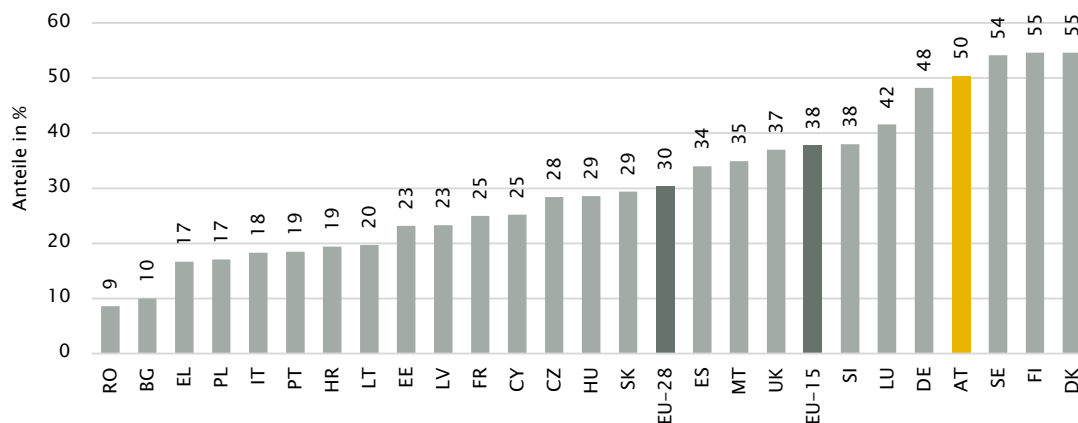
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

Abbildung 2.5:

Mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche im europäischen Vergleich (in %), 2014



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren
Ländervergleich ohne Belgien, Irland, Niederlande und EFTA-Länder

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014, Darstellung: GÖG

Analyse

- » 25 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (zwischen 18 und 64 Jahren) folgten 2014 den österreichischen Bewegungsempfehlungen; Männer häufiger als Frauen.
- » Deutliche Unterschiede finden sich diesbezüglich nach Einkommen und Bildung: Personen mit Pflichtschulabschluss sowie Personen mit geringem Haushaltseinkommen erreichen deutlich seltener das empfohlene Bewegungsausmaß als Personen mit hohem Bildungsabschluss und hohem Haushaltseinkommen.
- » Im Bundesländervergleich setzen Personen in Salzburg am häufigsten (30 %), Personen in Oberösterreich am seltensten die Bewegungsempfehlungen für Erwachsene (21 %) um.
- » Ein europäischer Vergleich kann derzeit nur in Bezug auf die erste Komponente gesundheitswirksamer Bewegung (mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche) vorgenommen werden. Österreich rangiert diesbezüglich über dem EU-28- und EU-15-Durchschnitt.

Limitationen

Die hier präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Trenddaten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Europäische Vergleiche sind derzeit nur für eine Komponente der gesundheitswirksamen Bewegung möglich und stehen vorläufig nur für die Gesamtbevölkerung zur Verfügung. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.6 Gesundheitskompetenz

Persönliche „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeinen Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten (Literacy) und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2015 nach: Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gestellten Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009). Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bedarf daher auch einer Veränderung der Rahmenbedingungen und Informationsangebote im Sinne einer gesundheitskompetenten Gestaltung sozialer Settings und Organisationen.

Studienergebnissen zufolge steht die Gesundheitskompetenz von Menschen in Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsverhalten, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Berkman et al. 2011; Kickbusch et al. 2013; Wolf et al. 2005).

Aussagen zur Gesundheitskompetenz (GK) können im Kontext der Outcome-Messung auf Basis des European Health Literacy Survey 2011 getroffen werden (HLS-EU Consortium 2012). Neben den rund 1.000 vorgeschriebenen Interviews wurde in Österreich eine Zusatzerhebung von rund 800 weiteren Interviews durchgeführt.

Tabelle 2.6:
Ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %)

2011	M +F	M	F	ISCED Level 0-2*	ISCED Level 3-4*	ISCED Level 5-6*	Migrationshintergrund ja/nein**	Trend
GK-Gesamtindex***	48 (44)	46	51	33	48	65	42/50	-
GK-Index zur Krankheitsbewältigung	55 (51)	54	56	38	54	71	48/56	-
GK-Index zur Prävention	55 (51)	52	58	45	55	66	42/56	-
GK-Index zur Gesundheitsförderung	42 (39)	38	45	32	42	58	31/43	-

Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren; M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0-2 = max.

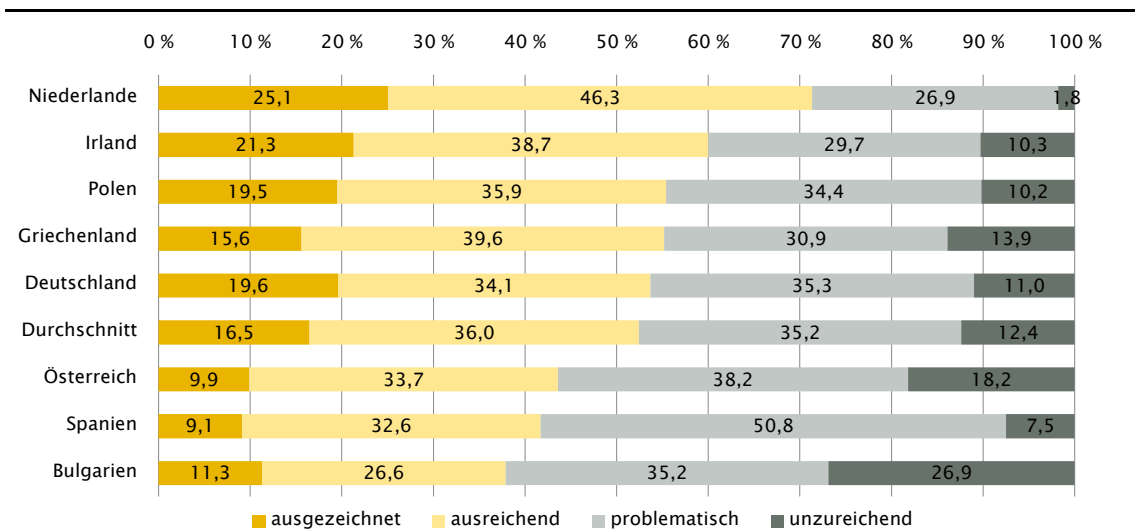
Pflichtschulabschluss, 3-4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5-6 = Universitätsstudium etc.

** Personen mit Migrationshintergrund: wurden in der EU geboren

*** durch die höhere Stichprobe (+800 Befragte) in Österreich, weicht das dargestellte Ergebnis vom internationalen Vergleich (s. Abbildung 2.6) ab und liegt um 4 Prozentpunkte höher. Der Klammerausdruck zeigt den internationalen Vergleichswert.

Quelle: HLS-EU Consortium (2012) – Health Literacy Survey 2011, Zusatzerhebung 2011; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.6:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im europäischen Vergleich*, 2011



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren

* die österreichischen Ergebnissen beruhen ausschließlich auf der HLS-EU-Stichprobe

Quelle: HLS-EU Consortium (2012) – Health Literacy Survey 2011, 31; Darstellung: GÖG

Analyse

- » In Österreich weisen rund 48 Prozent der Bevölkerung (15 Jahre oder älter) ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf (44 % bezogen auf die international verglichene Stichprobe, s. Abbildung 2.6). Am kompetentesten sind die Österreicher/innen in den Bereichen Krankheitsbewältigung und Prävention (jeweils 55 %).
- » Frauen verfügen in allen Bereichen über höhere Gesundheitskompetenz.
- » Die Gesundheitskompetenz (ausreichend bis ausgezeichnet) nimmt mit dem Alter ab: von 54 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 42 Prozent bei den 60-Jährigen und älter. Dies gilt für die Bereiche Krankheitsbewältigung (von 64 auf 46 %) und Prävention (von 58 auf 52 %), jedoch nicht für den GF-Bereich.
- » Darüber hinaus zeigt sich, dass die Gesundheitskompetenz mit steigender Bildung zunimmt.
- » Personen mit Migrationshintergrund verfügen in geringerem Ausmaß über eine ausreichend bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.
- » Im europäischen Vergleich zählt Österreich zu jenen Ländern mit einem geringen Anteil an Personen mit ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz. Auf Basis der HLS-EU-Stichprobe beträgt der Anteil an Personen mit ausreichender bis ausgezeichneter Gesundheitskompetenz rund 44 Prozent und weicht damit vom österreichischen Gesamtergebnis (48 %) etwas ab.
- » Auffällig im europäischen Vergleich ist auch der hohe Anteil an Personen mit unzureichender Gesundheitskompetenz von 18,2 Prozent. Nur Bulgarien weist hier einen höheren Wert auf (26,9 Prozent).

Limitationen

Der HLS-EU wurde derzeit nur einmal durchgeführt. Aussagen zur zeitlichen Entwicklung sind damit nicht möglich. Zudem sind keine Auswertungen auf Ebene der Bundesländer möglich. Auch für den europäischen Vergleich stehen derzeit nur Daten aus sieben Vergleichsländern zur Verfügung. Da die Studie nach der Eurobarometer-Methode durchgeführt wurde, befinden sich nur EU-Bürger in der Stichprobe, dies ist bei der Interpretation des Migrationshintergrundes zu beachten. Weiters gilt es limitierend zu erwähnen, dass die Vergleichsstichproben sowohl in ihrer Alterszusammensetzung als auch hinsichtlich ihres Bildungsniveaus deutlich voneinander abweichen; beides Faktoren, die eng mit Gesundheitskompetenz verknüpft sind (HLS-EU Consortium 2012). Das für die Studie entwickelte HLS-EU-Q-Instrument basiert auf einer relationalen Definition von Gesundheitskompetenz. Das Instrument misst daher nicht nur die unmittelbare Kompetenz der Bevölkerung, sondern auch, wie schwierig bzw. einfach es ist, den unterschiedlichen (System-)Anforderungen gerecht zu werden.

2.1.7 Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

Petrochantäre Frakturen⁸ und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10-Codes S72.0x und S72.1x) repräsentieren mit Abstand die häufigsten Frakturen des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren auf und sind – in diesem Alterssegment – überwiegend sturzbedingt. Die Mehrheit dieser Stürze ereignet sich im häuslichen Kontext, wobei Schwindelanfälle oder Bewusstlosigkeit (z. B. aufgrund von Herz-Kreislauf- oder Nervenerkrankungen), Medikamente, die die Koordination und Wahrnehmung beeinträchtigen, Alkohol sowie Sehstörungen häufige Unfallursachen sind. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einem erhöhten Sterberisiko sowie mit Einschränkungen in Mobilität und Eigenständigkeit einher.⁹

Im Rahmen der Outcome-Messung misst der Indikator die Fortschritte in der Sturzprävention, wobei der Fokus auf Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren liegt.

Kennzahlen zu pertrochantären Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens werden der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) entnommen. Die DLD erfasst alle in Akut-Krankenanstalten stationär aufgenommenen Fälle, wobei sowohl auf die Hauptdiagnose als auch auf die Nebendiagnosen zurückgegriffen wird. Die Fälle werden pro 100.000 Einwohner/innen (EW) ausgewiesen und entsprechend der Europa-Bevölkerung 2013 altersstandardisiert.

8

Petrochantäre Frakturen sind häufige Knochenbrüche des Oberschenkelknochens zwischen großem und kleinem Rollhügel.

9

<http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm>

Tabelle 2.7:

Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens: Aufenthalte pro 100.000 EW, 2015

	2015	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
60 oder mehr Jahre	728	488	916	sinkend	2004–2015	
75 oder mehr Jahre	1.632	1.120	1.949			
60 oder mehr Jahre altersstandardisiert	685	576	794			
75 oder mehr Jahre altersstandardisiert	1.532	1.259	1.805			

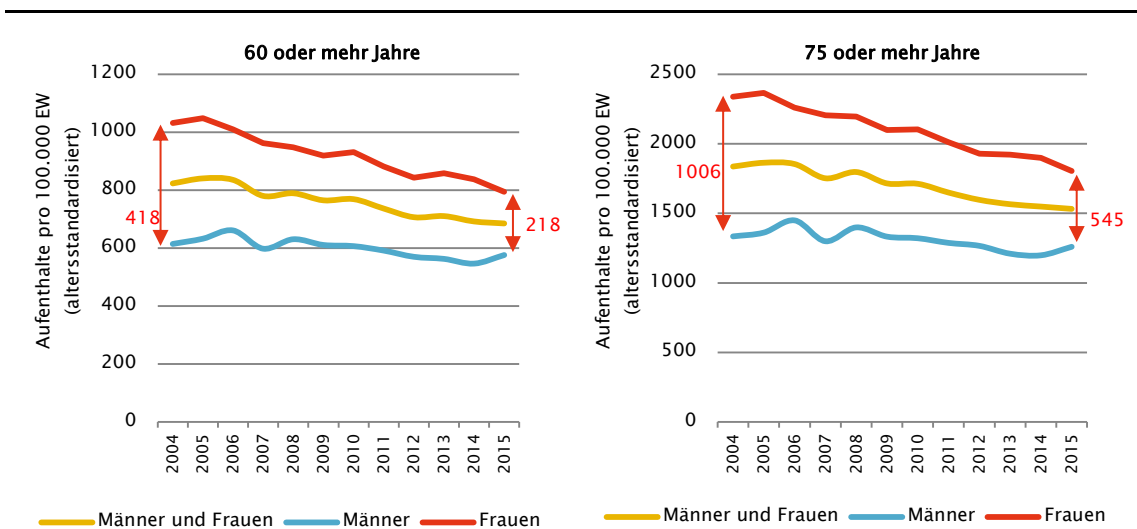
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert)						
Höchste Ausprägung (Aufenthalte je 100.000 EW)	60 oder mehr Jahre	778	–	–	sinkend	2004–2015
	75 oder mehr Jahre	1.728	–	–		
Niedrigste Ausprägung (Aufenthalte je 100.000 EW)	60 oder mehr Jahre	614	–	–		
	75 oder mehr Jahre	1.389	–	–		

Altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern, M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2015, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.7:

Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens im Zeitverlauf: Aufenthalte pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2004–2015



Altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2015; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2015 wurden in Akut-Krankenanstalten (bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren) 685 Aufenthalte pro 100.000 EW aufgrund von pertrochantären Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (als Haupt- oder Nebendiagnose). Bei Personen im Alter von 75 oder mehr Jahren waren es 1.532 Aufenthalte pro 100.000 EW.
- » Im Zeitraum 2004–2015 ist eine kontinuierliche Abnahme derartiger Brüche zu beobachten. Bei den Männern wurde zuletzt ein leichter Anstieg festgestellt.
- » Insgesamt weisen Frauen deutlich häufiger stationäre Aufenthalte aufgrund der genannten Brüche auf als Männer. Die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern nimmt allerdings über die Jahre hinweg deutlich ab.
- » Die Häufigkeit pertrochantärer Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens variiert deutlich zwischen den Bundesländern: In der Altersgruppe 60+ schwankt die Häufigkeit zwischen 614 und 778 Aufenthalten pro 100.000 EW, in der Altersgruppe 75+ zwischen 1.389 und 1.728 Aufenthalten pro 100.000 EW.

Limitationen

Wie sämtliche Indikatoren, die auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten beruhen, hängt auch die Verlässlichkeit dieses Indikators von der Dokumentationsqualität ab. Zudem sind nicht alle dokumentierten Brüche auf einen Sturz zurückzuführen. Diese Unschärfe kann jedoch vernachlässigt werden, sofern diesbezüglich keine systematische Variation vermutet wird (z. B. im Zeitverlauf oder im regionalen Vergleich). Aufgrund des Detaillierungsgrads des Indikators (ICD-10-Code auf 3-Steller-Ebene) können derzeit keine europäischen Vergleiche vorgelegt werden.

2.1.8 Zahnstatus Sechsjähriger

Der Zahnstatus von Sechsjährigen gibt Auskunft über Fortschritte in der Kariesprophylaxe. Zur Quantifizierung dieses Fortschrittes wird der Anteil der Sechsjährigen mit einem kariesfreien Gebiss herangezogen ($d_3mft = 0$). Die Daten entstammen den Zahnstatus- bzw. Länderzahnstatus-erhebungen der GÖG und beruhen auf Stichprobenerhebungen (Bodenwinkler et al. 2007; Bodenwinkler et al. 2012).

Der Indikator zeigt starke Bezüge zu Lebensstilfaktoren der betrachteten Population, wie etwa dem Konsum zuckerhaltiger Nahrungsmittel und Getränke. Darüber hinaus lässt der Indikator auch Rückschlüsse auf Präventionsmaßnahmen sowie auf das Vorsorge- und Mundhygiene-Verhalten zu. Schlechte Mundgesundheit verursacht neben kostenintensiven Behandlungen auch geringere gesellschaftliche Partizipationschancen (Bodenwinkler et al. 2007).

Tabelle 2.8:

Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %), 2006–2017

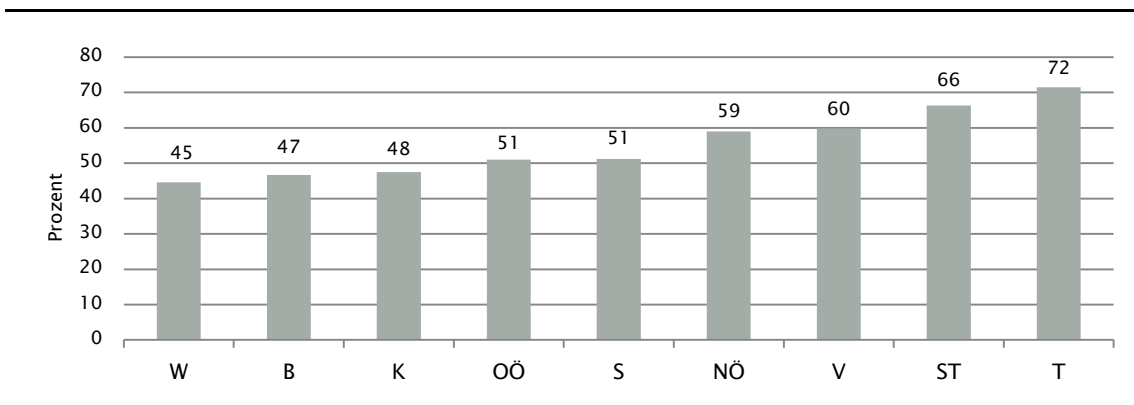
Jahr	B + M	B	M	Eltern(teil) mit Matura	Eltern(teil) ohne Matura	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
2006	45	43	48	56	39	53	29
2011	52	49	54	60	37	60	35
2016/2017	55	54	56	62	42	64	39

B = Burschen, M = Mädchen

Quelle: GÖG-Zahnstatuserhebungen bei Sechsjährigen 2006, 2011 und 2016/2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.8:

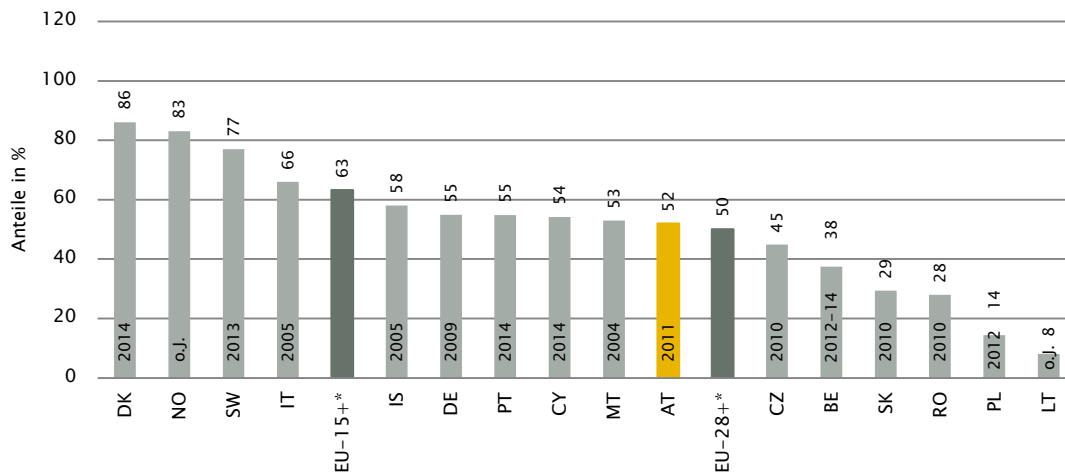
Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im regionalen* Vergleich, 2016/2017



Quelle: GÖG-Zahnstatuserhebung bei Sechsjährigen 2016/2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.9:

Anteil der fünf- bis siebenjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im europäischen Vergleich**



* EU-15+ ohne Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Schweiz, Spanien und dem Vereinigten Königreich; EU-28+ ohne Bulgarien, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Schweiz, Spanien, Slowenien und dem Vereinigten Königreich;

** Darstellung nach jüngstem verfügbarem Jahr

Quelle: E-Mail-Umfrage unter den European Chief Dental Officers 2015; Darstellung: GÖG

Analyse

- » 2016/2017 wiesen 55 Prozent der Sechsjährigen ein kariesfreies Gebiss auf. Gegenüber der vorangegangenen Erhebung (2011) ist dies ein Anstieg von rund drei Prozentpunkten.
- » Sowohl 2006, 2011 als auch 2016/2017 war der Anteil kariesfreier Sechsjähriger bei Mädchen höher als bei Burschen. Der Abstand zwischen Burschen und Mädchen hat sich allerdings verringert.
- » Ein gegenwärtiges Problem ist die gesellschaftliche Kariespolarisierung. Während sich rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen guter Zahngesundheit erfreut, lebt eine relativ geringe Anzahl an sozial benachteiligten Jugendlichen mit einer erheblichen Karieslast (Bodenwinkler et al. 2012).
- » Kinder, deren Vater oder Mutter maturierten, weisen häufiger ein kariesfreies Gebiss auf als Kinder, deren Vater oder Mutter nicht maturierten, Kinder ohne (familiären) Migrationshintergrund häufiger als Kinder aus Migrantenfamilien.
- » Im regionalen Vergleich bewegt sich der Anteil kariesfreier Sechsjähriger zwischen 45 (Wien) und 72 Prozent (Tirol).
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich bei jugendlicher Karies im unteren Mittelfeld, wobei insgesamt nur 15 Vergleichsländer zur Verfügung stehen.

Limitationen

Da die GÖG-Zahnstatus- bzw. Länderzahnstatus-Erhebungen auf mehrfachgeschichteten Klumpenstichproben beruhen, ist derzeit keine Berechnung von Konfidenzintervallen und Signifikanzen möglich. Europäische Vergleiche sind nur eingeschränkt möglich, da nur aus 15 Vergleichsländern Daten vorliegen. Zudem variiert das Alter der untersuchten Kinder zwischen 5 und 7 Jahren. Limitierend ist zudem, dass Österreich im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern den Zahnstatus auf Mikrokavitäten-Basis erhebt und damit ein strengeres Kriterium zur Identifizierung von Karies zur Anwendung bringt. Zusätzlich ist die Vergleichbarkeit dadurch eingeschränkt, dass der Zahnstatus in den europäischen Ländern in unterschiedlichen Intervallen erhoben wird (Bodenwinkler et al. 2007; Bodenwinkler et al. 2012).

2.1.9 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak zählt weltweit zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die Gesundheit (WHO 2009b). Er wird nachweislich mit der Entstehung zahlreicher Erkrankungen in Verbindung gebracht (allen voran: Atemwegserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, bösartige Neubildungen), verringert die Lebensqualität und erhöht das vorzeitige Sterberisiko (Jha 2009; Klimont/Baldaszi 2015; Öberg et al. 2011; Services 2004; WHO 2010).

Tabelle 2.9:
Anteil täglicher Raucher/innen in Prozent der Befragten, 2014

Jahr	M + F	M	F	Niedrige/hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrationshintergrund*** ja/nein	Trend	Datenbasis
2014	24	27	22	26/15	24/21	23/31	M: sinkend F: steigend	1972–2014

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	22	21	22	22	23	22	21	27	33
M	24	24	24	26	26	25	23	30	33
F	20	19	20	18	19	19	19	25	32

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

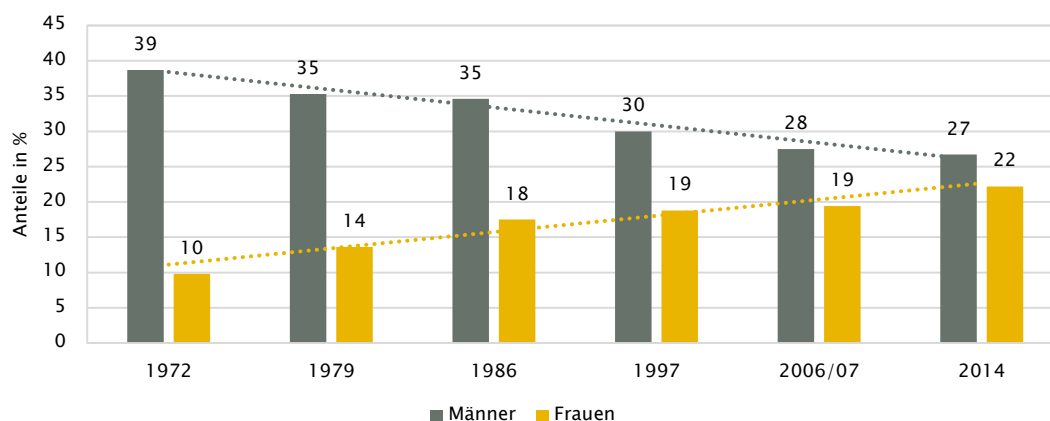
* Nur über 30-Jährige; maximal Pflichtschulabschluss vs. höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule

** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

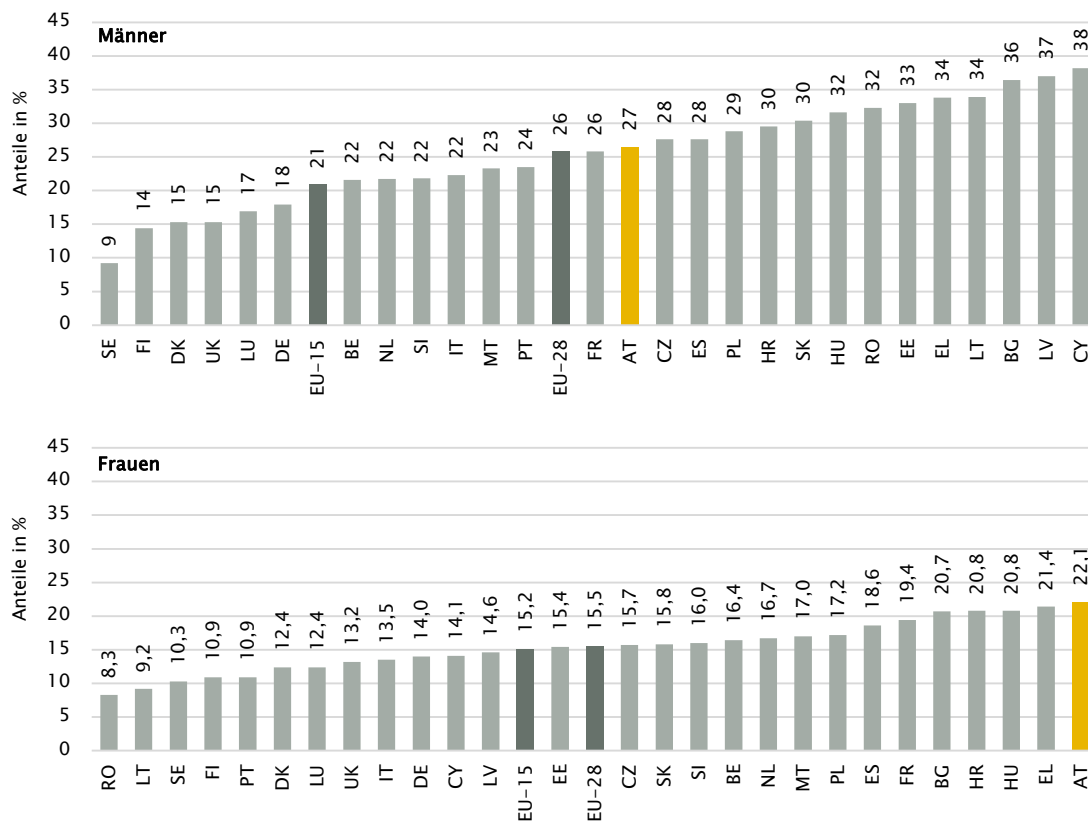
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.10:
Anteil täglicher Raucher/innen ab 16 Jahren, 1972 bis 2014



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

Abbildung 2.11:
Anteil täglicher Raucher/innen im europäischen Vergleich, 2014



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren
Ländervergleich ohne Irland und EFTA-Länder

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014, Darstellung: GÖG

Analyse

- » 24 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15 Jahre oder älter) gehören 2014 zur Gruppe der täglichen Raucher/innen.
- » Männer aller Altersgruppen, Einkommens- und Bildungsschichten rauchen signifikant häufiger täglich als Frauen.
- » Deutliche Unterschiede zeigen sich auch nach Einkommen und Bildung: Personen mit Pflichtschulabschluss sowie Personen mit geringem Haushaltseinkommen rauchen signifikant häufiger als Personen mit hohem Bildungsabschluss und hohem Haushaltseinkommen. Detailanalysen verdeutlichen, dass dieser Effekt nur für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung gilt (Bildung: 47 vs. 17 %; Einkommen: 36 vs. 24 %).
- » Personen mit Migrationshintergrund zählen häufiger zur Gruppe der täglichen Raucher/innen als Personen ohne Migrationshintergrund.

- » Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass der Anteil täglich rauchender Männer seit 1972 kontinuierlich abgenommen, der Anteil täglich rauchender Frauen kontinuierlich zugenommen hat.
- » Im Bundesländervergleich weisen vor allem Vorarlberg und Wien eine höhere Prävalenz auf als die anderen Bundesländer.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei den täglich rauchenden Männern im europäischen Mittelfeld (über dem EU-28- und EU-15-Durchschnitt) und weist bei den täglich rauchenden Frauen die höchste Prävalenzrate auf.

Limitationen

Die hier präsentierten Daten beruhen auf Selbstangaben der Befragten und beziehen sich – im Falle des ATHIS 2014 – nur auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Zudem gilt es zu beachten, dass bei persönlichen Angaben zu sensiblen Daten Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zu Tage treten, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können.

2.1.10 Alkoholkonsum

Neben den Gesundheitsdeterminanten Ernährung, Bewegung, Übergewicht und Nikotinkonsum kann übermäßiger Alkoholkonsum starke Auswirkungen auf die Gesundheit haben und zahlreiche Folgeerkrankungen sowie adverse soziale Konsequenzen nach sich ziehen. Dazu zählen u. a. ein erhöhtes Krebsrisiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle, Herzinfarkte) oder eine Leberzirrhose. Übermäßiger Alkoholkonsum wird zudem mit Todesfällen durch Unfälle, Gewalt und Selbstmorde assoziiert. Die sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten durch das vermeidbare Risiko von übermäßigem Alkoholkonsum sind demnach beträchtlich (WHO 2014).

Alkohol ist in Österreich ein häufig konsumiertes Genussmittel; übermäßiger Konsum ist weit verbreitet. Die Definition riskanten Alkoholkonsums unterscheidet sich bei Frauen und Männern: Bei Frauen gilt ein täglicher Konsum von mehr als 20 g reinen Alkohol¹⁰, bei Männern von mehr als 40 g als riskant (Klimont/Baldaszi 2015).

Tabelle 2.10:
Alkoholkonsum (in %), 2014

2014	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/ hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund*** ja/nein	Trend	Daten- basis
Alkoholprävalenz (12-Monatsprävalenz)	82	88	78	65/89	71/90	70/86	-	-
(Fast) täglicher Alkoholkonsum (an 5-7 Tagen pro Woche)	8	13	4	4/9	7/13	6/8		
Riskanter Alkoholkonsum	4	5	3	2/5	3/5	4/4		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Alkoholprävalenz (12- Monatsprävalenz)	82	85	83	84	86	85	86	86	75
(Fast) täglicher Alkoholkonsum (einschl. Angabe an 5-6 Tagen pro Woche)	7	8	9	9	8	7	7	8	8
Riskanter Alkoholkonsum	3	4	4	3	4	4	4	5	6

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; maximal Pflichtschulabschluss vs. höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule

** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

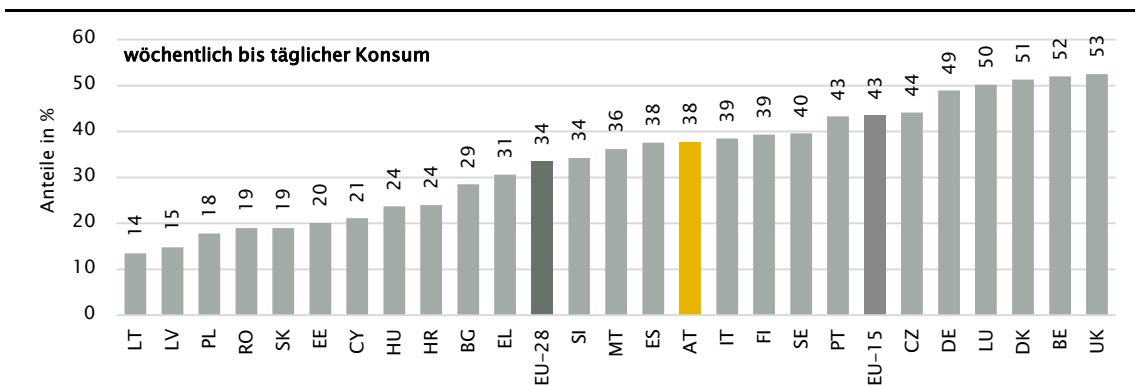
*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

10

20 g reiner Alkohol entsprechen einem alkoholischen Standardglas (z.B. 0,5 l Bier, ¼ l Wein)

Abbildung 2.12:
Wöchentlicher Alkoholkonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren
Ländervergleich ohne Frankreich, Irland, Niederlande und EFTA-Länder

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014, Darstellung: GÖG

Analyse

- » Eine deutliche Mehrheit der österreichischen Bevölkerung trinkt Alkohol. Die 12-Monatsprävalenz liegt 2014 bei 83 Prozent, wobei Männer häufiger zu Alkohol greifen als Frauen (88 vs. 78 %).
- » Rund acht Prozent der Bevölkerung trinken beinahe täglich Alkohol (Männer 13%, Frauen 4 %).
- » Als riskant wird der Alkoholkonsum bei 4 Prozent der Bevölkerung eingestuft (Männer: 5 %, Frauen 3 %). Am verbreitetsten ist der riskante Alkoholkonsum bei den 15- bis 29-Jährigen.
- » Der Alkoholkonsum nimmt mit steigender Bildung und steigendem Einkommen zu: Dies gilt für regelmäßigen wie für den riskanten Alkoholkonsum.
- » Im Bundesländervergleich zeigen sich nur kleine Unterschiede. Was den riskanten Alkoholkonsum angeht führen Wien und Vorarlberg die Bundesländerliste an.
- » Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur für den wöchentlichen Konsum von Alkohol möglich. Österreich rangiert diesbezüglich im Mittelfeld über dem EU-28- und unter dem EU-15-Durchschnitt.

Limitationen

Die angegebenen Werte stammen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Trenddaten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Europäische Vergleiche sind derzeit nur auf Basis eines wöchentlichen Alkoholkonsums möglich. Zudem gilt es zu beachten, dass bei persönlichen Angaben zu sensiblen Daten Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zu Tage treten, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können. Dies ist erwiesenermaßen insbesondere bei Fragen zum Alkoholkonsum der Fall.

2.1.11 Adipositas

Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) gelten als Risikofaktoren für zahlreiche gesundheitliche Probleme. So werden u. a. Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates stark mit Fettleibigkeit in Zusammenhang gebracht. In den meisten industrialisierten Ländern hat die Anzahl an übergewichtigen und fettleibigen Personen in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies wird bei Betroffenen zumeist auf einen Lebensstil mit hochkalorienhaltiger Ernährung in Kombination mit wenig körperlicher Bewegung zurückgeführt (Klimont/Baldaszi 2015).

Fettleibigkeit definiert sich als starkes Übergewicht. Das am häufigsten verwendete Maß zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body-Mass-Index (BMI), der sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in kg) und der quadrierten Körpergröße (in m) ergibt. Die WHO klassifiziert den BMI von Erwachsenen wie folgt: Untergewicht ($\text{BMI} < 18,5$), Normalgewicht ($18,5\text{--}24,9$), Übergewicht ($25,0\text{--}29,9$) und Adipositas ($\text{BMI} \geq 30,0$) (WHO 2009a).

Bei Kindern und Jugendlichen wird ebenfalls der BMI als Indikator für Übergewicht und Fettleibigkeit herangezogen. Es gelten jedoch alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten in jüngeren Jahren, die den BMI beeinflussen können. Die erwähnte Klassifikation der WHO bezieht sich deshalb ausschließlich auf Erwachsene (ab 18 Jahren). Nachfolgend werden daher jeweils die Ergebnisse für die 15+ und 18+ Bevölkerung dargestellt.

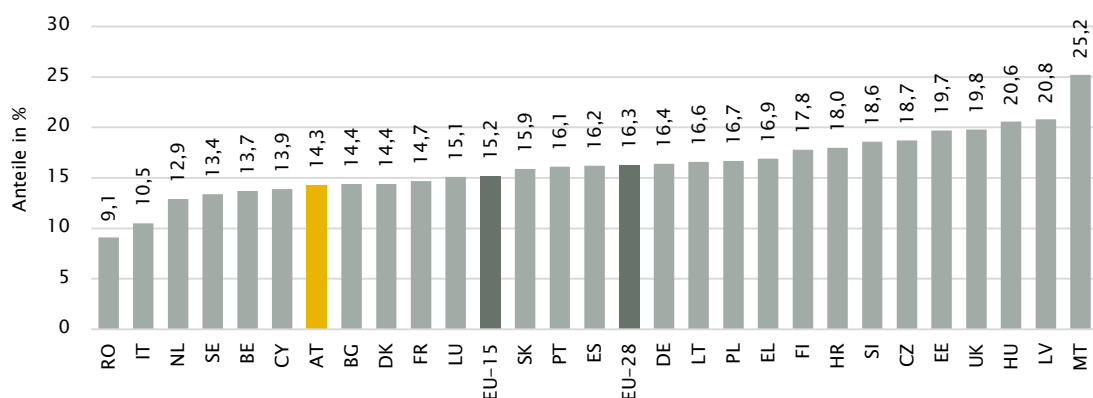
Tabelle 2.11:
Übergewicht und Adipositas (in %), 2014

2014	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund*** ja/nein	Trend	Daten basis	
Übergewicht (BMI 25,0–29,9)									
EW ab 15 Jahren	32	39	26	–	–	33/30	sinkend	2006, 2014	
EW ab 18 Jahren	33	40	26	37/32	38/37	33/30	sinkend		
Adipositas (BMI ≥ 30,0)									
EW ab 15 Jahren	14	16	13	–	–	15/13	steigend	2006, 2014	
EW ab 18 Jahren	15	16	13	23/9	19/11	15/13	steigend		
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht (BMI 25,0–29,9)									
Ab 15 Jahren	38	37	34	35	33	32	29	33	28
Ab 18 Jahren	39	37	35	36	33	33	30	34	29
Adipositas (BMI ≥ 30,0)									
Ab 15 Jahren	19	11	18	14	10	13	10	11	15
Ab 18 Jahren	19	12	19	15	10	14	10	12	16

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 bzw. 18 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen
* Nur über 30-Jährige; maximal Pflichtschulabschluss vs. höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)
*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

Abbildung 2.13:
Adipositas im europäischen Vergleich (in %), 2014



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren
Ländervergleich ohne Irland und EFTA-Länder

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014, Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Erhebungsjahr 2014 sind 32 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung übergewichtig, rund 14 Prozent adipös (Männer häufiger als Frauen). Dies bedeutet, dass insgesamt rund 3,4 Mio. Österreicher/innen übergewichtig oder fettleibig sind (Klimont/Baldaszi 2015).
- » Mit steigendem Alter nimmt der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen zu, wobei die Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen am stärksten betroffen ist (Männer: 47 % bzw. 22 %, Frauen: 39 % bzw. 20 %). Im hohen Alter nehmen die Anteile wieder ab.
- » Personen mit Migrationshintergrund sind etwas seltener von Übergewicht und Adipositas betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund.
- » Hinsichtlich Bildung und Einkommen zeigen sich deutliche Unterschiede insbesondere bei der Adipositasprävalenz: Während 23 Prozent der Personen mit niedrigem Bildungsabschluss adipös sind, trifft dies nur auf 9 Prozent der Bevölkerung mit höherem Bildungsabschluss zu. Ähnlich hoch ist auch der Unterschied bei Personen mit einem niedrigem (19 %) versus hohem Einkommen (11 %).
- » Im Zeitverlauf reduzierte sich gegenüber dem letzten Erhebungszeitpunkt (2006) der Anteil an Übergewichtigen (-3,3 Prozentpunkte) leicht. Die Adipositasprävalenz stieg hingegen (+1,6 Prozentpunkte), wobei der Anstieg bei Männern (+3,3 Prozentpunkte) stärker ausfiel als jener bei Frauen (+0,1) Prozentpunkte.
- » Im Bundesländervergleich zeigen sich hinsichtlich der Adipositas-Prävalenz beträchtliche Unterschiede. Während in Salzburg und Tirol rund 10 Prozent der Bevölkerung als fettleibig einzustufen sind, sind dies im Burgenland und in Niederösterreich rund 19 Prozent.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Adipositasprävalenz unter dem EU-15- und dem EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die angegebenen Werte stammen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Zudem gilt es zu beachten, dass es bei Angaben zu Körpergröße und -gewicht häufig zu einer Unter- bzw. Überschätzung kommt; entweder aufgrund eines Erinnerungsbias (Zeitpunkt der letzten Messung) oder aufgrund anderer Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit).

2.1.12 Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix)

Krebserkrankungen stellen in der EU wie auch in Österreich eine der häufigsten Todesursachen dar (Bachner et al. 2013). Sie gehen mit starker Einschränkung der Lebensqualität einher und sind mit erheblichen Behandlungskosten verbunden.

Die Inzidenz¹¹ bösartiger Neubildungen kann als ein Gradmesser für den Erfolg präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen herangezogen werden. Besonders hohes Präventionspotenzial besitzen bösartige Neubildungen im Bereich der Lunge (C33–34), der Haut (Melanom; C43), des Darms (C18–21) und der Zervix (C53), wobei Darm- und Lungenkrebs zu den häufigsten Krebsformen zählen. Ihr Auftreten kann durch die Förderung eines gesunden Lebensstils sowie durch adäquate Vorsorgemaßnahmen eingeschränkt werden. (Blot/Tarone 2015; Colditz et al. 1996; Colditz et al. 2000; Doll/Peto 1981; Stein/Colditz 2004)

Die Inzidenzraten der genannten Neubildungen werden auf Basis des österreichischen Krebsregisters ermittelt und als altersstandardisierte Rate pro 100.000 Einwohner/innen ausgewiesen. Die Altersstandardisierung findet im Falle der innerösterreichischen Vergleiche auf Basis der WHO-Bevölkerung 2001 statt. Durch laufende Nachmeldungen und Aktualisierungsprozesse können die dargestellten Werte von bereits publizierten geringfügig abweichen. Die Darstellungen für Österreich basieren auf Daten des Krebsregisters mit Revisionsstand 2015 bzw. 2013 (Prognosen).

Die europäischen Vergleiche werden anhand von Schätzungen für 2012 angestellt, die meist auf Daten nationaler Krebsregister aufbauen und insofern akkurate Ergebnisse liefern. Die Altersstandardisierung erfolgt auf Basis der Europa-Bevölkerung (Ferlay et al. 2013).¹² Ein Vergleich der Österreichwerte ist hinsichtlich dieser Standardisierungen folglich nicht möglich (z. B. Lungenkrebsinzidenz bei Männern: WHO-Bevölkerung 2001: 42 je 100.000 EW, Europa-Bevölkerung 2012: 54 je 100.000 EW).

11

Die Inzidenz beschreibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen innerhalb einer Population. Neben der Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) ist sie eine der wichtigsten Kennzahlen zur Morbidität einer Bevölkerung.

12

Für nähere Informationen zum internationalen Vergleich der Inzidenzraten siehe: http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Ferlay%20EJC_2013.pdf

2.1.12.1 Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34)

Bösartige Neubildungen der Lunge zählen zu den häufigsten Krebsformen sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Veränderungen der Lebensweise, insbesondere bei Frauen (z. B. verstärkte Rauchgewohnheiten) spiegeln sich in den Inzidenzen wider (Hackl et al. 2015).

Für die Entstehung bösartiger Neubildungen der Lunge werden der Tabakkonsum (aktives Rauchen, Passivrauchen), Radon, Luftverschmutzung (z. B. Feinstaubbelastung und Verbrennungsprodukte wie u.a. polyzyklische Kohlenwasserstoffe) sowie krebserregende Substanzen am Arbeitsplatz (Asbest, chemische Verbindungen wie polyzyklische Kohlenwasserstoffe, Staub in Uran-Bergwerken) verantwortlich gemacht. Mit großem Abstand ist allerdings das aktive Rauchen der wichtigste Auslöser von Lungenkrebs sowie – neben Radon – das Passivrauchen (Raaschou-Nielsen et al. 2013).

Tabelle 2.12:

Bösartige Neubildung der Lunge (C33–34), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014

Jahresdurchschnitt 2012–2014	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	55	69	41	M: sinkend F: steigend	1985–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	32	41	22		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	30	32	30	24	25	29	34	34	41
M	41	41	39	32	32	39	44	45	51
F	18	24	22	16	19	19	25	22	31

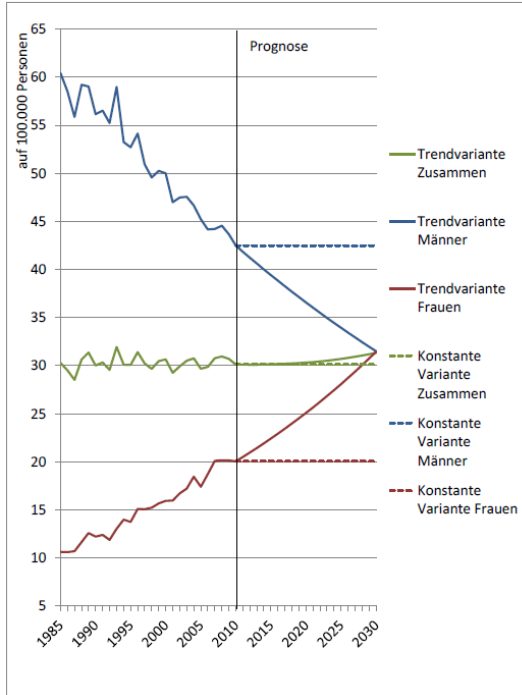
Altersstandardisiert nach WHO–Bevölkerung 2001
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 1985–2014 (Stand 2. 10. 2015); Berechnung und Darstellung: GÖG

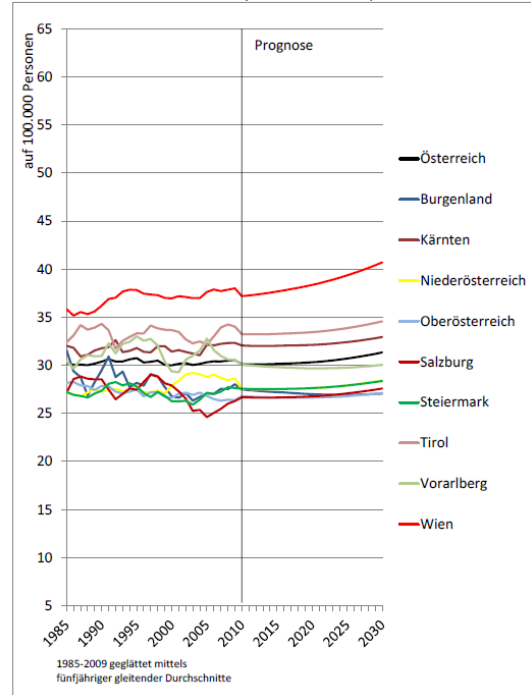
Abbildung 2.14:

Bösartige Neubildungen der Lunge (C33-34): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985-2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

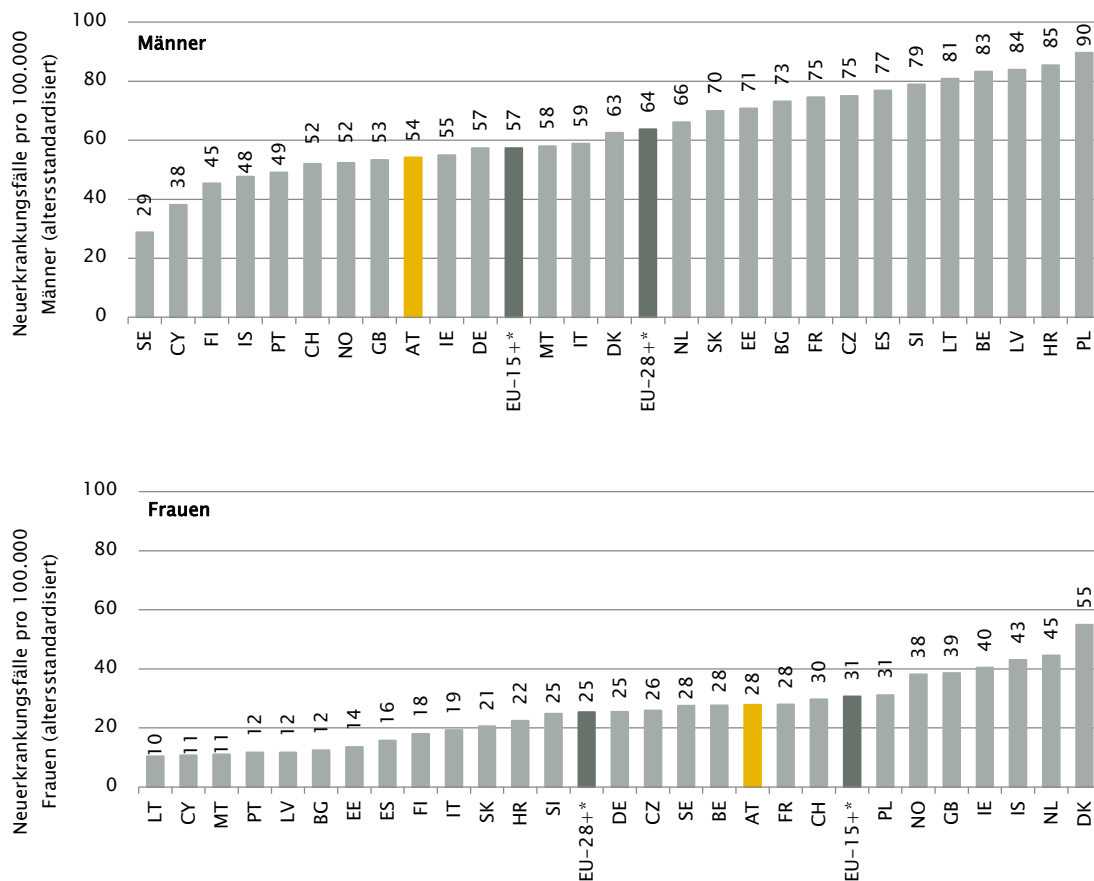


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.15:

Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich**, 2012



* EU-15+ ohne Griechenland, Luxemburg und Liechtenstein; EU-28+ ohne Griechenland, Luxemburg, Rumänien, Ungarn und Liechtenstein

** Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

Quelle: EUCAN (2015), Ferlay et al. (2013); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen der Lunge wurden im Zeitraum 2012 bis 2014 bei durchschnittlich 4.629 Personen jährlich dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von rund 32 Fällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer deutlich häufiger an Lungenkrebs erkranken als Frauen (41 Fälle pro 100.000 EW vs. 22 Fälle pro 100.000 EW); Trendanalysen verdeutlichen, dass die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen über die Jahre hinweg deutlich abgenommen hat: Dies ist einerseits einer sinkenden Inzidenzrate bei Männern, andererseits einer steigenden Neuerkrankungsrate bei Frauen geschuldet.

- » Der Bundesländervergleich zeigt, dass sich der Anstieg künftiger Inzidenzraten in allen Regionen annähernd parallel entwickelt. Das Niveau in Wien liegt deutlich über den restlichen Bundesländern. Ein klar benennbares geografisches Muster ist nicht erkennbar.
- » Im europäischen Vergleich liegen österreichische Männer mit 54 Fällen pro 100.000 EW unter dem Durchschnitt der EU-15+, während Österreichs Frauen mit 28 Fällen pro 100.000 EW zwischen dem Durchschnitt der EU-15+ und der EU-28+ rangieren.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstigen Erfassungssystemen wie auch von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen.

2.1.12.2 Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21)

Bösartige Neubildungen des Darms (Darmkrebs) beziehen sich auf Dick- und Enddarm. Bei Männern sind diese bösartigen Neubildungen die dritthäufigste Krebserkrankung, bei Frauen sogar die zweithäufigste (Hackl et al. 2015). Durch präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen (Koloskopie) können beispielsweise Polypen lokalisiert werden, bevor sie bösartig werden. Auch der Lebensstil (Risikofaktoren: Ernährung, Alkohol und Nikotin) wird mit bösartigen Neubildungen des Darms assoziiert (Blot/Tarone 2015; Doll/Peto 1981). Die Inzidenz von bösartigen Neubildungen eignet sich daher, um Fortschritte der Gesundheitsförderung und Prävention – mittel- bis langfristig – sichtbar zu machen.

Tabelle 2.13:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014

Jahresdurchschnitt 2012–2014	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	55	64	46	sinkend	1985–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	29	37	22		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	27	30	31	25	27	35	31	30	27
M	35	39	39	31	34	43	38	36	33
F	19	21	22	20	20	26	24	23	20

Altersstandardisiert nach WHO–Bevölkerung 2001

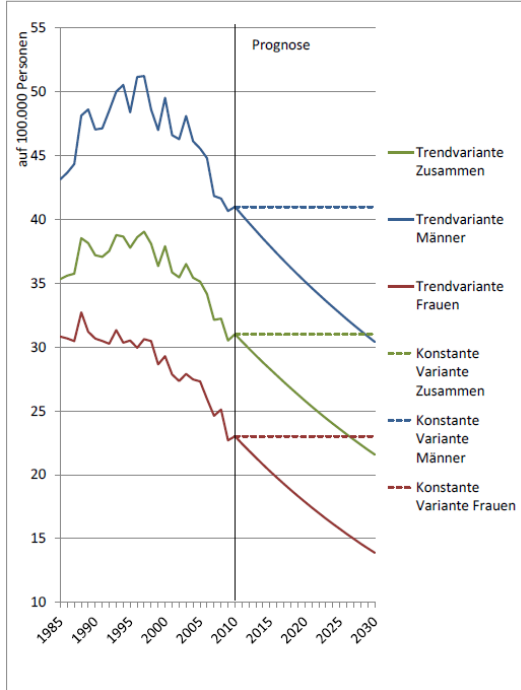
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria (2015) – Krebsstatistik 1985–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

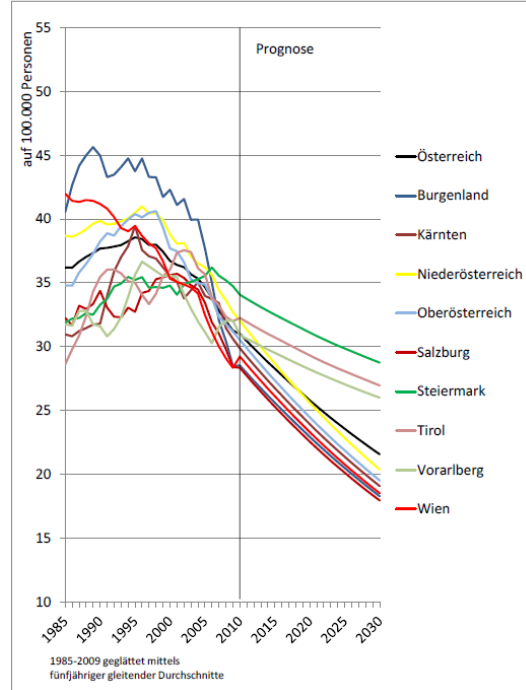
Abbildung 2.16:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

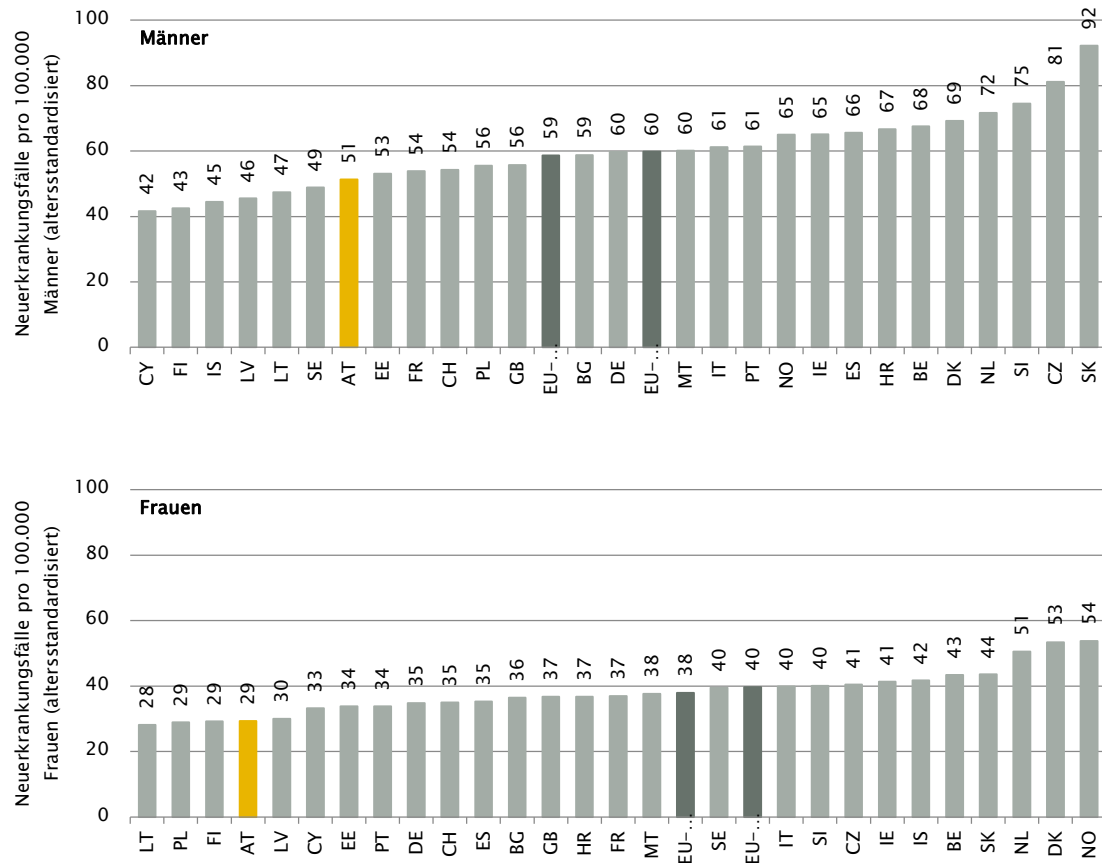


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17.10.2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.17:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012



Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

* EU-15+ ohne Griechenland, Luxemburg und Liechtenstein; EU-28+ ohne Griechenland, Luxemburg, Rumänien, Ungarn und Liechtenstein

Quelle: EUCAN (2015), Ferlay et al. (2013); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen des Darms wurden jährlich (Durchschnitt der Jahre 2012–2014) bei durchschnittlich 4.634 Personen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 29 Fällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer deutlich häufiger an Darmkrebs erkranken als Frauen (37 Fälle pro 100.000 EW vs. 22 Fälle pro 100.000 EW). Trendanalysen verdeutlichen, dass diese Diskrepanz über die Jahre hinweg abgenommen hat, vor allem durch einen stärkeren Rückgang der Inzidenzrate bei Männern.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich ein deutlich rückläufiger Trend für beide Geschlechter.

- » Regionale Vergleiche lassen Bundesländerunterschiede erkennen, jedoch ohne klares geografisches Muster.
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich bei den Männern unter dem EU-15-Durchschnitt (mit 51 Fällen pro 100.000 EW), bei den Frauen unter jenen Ländern mit der geringsten Darmkrebs-Inzidenz (mit 29 Fällen pro 100.000 EW).

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstiger Erfassungssysteme sowie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den verglichenen Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen.

2.1.12.3 Bösartige Melanome (C43)

Das maligne Melanom ist die gefährlichste Hautkrebsart. Bei Männern zeigen sich maligne Melanome am häufigsten am Oberkörper, während bei Frauen vor allem die Beine betroffen sind. Dies spiegelt den Kleidungsstil und die UV-Einstrahlung wieder, die als Hauptrisikofaktor für Hautkrebs gilt. Insofern können auch gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen erheblichen Einfluss auf die Hautkrebsprävalenz nehmen (Kleidung, Sonnenschutz).

Tabelle 2.14:

Bösartige Neubildungen der Haut (C43), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014

Jahresdurchschnitt 2012–2014	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	20	21	19	steigend	1985–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	13	14	12		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	5	29	10	14	10	10	39	18	4
M	5	30	11	16	11	11	37	18	5
F	5	27	9	12	9	9	41	18	3

Altersstandardisiert nach WHO–Bevölkerung 2001

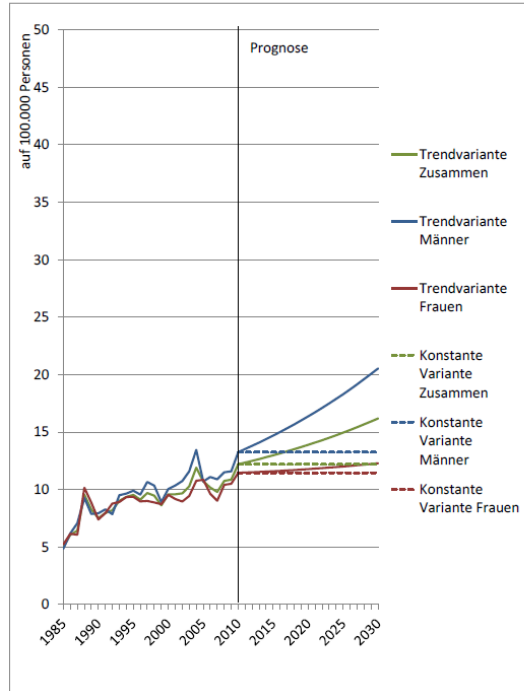
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria (2015) – Krebsstatistik 1985–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

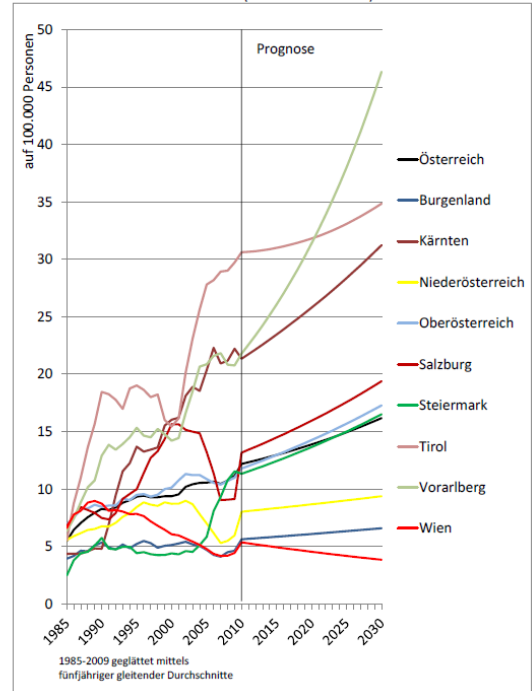
Abbildung 2.18:

Bösartige Melanome (C43): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

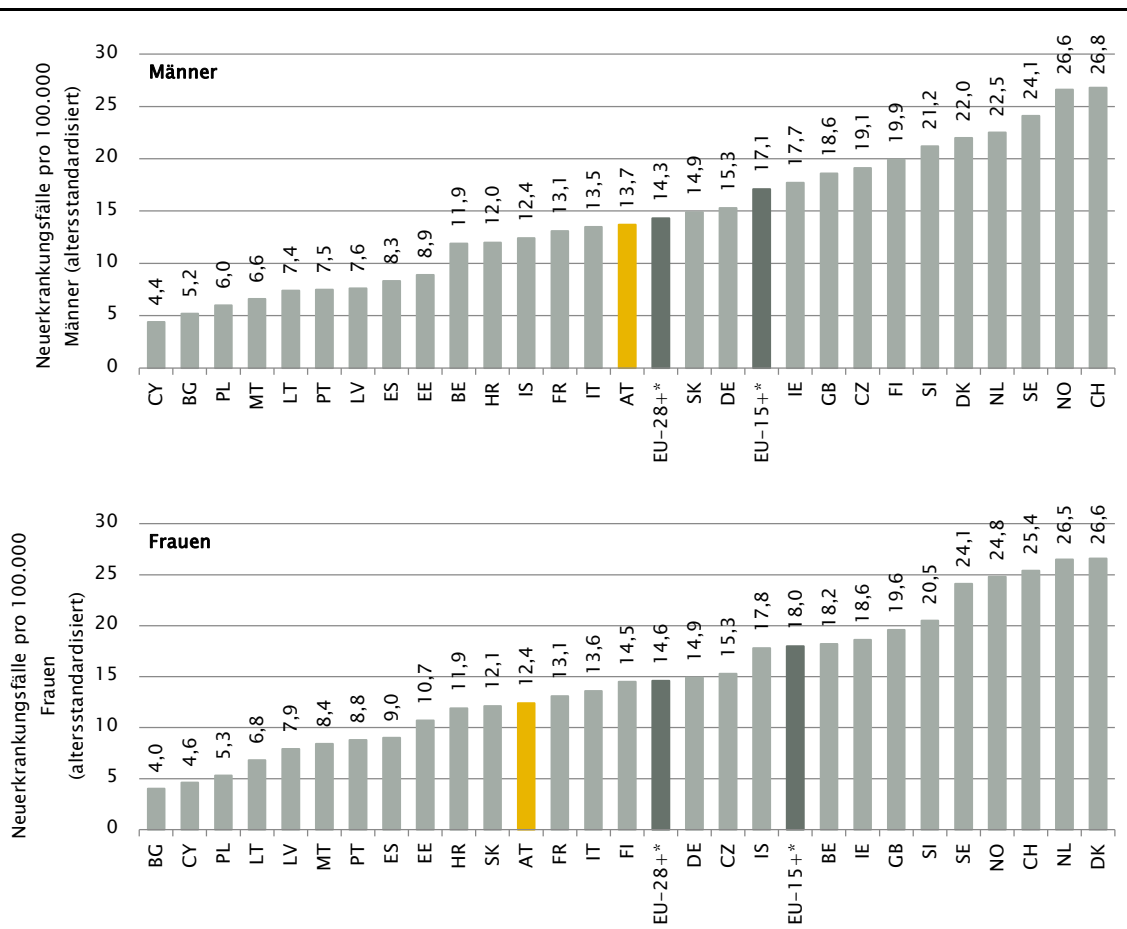


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO–Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.19:

Bösartige Melanome (C43): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012



Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

* EU-15+ ohne Griechenland, Luxemburg und Liechtenstein; EU-28+ ohne Griechenland, Luxemburg, Rumänien, Ungarn und Liechtenstein

Quelle: EUCAN (2015), Ferlay et al. (2013); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Analyse

- » Ein bösartiges Melanom wurde im Jahresdurchschnitt 2012–2014 bei 1.689 Personen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 13 Fällen pro 100.000 EW. Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich nicht.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein deutlicher Anstieg.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede erkennen: Vor allem gebirgsreiche Bundesländer sind stärker betroffen. Darüber hinaus wird der deutliche Abstand zwischen Tirol und den anderen Bundesländern mit der besonderen Meldemodalität

des registerführenden Bundeslandes Tirol sowie mit einer unterschiedlichen Meldedisziplin erklärt (Zielonke et al. 2014).

- » In den Prognosewerten finden zudem demografische Entwicklungen ihren Niederschlag: Wien wird zukünftig das stärkste Bevölkerungswachstum aller neun Bundesländer erleben und sich gleichzeitig zum Bundesland mit der jüngsten Altersstruktur entwickeln. Grund dafür ist die starke Zuwanderung. Auch hat Wien nicht mehr die niedrigste Fertilitätsrate aller Bundesländer, sondern liegt seit einigen Jahren im Bundesschnitt (Hackl et al. 2015).
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den Männern (mit 14 Fällen pro 100.000 EW) als auch bei den Frauen (mit 12 Fällen pro 100.000 EW) unter dem EU-15- und EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstigen Erfassungssysteme wie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen.

2.1.12.4 Bösartige Neubildungen der Zervix (C53)

Die Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Zervix (Gebärmutterhalskrebs) ist rückläufig. Dies kann u. a. auf Fortschritte in der Früherkennung zurückgeführt werden. Etwa 50 Prozent der invasiven Zervixkarzinome werden als Krebsvorstufe diagnostiziert. Krebsfrüherkennung (z. B. Zellabstrich vom Gebärmutterhals, "Pap-Test") als Präventionsinstrument kann Einfluss auf die Neuerkrankungen nehmen (Zielonke et al. 2014).

Tabelle 2.15:

Bösartige Neubildungen der Zervix (C53), Jahresdurchschnittsdaten, 2012–2014

Jahresdurchschnitt 2012–2014	F	Trend								Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	9	sinkend								1985–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	7									

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Frauen	6	9	5	5	6	9	7	6	7

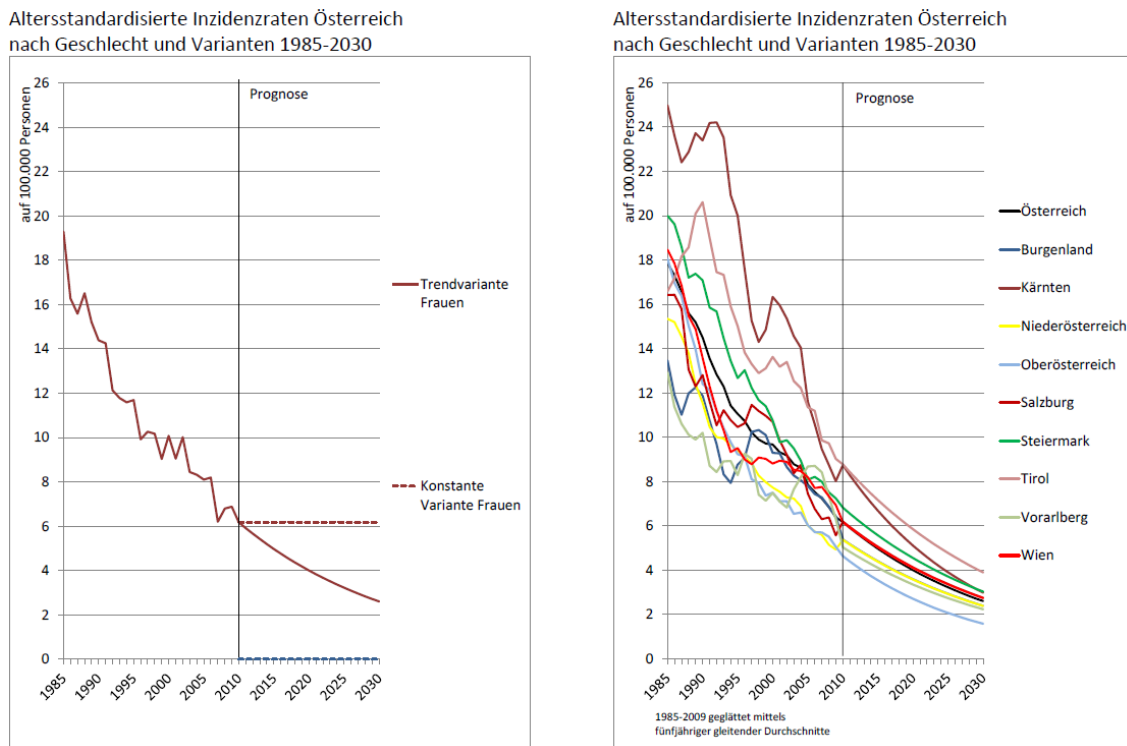
Altersstandardisiert nach WHO–Bevölkerung 2001

F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria (2015) – Krebsstatistik 1985–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.20:

Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009

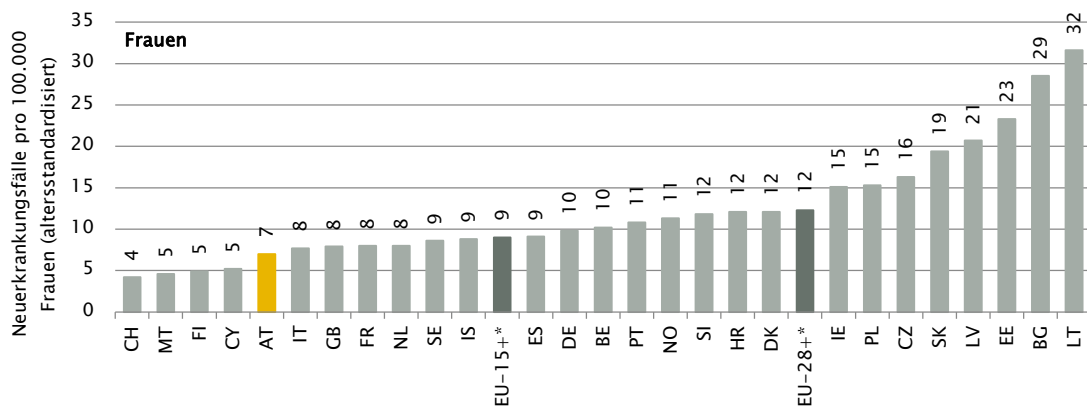


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO–Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.21:

Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen im europäischen Vergleich, 2012



Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

* EU-15+ ohne Griechenland, Luxemburg und Liechtenstein; EU-28+ ohne Griechenland, Luxemburg, Rumänien, Ungarn und Liechtenstein

Quelle: EUCAN (2015), Ferlay et al. (2013); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen der Zervix wurden im Jahresdurchschnitt 2012–2014 bei durchschnittlich 395 Frauen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 7 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich ein rückläufiger Trend.
- » Regionale Vergleiche lassen Bundesländerunterschiede erkennen, jedoch ohne klares geografisches Muster.
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich an fünfter Stelle der dargestellten Länder und zeigt demnach ein positiv einzuschätzendes Ergebnis.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstiger Erfassungssysteme sowie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen.

2.1.13 Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall)

Die Inzidenz¹³ arteriosklerotisch verursachter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall) kann als ein Gradmesser für den Erfolg präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen herangezogen werden. Das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist lebensstilassoziiert und kann durch die Förderung eines gesunden Lebensstils sowie entsprechender Rahmenbedingungen (Lebensverhältnisse) beeinflusst werden (Griebler et al. 2015).

Zur Berechnung der Inzidenzraten (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert anhand der Europa-Bevölkerung 2013) wird auf die DLD sowie auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen. Beide Datensätze werden miteinander kombiniert, wobei im Falle der DLD alle dokumentierten Haupt- und Nebendiagnosen herangezogen werden, mit Ausnahme jener in Reha-Zentren. Mangels eines eindeutigen Personen-Identifikationsfeldes werden bis zum Jahr 2014 bei Auswertung der DLD weiterführende Personeninformationen benutzt, um die Patientenzahlen zu ermitteln. Im Sinne eines deterministic matching wird mit der Annahme operiert, dass es sich bei Patientinnen/Patienten mit gleichem Geburtsdatum, einem identen Geschlecht sowie gleicher Nationalität und Wohnsitz-PLZ um dieselbe Person handelt – eine Annäherung, die vor allem für eng geführte Zeiträume geeignet erscheint (Griebler et al. 2015).

13

Die Inzidenz beschreibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen innerhalb einer Population. Neben der Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) ist sie eine der wichtigsten Kennzahlen zur Morbidität in einer Bevölkerung.

2.1.13.1 Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21–22)

Tabelle 2.16:

Inzidenz Akuter Myokardinfarkt (AMI; I21–22), 2014

2014	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	225	288	165	sinkend	2004–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	242	336	148		

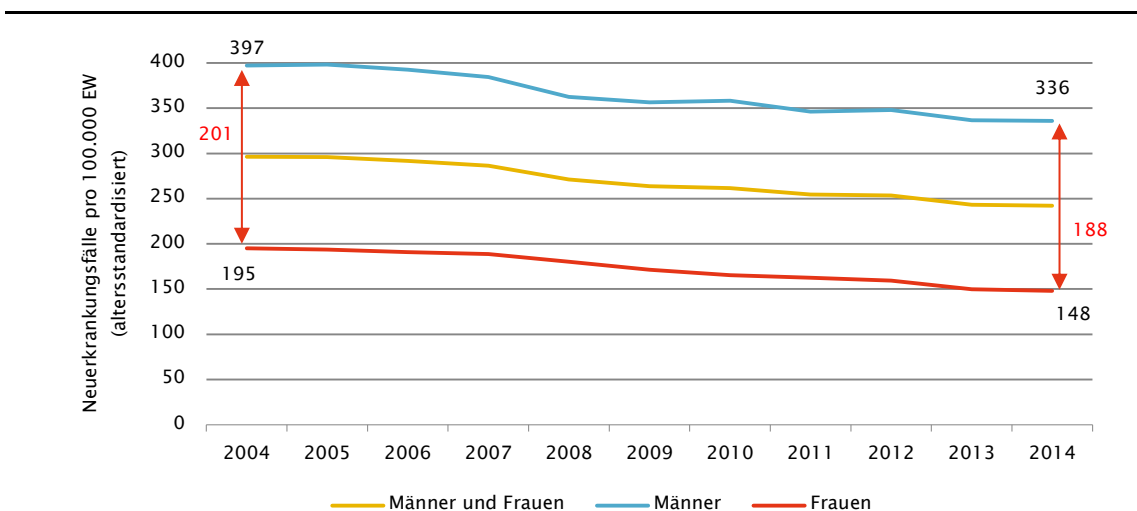
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	241	262	233	246	185	241	266	217	235
M	321	363	318	341	263	334	367	450	330
F	160	161	149	150	106	148	165	184	140

Altersstandardisiert nach Europa–Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern, M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.22:

Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im Zeitverlauf, 2004–2014

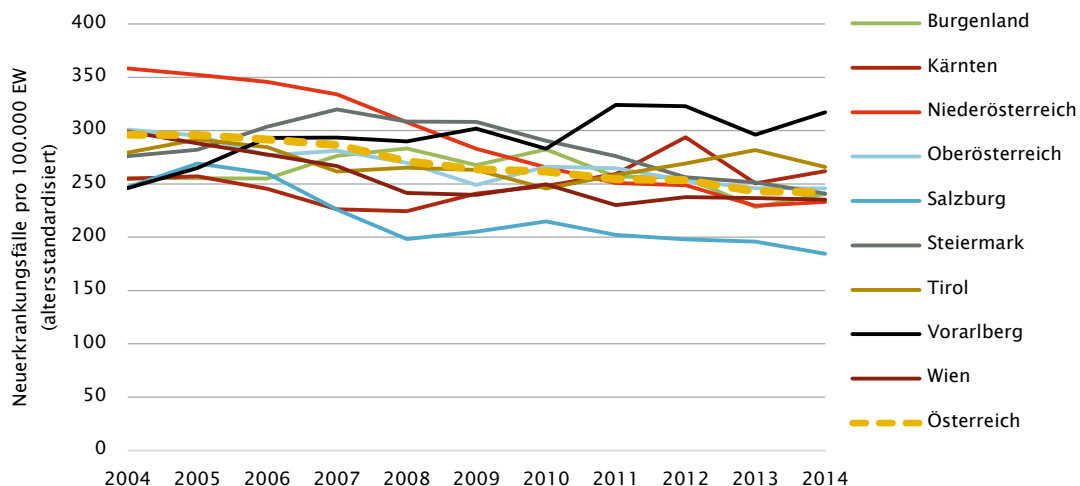


Altersstandardisierte Raten nach Europa–Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.23:

Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich, 2004–2014



Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » 2014 wurden rund 19.000 Myokardinfarkte dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 242 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer eine deutlich höhere Inzidenzrate aufweisen als Frauen (336 vs. 148 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW), wobei bei Frauen eine systematische Unterschätzung vermutet wird (Griebler et al. 2015). Trendanalysen verdeutlichen, dass die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern über die Jahre hinweg geringfügig abgenommen hat.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede ohne klares geografisches Muster erkennen (Schwankungsbreite: 185 bis 266 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW).

Limitationen

Wie sämtliche Indikatoren, die auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und der Todesursachenstatistik (TUS) beruhen, hängt auch die Verlässlichkeit dieses Indikators von den Dokumentationsqualitäten ab. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige (nicht diagnostizierte) Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch der TUS nicht adäquat bzw. falsch erfasst und dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an den ausgewählten HKE verstorben sind. Hinzukommt, dass bis zum Jahr 2014 – mangels eines

Personen-Identifikationsfeldes sowie gesetzlicher Grundlagen – keine direkte Verknüpfung von DLD und Todesursachenstatistik möglich ist. Ab 2015 wird in der DLD ein Personenpseudonym verwendet, wodurch ein Bruch zu den bisherigen Daten entsteht. Hierfür gilt es noch einen geeigneten Umgang zu finden. Ebenfalls nicht möglich sind europäische Vergleiche, da diese Kombinationsmethodik von DLD und Todesursachenstatistik aktuell nicht systematisch durchgeführt und zugänglich gemacht wird.

2.1.13.2 Ischämische Schlaganfälle (I63)

Tabelle 2.17:
Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63), 2014

2014	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	238	248	228	steigend	2004–2014
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	253	301	204		

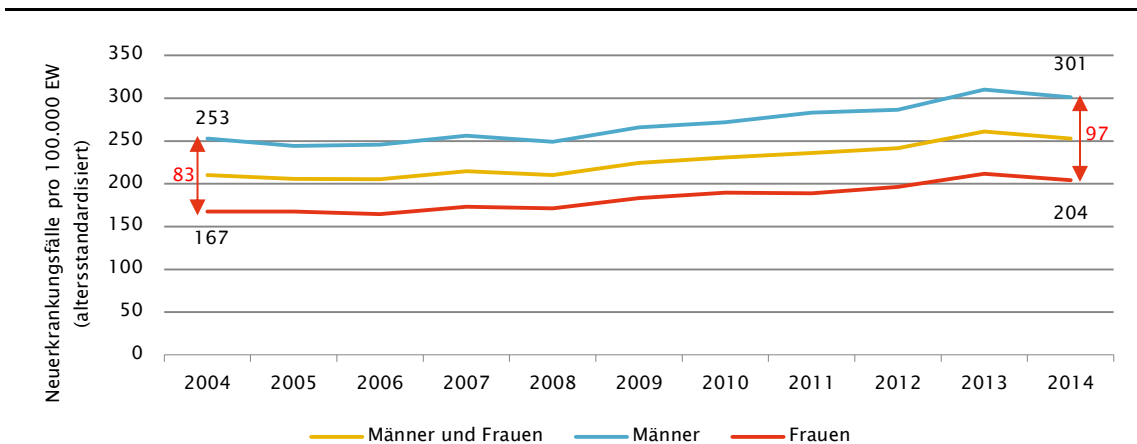
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	217	336	237	266	280	310	198	245	200
M	261	401	284	318	336	361	235	295	238
F	173	271	191	213	224	258	161	194	162

Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitalern, M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.24:

Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle je 100.000 EW im Zeitverlauf; 2004–2014

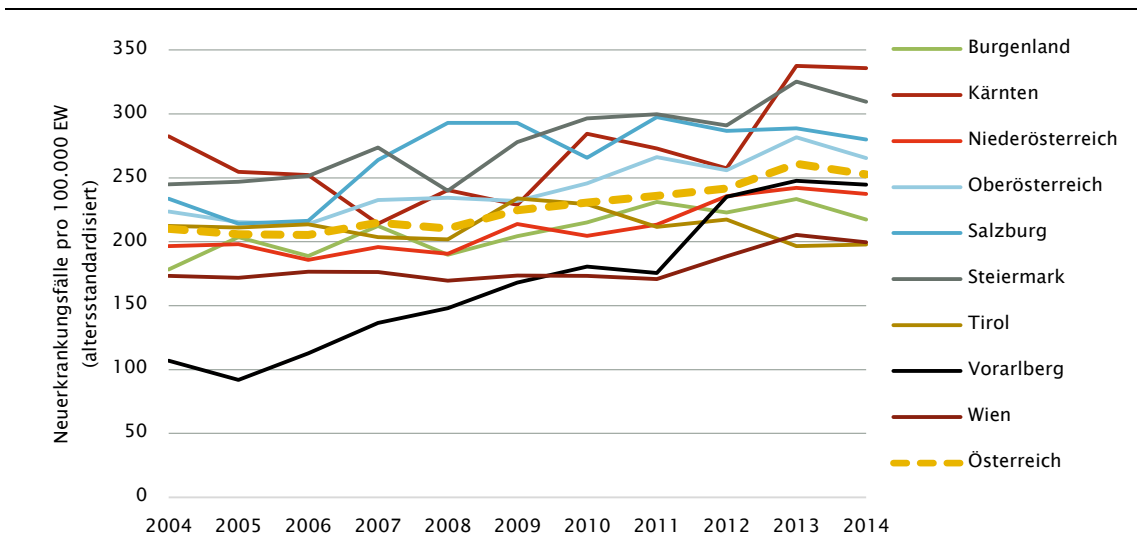


Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.25:

Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich; 2004–2014



Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2014; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2014; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2014 wurden rund 20.200 ischämische Schlaganfälle dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 253 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer eine deutlich höhere Inzidenzrate aufweisen als Frauen (301 vs. 204 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW). Trendanalysen verdeutlichen, dass die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern über die Jahre hinweg zugenommen hat.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede ohne klares geografisches Muster erkennen (Schwankungsbreite: 198 bis 336 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW).

Limitationen

Wie sämtliche Indikatoren, die auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und der Todesursachenstatistik beruhen, hängt auch die Verlässlichkeit dieses Indikators von den Dokumentationsqualitäten ab. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige (nicht diagnostizierte) Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch der TUS nicht adäquat bzw. falsch erfasst und dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an den ausgewählten HKE verstorben sind. Zusätzlich erschweren Änderungen in der Kodierpraxis (kurzfristig) die Interpretation der Trendergebnisse: Der ICD-10 Code I64 scheint offiziell ab 2013 nicht mehr als Hauptdiagnose auf, wonach Verschiebungen hin zu I63 vermutet werden. Hinzu kommt, dass bis zum Jahr 2014 – mangels eines Personen-Identifikationsfeldes sowie gesetzlicher Grundlagen – keine direkte Verknüpfung von DLD und Todesursachenstatistik möglich ist. Ab 2015 wird in der DLD ein Personenpseudonym verwendet, wodurch ein Bruch zu den bisherigen Daten entsteht. Hierfür gilt es noch einen geeigneten Umgang zu finden. Ebenfalls nicht möglich sind europäische Vergleiche, da diese Kombinationsmethodik von DLD und Todesursachenstatistik aktuell nicht systematisch durchgeführt und zugänglich gemacht wird.

2.1.14 Inzidenz Typ-2-Diabetes

Die Diabetes-Typ-2-Inzidenz¹⁴ kann als ein Gradmesser für den Erfolg präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen herangezogen werden. Das Auftreten von Typ-2-Diabetes ist lebensstilassoziiert und kann durch die Förderung eines gesunden Lebensstils sowie entsprechender Rahmenbedingungen (Lebensverhältnisse) beeinflusst werden (Griebler et al. 2013).

Aussagen zur Inzidenz von Typ-2-Diabetes werden auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger getroffen. Damit wird die Inzidenz medikamentös behandelter Personen darstellbar. Diese pharmaepidemiologische Annäherung erfolgt in Anlehnung an einen Algorithmus, der in der LEICON-Datenbank der NÖGKK implementiert ist. Diesem Algorithmus folgend gelten Anspruchsberechtigte dann als Typ2-Diabetiker/innen, wenn sie innerhalb eines Jahres diabetesrelevante Medikamentenverordnungen eingelöst haben (Insulin und/oder orale Antidiabetika; A10A und A10B). Bei einer ausschließlichen Insulintherapie wird – in Abgrenzung zum Typ-1-Diabetes – auf Personen im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne einen stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt. Zudem wird für alle identifizierten Personen geprüft, ob sie schon in den Jahren davor (Prüfzeitraum: 2008 bis Inzidenzjahre minus 1) entsprechende Medikamentenverordnungen eingelöst haben. Sie gelten als inzident, wenn dies nicht der Fall ist.

Tabelle 2.18:

Inzidenz Typ-2-Diabetes, 2012–2014

	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Neuerkrankungen je 100.000 EW	409	436	383	-	2012
Neuerkrankungen je 100.000 EW	384	411	359		2013
Neuerkrankungen je 100.000 EW	387	415	360		2014
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer					
Höchste Ausprägung (je 100.000 EW)	494	-	-	-	2014
Niedrigste Ausprägung (je 100.000 EW)	287	-	-	-	2014

M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Abrechnungsdaten der SV-Träger 2012–2014, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2012–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

14

Die Inzidenz beschreibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen innerhalb einer Population. Neben der Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) ist sie eine der wichtigsten Kennzahlen zur Morbidität in einer Bevölkerung.

Analyse

- » Im Jahr 2014 gab es rund 32.900 Typ-2-Diabetes-Neuerkrankungsfälle. Dies entspricht einer Inzidenzrate von 387 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW. Die Diabetes-Typ-2-Inzidenz ist damit gegenüber dem Jahr 2012 etwas gesunken.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer (je 100.000 EW) eine deutlich höhere Inzidenz aufweisen als Frauen.
- » Regionale Vergleiche lassen beträchtliche Bundesländerunterschiede erkennen (Schwankungsbreite: 287 bis 494 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW).

Limitationen

Die Berechnungsergebnisse basieren auf Abrechnungsdaten der SV-Träger; eingelöste Medikamentenverordnungen, die günstiger als die Rezeptgebühr sind, bleiben dabei unberücksichtigt. Liegt jedoch eine Rezeptgebührenbefreiung vor, können diese Verordnungen erfasst werden. Zudem finden nur jene Patientinnen und Patienten Eingang ins Ergebnis, die kassenfinanzierte Leistungen in Anspruch genommen haben. Jene Patientinnen/Patienten, die ihre Behandlung – ohne Kostenersatz – im Wahlbereich erhalten haben, sind folglich nicht erfasst. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind Personen, die ihre Medikamente im Krankenhaus oder in SV-Einrichtungen erhalten haben. Des Weiteren nicht enthalten sind Typ-2-Diabetiker/innen, die keine Medikamente erhalten, da derzeit noch keine Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich vorliegen.

2.2 Kuration

2.2.1 Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Der Indikator *vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit* (Englisch: Mortality Amenable to Health Care, MAHC) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. *Vorzeitig* bezieht sich dabei in den meisten Fällen auf ein Alter von unter 75 Jahren (Nolte/McKee 2008). Der Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen.

Das hierbei zugrundeliegende Konzept ist verwandt mit dem der sogenannten *vermeidbaren Sterblichkeit* (Avoidable Mortality). Es grenzt sich jedoch insofern davon ab, als Todesursachen, die gemäß diesem Konzept durch Primärprävention¹⁵ beeinflussbar gewesen wären und somit nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des kurativen Gesundheitsversorgungssystems fallen (z. B. Lungenkrebs oder Leberzirrhose), unberücksichtigt bleiben. Demnach fließen ausschließlich ausgewählte Todesursachen in die Berechnung ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundene sekundärpräventive Maßnahmen beeinflussbar gewesen wären. Bei Auswahl der entsprechenden Todesursachen wird die wissenschaftliche Basis durch evidenzbasierte Angaben zur klinischen Behandlungswirksamkeit gebildet (Gay et al. 2011).

Falls nicht anders angegeben, sind folgende Todesursachen von Menschen mit einem Lebensalter unter 75 Jahren in der Berechnung inkludiert (Nolte/McKee 2008):

- » Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen; Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen; Masern bei zwischen 1- und 14-Jährigen
- » Tumore (Krebs): Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen
- » Endokrine ernährungsbedingte Stoffwechsel-Erkrankungen: Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen
- » Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie
- » Erkrankungen des Kreislauf-Systems: rheumatische Herz-Erkrankungen, ischämische Herz-Erkrankungen (50 % der Todesfälle)

15

Primärprävention setzt vor Krankheitsbeginn ein und zielt darauf ab, Gesundheitsbelastungen (z. B. Nikotin- oder Alkoholkonsum) zu senken und gesundheitsbezogene Ressourcen (z. B. Information und Bildung) zu erhöhen, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern (vgl. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/pravention>).

- » Zerebrovaskuläre Herz-Erkrankungen: hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck)
- » Erkrankungen des urogenitalen Systems: Nephritis (Nierenentzündung) und Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung)
- » Erkrankungen des Atmungssystems: alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen
- » Erkrankungen des Verdauungssystems: Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarm-Entzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung)
- » Perinatal-Sterblichkeit: Tod zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebens- tag, Müttersterblichkeit, Perinatal-Sterblichkeit exklusive Totgeburten, angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems
- » Externe Faktoren: Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer und medizinischer Behandlung

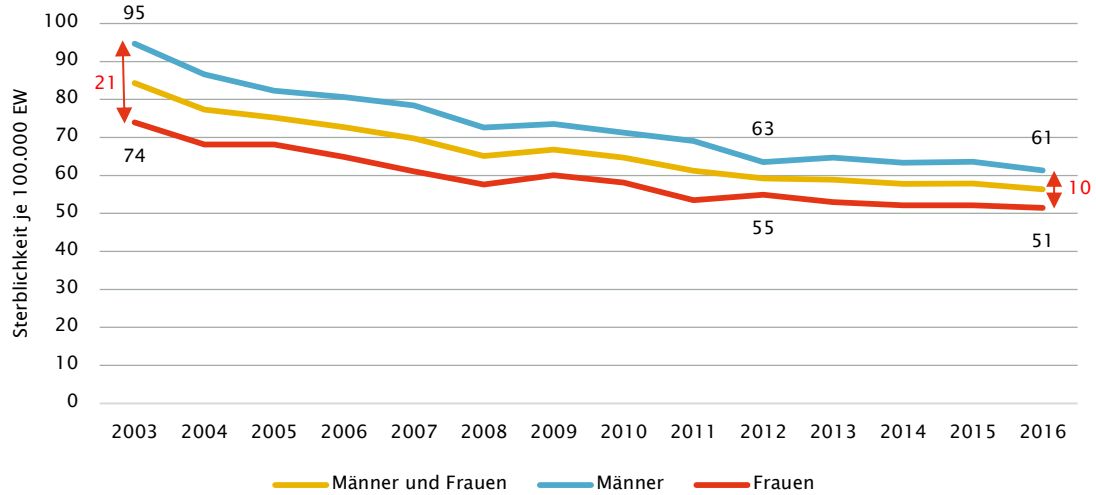
Tabelle 2.19:
Mortality Amenable to Health Care (MAHC), 2016

2016	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Sterblichkeit je 100.000 EW	70	76	63	sinkend	2003-2016
Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	56	61	51		
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert)					
Höchste Ausprägung (Sterblichkeit je 100.000 EW)	64	72	62	sinkend	2003-2016
Niedrigste Ausprägung (Sterblichkeit je 100.000 EW)	50	52	41	sinkend	2003-2016

Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2007-2016; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2007-2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

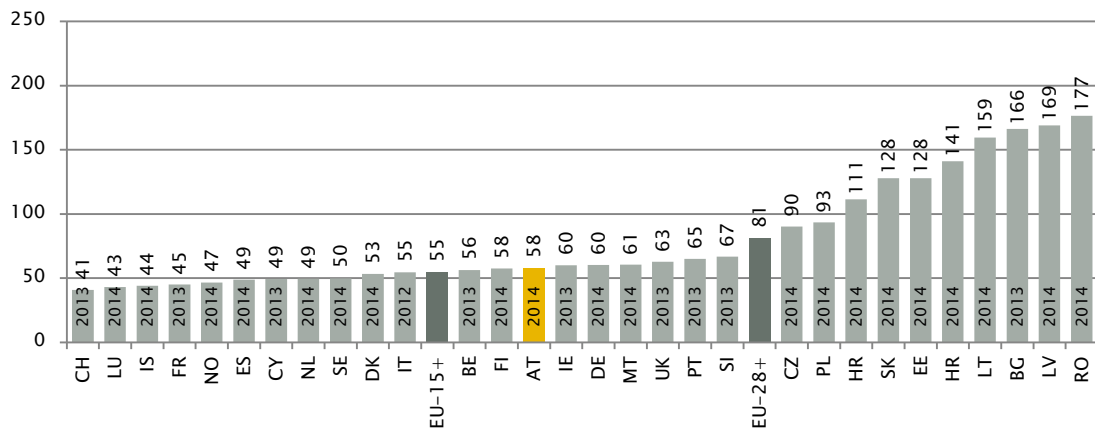
Abbildung 2.26:
Entwicklung der MAHC, 2003–2016



Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2003–2016; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2003–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.27:
MAHC im europäischen Vergleich, 2014



Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung
Referenzjahr 2014 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: WHO Mortality Database Stand 2017; AT: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014 und Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2003 lag die Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 84 Todesfällen, im Jahr 2016 bei 56/100.000 und ist damit in den letzten Jahren weiter gesunken.
- » Der Rückgang der MAHC entwickelt sich parallel zur gesamten Sterblichkeit sowohl in Österreich als auch im Rest Europas.
- » Frauen weisen eine deutlich niedrigere MAHC auf als Männer. Im Jahr 2016 lag die altersstandardisierte Rate für Frauen bei 51 pro 100.000, für Männer bei 61. In der Periode 2003 bis 2016 konnte eine Verringerung dieses Abstandes beobachtet werden.
- » Im regionalen Vergleich sind die MAHC Werte innerhalb Österreichs im Jahr 2016 näher aneinandergerückt. Die niedrigste Ausprägung eines Bundeslandes ist eine altersstandardisierte Rate von 50/100.000 (M: 52, F: 41), die höchste lag bei 64/100.000 (M: 72, F: 62).
- » Im europäischen Vergleich fand sich im Jahr 2014 die geringste MAHC-Ausprägung in der Schweiz mit einer altersstandardisierten Rate von 41 Toten je 100.000 EW, gefolgt von Luxemburg (43) und Island (44).
- » Österreich liegt im Jahr 2014 mit einer Rate von 58 Todesfällen je 100.000 EW zwischen dem EU-15-Durchschnitt von 55 und dem Durchschnitt aller erfassten europäischen Länder mit einer MAHC-Rate von 81/100.000 EW.
- » Deutlich über den Durchschnittswerten lagen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.
- » Im Jahr 2014 waren 51,5 Prozent der insgesamt rund 5.500 MAHC-Fälle auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen. Weitere 33,3 Prozent entfielen auf Neubildungen.

Limitationen

Wie sämtliche Indikatoren, die auf nationale Todesursachenstatistiken angewiesen sind, ist auch die MAHC von Limitationen gekennzeichnet, da die Diagnosepraxis und ihre Qualität sowohl international als auch regional Unterschiede aufweisen. Die zugrundeliegende Todesursachenliste hängt stark von der technologischen Entwicklung ab und bedarf daher regelmäßiger Aktualisierungen. Das gesetzte Alterslimit von 75 Jahren muss im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung reflektiert werden. Die MAHC-Daten wurden zwar altersstandardisiert, jedoch nicht nach Prävalenz der zugrundeliegenden Krankheiten. Es kann angenommen werden, dass die Prävalenzen von Land zu Land starken Schwankungen unterliegen.

Weiters gilt es zu berücksichtigen, dass Prävalenzen innerhalb kurzer Zeit sprunghafte Schwankungen aufweisen können. Bei kurzfristigem starkem Ansteigen der Prävalenz steigt die MAHC im selben Ausmaß und darf folglich nicht automatisch als Versagen des jeweiligen Systems interpretiert werden. Rückschlüsse auf die Effektivität sind insofern nicht zulässig (Gay et al. 2011).

2.2.2 Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)

Unter Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) werden Erkrankungen subsumiert, bei denen die stationäre Aufnahme durch Interventionen speziell in der Primärversorgung (PV) potenziell vermieden werden kann (Purdy et al. 2009). Drei Prämissen konkretisieren diese Definition:

- » Die (Grund-)Erkrankung ist durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. durch Prävention vermeidbar.
- » Folge-Erkrankungen bzw. Komplikationen sind durch optimale Behandlung der Grund-Erkrankung vermeidbar.
- » Stationäre Aufnahmen sind durch adäquate Therapie im ambulanten Bereich zu vermeiden.

Der Indikator kann zur Messung der Qualität des ambulanten Versorgungssektors herangezogen werden. Im Zuge der laufenden Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit wurde eine österreichische Definition der ACSC erarbeitet, die auf rund 270 ICD-10-Codes aufbaut. Nähere Informationen können dem Grundlagenpapier *Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte – Ambulatory Care Sensitive Conditions – Analysen und Empfehlungen* (BMG 2015a) entnommen werden.

Die identifizierten ACSC-Krankheitsgruppen gliedern sich in 12 Krankheitsgruppen. Im Jahr 2015 konnten insgesamt rund 234.000 ACSC-Fälle¹⁶ in österreichischen Akut-Krankenanstalten als medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte identifiziert werden.

ACSC-Krankheitsgruppen:¹⁷

- » Diabetes mellitus mit Komplikationen
- » Hypertonie
- » Angina pectoris
- » Herzinsuffizienz
- » HNO-Infektionen
- » Grippe und Pneumonie
- » Erkrankungen der Atemwege
- » Asthma, COPD, Emphysem
- » Dehydratation und Gastroenteritis
- » Dekubitus und Ulcus der Haut
- » Osteoporose
- » Rückenschmerzen

16

Alters- und geschlechtsstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976

17

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/4/1/CH1443/CMS1441184505610/bericht_acsc_inkl_anhang_0-fehler.pdf

Durch die österreichspezifische Definition ist ein internationaler Vergleich der ACSC nur eingeschränkt möglich. Die OECD weist in mehreren Publikationen den Indikator *vermeidbare Krankenhausaufenthalte* aus, der dem Konzept der ACSC entspricht, von der österreichischen Definition jedoch leicht abweicht. So werden nur Personen erfasst, die 15 Jahre oder älter sind. Auch Schwangere oder neonatale Fälle wurden möglichst exkludiert (in Österreich nicht möglich), ebenso wie Transfers von anderen Krankenanstalten und Null-Tages-Aufenthalte.¹⁸

Tabelle 2.20:
Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), 2015

2015	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Aufenthalte je 100.000 EW	2.731	2.638	2.820	sinkend	2004-2015
Aufenthalte je 100.000 EW (altersstandardisiert)	2.016	2.165	1.866		
Aufenthalte je 100.000 über 65-Jährige (altersstandardisiert)	8.194	8.815	7.573		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	2.226	2.167	1.865	2.268	1.727	2.049	2.129	1.779	1.939
M	2.312	2.296	2.043	2.526	1.820	2.158	2.339	1.963	2.001
F	2.140	2.038	1.686	2.011	1.635	1.940	1.919	1.595	1.876

ACSC-Krankheitsgruppen	Aufenthalte	Aufenthalte je 100.000 EW (altersstandardisiert)	% der Aufenthalte
Dekubitus und Ulcus der Haut	3.987	29	1,70%
Osteoporose	4.931	32	2,10%
Erkrankungen der Atemwege	8.576	107	3,66%
Diabetes mellitus mit Komplikationen	9.269	83	3,95%
HNO-Infektionen	12.338	177	5,26%
Angina pectoris	13.008	109	5,55%
Dehydratation und Gastroenteritis	15.154	129	6,46%
Hypertonie	21.278	156	9,08%
Asthma, COPD, Emphysem	25.011	220	10,67%
Herzinsuffizienz	27.392	170	11,68%
Grippe und Pneumonie	37.324	307	15,92%
Rückenschmerzen	56.174	497	23,96%
Summe	234.442	2.016	100,00%

Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976, Aufenthalte in landesfondsfinanzierten KA, Sanatorien und UKH, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

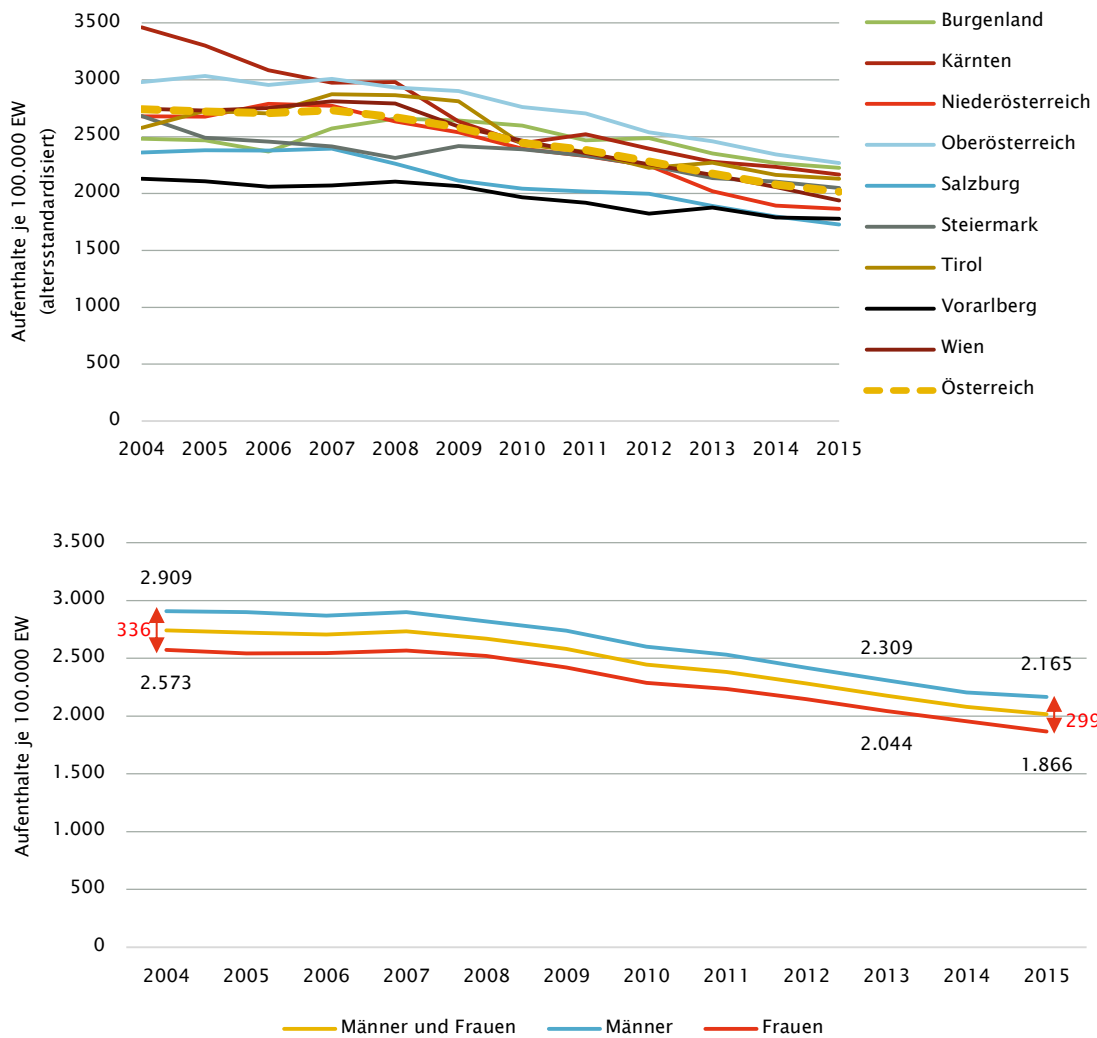
Quelle: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004-2015, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004-2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

18

Eine detaillierte Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien gemäß OECD-Definition kann unter folgendem Link aufgerufen werden: <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=1f2f61b6-a25a-43e9-a7b8-2954c9942050>

Abbildung 2.28:

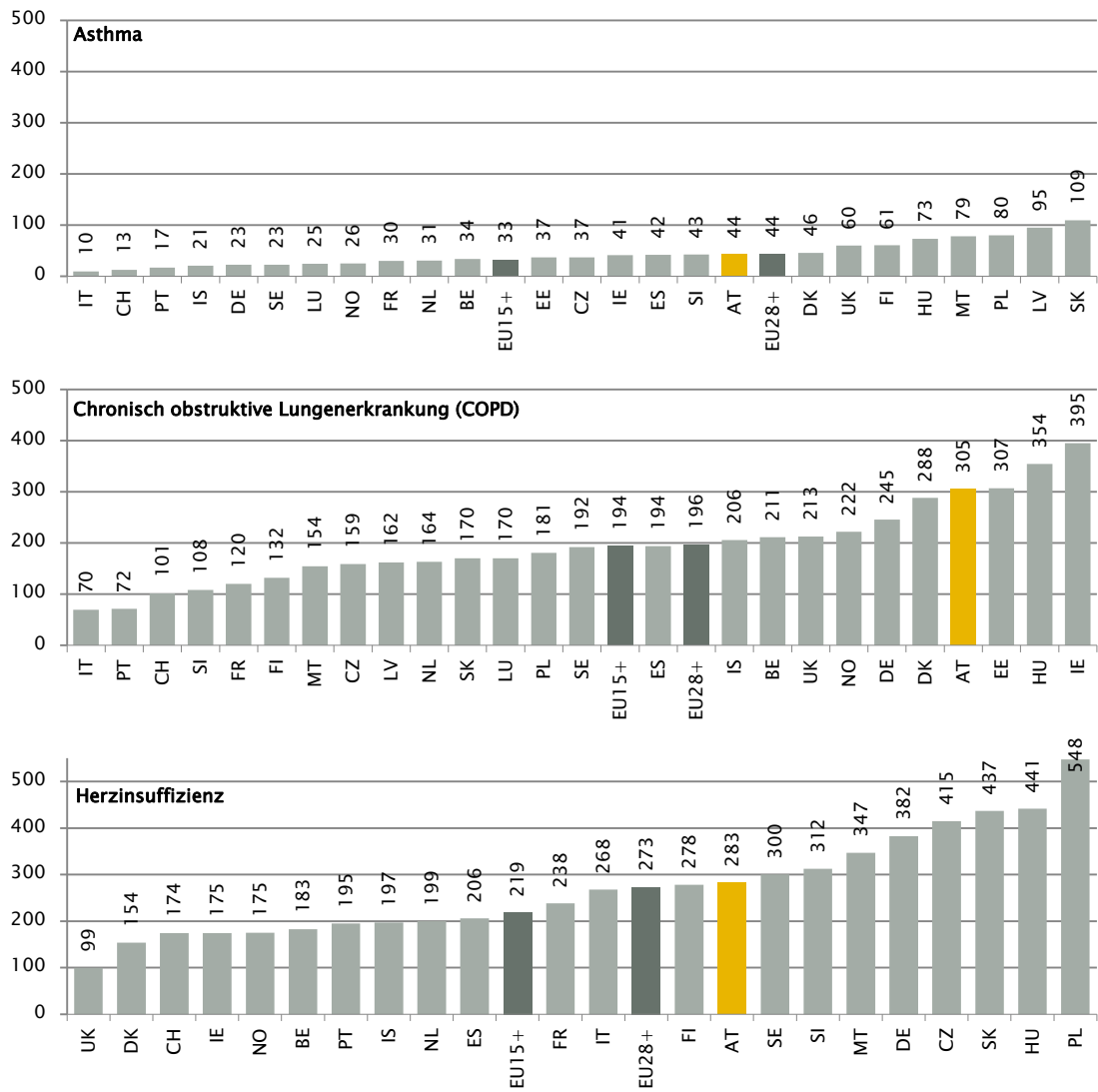
Entwicklung der ACSC im regionalen und im Geschlechter-Vergleich, 2004–2015



Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976, Aufenthalte in landesfondsfinanzierten KA, Sanatorien und UKH, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten

Quelle: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2015, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.29:
Vermeidbare Krankenhausaufenthalte im europäischen Vergleich je 100.000 EW,
2013: Asthma, COPD und Herzinsuffizienz



Altersstandardisierte Raten nach OECD-Standardbevölkerung 2010
Darstellung für 2013 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2017); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die altersstandardisierten ACSC–Aufenthalte je 100.000 Einwohner/innen beliefen sich 2015 österreichweit auf 2.016, wobei Männer tendenziell höhere altersstandardisierte Raten aufweisen als Frauen (M: 2.165, F: 1.866).
- » Die ACSC–Aufenthalte sind in den Jahren 2004 bis 2015 insgesamt gesunken, der geschlechtsbedingte Unterschied ist insgesamt gesunken (von 336 auf 299) zeigt aber im letzten Berichtsjahr tendenziell eine Vergrößerung.
- » Der Rückgang der ACSC–Raten betrug jährlich durchschnittlich 2,8 Prozent im gesamten Bundesgebiet. Den stärksten Rückgang verzeichnete Kärnten mit 4,2 Prozent jährlich, am geringsten fiel die Absenkung mit 1,0 Prozent in Burgenland aus.
- » Die ACSC–Aufenthalte steigen mit zunehmendem Alter, da sich die ACSC–Indikationen zu großen Teilen auf chronische Erkrankungen beziehen, die verstärkt in späteren Lebensjahren auftreten.
- » ACSC–Aufenthalte weisen eine hohe Korrelation zur allgemeinen Krankenhaushäufigkeit auf.
- » Im regionalen Vergleich nähern sich die Bundesländer zunehmend aneinander an. Die niedrigste ACSC–Rate verzeichnete im Jahr 2015 (knapp vor Vorarlberg) Salzburg mit 1.727 Aufenthalten je 100.000 Einwohner/innen, die höchste Rate wurde in Oberösterreich mit 2.268 festgestellt. Auch im regionalen Vergleich ist die ACSC–Häufigkeit tendenziell dort stärker ausgeprägt, wo auch die allgemeine Krankenhaushäufigkeit hoch ist.
- » Mit 24,0 Prozent bilden Rückenschmerzen die häufigste Ursache für ACSC–Aufenthalte, gefolgt von Grippe und Pneumonie (15,9 %) sowie Herzinsuffizienz (11,7 %).

Der europäische Vergleich zeigt drei ausgewählte Indikationen nach OECD–Definition (s. oben) und ist daher nicht deckungsgleich mit den nationalen Ergebnissen. Grund dafür ist unter anderem, dass eine andere Standardbevölkerung (OECD–2010) zur Berechnung herangezogen wurde.

- » Bei vermeidbaren Aufenthalten aufgrund von Asthma wurde laut OECD im Jahr 2013 in Österreich eine Rate von 44 Aufenthalten je 100.000 Einwohner/innen ausgewiesen. Damit liegt die österreichische Hospitalisierungsrate immer noch mehr als vier Mal so hoch wie die des europäischen Spitzenreiters Italien (10). Der EU–15+–Durchschnitt liegt mit 33 Aufenthalten ebenfalls deutlich unter der österreichischen Rate.
- » Die Hospitalisierungsrate aufgrund chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) liegt Österreich mit 305 Aufenthalten je 100.000 EW weiterhin bei den Ländern mit höchster Hospitalisierungsrate. Der EU–15+–Durchschnitt liegt im Falle von COPD bei 194 Aufenthalten, während die Länder mit den niedrigsten Raten auf 70 (Italien), 72 (Schweiz) und 101 (Portugal) kommen.
- » Aufnahmen aufgrund von Herzinsuffizienz sind in Österreich mit 283 Aufnahmen je 100.000 EW ebenfalls überdurchschnittlich ausgeprägt. Während das Vereinigte Königreich auf rund 100 Aufenthalte und damit nach Dänemark (154 Aufenthalte) auf die niedrigsten Werte innerhalb der dargestellten Länder kommt, liegt Österreich nach Finnland über dem EU–28+–Durchschnitt.

Limitationen

Die Aussagekraft des Indikators ACSC wird durch die multifaktorielle Genese der entsprechenden Aufenthalte limitiert. Die einschlägige Literatur konnte sozioökonomische Faktoren, Alter, Geschlecht, Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, ethnische und ökonomische Faktoren, Bettenanzahl, Entfernung zu einem Krankenhaus und Konkurrenz zwischen den Ärzten/Ärztinnen als erklärende Variablen identifizieren (Czypionka et al. 2014). Aufgrund der österreichspezifischen Definition von ACSC ist ein europäischer Vergleich nur eingeschränkt möglich. Die Bündelung von mehreren Krankheitsgruppen zu einem Indikator kann nur grobe Hinweise auf mögliche Problemlagen geben und ist stets im Zusammenhang mit der allgemeinen Krankenhaushäufigkeit zu interpretieren. Es empfiehlt sich daher insbesondere im regionalen Vergleich eine Detailanalyse auf Ebene einzelner Krankheitsgruppen. Unterschiedliche Kodiersysteme und Definitionen innerhalb Europas können die Vergleichbarkeit zusätzlich limitieren.

2.2.3 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) nach stationärer Aufnahme

Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI gibt Aufschluss über die Qualität der Akutversorgung bei akuten Krankheitsbildern chronischer kardiovaskulärer Erkrankungen im Spitalssetting (Cooper et al. 2011; Kessler/Geppert 2005), insbesondere da es Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Versorgungsprozessen und gesundheitlichem Outcome gibt (Bradley et al. 2006). Neben der Versorgungsqualität wird der Indikator auch von der Länge der Krankenhausaufenthalte sowie der Schwere der akuten Myokardinfarkte beeinflusst.

Mit dem Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) wird jener Anteil an Personen über 45 Jahre gemessen, der in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in eine Krankenanstalt an der Hauptdiagnose AMI verstirbt. Dabei wird ausschließlich auf Krankenhaus-Entlassungsdaten zurückgegriffen, wodurch Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung (Krankenhausaufenthalt) nicht in die Berechnung mit einfließen. Ebenfalls keine Berücksichtigung finden Transfers von anderen oder in andere Einrichtungen (European Commission 2013; OECD 2013). Der Indikator wird nach der krankheitsspezifischen OECD-Standardbevölkerung¹⁹ 2010 altersstandardisiert und je 100 Spitalsentlassungen dargestellt.

ICD-Codes zum akuten Myokardinfarkt:

- » ICD-10: I21: Akuter Myokardinfarkt
- » ICD-10: I22: Rezidivierender Myokardinfarkt
- » ICD-9: 410: Akuter Myokardinfarkt

19

Durch die Verwendung einer krankheitsspezifischen Standardbevölkerung können die altersstandardisierten Raten den rohen Raten besser angenähert werden.

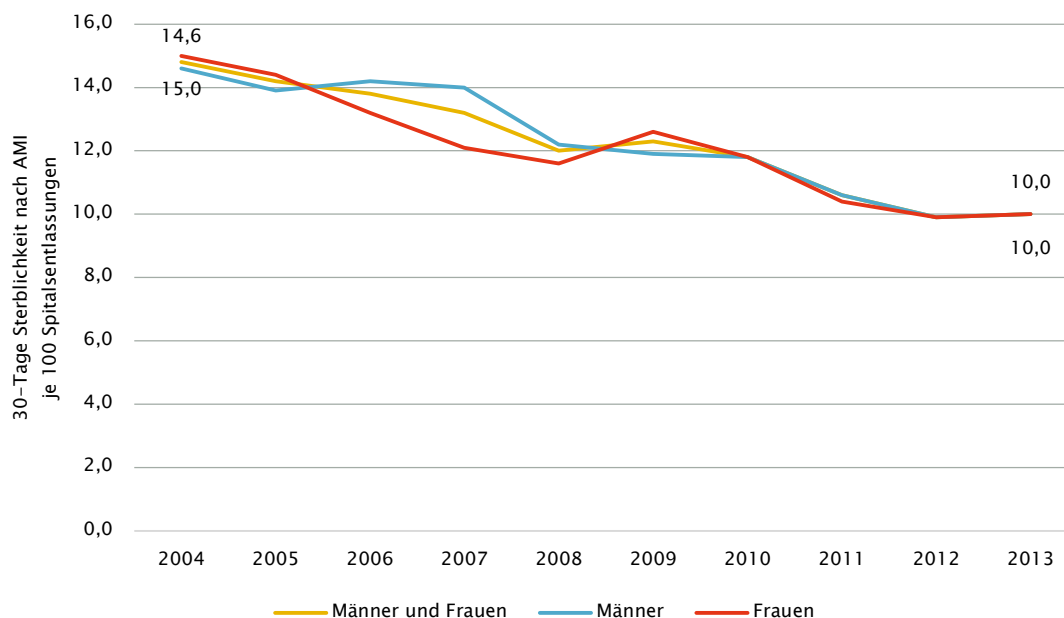
Tabelle 2.21:
Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI (I21, I22), 2016

2016	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Alle Krankenanstalten*					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	8,2	6,2	11,9	sinkend	2002-2016
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	8,3	7,6	9,2		
Akutstationäre Krankenanstalten					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	9,0	7,0	12,9	sinkend	2002-2016
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	8,8	8,1	9,8		
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert, OECD Berechnungsmethode)*					
Höchste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	11,3	13,1	13,0	sinkend	2002-2016
Niedrigste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	4,3	3,5	5,1	sinkend	2002-2016

* analog OECD Berechnungsmethode 2015
 Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter),
 zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort
 M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: OECD (2017); BMGF Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) 2017, Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.30:
Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI, 2004-2013

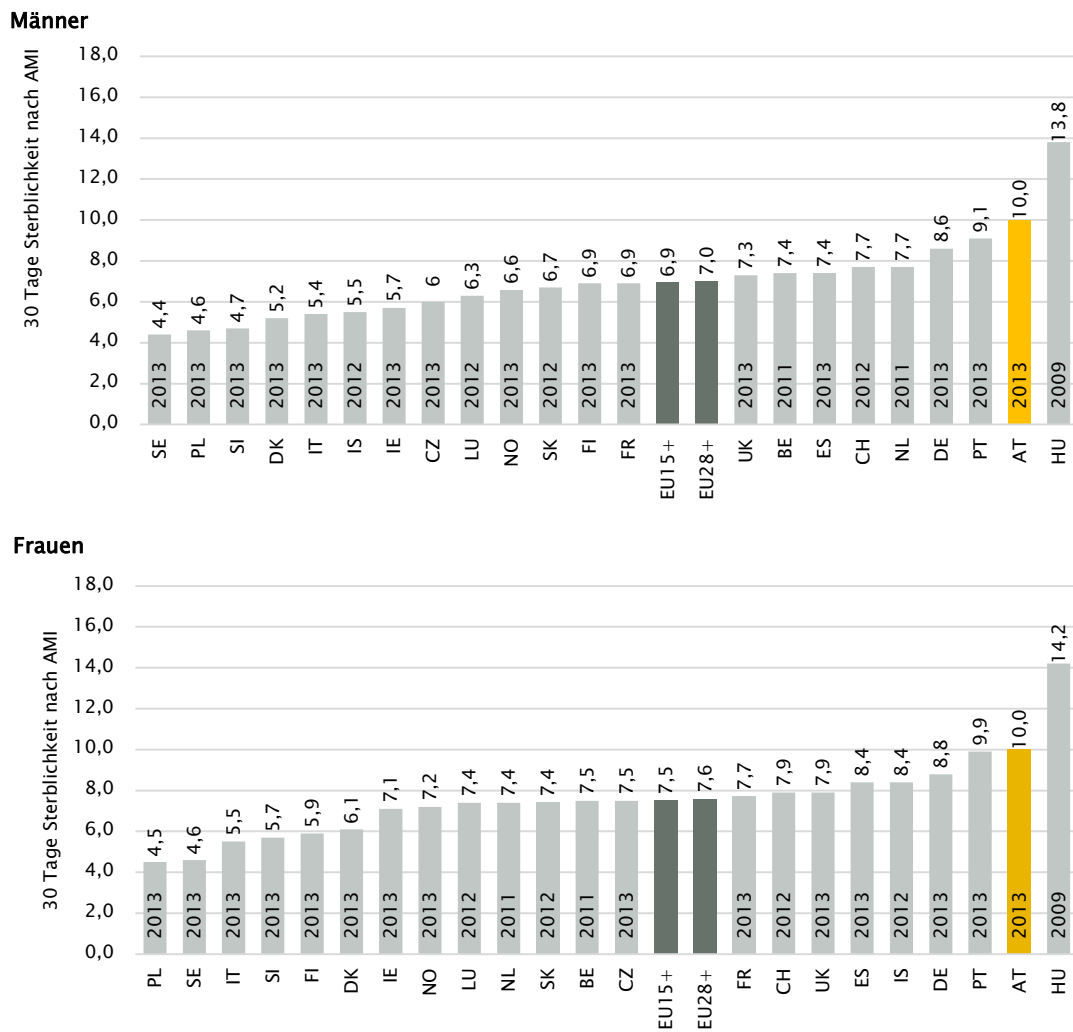


Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter), zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort

Quelle: OECD (2015); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.31:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI im europäischen Vergleich, 2013



Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter)
Referenzjahr 2013 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2017); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die standardisierte intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI je 100 Spitalsentlassungen über alle Krankenanstalten lag im Jahr 2016 österreichweit bei 8,3, wobei Frauen höhere altersstandardisierte Raten als Männer aufweisen (M: 7,6, F: 9,2).
- » Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI lag im Jahr 2004 (gemäß den aktuellen Veröffentlichungen der OECD für Frauen bei 15,0 und für Männer bei 14,6. Im Betrachtungszeitraum 2004–2013 konnte ein sinkender Trend mit Verringerung geschlechtsspezifischer Unterschiede verzeichnet werden. Im Zeitraum 2010 bis 2013 hatten Männer und Frauen nahezu idente Ergebnisse.
- » Im regionalen Vergleich (OECD Berechnungsmethode von 2015) schwankt die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI innerhalb Österreichs. Die niedrigste Ausprägung konnte für das Jahr 2016 mit einer altersstandardisierten Rate von 4,3 (M: 3,5; F: 5,1) identifiziert werden. Die höchste Ausprägung eines Bundeslandes lag bei 11,3 (M: 13,1; F: 13,0).
- » Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI lag bei Frauen und Männern in Österreich nach den aktuellen Veröffentlichungen der OECD im Jahr 2013 mit jeweils 10,0 deutlich höher als der Durchschnitt der EU-15+ bzw. der EU-28+ und wird nur von der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit in Ungarn (letztes verfügbares Datenjahr 2009) übertroffen. Die Differenz zur niedrigsten 30-Tage-Sterblichkeit der dargestellten Länder betrug bei österreichischen Frauen 5,5, bei Männern 5,6.

Limitationen

International wird der Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI alle zwei Jahre von der OECD erhoben. Damit gehen geringfügige Änderungen der OECD-Definition einher, die auch rückwirkend die bisher publizierten Zeitreihen der OECD betreffen. Insbesondere können die berechneten Indikatorwerte dann abweichen, wenn sich die von der OECD als Berechnungsbasis herangezogene Krankenhauspopulation strukturell ändert. Limitierend auf die Interpretation wirkt die Einschränkung des Indikators auf Spitalsaufenthalte (ohne Transfers). Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung scheiden somit aus der Statistik aus (z. B. Todesfälle zuhause oder im Rahmen der Rettungskette).

2.2.4 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall nach stationärer Aufnahme

Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall gibt Aufschluss über die Qualität in der akuten Schlaganfallversorgung. Der Indikator liefert beispielsweise Hinweise auf die Effektivität von Behandlungsmethoden wie Thrombolyse und die Art der Versorgung von Schlaganfallpatienten/

-patientinnen. Im internationalen Kontext wird der Indikator aus diesem Grund gerne zum Zweck des Benchmarkings auf Krankenhausebene herangezogen (Abilleira et al. 2012).

Der Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall misst jenen Anteil an über 45-Jährigen, der in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in einer Krankenanstalt an der Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall verstorbt. Ebenso wie bei der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI bilden auch für diesen Indikator Krankenhausentlassungsdaten die Basis. Damit geht einher, dass Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung (Krankenhausaufenthalt) nicht in die Berechnung mit einfließen. Ebenfalls keine Berücksichtigung finden Transfers.

ICD-Codes für Schlaganfall:

- » ICD-10: I63: Hirninfarkt
- » ICD-10: I64: Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- » ICD-9: 433: Verschluss und Stenose der präzerebralen Arterien
- » ICD-9: 434: Verschluss zerebraler Arterien
- » ICD-9: 436: Akute, aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten

Tabelle 2.22:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2016

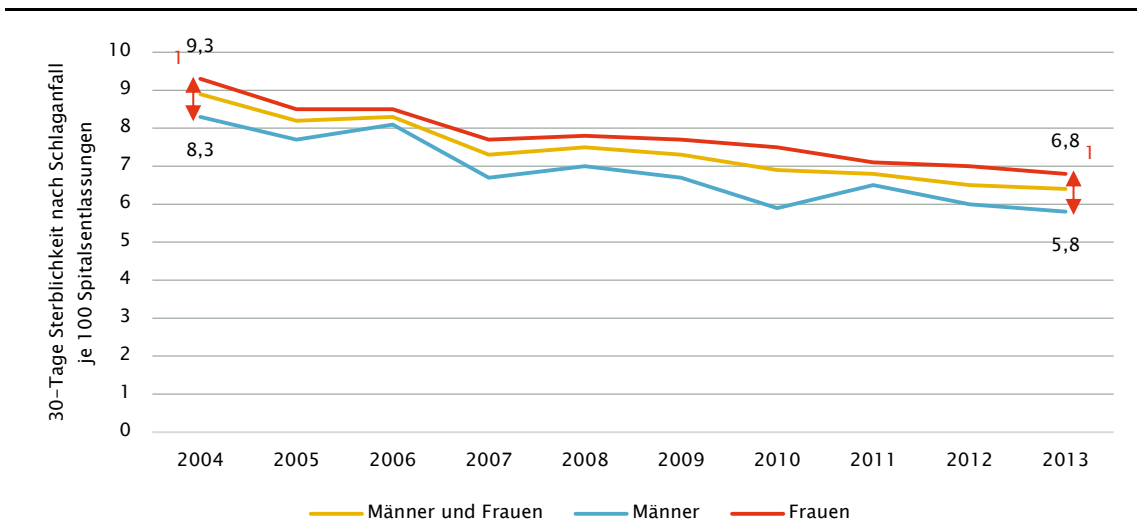
2016	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Alle Krankenanstalten*					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	5,7	4,3	7,4	sinkend	2004-2016
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	5,8	5,3	6,1		
Akutstationäre Krankenanstalten					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	7,3	5,7	9,1	sinkend	2004-2016
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	6,8	6,4	7,2		
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert, OECD Berechnungsmethode)*					
Höchste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	6,7	7,0	8,1	-	2016
Niedrigste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	3,9	3,2	4,5	-	2016

* analog OECD Berechnungsmethode von 2015
 Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter), zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort, M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: OECD (2015); BMGF Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.32:

Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2004-2013

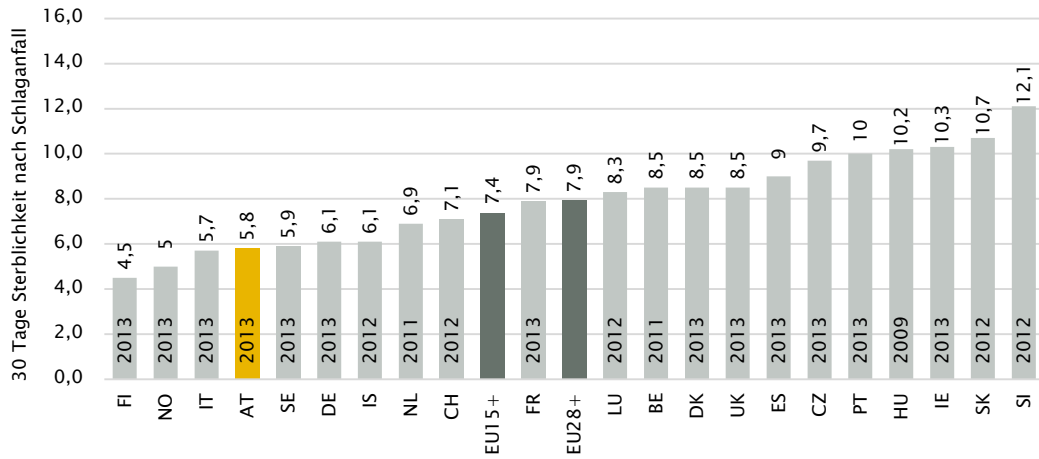


Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter), zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort

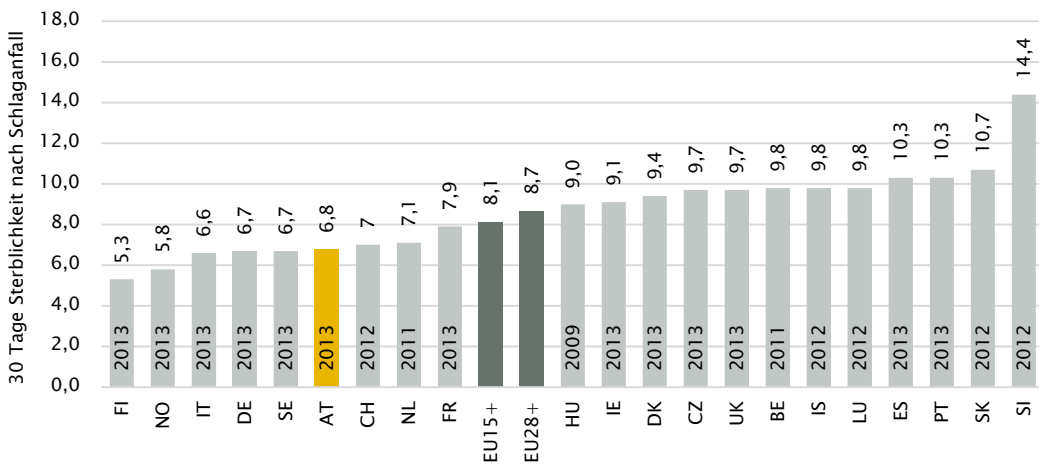
Quelle: OECD (2017); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.33:
 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall im europäischen Vergleich, 2013

Männer



Frauen



Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter)
 Referenzjahr 2013 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2015); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die standardisierte intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall je 100 Spitalsentlassungen bezogen auf alle Krankenanstalten belief sich im Jahr 2013 österreichweit auf 6,4. Frauen weisen tendenziell höhere altersstandardisierte Raten auf als Männer (M: 5,8, F: 6,8). Im Jahr 2016 lagen die altersstandardisierte Werte insgesamt bei 5,8 Verstorbenen je 100 Entlassungen (M: 5,3, F: 7,4).
- » Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall lag im Jahr 2004 für Frauen bei 9,3 und für Männer bei 8,3. In der Periode 2004–2013 konnte ein sinkender Trend beobachtet werden.
- » Im regionalen Vergleich schwankt die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall innerhalb Österreichs. Die niedrigste Ausprägung lag im Jahr 2016 im Bundesländervergleich bei 3,9 (M: 3,2, F: 4,5), die höchste altersstandardisierte Rate lag bei 6,7 (M: 7,0, F: 8,1).
- » Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit 2013 (nach einem ischämischen Schlaganfall für Frauen und Männer in Österreich lag mit 6,8 bzw. 5,8 Sterbefällen je 100 Spitalsentlassungen unter dem EU-15+-Durchschnitt. Die Differenz zur niedrigsten 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall betrug bei österreichischen Frauen 1,5 und bei österreichischen Männern 1,3 Sterbefälle.

Limitationen

International wird der Indikator für intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach ischämischem Schlaganfall (so wie die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI) alle zwei Jahre von der OECD erhoben. Damit gehen geringfügige Änderungen der OECD-Definition einher, die auch rückwirkend die bisher publizierten Zeitreihen der OECD betreffen. Insbesondere können die berechneten Indikatorwerte dann abweichen, wenn sich die von der OECD als Berechnungsbasis herangezogene krankheitsspezifische Standardbevölkerung strukturell ändert. Die Berechnung des Indikators auf Patienten-Basis – unabhängig vom Ort des Versterbens – anstelle der Einschränkung auf einen Krankenhausaufenthalt würde robustere Werte liefern, da die Sterbefälle umfassender erfasst werden könnten. Aufgrund mangelhafter Datenlage in Österreich ist dies jedoch derzeit noch nicht möglich.

Ab dem Jahr 2014 scheint die Diagnose I64 nicht mehr im österreichischen LKF-System auf, wodurch es zu einem Bruch in den österreichischen Daten in diesem Jahr kommt. Ab 2014 werden die bisher mit Diagnose I64 dokumentierten Fälle auf die Diagnosen I60 bis I63 verteilt.

Ein aussagekräftiger Indikator für die akute Schlaganfallversorgung wäre – zusätzlich zu mortalitätsbasierten Daten – auch der Zustand der Patientinnen und Patienten etwa 90 Tage nach Auftreten des Schlaganfalles. Derzeit erlaubt dies jedoch die österreichische Datenlage noch nicht.

2.2.5 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)

Der Outcome-Indikator *potenziell inadäquate Medikation* (PIM) bei Älteren wird definiert als jener Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in %), der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde (PIM-Prävalenz). Die Definition fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2014) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen.

Insgesamt fließen in die Berechnung des Indikators 73 Wirkstoffe (jeweils nur orale Formen) ein, die aufgrund ungenügender Nutzen-Risiko-Profile, mangelnder Effektivität oder Vorhandensein sichererer Alternativen ausgewählt wurden.²⁰ PIM ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und zielt damit direkt auf die Messung der Patientensicherheit wie der Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich ab (Mann et al. 2014).

Tabelle 2.23:

Potenziell inadäquate Medikation bei über 70-Jährigen (in %), 2012

2012	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
PIM-Prävalenz	52	46	57	-	2012
Häufigste PIM-Gruppen (ATC)					
Nicht-steroidale Antirheumatika (M01)	29	26	31	-	2012
Vasodilatoren (C04, N06)	16	13	18	-	2012
Psychotropika (N05, N06)	13	8	16	-	2012
Häufigste Einzelwirkstoffe					
Diclofenac	18	16	19	-	2012
Ginko biloba	13	9	15	-	2012
Tramadol	9	7	10	-	2012
Regionale Schwankungsbreite (Bundesländer)					
PIM-Prävalenz – Höchste Ausprägung	57	-	-	-	2012
PIM-Prävalenz – Niedrigste Ausprägung	44	-	-	-	2012

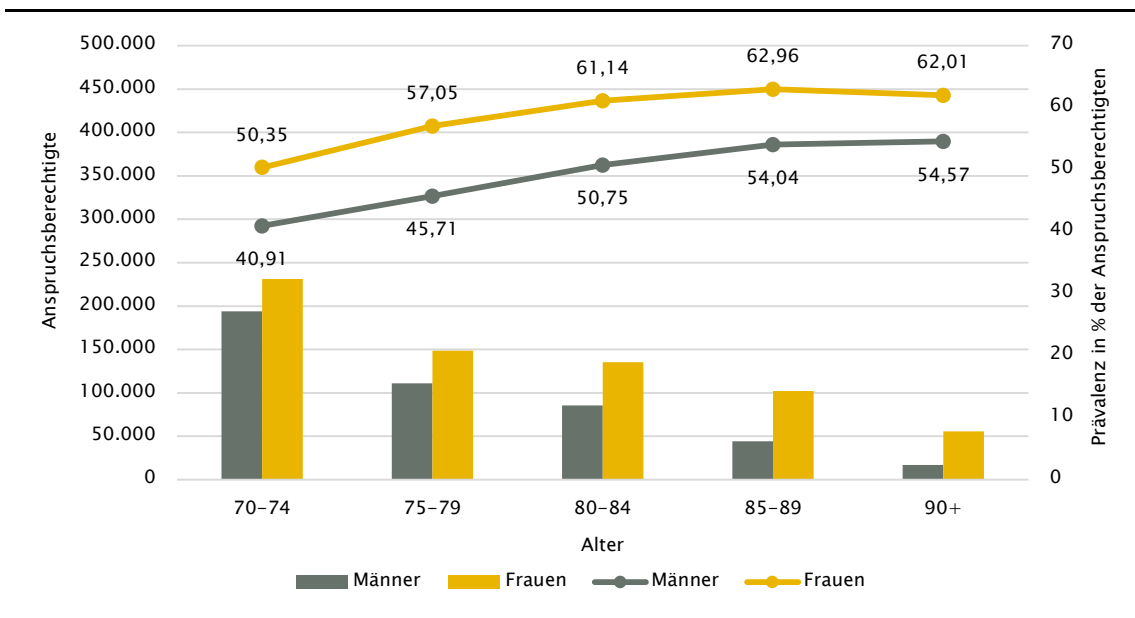
M = Männer, F = Frauen

Quelle: Mann et al. (2014); HVB Sonderauswertung (2015)

²⁰

Die Berechnung erfolgt über die Auswertung von Arzneimittelverordnungen von rund 1,1 Mio. Anspruchsberechtigten ab 70 Jahren aller 19 Krankenversicherungsträger (98 % der Gesamtbevölkerung). Medikamente unter der Rezeptgebührengrenze von 5,15 Euro im Jahr 2012 konnten nur bei rezeptgebührenbefreiten Personen erfasst werden.

Abbildung 2.34:
PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2012



Quelle: Mann et al. (2014); HVB Sonderauswertung (2015)

Analyse

- » Die PIM-Prävalenz lag im Jahr 2012 in Österreich bei 52 Prozent. Demnach wird mehr als der Hälfte aller Anspruchsberechtigten über 70 Jahre ein inadäquates Medikament verordnet.
- » Frauen weisen in allen Altersgruppen über 70 Jahre eine höhere PIM-Prävalenz auf als Männer (57 % vs. 46 %).
- » Am höchsten ist der Geschlechtsunterschied in der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen ausgeprägt (Unterschied 11 %).
- » Mit zunehmendem Alter steigt die PIM-Prävalenz bei beiden Geschlechtern an, wobei ein moderates Absinken bei Hochbetagten (90+) beobachtet werden kann.
- » Bei rezeptgebührenbefreiten Personen lag die PIM-Prävalenz mit 72 Prozent deutlich höher als bei Personen ohne Rezeptgebührenbefreiung. Dies kann teilweise durch das Miterfassen von Medikamenten unter der Rezeptgebühr bei dieser Gruppe erklärt werden.
- » Im europäischen Vergleich erscheint – trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit – die österreichische PIM-Prävalenz relativ hoch und liegt mit über 50 Prozent bei den über 70-Jährigen meist mehr als doppelt so hoch wie in ausgewählten Referenzländern. So kam etwa Deutschland im Jahr 2010 auf eine PIM-Prävalenz von rund 22 Prozent (Grundlage PRISCUS-Liste mit derzeit 83 Wirkstoffen, ohne Diclofenac). In der Schweiz kam eine ähnliche Studie auf eine Prävalenz von rund 23 Prozent im Jahr 2012 bei den über 65-Jährigen. Auch in Schweden erfolgte 2008 eine nationale Erhebung der PIM-Prävalenz bei über 65-Jährigen. Dabei wurden mehrere PIM-Listen zugrunde gelegt. Je nach Liste schwankte die Prävalenz zwischen 16 und 24 Prozent (Morin et al. 2015; Reich et al. 2014; Schubert et al. 2013).

- » Auf eine ähnlich hohe Prävalenzschätzung wie Österreich kam hingegen Frankreich im Jahr 2011 (Basis: französische PIM-Liste, Altersgruppe der über 75-Jährigen) mit rund 54 Prozent (Bongue et al. 2011).

Limitationen

Die vorliegende Analyse wurde bisher nur einmal durchgeführt, daher ist eine Trendableitung vorerst nicht möglich. Die österreichische PIM-Liste spiegelt die nationalen Gegebenheiten hinsichtlich Verschreibungsverhalten und Zulassungen wieder und deckt sich nicht mit den Definitionen anderer Länder. Ein europäischer Vergleich ist daher nur eingeschränkt möglich. Die Definition von Diclofenac (orale Formen) als PIM-Medikament ist umstritten, der Wirkstoff wird in internationalen PIM-Listen meist nicht genannt. Die Auswahl der der Berechnung zugrundeliegenden Wirkstoffe beeinflusst die PIM-Prävalenz in hohem Maße. Die deutlichen Unterschiede zwischen Österreich und den dargestellten Ländern können jedoch durch Diclofenac alleine nicht erklärt werden.

2.2.6 Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt

Patientenzufriedenheit betrifft die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Sie stellt subjektive Erfahrung dar und spiegelt den Unterschied der vom Patienten / von der Patientin erwarteten Qualität (SOLL) im Gegensatz zur wahrgenommenen Qualität (IST) wider. Dabei spielt die Vielzahl von Einzelkomponenten, die sowohl medizinische, pflegerische wie auch organisatorische Leistungen umfassen, eine Rolle. Das erfasste Ausmaß an Patientenzufriedenheit liefert ferner Erkenntnisse zur Ergebnisqualität (BMG 2016).

Die in der österreichischen sektorenübergreifenden Patientenbefragung gegebenen Antworten umfassen die Zufriedenheit mit:

- » dem Aufenthalt im Krankenhaus
- » der Information und Aufklärung
- » der medizinischen Behandlung
- » der pflegerischen Betreuung
- » den Wartezeiten

Ausgewiesen ist im Folgenden nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete.²¹ Damit weicht die Darstellungsform von jener im Hauptbericht (BMG 2016) zur sektorenübergreifenden Patientenbefragung ab, welche den Anteil von zufriedenen und eher zufrieden Befragten aggregiert und somit höhere Zufriedenheitswerte abbildet.

Insgesamt wurden 20.234 Fragebögen ausgewertet. Schriftlich befragt wurden Patientinnen und Patienten ab dem 14. Lebensjahr mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt im 4. Quartal 2014 (BMG 2016).²²

21

Befragt wurde nach einer 4-stufigen Skala: zufrieden – eher zufrieden – eher unzufrieden – unzufrieden

22

Die durch Stichproben-Schichtungen entstandenen Verzerrungen, wurden durch Gewichtungen korrigiert. Als Gewichtungsvorgabe wurde die Anzahl der Patientinnen/Patienten, die bei den teilnehmenden SV-Trägern (insgesamt) versichert waren und einen stationären sowie ambulanten Kontakt im vierten Quartal 2014 hatten (BMG 2016).

Tabelle 2.24:
Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014

2014	M + F	M	F	Geplanter Aufenthalt ja/nein	Private Zusatzversicherung ja/nein	Patientenalter jünger/älter*	Datenbasis		
Anteil Angabe zufrieden mit									
... ihrem Aufenthalt im Krankenhaus	75	76	74	78 / 70	77 / 74	61 / 77	2014		
... der Information und Aufklärung	68	68	68	72 / 60	72 / 67	57 / 70			
... der medizinischen Behandlung	79	80	79	82 / 73	83 / 78	69 / 81			
... der pflegerischen Betreuung	78	80	76	80 / 76	79 / 78	72 / 79			
... den Wartezeiten	54	53	55	55 / 52	61 / 52	44 / 56			
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
... ihrem Aufenthalt im Krankenhaus	76	76	76	72	78	76	79	75	73
... der Information und Aufklärung	70	68	69	64	70	69	73	67	68
... der medizinischen Behandlung	80	80	82	74	81	79	82	78	80
... der pflegerischen Betreuung	77	77	81	76	81	79	82	79	74
... den Wartezeiten	55	54	54	48	58	56	59	57	53

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Ausgewiesen ist nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete (ohne „eher zufrieden“); Berechnung ohne Kategorie „kann ich nicht beurteilen“²³

M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

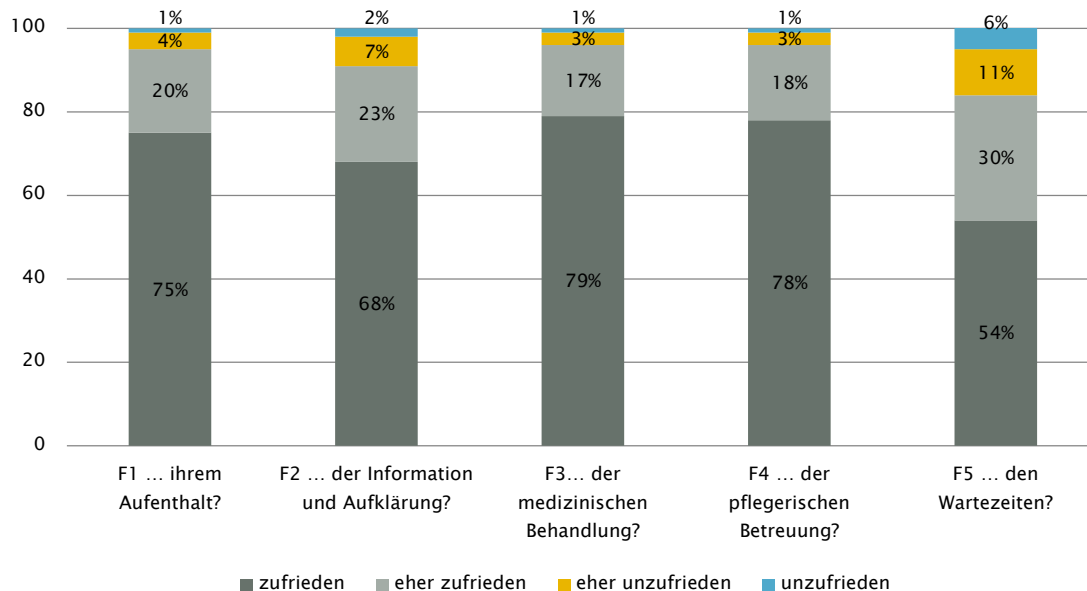
* jünger = 14–44 Jahre; älter = 44+

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

23

Um die durch die Stichproben-Schichtung entstehende Verzerrung auszugleichen, wurden die erhobenen Daten zusätzlich gewichtet. Gewichtete Stichproben werden vor allem dann eingesetzt, wenn bei einer Zufallsstichprobe die Elemente der Population nicht die gleiche Chance hätten, in der Stichprobe berücksichtigt zu werden, und wenn die Auswahlwahrscheinlichkeiten bekannt sind. In diesen Fällen kann diese Ungleichwahrscheinlichkeit der Auswahl mit einer Gewichtung korrigiert werden. Werden andere, systematische Fehlereinflüsse außer Betracht gelassen, führt diese Art der Gewichtung zu unverzerrten Schätzungen von z. B. Anteilswerten (BMG 2016).

Abbildung 2.35:
Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014



Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt
F = Frage

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die generelle Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der stationären Versorgung ist sehr hoch. Mit dem Aufenthalt (75 %), der Information und Aufklärung im Spital (68 %), der medizinischen Behandlung (79 %) und der pflegerischen Betreuung (78 %) sind meist mehr als 70 Prozent der Befragten zufrieden.
- » Mit den Wartezeiten zufrieden zeigten sich hingegen österreichweit lediglich 54 Prozent der Befragten. Die Wartezeit wurde dabei nicht näher spezifiziert.
- » Mit zunehmendem Alter steigen die Zufriedenheitswerte an. In allen Bereichen waren jüngere Patientinnen und Patienten (15–44 Jahre) unzufriedener als ältere Patientinnen und Patienten (über 44 Jahre).
- » Bei ungeplanten Aufenthalten sind die Zufriedenheitswerte niedriger als bei elektiven Eingriffen bzw. geplanten Hospitalisierungen.
- » Je besser die Befragten ihren Gesundheitszustand bewerteten, desto zufriedener sind sie mit dem stationären Bereich: Personen, mit einem subjektiv als schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand, beurteilen die Qualität der Versorgungsdienstleistungen eher negativer.
- » Patientinnen und Patienten mit privater Zusatzversicherung sind in allen Bereichen zufriedener als Personen ohne Zusatzversicherung.

- » Im Bundesländervergleich bestätigt sich die durchgängig hohe Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind in allen Kategorien nur gering ausgeprägt. Im Durchschnitt war die Bevölkerung in Tirol am zufriedensten, während Oberösterreich den geringsten Anteil an zufriedenen Patientinnen und Patienten aufwies.
- » Am höchsten ist die Schwankungsbreite hinsichtlich Zufriedenheit mit Wartezeiten. Weniger als die Hälfte aller befragten Oberösterreicher/innen (48 %) zeigten sich mit Wartezeiten zufrieden, gegenüber 59 Prozent der Tiroler/innen.

Limitationen

Bei älteren Menschen ist eine stärkere Tendenz zu einem sozial erwünschten Antwortverhalten zu beobachten (Hopp 2000). Da die sektorenübergreifende Patientenbefragung in dieser Form nur in Österreich durchgeführt wurde, ist ein internationaler Vergleich des Indikators derzeit nicht möglich. Aufgrund der ungenügenden Spezifikation der Wartezeiten im Rahmen der Hospitalisierung ist eine tiefergehende Analyse limitiert. Weiters muss einschränkend als Erkenntnis aus diversen Studien zur Patientenzufriedenheit festgehalten werden, dass Patienten und Patientinnen eher zu positiven Urteilen tendieren, auch wenn deren Erwartungshaltung nicht erfüllt werden konnte. Insbesondere Fragen zur Zufriedenheit sind mit vielen sozialen Faktoren assoziiert, die dazu führen, dass positiv verzerrte Antwortmuster generieren werden. Faktoren im Bereich der Patientenzufriedenheit sind demzufolge etwa die Erleichterung über die stattgefundene Gesundung, das Arzt–Patienten–Verhältnis (Autoritätsgläubigkeit) und kognitive Dissonanz (Aust 1994),

2.2.7 Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung

Patientenzufriedenheit betrifft die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Sie stellt subjektive Erfahrung dar und spiegelt den Unterschied der vom Patienten / von der Patientin erwarteten Qualität (SOLL) im Gegensatz zur wahrgenommenen Qualität (IST) wider. Dabei spielt die Vielzahl von Einzelkomponenten, die sowohl medizinische, pflegerische, wie auch organisatorische Leistungen umfassen, eine Rolle. Das erfasste Ausmaß an Patientenzufriedenheit liefert ferner Erkenntnisse zur Ergebnisqualität (BMG 2016).

Zufriedene Patientinnen und Patienten definieren sich im Folgenden durch die in der österreichischen sektorenübergreifenden Patientenbefragung gegebenen Antworten „zufrieden“ hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit²⁴:

- » ihrem Besuch in der Arztpraxis
- » der Information und Aufklärung
- » der ärztlichen Betreuung
- » der Wartezeit in der Ordination

Die Frage wurde eingeschränkt auf die niedergelassene Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt.

Ausgewiesen ist im Folgenden nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete.²⁵ Damit weicht die Darstellungsform von jener im Hauptbericht (BMG 2016) zur sektorenübergreifenden Patientenbefragung ab, welche den Anteil von zufriedenen und eher zufrieden Befragten aggregiert und somit höhere Zufriedenheitswerte abbildet.

Insgesamt wurden 20.234 Fragebögen ausgewertet. Schriftlich befragt wurden dabei Patienten und Patientinnen ab dem 14. Lebensjahr mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt im 4. Quartal 2014 (BMG 2016).

24

Befragt wurde nach einer 4-stufigen Skala: zufrieden – eher zufrieden – eher unzufrieden – unzufrieden

25

Befragt wurde nach einer 4-stufigen Skala: zufrieden – eher zufrieden – eher unzufrieden – unzufrieden

Tabelle 2.25:

Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014

2014	M+F	M	F	Patienten- alter jünger/älter*	Private Zusatzversicherung ja/nein	Bildung hoch/niedrig**	Daten basis		
Anteil zufrieden mit									
... ihrem Besuch in der Arztpraxis?	81	80	81	74 / 81	83 / 80	79 / 82	2014		
... der Information und Aufklärung?	78	78	78	75 / 78	82 / 77	79 / 77			
... der ärztlichen Betreuung?	82	82	83	79 / 83	85 / 82	82 / 83			
... Wartezeit in der Ordination?	51	50	52	46 / 52	56 / 50	53 / 52			
Bundesland									
	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
... ihrem Besuch in der Arztpraxis?	81	83	82	77	83	80	84	82	79
... der Information und Aufklärung?	80	78	80	74	80	77	83	79	77
... der ärztlichen Betreuung?	84	84	84	79	84	82	86	83	81
... Wartezeit in der Ordination?	55	54	51	46	54	50	56	55	52

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.

Ausgewiesen ist nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete (ohne „eher zufrieden“). Berechnung ohne Kategorie „kann ich nicht beurteilen“; siehe auch Fußnote 19

M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

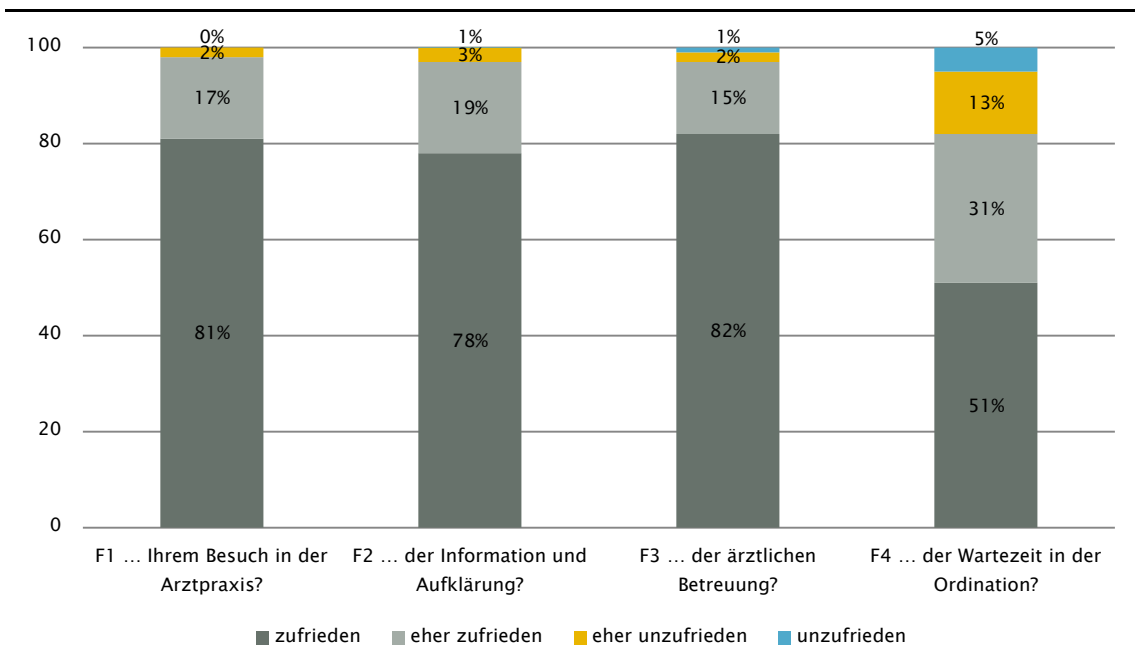
* jünger = 14-44 Jahre; älter = 44+

** hoch = Hochschulabschluss; niedrig = Pflichtschulabschluss

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.36:

Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014



Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt
F = Frage

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der ambulanten, niedergelassenen Versorgung ist überaus hoch: Mit dem Besuch in der Arztpraxis sind 81 Prozent der Befragten zufrieden. Rund 78 Prozent sind mit der Information und Aufklärung, 82 Prozent mit der ärztlichen Betreuung zufrieden.
- » Etwas niedriger liegen die Zufriedenheitswerte zu Wartezeiten in der Ordination (im Wartezimmer). Hier gaben lediglich 51 Prozent der Befragten an, zufrieden zu sein.
- » Das Geschlecht scheint in diesem Zusammenhang keinen Einfluss auf die Zufriedenheit zu nehmen.
- » Mit zunehmendem Alter steigt die Zufriedenheit mit der Versorgung im ambulanten niedergelassenen Bereich.
- » Das Ausmaß an genereller Zufriedenheit korreliert mit der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes: Personen, die ihren Gesundheitszustand insgesamt positiv bewerten, zeigen sich mit der Versorgung zufriedener. Personen, die ihren Gesundheitszustand als *sehr schlecht* oder *schlecht* empfanden, bewerteten die Qualität der Versorgungsdienstleistungen eher negativ (BMG 2016).
- » Patientinnen und Patienten mit privater Zusatzversicherung sind in allen Bereichen zufriedener als Personen ohne Zusatzversicherung.

- » Höher gebildete Patienten und Patientinnen waren in der Befragung geringfügig zufriedener als Personen mit reinem Pflichtschulabschluss.
- » Im Bundesländervergleich bestätigt sich die durchgängig hohe Zufriedenheit mit der Versorgung im stationären Bereich. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind in allen Kategorien nur gering ausgeprägt. Am größten sind die Unterschiede hinsichtlich Wartezeit in der Ordination: In Oberösterreich sind diesbezüglich weniger als die Hälfte der Befragten zufrieden (46 %), während es in Tirol rund 56 Prozent sind.

Limitationen

Bei älteren Menschen ist eine stärkere Tendenz zu einem sozial erwünschten Antwortverhalten zu beobachten (Hopp 2000). Da die sektorenübergreifende Patientenbefragung in dieser Form nur in Österreich durchgeführt wurde, ist ein internationaler Vergleich des Indikators derzeit nicht möglich. Aufgrund der ungenügenden Spezifikation der Wartezeiten im Rahmen der Hospitalisierung ist eine tiefergehende Analyse limitiert. Weiters muss einschränkend als Erkenntnis aus diversen Studien zur Patientenzufriedenheit festgehalten werden, dass Patienten und Patientinnen eher zu positiven Urteilen tendieren, auch wenn deren Erwartungshaltung nicht erfüllt werden konnte. Insbesondere Fragen zur Zufriedenheit sind mit vielen sozialen Faktoren assoziiert, die dazu führen, dass positiv verzerrte Antwortmuster generieren werden. Faktoren im Bereich der Patientenzufriedenheit sind demzufolge etwa die Erleichterung über die stattgefundenen Gesundheit, das Arzt-Patienten-Verhältnis (Autoritätsgläubigkeit) und kognitive Dissonanz (Aust 1994),

2.2.8 Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf

Der Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf gibt Aufschluss über Zugang und Fairness von Gesundheitssystemen. Dieser Indikator wird regelmäßig im Rahmen der europäischen SILC-Befragung erhoben und zeigt jenen Bevölkerungsanteil, der aufgrund mangelnder finanzieller Mittel, zu lang empfundener Wartezeiten oder zu langer Anfahrtswege einen unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf äußert (Eurostat 2017a).

Weitere Unterschiede in der Zugänglichkeit ergeben sich aufgrund des sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Um die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen sichtbar zu machen, werden im europäischen Vergleich (

Abbildung 2.38) neben der Ausprägung für den Durchschnittswert eines Landes auch das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintil) dargestellt. Dabei gilt, je weiter der Abstand zwischen den dargestellten Ausprägungen der Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher kann der Zugang zum Gesundheitssystem eingestuft werden (Habimana 2015).

Tabelle 2.26:
Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf (in %), 2016

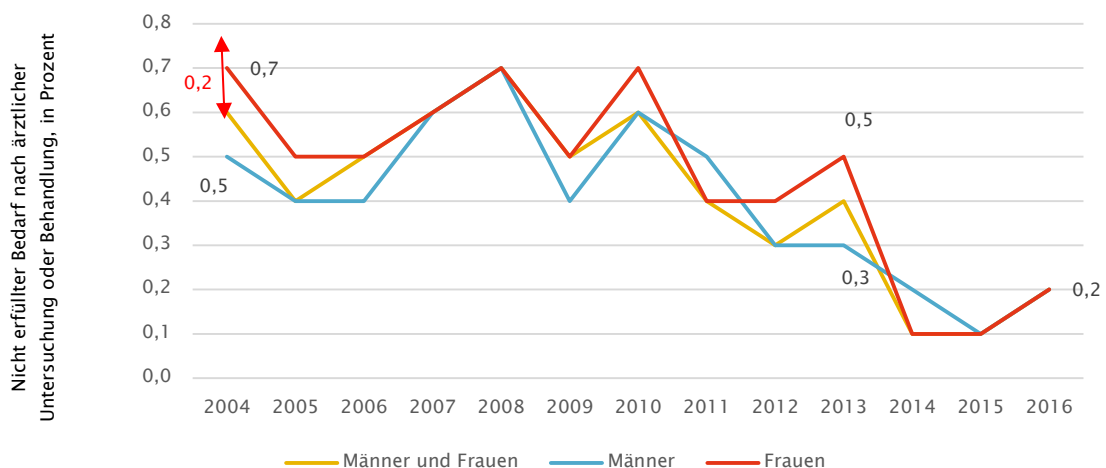
2016	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,2	0,2	0,2	schwankend	2004–2016
Hohes Einkommen unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,0	0,0	0,0		
Niedriges Einkommen unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,4	0,4	0,4		

Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (Jahresdurchschnitte)				
	2011–2013	2013–2015		
Höchste Ausprägung (unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent)	0,9	0,4	-	2011–2015
Niedrigste Ausprägung (unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent)	0,1	0,0		

M = Männer, F = Frauen
Regionale Auswertungen basierend auf 3-Jahres-Durchschnitten

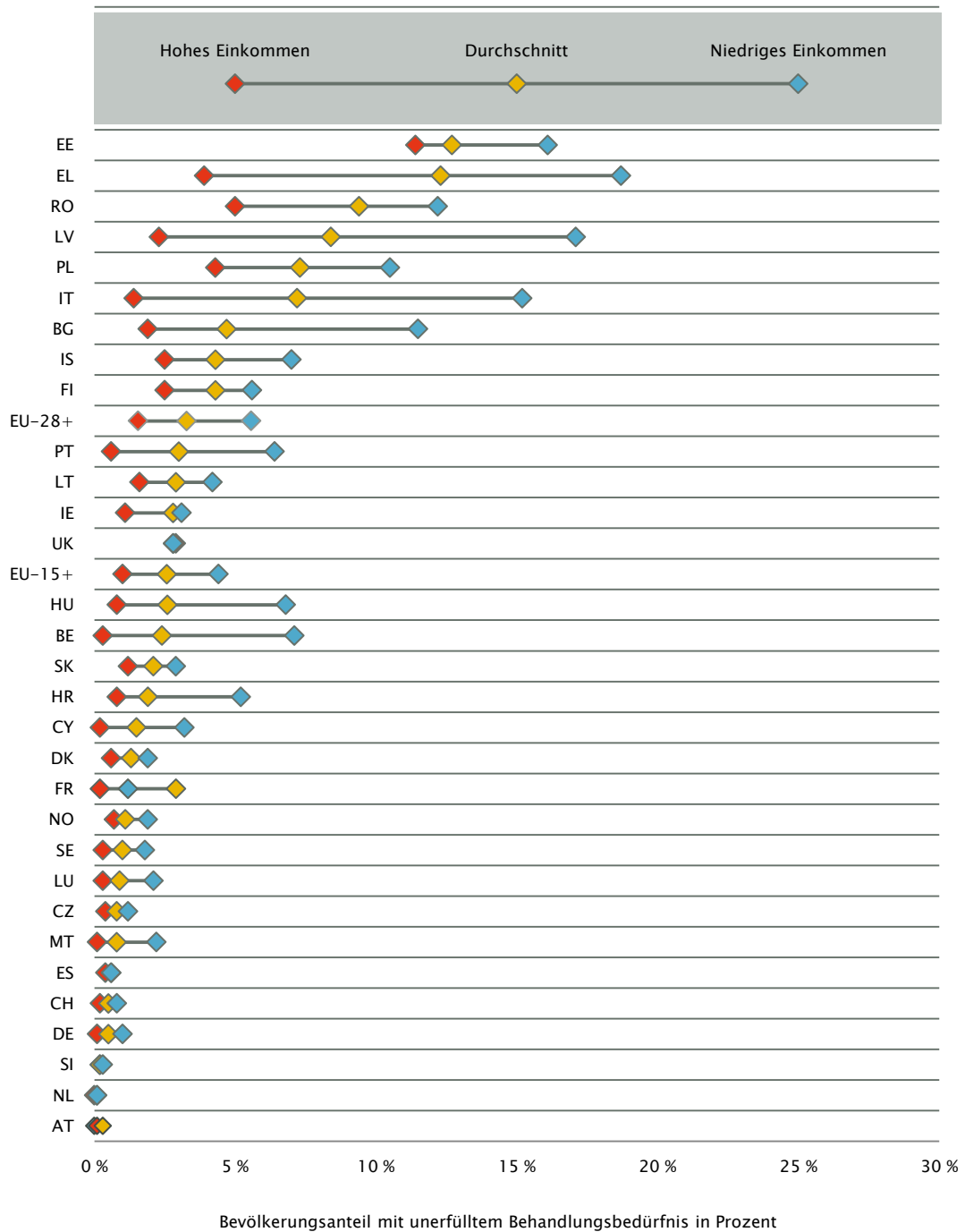
Quelle: Eurostat – EU-SILC 2004–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.37:
Entwicklung des unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfs, 2004–2016



Quelle: Eurostat – EU-SILC 2004–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.38:
 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen (in %) im europäischen Vergleich, 2015



Quelle: Eurostat - EU-SILC (2017); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Der Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Bedarf an medizinischer Untersuchung oder Behandlung ist in Österreich mit einer Rate von 0,2 Prozent (M: 0,2 %, F: 0,2 %) sehr gering.
- » Die Entwicklung der Rate zeigt im Zeitverlauf Schwankungen, wobei die Werte für beide Geschlechter im Zeitraum 2004–2016 konstant auf niedrigem Niveau liegen. Im Jahr 2004 gaben 0,5 Prozent der österreichischen Männer und 0,7 Prozent der österreichischen Frauen an, einen unerfüllten Behandlungsbedarf zu haben. Bei beiden Geschlechtern reduzierte sich der Anteil auf jeweils 0,2 Prozent im Jahr 2016. Ein geschlechtsbedingter Unterschied konnte 2016 somit nicht erkannt werden.
- » Im regionalen Vergleich zeigt sich in den Bundesländern ein ähnliches Bild. Die niedrigste 3-Jahres-Durchschnittsrate lag im Jahr 2015 bei 0,0 Prozent, die höchste Rate bei 0,4 Prozent.
- » Im europäischen Vergleich weist Österreich 2015²⁶ gemeinsam mit den Niederlanden den niedrigsten Wert innerhalb der EU-28+ Länder auf und liegt um 2,5 Prozentpunkte unterhalb des Durchschnitts der EU-15+. An zweiter Stelle folgt Slowenien mit 0,5 Prozent und Deutschland mit 0,5 Prozent des Bevölkerungsanteils der unerfüllte Behandlungsbedarfe hinsichtlich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit äußerte.
- » Die Schere zwischen hohem und niedrigem Einkommen (hohes Einkommen: 0,0 %; niedriges Einkommen: 0,3 %) klappt in Österreich kaum auseinander, was als ausgewogener Zugang zum Gesundheitssystem für alle gesellschaftlichen Schichten interpretiert werden kann. Am höchsten ist diese Differenz in Griechenland und Lettland, wo zwischen erstem und fünftem Einkommensquintil knapp 15 Prozentpunkte liegen. Auch Italien meldete mit rund 14 Prozentpunkten Unterschied ein hohes Einkommensgefälle hinsichtlich dieser Fragestellung.

Limitationen

Die Daten für die Berechnung des Indikators stammen aus der EU-SILC-Befragung, einer repräsentativen Stichprobenerhebung auf Bundesebene. Eine Berechnung des Indikators auf regionaler Ebene ist nur durch Bildung von 3-Jahres-Durchschnitten möglich, um ggf. Ausreißer zu glätten und die Stichprobengröße zu erhöhen. Trotz dieser Methode müssen die Ergebnisse des Indikators stets vor diesem Hintergrund betrachtet werden.

²⁶ Zum Zeitpunkt der Berichtslegung International nur rezente Daten für 2015 verfügbar.

2.2.9 Wartezeiten: extramural

Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung erlauben zum einen Rückschlüsse auf die Prozessqualität, zum anderen hinsichtlich der Versorgungskapazitäten und bezüglich der Versorgungsqualität. Wartezeiten entstehen theoretisch dann, wenn das Versorgungssystem den aktuellen Bedarf an medizinischen Behandlungen nicht erfüllen kann. Für Patientinnen und Patienten erschwert dies den Zugang zu Gesundheitsleistungen, im Extremfall werden Betroffene dadurch auch gänzlich von einer Behandlung abgehalten (Kopetsch 2014).

Bei der Interpretation von Wartezeiten ist zu berücksichtigen, welche Messzeitpunkte gewählt werden bzw. welche *Wartezeiten* (auf Termin, im Wartezimmer, etc.) gemessen werden sollen. Der hier verwendete Indikator bezieht sich auf die durchschnittlich angegebene Zeitspanne, die zwischen der Terminvereinbarung und der tatsächlichen Konsultation in der niedergelassenen (Fach-)Arztpraxis liegt.

Konkret wurden die Patientinnen und Patienten wie folgt befragt: „Als Sie mit diesem gesundheitlichen Problem vor dem Krankenhausaufenthalt erstmalig zum Hausarzt/Facharzt gingen, wie lange mussten Sie auf den Termin beim Hausarzt/Facharzt warten?“ (BMG 2016).

Insgesamt wurden 20.234 Fragebögen ausgewertet. Schriftlich befragt wurden Patientinnen und Patienten ab dem 14. Lebensjahr mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich vor dem Krankenhausaufenthalt im 4. Quartal 2014 (BMG 2016).

Tabelle 2.27:

Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem auf Termin in der Haus-/Facharztpraxis (in %), 2014

2014	M + F	M	F	Patientenalter jünger/älter*	Private Zusatzver- sicherung ja/nein	Bildung hoch/niedrig**	Daten basis
Bis zu einem Tag	38	41	36	42/38	37/38	34/43	2014
2-7 Tage	27	27	26	26/27	32/25	33/21	
8-14 Tage	16	15	18	14/17	17/16	17/17	
3-4 Wochen	10	9	10	10/10	8/10	9/9	
1-2 Monate	5	5	5	5/5	4/5	4/5	
Über 2 Monate	4	3	5	4/4	2/5	3/4	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Bis zu einem Tag	44	44	34	42	45	44	43	37	25
2-7 Tage	26	25	29	22	27	25	24	21	34
8-14 Tage	16	14	18	15	14	14	14	16	23
3-4 Wochen	8	10	10	10	7	9	9	12	10
1-2 Monate	3	4	5	6	4	4	5	7	4
Über 2 Monate	3	2	4	6	3	4	4	7	4

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich vor dem Krankenhausaufenthalt;

M = Männer, F = Frauen

* jünger = 14-44 Jahre; älter = 44+

** niedrig = Pflichtschulabschluss; hoch = Hochschulabschluss

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Rund 38 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten konsultieren 2014 ihre/n Haus- oder Facharzt/-ärztin mit einem gesundheitlichen Problem nach einer maximalen Wartezeit von einem Tag.
- » Männer geben tendenziell geringfügig kürzere Wartezeiten an als Frauen.
- » Länger als einen Monat warten rund 9 Prozent der Befragten auf einen Termin.
- » Das Patientenalter scheint keinen Einfluss auf die Wartezeiten zu haben.
- » Patienten und Patientinnen mit privater Zusatzkrankenversicherung gaben kürzere Wartezeiten an, als jene ohne Zusatzversicherung. Weniger ausgeprägt zeigt sich dieser Zusammenhang bei hoch- und weniger hochgebildeten Befragten.
- » Die Wartezeiten schwanken zwischen den Bundesländern deutlich. In Salzburg gaben 45 Prozent der Befragten an, nur einen Tag auf einen Termin gewartet zu haben, während dies in Wien nur 25 waren.
- » Länger als ein Monat warteten im Burgenland und in Kärnten 6 Prozent der Befragten, während dies auf 14 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung zutrifft.

Limitationen

Da die sektorenübergreifende Patientenbefragung in dieser Form nur in Österreich durchgeführt wurde, ist ein internationaler Vergleich derzeit nicht möglich. Die Befragung erlaubt zudem keine Differenzierung nach Konsultationen bei Fachärzten oder Allgemeinmedizinern (Hausärzten/-ärztinnen); Aussagen zur spezialisierten, fachärztlichen Versorgung sind daher nur bedingt möglich. Die Stichprobe schließt nur Personen ein, die im Anschluss an den niedergelassenen Kontakt einen Krankenhausaufenthalt von mind. einer Nacht in Anspruch nahmen. Es ist daher davon auszugehen, dass der Schweregrad der medizinischen Probleme relativ hoch ist. Aussagen zur Dringlichkeit der Versorgung sind leider nicht möglich.

2.2.10 Wartezeiten: intramural

Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung erlauben zum einen Rückschlüsse auf die Prozessqualität, zum anderen hinsichtlich der Versorgungskapazitäten und bezüglich der Versorgungsqualität. Wartezeiten entstehen theoretisch dann, wenn das Versorgungssystem den aktuellen Bedarf an medizinischen Behandlungen nicht erfüllen kann. Für Patientinnen und Patienten erschwert dies den Zugang zu Gesundheitsleistungen, im Extremfall werden Betroffene dadurch auch gänzlich von einer Behandlung abgehalten (Kopetsch 2014).

Bei der Interpretation von Wartezeiten ist zu berücksichtigen, welche Messzeitpunkte gewählt werden bzw. welche *Wartezeiten* (auf Termin, im Wartezimmer, etc.) gemessen werden sollen. Der hier herangezogene Indikator bezieht sich auf die durchschnittlich angegebene Zeitspanne bis zur geplanten KH-Aufnahme nach Überweisung durch den Haus- bzw. Facharzt/-ärztin oder ein anderes Krankenhaus. Konkret wurden die Patientinnen und Patienten wie folgt befragt: „Nachdem Ihnen Ihr Hausarzt/Facharzt gesagt hat, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, wie lange hat es bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus gedauert?“ (BMG 2016)

Insgesamt wurden 20.234 Fragebögen ausgewertet. Schriftlich befragt wurden Patientinnen und Patienten ab dem 14. Lebensjahr mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich vor dem Krankenhausaufenthalt im 4. Quartal 2014 (BMG 2016).

Tabelle 2.28:

Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus (bei geplanten Aufnahmen; in %), 2014

2014	M + F	M	F	Geplante Operation	Geplante Behandlung ohne Operation	Geplante Untersuchung	Datenbasis
bis zu einem Tag	21	22	20	5	26	21	2014
2-7 Tage	17	18	17	14	29	29	
8-14 Tage	16	15	16	17	17	21	
3-4 Wochen	15	15	15	19	13	13	
1-2 Monate	14	15	14	20	7	10	
über 2 Monate	17	15	18	25	9	6	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
bis zu einem Tag	26	25	21	22	23	21	24	23	13
2-7 Tage	13	20	15	18	19	18	19	16	17
8-14 Tage	12	17	15	14	18	17	15	15	16
3-4 Wochen	15	16	15	15	15	15	15	14	15
1-2 Monate	13	14	15	14	13	14	13	12	15
über 2 Monate	21	9	18	17	12	16	13	19	24

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich vor dem Krankenhausaufenthalt; M = Männer, F = Frauen

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Rund 38 Prozent aller Patientinnen und Patienten werden innerhalb von sieben Tagen im Krankenhaus aufgenommen, rund 69 binnen vier Wochen.
- » Rund 14 Prozent warten ein bis zwei Monate, 17 Prozent mehr als zwei Monate auf die Hospitalisierung.
- » Rund ein Fünftel der Befragten wird innerhalb eines Tages aufgenommen.
- » Die Wartezeiten von Männern und Frauen unterscheiden sich kaum. Männer geben geringfügig kürzere Wartezeiten an als Frauen.
- » Der Aufnahmegrund (geplante Operation, geplante Behandlung ohne Operation, geplante Untersuchung) hat Einfluss auf die Wartezeiten. Bei geplanten Operationen werden die längsten Wartezeiten angegeben: Ein Viertel der Befragten gibt an länger als zwei Monate auf die Aufnahme gewartet zu haben. Bei geplanten Untersuchungen bzw. geplanten Behandlungen (ohne Operation) warten mehr als 50 Prozent maximal sieben Tage auf den Krankenhausaufenthalt.
- » Die durchschnittliche Wartezeit ist für Personen mit privater Krankenzusatzversicherung kürzer als für Personen ohne Zusatzversicherung. Für all jene, die nur bis zu einem Tag warten müssen, ist der Anteil sowohl der privat als auch der nicht privat Zusatzversicherten gleich hoch (21 %) (BMG 2016). Dies deutet darauf hin, dass bei akut aufzunehmenden Personen eine Zusatzversicherung keine Rolle spielt.
- » Befragte mit hausärztlicher Überweisung sind mit durchschnittlich geringeren Wartezeiten konfrontiert als Patientinnen und Patienten, die von Facharzt/-ärztin oder von einem Ambulatorium in eine Krankenanstalt überwiesen werden (BMG 2016).
- » Im Bundesländervergleich schwanken die Wartezeiten bis zur Hospitalisierung deutlich. Zur Aufnahme innerhalb einer Woche kommt es in Wien bei 30 Prozent der Befragten, in Kärnten in 45 Prozent der Fälle. Mehr als ein Monat warten in Wien 39 Prozent der Patientinnen und Patienten, in Kärnten 23 Prozent.

Limitationen

Da die sektorenübergreifende Patientenbefragung in dieser Form nur in Österreich durchgeführt wurde, ist ein internationaler Vergleich derzeit nicht möglich. Die Befragung erlaubt keine Filterung nach konkreten Indikationen; Aussagen zu spezifischen Krankheitsbildern in Zusammenhang mit Wartezeiten sind daher nicht möglich. Die Stichprobe schließt nur Personen ein, die im Anschluss an den niedergelassenen Kontakt einen Krankenhausaufenthalt von mind. einer Nacht in Anspruch nahmen. Es ist daher davon auszugehen, dass der Schweregrad der medizinischen Probleme relativ hoch ist. Aussagen zur Dringlichkeit der Versorgung sind leider nicht möglich.

2.3 Langzeitpflege und Palliativversorgung

Für den Funktionsbereich Langzeitpflege und Palliativversorgung wurden bislang keine Indikatoren vorgeschlagen. Im Jahr 2017 wurde ein Prozess in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium lanciert, der sich der bundesweiten Berechnung von Indikatoren widmen soll.

2.4 Gesamtsystem

2.4.1 Lebenserwartung bei Geburt

Die Lebenserwartung (LE) bei Geburt zählt zu den wichtigsten und am häufigsten verwendeten Indikatoren zur Einschätzung der Bevölkerungsgesundheit. Sie errechnet sich aus der durchschnittlichen Lebenserwartung aller Alterskohorten und gibt Auskunft über die Anzahl der Lebensjahre, die ein Neugeborenes zu erwarten hat, wenn sich die Sterberaten des Geburtsjahres im Laufe seines Lebens nicht mehr verändern. Die fernere Lebenserwartung – z. B. im Alter von 25 oder 65 Jahren (LE 25 bzw. LE 65) – gibt Auskunft darüber, wie lange ein heute 25- bzw. 65-Jähriger unter dieser Annahme durchschnittlich noch leben würde.

Durch die multifaktorielle Genese kann der Indikator keiner Systemfunktion exklusiv zugeordnet werden, vielmehr ist die Lebenserwartung Ergebnis des Zusammenwirkens einer Vielzahl von beeinflussenden Determinanten, die sowohl im Gesundheitsförderungs- und -versorgungssystem wie auch über dessen Grenzen hinaus begründet liegen.

Tabelle 2.29:
Lebenserwartung (in Jahren), 2015

2015	M + F	M	F	Hohe Bildung*	Geringe Bildung**	Trend	Datenbasis
bei der Geburt	81,3	78,8	83,7	M: 83,3† F: 85,6†	M: 76,5† F: 82,8†	steigend	2004–2015
25-Jährige	56,9	54,5	59,2			steigend	2004–2015
65-Jährige	19,8	18,1	21,3	M: 21,2† F: 22,8†	M: 17,2† F: 21,1†	steigend	2004–2015

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
bei der Geburt	81,2	81,0	80,4	81,4	81,3	81,5	82,4	82,4	82,4
M	78,5	78,7	77,8	78,6	78,6	79,0	79,9	80,3	80,1
F	83,9	83,3	82,9	84,1	83,9	83,9	84,8	84,5	84,7
25-Jährige	56,6	56,6	56,0	57,0	56,9	57,1	57,9	57,8	58,0
M	54,1	54,4	53,4	54,3	54,4	54,7	55,5	55,8	55,9
F	59,1	58,8	58,4	59,7	59,4	59,3	60,2	59,7	59,9
65-Jährige	19,6	19,5	19,4	20,1	20,0	19,9	20,7	20,6	20,7
M	17,9	17,9	17,5	18,0	18,1	18,1	19,1	19,1	19,1
F	21,2	20,9	20,9	21,9	21,5	21,3	22,1	21,9	22,2

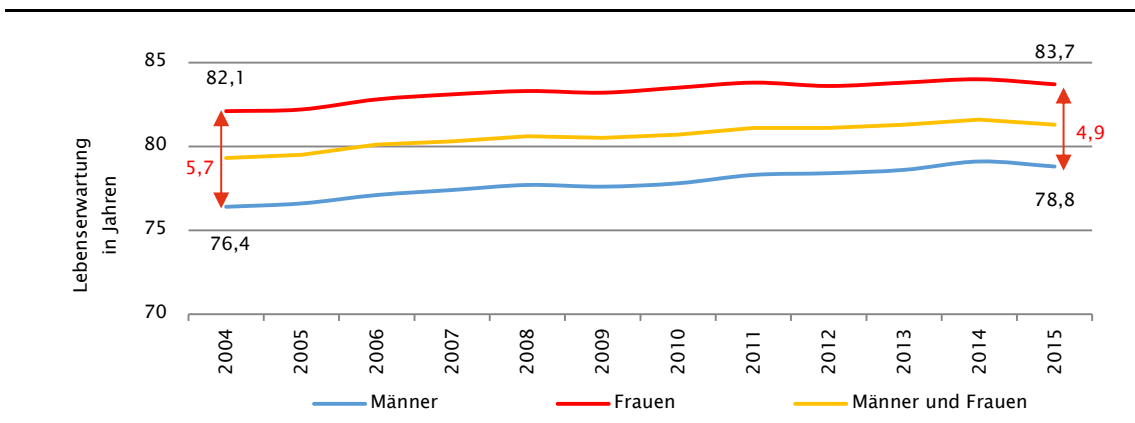
* Hochschule für Bezugsjahr 2014; Hochschule und/oder Höhere Schule für Bezugsjahr 2006; ** Pflichtschule;

† Bezugsjahr 2014

M = Männer; F = Frauen

Quellen: Eurostat (2017b); Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/07 bzw. 2014; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.39:
Entwicklung der Lebenserwartung in Ö, 2004–2015

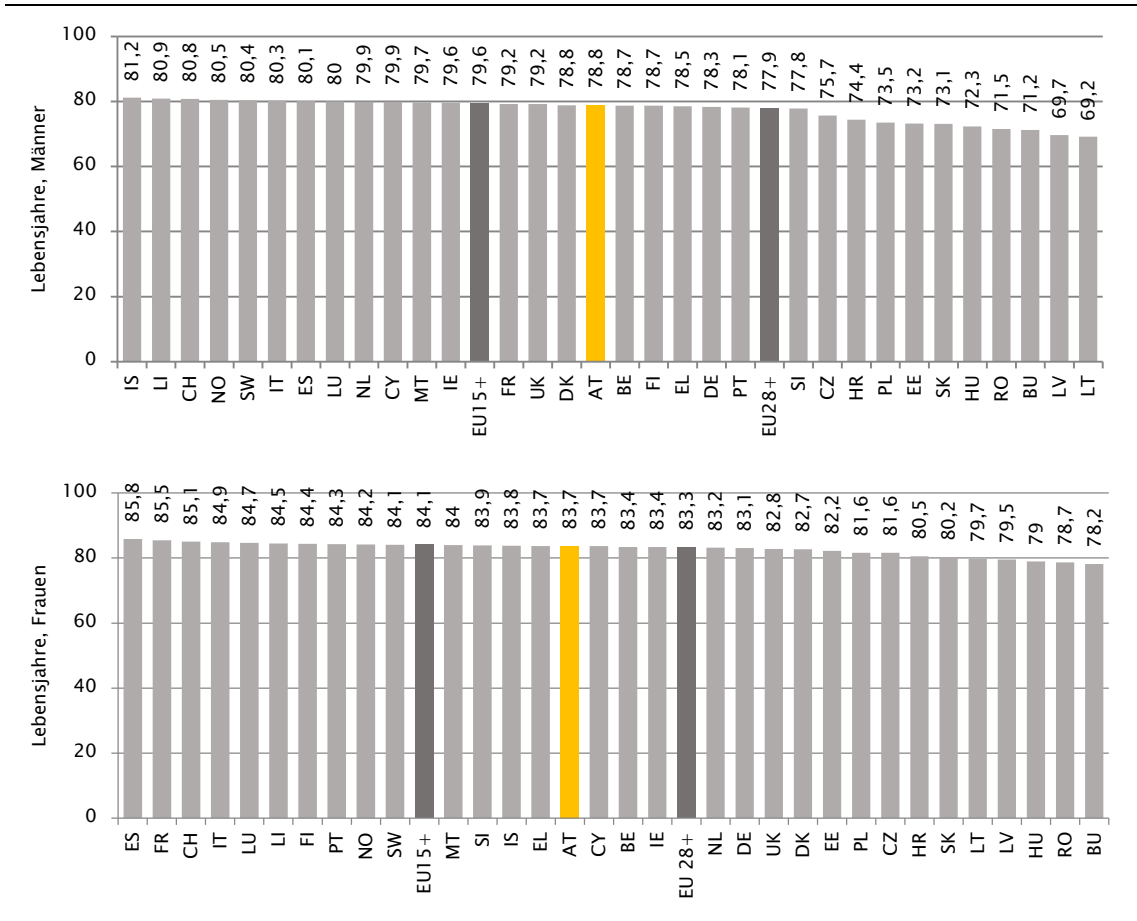


Quelle: Eurostat (2017b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Lebenserwartung in Österreich – wie auch im Rest Europas – steigt kontinuierlich.
- » Im Jahr 2015 lag sie für Frauen bei 83,7, für Männer bei 78,8 Jahren.
- » Frauen weisen eine deutlich höhere Lebenserwartung auf als Männer. Im Jahr 2004 betrug die Differenz in Österreich 5,7 Jahre, 2015 waren es noch 4,9 Jahre, was auf eine moderate Annäherung der Geschlechter schließen lässt.
- » Bildungsvergleiche verdeutlichen, dass Männer und Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit einem Pflichtschulabschluss. Dieser Unterschied ist bei Männern deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen (Männer bei der Geburt: 6,8 Jahre, Frauen bei der Geburt: 2,8 Jahre).
- » Regionale Vergleiche zeichnen ein deutliches West–Ost–Gefälle. Im Jahr 2015 betrug die Spannweite zwei Jahre. Die höchste Lebenserwartung bei der Geburt konnte 2015 in Tirol, Vorarlberg und Salzburg verzeichnet werden (82,4), wohingegen Wien mit 80,4 Jahren am unteren Ende der Skala rangierte.
- » Frauen und Männer in Österreich hatten 2015 eine um 0,4 bzw. um 0,8 Jahre niedrigere Lebenserwartung als im Durchschnitt der EU–15+. Die Differenz zur höchsten LE in den dargestellten Ländern betrug bei österreichischen Frauen 2,1 Jahre (im Vergleich zu Spanien), bei Männern 2,4 Jahre (im Vergleich zu Island).

Abbildung 2.40:
Lebenserwartung im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2015



Quelle: Eurostat (2017b); Darstellung: GÖG

Limitationen

Da sowohl die Lebenserwartung bei der Geburt als auch die fernere Lebenserwartung zusammenfassende Indikatoren der Sterblichkeitsverhältnisse eines Kalenderjahres darstellen, wären diese als Prognosewerte nur dann gültig, wenn sich die altersspezifischen Sterberaten auch in den nachfolgenden Dekaden nicht ändern. Seit 2009 werden auch Auslandssterbefälle erfasst. Die LE-Werte werden dadurch allerdings nur geringfügig beeinflusst.

2.4.2 Gesunde Lebensjahre

Der Indikator *Gesunde Lebensjahre* (Healthy Life Years – HLY) beschreibt die Anzahl jener Lebensjahre, die eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben (z. B. bei Geburt, im Alter von 25 Jahren, im Alter von 65 Jahren) voraussichtlich in Gesundheit verbringen wird. Der Indikator wird mittels einer Kombination aus Sterberaten und Befragungsergebnissen errechnet und steht – je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage – in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. Diese unterscheiden sich

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

Regionale Vergleiche werden auf Basis des ATHIS-Indikators (auf Basis des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands [sehr gut oder gut]) berechneten, europäische Vergleiche hingegen auf Basis des Eurostat-Indikators (beschwerdefreie Lebenserwartung). Der Indikator *Beschwerdefreie Lebenserwartung* basiert auf selbstberichteten Angaben zu funktionalen Einschränkungen, die der EU-SILC entstammen. Zukünftig – so kann angenommen werden – werden auch Vergleiche auf Basis des EHIS möglich sein.

Gesunde Lebensjahre kann als Ergänzung zum Indikator Lebenserwartung gesehen werden. Der Indikator wurde entwickelt, um die Tatsache widerzuspiegeln, dass nicht alle Lebensjahre einer Person in guter Gesundheit verbracht werden. Vergleiche der Entwicklungen beider Indikatoren geben Aufschluss, ob die gewonnenen Lebensjahre auch in Gesundheit verbracht werden. Steigt die Anzahl gesunder Lebensjahre stärker als die allgemeine Lebenserwartung in einer Bevölkerung, ist dies nicht nur ein Zeichen dafür, dass Personen länger leben, sondern dass sie auch einen größeren Anteil ihres Lebens frei von Behinderung und Krankheit verbringen. Der Fokus dieses Indikators liegt demnach nicht ausschließlich auf der Lebensdauer, sondern primär auf der Lebensqualität. Jeglicher Verlust an Gesundheit zieht wesentliche Nebeneffekte nach sich, wie beispielsweise Veränderungen in der Ressourcenallokation innerhalb eines Gesundheitssystems bzw. generell weitreichende Effekte in Hinblick auf Verbrauch und Produktion innerhalb einer Volkswirtschaft (European Commission o.J.; Jagger et al.).

Tabelle 2.30:
Gesunde Lebensjahre (in Jahren), 2014

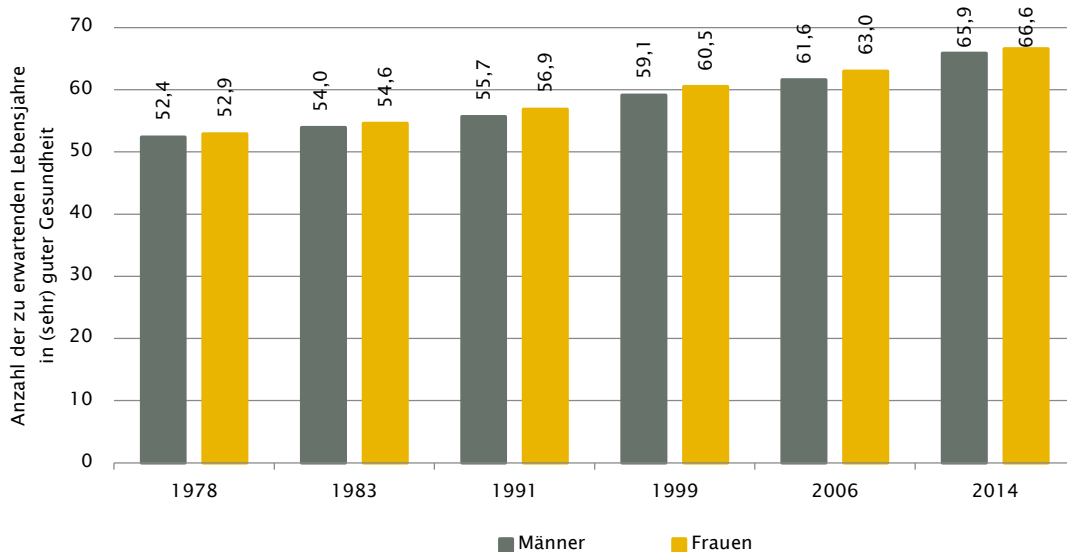
2014	M	F	Hohe Bildung*		Geringe Bildung**		Trend	Datenbasis
Bei der Geburt	65,9	66,6	M: 75,2	F: 72,6	M: 59,6	F: 59,2	steigend	2006–2014
Mit 25 Jahren	41,8	42,5					steigend	2006–2014
Mit 65 Jahren	11,4	11,3	M: 16,5	F: 14,3	M: 9,9	F: 8,5	steigend	2006–2014

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	
Bei der Geburt	M	64,7	66,5	65,3	65,2	69,3	65,2	69,4	67,9	65,2
	F	61,7	66,5	66,3	67,3	71,0	65,0	71,6	71,0	64,4
Mit 65 Jahren	M	10,8	10,8	10,6	10,4	13,8	11,7	13,7	13,9	11,6
	F	7,8	11,0	10,6	11,5	13,5	10,3	14,5	13,1	11,1

M = Männer, F = Frauen
*Hochschule; ** Pflichtschule

Quelle: Statistik Austria – Sterbetafeln und Mikrozensus–Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999;
Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung – 2006/07, 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.41:
Entwicklung der gesunden Lebensjahre, 1978–2014

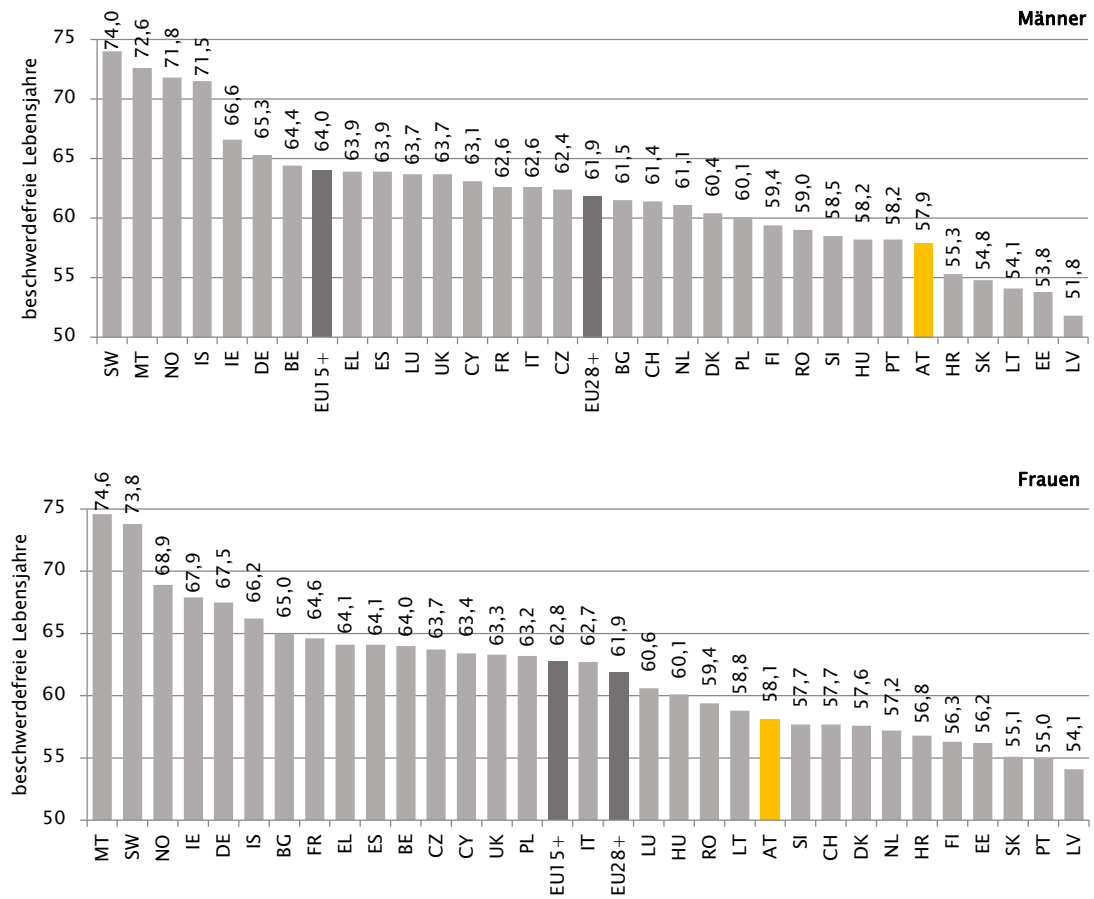


Werte basieren auf Ergebnissen des ATHIS-Indikators selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (sehr gut oder gut)

Quelle: Statistik Austria – Sterbetafeln und Mikrozensus–Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999;
Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07, 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.42:

Anzahl beschwerdefreier Lebensjahre zum Zeitpunkt der Geburt im europäischen Vergleich (Frauen und Männer), 2015



Referenzjahr 2015, Schweiz Referenzjahr 2014)

Quelle: Eurostat (2017); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Anzahl an gesunden Lebensjahren steigt in Österreich seit der ersten Erhebung im Jahr 1978 kontinuierlich.
- » Im Jahr 2006 konnten Frauen mit 63,0, Männer mit 61,6 gesunden Lebensjahren rechnen, im Jahr 2014 betrug dieser Wert 66,6 bzw. 65,9 Jahre.
- » Bildungsvergleiche verdeutlichen, dass Männer und Frauen mit höherem Bildungsabschluss eine größere Anzahl gesunder Lebensjahre aufweisen als Personen mit einem Pflichtschulabschluss. Die Diskrepanz zwischen Hochqualifizierten und Niedrigqualifizierten in der zu erwartenden Lebenserwartung in guter Gesundheit betrug im Jahr 2014 15,6 Jahre bei Männern (bei der Geburt), und 13,4 Jahre bei Frauen (bei der Geburt).
- » Regionale Vergleiche zeichnen ein deutliches West-Ost-Gefälle. Im Jahr 2014 betrug die Spannweite gesunder Lebensjahre 4,7 Jahre bei Männern und 9,9 Jahre bei Frauen (bei der Geburt). Im Jahr 2014 konnten Frauen und Männer in Tirol mit der höchsten Anzahl an gesunden Lebensjahren bei Geburt rechnen (71,6 bei Frauen; 69,4 bei Männern). Am unteren Ende der Skala liegt das Burgenland mit 61,7 gesunden Lebensjahren bei Geburt bei Frauen sowie 64,7 Jahren bei Männern.
- » Die Zahl der beschwerdefreien Lebensjahre bei Geburt lag bei Frauen und Männern in Österreich im Jahr 2015 um 3,8 bzw. um 4 Jahre unter dem Durchschnitt der EU-28+. Die Differenz zwischen der LE in Österreich und der höchsten LE in den dargestellten Ländern betrug bei Frauen 16,5, bei Männern 16,1 gesunde Lebensjahre.

Limitationen

National und international kommen für die Ermittlung der gesunden Lebensjahre unterschiedliche Konzepte zur Anwendung (vgl. <http://www.eurohex.eu/>). Je nach Konzeptausprägung können die Ergebnisse für gesunde Lebensjahre variieren – davon betroffen sind nicht nur das Niveau, sondern auch die Trends.

2.4.3 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand

Der selbstwahrgenommene bzw. selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist ein gebräuchlicher Indikator zur Erfassung der subjektiven Gesundheit. Er gibt die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens wieder. Der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand hat sich als guter Prädiktor für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, für Morbidität und Mortalität erwiesen, auch bestehen positive Zusammenhänge hinsichtlich des Auftretens chronischer Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2012). Neben den körperlichen Aspekten von Gesundheit werden psychische und soziale Einflüsse miterfasst (Klimont/Baldaszi 2015).

Die folgenden Daten stammten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand wird gemäß internationaler Empfehlung mit der Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ erfasst. Zur Beantwortung steht eine fünfstufige Skala zur Verfügung (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) (Bruin et al. 1996). Für die Berechnung des (sehr) guten selbstwahrgenommenen Gesundheitszustands wird der Anteil an Befragten zusammengefasst, die einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand angeben.

Tabelle 2.31:
Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (in %), 2014

2014	M + F	M	F	Niedrige/– hohe Bildung*	Niedriges/ hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend	Daten- basis
(Sehr) guter Gesundheits- zustand insgesamt	79	81	77	55/87	61/86	79/79	steigend	2006, 2014
(Sehr) guter Gesundheits- zustand 15- bis 60- Jährige	86	86	85	65/90	70/89	85/86		
(Sehr) guter Gesundheits- zustand über 60-Jährige	60	64	58	47/74	49/77	55/61		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
(Sehr) guter Gesundheitszustand insgesamt	75	77	77	78	82	77	84	82	79

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; Höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule vs. maximal Pflichtschulabschluss

** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

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

Analyse

- » Rund 79 Prozent der österreichischen Bevölkerung empfinden ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Umgerechnet sind dies rund 6,7 Millionen Einwohner/innen.
- » Männer (81 %) nehmen ihren Gesundheitszustand geringfügig als besser wahr, als Frauen (77 %). Dies trifft vor allem auf die über 60-jährige Bevölkerung zu.
- » Mit zunehmendem Alter nimmt die positive Wahrnehmung der Gesundheit ab. Die 15-bis 60-Jährigen geben erwartungsgemäß einen besseren Gesundheitszustand an, als die über 60-jährige Bevölkerung.
- » Personen aus den oberen Bildungs- und Einkommensgruppen schätzen ihre Gesundheit deutlich positiver ein als jene aus den unteren Bildungs- bzw. Einkommensgruppen.
- » In der Altersgruppe der über 60-Jährigen empfinden Einwohner/innen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand als besser gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.
- » Im Vergleich zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2006 hat sich der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand leicht verbessert (+3 Prozentpunkte). Bei Männern betrug der Anstieg rund 2 Prozentpunkte, bei Frauen 3 Prozentpunkte.
- » Im Bundesländervergleich variiert der Anteil an Personen mit sehr guter bis guter Gesundheit zwischen 75 Prozent (Burgenland) und 84 Prozent (Tirol).

Limitationen

Aufgrund der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes können sich kulturelle Faktoren in den Ergebnissen widerspiegeln. Die Daten stammen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Der europäische Vergleich der aktuellen Erhebungsrunde des European Health Interview Surveys (EHIS) ist derzeit noch nicht möglich. Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand wird zwar auch im Survey on Income and Living Conditions (SILC) in identer Form gestellt und wäre damit jährlich im europäischen Raum vergleichbar, allerdings unterscheidet sich die Erhebung in Punkto Zuverlässigkeit und Repräsentativität (Stichprobengröße, Befragungsmethode, etc.) von der EHIS-Erhebung. Es sind daher die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung zu bevorzugen.

2.4.4 Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen

Neben dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand ist auch die selbsteingeschätzte Lebensqualität ein entscheidender Faktor zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Lebensqualität ist ein multidimensionales *Konstrukt* aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch die Befragten.²⁷

Insbesondere chronisch erkrankte Personen leiden häufig unter dauerhaft eingeschränkter Lebensqualität. Es ist deshalb explizites Ziel des Gesundheitssystems insbesondere die Lebensqualität dieser Gruppe zu verbessern.

Der Indikator selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen wird durch die Kreuzung der Frage „Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?“ mit dem Quality-of-Life-Konzept der World Health Organisation (WHOQOL) ermittelt.

Demnach definiert sich Lebensqualität als 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. WHOQOL gliedert sich in zwei Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden und in weitere 24 Fragen zu anderen Lebensbereichen. Hieraus können Mittelwerte für nachstehende Dimensionen errechnet werden: Körper, Psyche, Soziales und Umwelt (Angermeyer 2000). Je näher diese bei 100 liegen, desto besser ist die Lebensqualität einzustufen.

27

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html

Tabelle 2.32:

Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen (Mittelwerte), 2014

2014	M + F	M	F	Keine chron. Erkrankung	Migrationshintergrund ja/nein*	Trend	Datenbasis
Allgemeine Lebensqualität	67,1	68,2	66,3	78,9	66,2/67,3	steigend**	2006, 2014
Körperliche Dimension	69,8	71,2	68,7	83,5	69,5/69,9		
Psychische Dimension	71,4	73,7	69,6	78,3	71,4/71,4		
Soziale Dimension	71,4	71,2	71,7	77,3	70,4/71,7		
Umweltbezogene Dimension	74,3	75,8	73,0	79,2	71,8/74,8		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Allgemeine Lebensqualität	65,9	70,4	66,7	67,0	68,8	66,8	70,4	69,4	65,0
Körperliche Dimension	69,1	72,3	68,5	69,9	71,7	69,0	71,8	72,1	69,4
Psychische Dimension	70,8	73,0	71,0	71,3	72,5	71,0	73,0	74,4	70,4
Soziale Dimension	71,3	71,9	71,6	71,9	73,0	72,4	71,5	73,7	69,3
Umweltbezogene Dimension	75,6	75,8	74,4	74,2	76,6	73,3	76,6	78,2	71,8

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;

M = Männer, F = Frauen

Die Werte liegen im Bereich 0-100. Je höher die Ausprägung, desto besser die Beurteilung der Lebensqualität.

* Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

** Ausnahme: in der sozialen Dimension wurde ein sinkender Trend beobachtet.

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

Analyse

- » Rund 36 Prozent der Bevölkerung weisen eine chronische Erkrankung bzw. ein dauerhaftes Gesundheitsproblem auf. Frauen sind mit 39 Prozent häufiger betroffen als Männer (33 %). Am häufigsten ist die Bevölkerung von chronischen Kreuzschmerzen, Allergien, Bluthochdruck und chronischen Nackenschmerzen betroffen. (Klimont/Baldaszi 2015)
- » Chronisch erkrankte Personen stufen ihre Lebensqualität in allen Bereichen schlechter ein als Personen ohne chronische Erkrankung. Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.
- » Am geringsten fallen die Unterschiede in der umweltbezogenen Dimension aus (4,9 Punkte), am stärksten in der körperlichen Dimension (13,6 Punkte).
- » Mit steigender Bildung steigt die Lebensqualität chronisch kranker Menschen. Dies trifft insbesondere auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung zu. Die allgemeine Lebensqualität liegt bei Personen mit höherer Bildung bei einem Mittelwert von 79,2 Punkten, bei Personen mit reinem Pflichtschulabschluss bei 68,9.
- » Auch hinsichtlich des Einkommens ist zu beobachten, dass die allgemeine Lebensqualität im obersten Einkommensfünftel deutlich höher ausgeprägt ist, als im untersten. Auch dies gilt insbesondere für Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (Mittelwert 78,7 vs. 69,3).
- » Menschen mit Migrationshintergrund und einer chronischen Erkrankung beurteilten ihre Lebensqualität nur geringfügig schlechter als chronisch kranke Menschen ohne Migrationshintergrund.

- » Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006 ist die Lebensqualität chronisch kranker Personen leicht gestiegen. Im Jahr 2006 lag die allgemeine Lebensqualität bei einem Mittelwert von 64,2, 2014 bei 67,1.
- » Im Bundesländervergleich schwanken die Bandbreiten zwischen 3,8 und 6,4 Punkten. Am stärksten wurde der Unterschied zwischen den Bundesländern im Lebensbereich Umwelt angegeben (Vorarlberg: 78,2 vs. Wien 71,8).

Limitationen

Aufgrund der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität können sich kulturelle Faktoren in den Ergebnissen widerspiegeln. Die Daten stammten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Internationale Vergleiche sind derzeit nicht möglich, da dieses Frageprogramm nur in Österreich zur Anwendung gelangt ist.

2.4.5 Depressive Symptomatik

Zur Abschätzung der Krankheitslast depressiver Störungen wurden in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zwei Ansätze gewählt. Einerseits wurde nach selbstberichteten bzw. ärztlich diagnostizierten Depressionen gefragt, andererseits wurde die aktuell bestehende Symptomlast²⁸ erhoben (mit Hilfe des Patient Health Questionnaire, PHQ-8) (Klimont/Baldaszi 2015).

Ergebnisse zur depressiven Symptomatik geben sowohl Aufschluss über Personen, die eine moderate bis schwere Symptomatik aufweisen, jedoch von keiner Depression berichten (selbstberichtet oder ärztlich diagnostiziert), als auch über Personen, die – nach Eigenangaben – an einer selbstberichteten bzw. ärztlich diagnostizierten Depression leiden und moderate bis schwere Symptome aufweisen. Es werden damit sowohl Fragen der Früherkennung, als auch Fragen der Versorgung ins Visier genommen.

Tabelle 2.33:
Depressive Symptomatik (Betroffene in %), 2014

2014	M + F	M	F	Niedrige/– hohe Bildung*	Niedriges/ Hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend	Daten- basis
Moderate bis schwere depressive Symptomatik	4,3	3,4	5,1	8,4/2,6	7,5/2,3	6,0/3,9	–	2014
bei Personen, die in den letzten 12 Monaten eine Depression hatten (selbstberichtet oder ärztlich diagnostiziert)	2,4	1,8	2,9	5,1/1,4	4,2/1,1	3,5/2,1		
bei Personen, die in den letzten 12 Monaten keine Depression hatten	1,9	1,6	2,2	3,3/1,2	3,3/1,2	2,5/1,8		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Moderate bis schwere depressive Symptomatik	5,5	2,9	4,5	3,6	3,9	4,0	2,7	3,2	6,0

Personen in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung;
M = Männer, F = Frauen

* Nur über 30-Jährige; Höhere Schule oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule vs. maximal Pflichtschulabschluss

** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

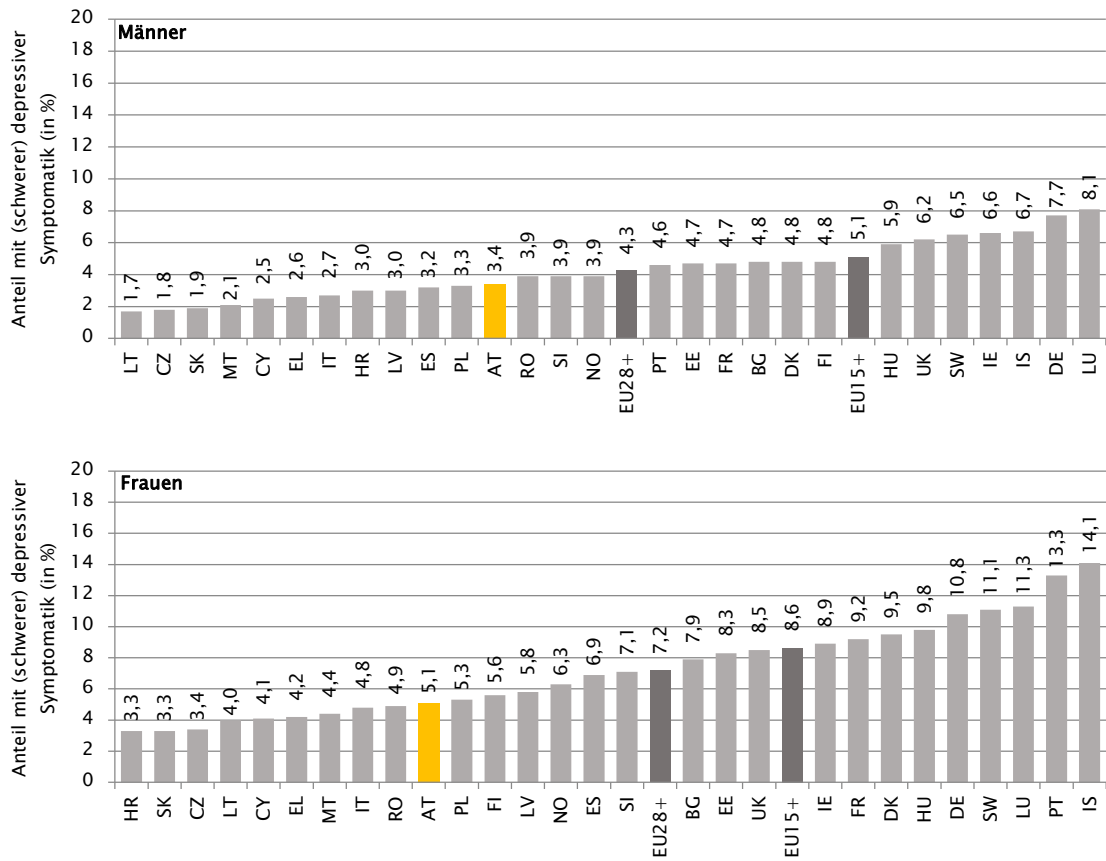
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

28

Vermindertes Interesse oder Freude, depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Energieverlust, Appetitstörung, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsstörung, psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe

Abbildung 2.43:

Bevölkerungsanteil mit depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014



Bevölkerung ab 15 Jahren
Keine Daten für NL, BE und CH verfügbar

Quelle: Eurostat (2014) – European Health Interview Survey 2014; Darstellung: GÖG

Analyse

- » Rund 4 Prozent der österreichischen Bevölkerung weisen eine moderate bis schwere depressive Symptomatik auf (Männer: 3,4 %, Frauen: 5,1 %).
- » Deutlich häufiger gilt dies (unabhängig von ihrem Alter) für Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und einem geringen Einkommen.
- » Unterschiede finden sich zudem nach Migrationshintergrund zu Ungunsten der Migrantinnen und Migranten. Dies gilt jedoch nur für die 15- bis 59-jährige Bevölkerung.
- » Der Anteil an von moderaten bis schweren depressiven Symptomen betroffenen Personen variiert zwischen den Bundesländern zwischen 2,7 (Tirol) und 6 Prozent (Wien).
- » Rund 2 Prozent der Österreicher/innen geben an, in den letzten 12 Monaten an keiner Depression gelitten zu haben, weisen jedoch moderate bis schwere depressive Symptome auf. Auf 2,4 Prozent trifft eine Kombination von beiden Merkmalen zu (an einer Depression gelitten + moderate bis schwere Symptome). In beiden Fällen sind Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, Personen aus einkommensschwachen Haushalten und Personen mit Migrationshintergrund häufiger davon betroffen.
- » Im internationalen Vergleich verzeichneten österreichische Männer um 0,9 Prozentpunkte weniger häufig eine depressive Symptomatik als der Durchschnitt der EU-28+, und österreichische Frauen um 2,1 Prozentpunkte weniger. Die niedrigsten Werte weisen Litauen (1,7 Prozent bei Männern) und Kroatien (3,3 Prozent bei Frauen) auf.

Limitationen

Die angegebenen Werte stammen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015). Trenddaten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Zudem gilt es zu beachten, dass bei Angaben zu psychischen Erkrankungen Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zu Tage treten, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können.

2.4.6 Vorzeitige Mortalität

Die vorzeitige Mortalität (Sterblichkeit) gibt Auskunft über die Anzahl der Todesfälle, die sich vor dem 70. Lebensjahr von Menschen ereignen. Sie gelten als vorzeitig und in vielen Fällen als vermeidbar. Anders als bei MAHC berücksichtigt dieser Indikator alle Sterbefälle – auch jene, die nicht vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbar sind. Jene Sterbefälle, die über MAHC abgebildet werden, sind – wenn sie vor einem Alter von 70 Jahren auftreten – in der vorzeitigen Mortalität ebenfalls inkludiert. Die Sterblichkeit wird – altersstandardisiert – pro 100.000 Einwohner/innen ausgedrückt, um Vergleiche zwischen Regionen, im Trend und hinsichtlich unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen.

Tabelle 2.34:
Vorzeitige Mortalität, 2015

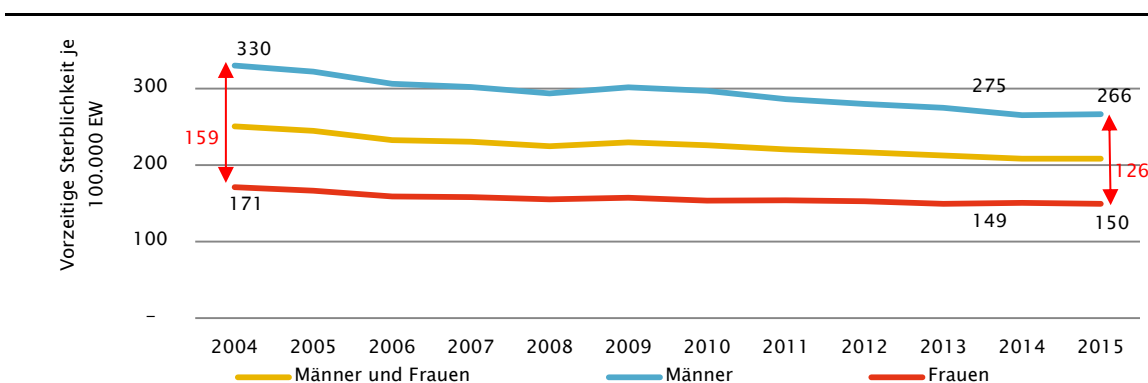
2015	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Vorzeitige Mortalität je 100.000 EW	250	321	179	sinkend	2004–2015
Vorzeitige Mortalität je 100.000 EW (altersstandardisiert)	208	266	150		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	201	213	206	199	187	206	185	183	242
M	268	282	264	252	243	269	230	228	305
F	133	143	148	146	130	143	141	137	179

Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung; M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2015; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.44:
Entwicklung der vorzeitigen Mortalität in Österreich, 2004–2015

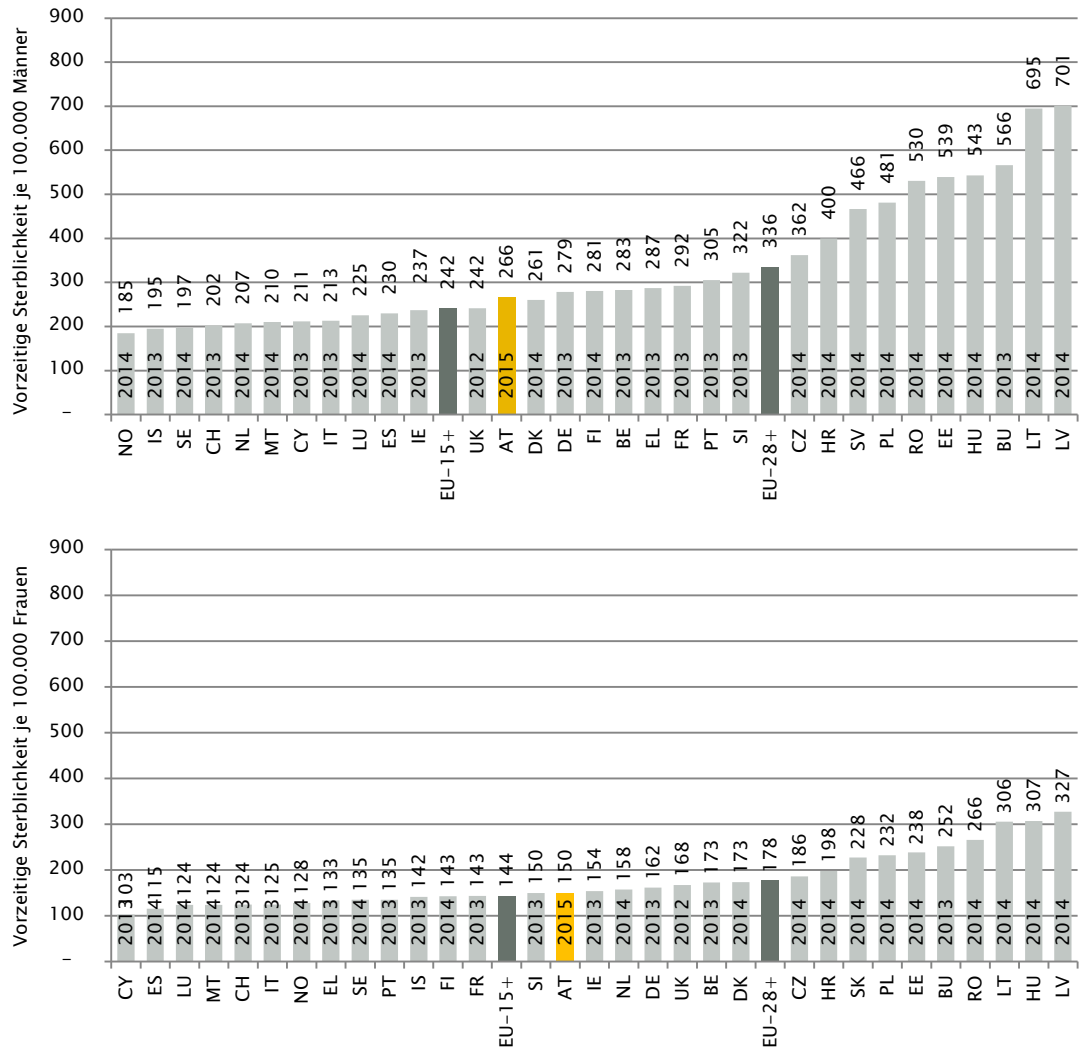


Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2015; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.45:

Vorzeitige Mortalität im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2014 (AT 2015)



Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung
Referenzjahr AT: 2015; EU: 2014 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die vorzeitige Mortalität sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2004 lag die vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen in Österreich noch bei 251, während sie 2015 bei 208 lag.
- » Der Rückgang der vorzeitigen Mortalität entwickelt sich parallel zur gesamten Sterblichkeit sowohl in Österreich als auch im übrigen Europa.
- » Frauen sind deutlich weniger von vorzeitiger Sterblichkeit betroffen als Männer. Im Jahr 2015 lag die altersstandardisierte Rate für Frauen bei 150, für Männer bei 266. In der Periode 2004 bis 2015 konnte eine Verringerung dieses Abstandes beobachtet werden.
- » Innerhalb Österreichs zeigen sich regionale Unterschiede bei der vorzeitigen Sterblichkeit. Die niedrigste Ausprägung konnte 2015 in Vorarlberg mit einer altersstandardisierten Rate von 183 (M: 228, F: 130) identifiziert werden. Die höchste Ausprägung wies Wien mit 242 vorzeitigen Sterbefällen (M: 305, F: 179) auf.
- » Im europäischen Vergleich (mit den jüngst verfügbaren Werte) liegen österreichische Männer mit 266 vorzeitigen Todesfällen je 100.000 Einwohner zwischen dem Durchschnitt der EU-15+ von 242 und der EU-28+ von 336. Österreichische Frauen lagen im Jahr 2015 mit 150 vorzeitigen Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen über dem EU-15+-Durchschnitt von 144 vorzeitigen Todesfällen.
- » Bei beiden Geschlechtern zeigen sich im europäischen Vergleich tendenziell höhere Raten innerhalb der neuen EU-Mitgliedsländer. Für Männer weist Norwegen mit einer Rate von 185 die niedrigste vorzeitige Sterblichkeit auf, bei Frauen Zypern mit 103 Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen.

Limitationen

Vorzeitige Mortalität ist meist multifaktoriell bedingt, die mannigfaltigen Ursachen, die dazu beitragen, setzen sich auf regionaler Ebene fort. Es kann angenommen werden, dass die Gründe für regionale Unterschiede durch eine Kombination von Faktoren entstehen, deren Einflüsse oft schwer zu analysieren bzw. voneinander zu trennen sind. Der Indikator vorzeitige Mortalität findet sich in der einschlägigen Literatur auch häufig mit einer Altersgrenze von 65 Jahren.

2.4.7 Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)

Der Indikator potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL) ist eine zusammenfassende Kennzahl vorzeitiger Sterblichkeit und gibt Aufschluss über die Anzahl potenziell vor dem Alter von 70 Jahren verlorener Lebensjahre. Berechnet wird der Indikator durch Aufsummieren der Anzahl der Sterbefälle gewichtet mit den Lebensjahren, die bis zum Alter von 70 Jahren verblieben wären. Zur besseren Vergleichbarkeit erfolgt eine Altersstandardisierung. Potenziell verlorene Lebensjahre werden je 1.000 Einwohner/innen angegeben (Gaber/Wildner 2011).

Todesfälle in jüngeren Bevölkerungsgruppen werden für diesen Indikator stärker gewichtet. So repräsentiert ein Todesfall im Alter von 5 Jahren beispielsweise 65 PYLL, einer im Alter von 60 Jahren hingegen nur 10 PYLL. Potenziell verlorene Lebensjahre werden demnach stark von externen Faktoren in frühen Lebensjahren – wie beispielsweise Verkehrsunfällen, Stürzen, Überfällen, Suizid sowie tödlichen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – beeinflusst. (Joumard et al. 2008; OECD 2011)

Mögliche Einflussfaktoren auf PYLL sind medizinische und/oder technologische Fortschritte, beispielsweise bei durch Herzerkrankung verursachten Todesfällen in sehr jungen Lebensjahren. Auch Präventions- und Kontrollmaßnahmen können vermeidbare Todesfälle durch Verletzungen und Infektionserkrankungen reduzieren. Weiters werden das BIP pro Kopf, der berufliche Status, die Zahl der Ärzte/Ärztinnen in einem Land sowie Alkohol- und Tabakkonsum als mögliche Einflussfaktoren gesehen (Joumard et al. 2008; Or 2000).

Tabelle 2.35:
Potenziell verlorene Lebensjahre, 2016

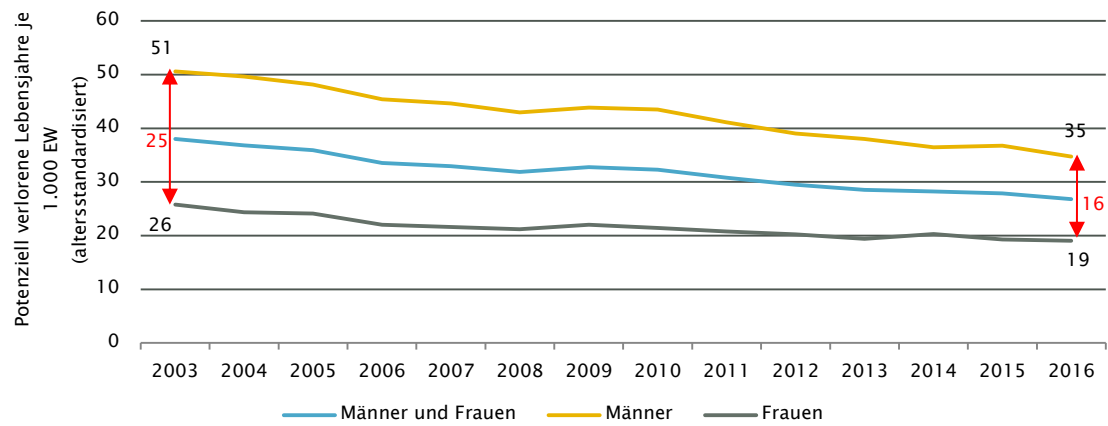
2016	M + F	M	F	Trend	Datenbasis
Potenziell verlorene Lebensjahre je 1.000 EW	28	37	20	sinkend	2003–2016
Potenziell verlorene Lebensjahre je 1.000 EW (altersstandardisiert)	27	35	19		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	27	27	27	25	25	25	25	26	31
Männer	33	38	35	34	32	32	31	33	39
Frauen	21	17	18	16	18	18	20	18	23

Altersstandardisiert nach OECD–2005–Bevölkerung
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2003–2016, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2003–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.46:
Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich, 2003–2016

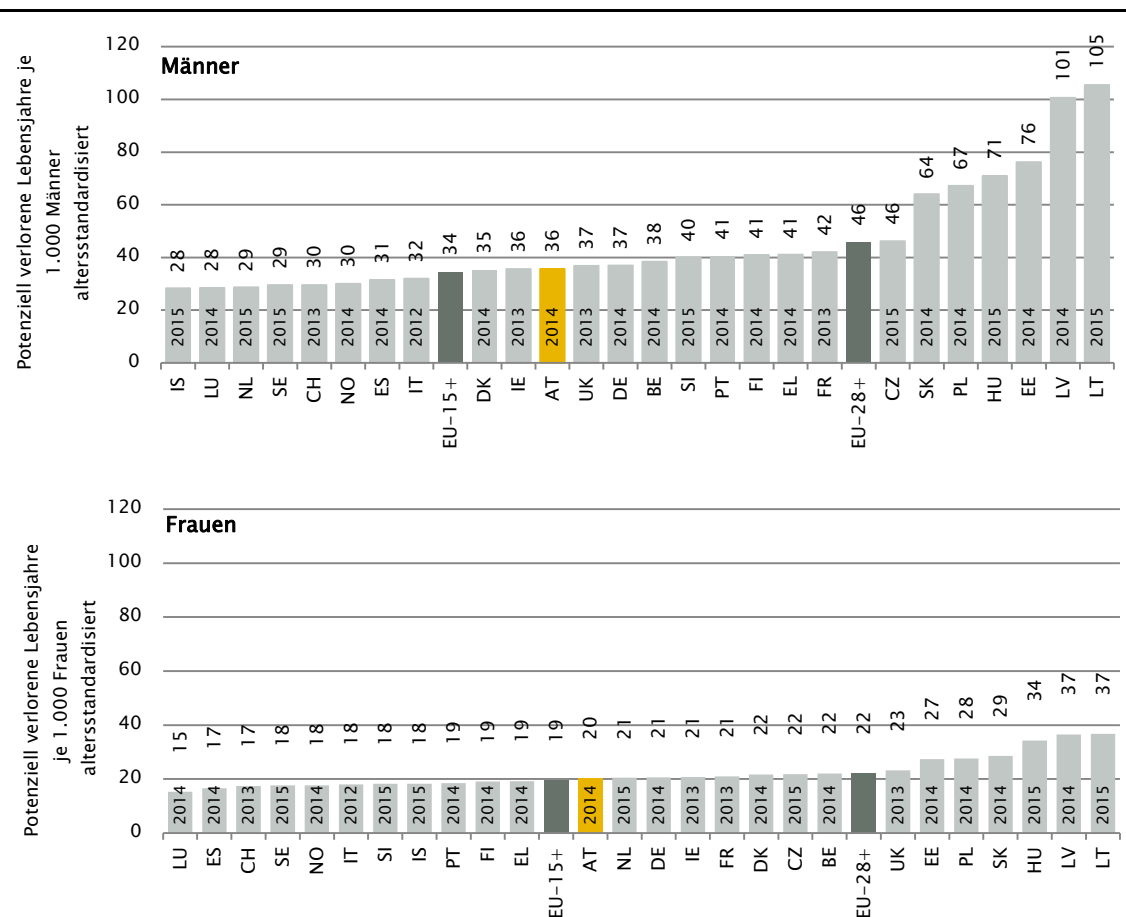


Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2003–2016, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2003–2016, Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.47:

Potenziell verlorene Lebensjahre im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2015



Altersstandardisierte Raten nach OECD-Bevölkerung 2010
Referenzjahr 2015 oder jüngstes verfügbares Jahr, EU-15+

Quelle: OECD (2017); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die potenziell verlorenen Lebensjahre vor einem Alter von 70 Jahren sinken kontinuierlich. Dies kann mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit sowie mit dem Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und tödlichen Unfällen in Zusammenhang gebracht werden.
- » Im Jahr 2016 wurden für österreichische Frauen 19, für Männer 35 PYLL je 1.000 EW identifiziert.
- » Über den Betrachtungszeitraum 2003–2016 wiesen Frauen stets geringere PYLL-Werte auf. Die Differenz zwischen je 1.000 Frauen und Männern betrug 25 Jahre im Jahr 2003 und reduzierte sich auf 16 im Jahr 2016.
- » Im regionalen Vergleich zeigen sich Schwankungen zwischen den Bundesländern: Die niedrigsten PYLL-Raten verzeichneten im Jahr 2016 Salzburg, Steiermark, Oberösterreich und Tirol mit jeweils 25 PYLL je 1.000 EW, die höchste Rate wurde in Wien mit 31 PYLL je

1.000 EW festgestellt. Die Spannweite zwischen den Bundesländern ist jedoch über den Betrachtungszeitraum zurückgegangen. Während 2003 die PYLL in Wien (46 PYLL) um rund 45 Prozent über dem Tiroler Wert (32 PYLL) lagen, befand sich 2016 Wien mit 31 PYLL je 1.000 EW nur noch um rund 25 Prozent über dem Salzburger Niveau (25 PYLL).

- » Der europäische Vergleich zeigt ebenso durchgängig geringere PYLL-Raten für Frauen als für Männer innerhalb der betrachteten EU-Länder. Die geringsten Ausprägungen der PYLL-Raten fanden sich dabei 2015 in Luxemburg (F: 15) bzw. Island (M: 28).
- » Österreich liegt sowohl bei den Frauen (20 PYLL) als auch bei den Männern (36 PYLL) knapp über dem EU-15+ Durchschnitt (Frauen 19 PYLL, Männer 34 PYLL), jedoch deutlich unter dem EU-28+ Niveau (Frauen 22 PYLL, Männer 46 PYLL).
- » Die höchsten Raten wiesen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf.

Limitationen

Ebenso wie beim Indikator vorzeitige Sterblichkeit beeinflussen die gewählte Altersgrenze wie auch die Berechnungsmethode die Ergebnisse für die potenziell verlorenen Lebensjahre.

2.4.8 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Zahl der im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen. Sie lässt Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung während, vor und nach der Geburt zu und gibt Auskunft über gesundheitsrelevante Ergebnisse bei Hochrisikogruppen (Frühgebärende bzw. Frühgeborene). Geburtsfehler, Frühgeburten oder sonstige Komplikationen gelten in europäischen Ländern als Hauptursachen für die Säuglingssterblichkeit.

Neben den sozialen Bedingungen und dem Lebensstil sind auch das zunehmende Alter von Gebärenden und vermehrte Mehrlingsgeburten durch Fruchtbarkeitsbehandlungen als Einflussfaktoren identifiziert worden. Dies hat in einigen europäischen Ländern zu einer Stagnation des Rückgangs der Säuglingssterblichkeit geführt (OECD 2012).

Tabelle 2.36:
Säuglingssterblichkeit, 1972–2015

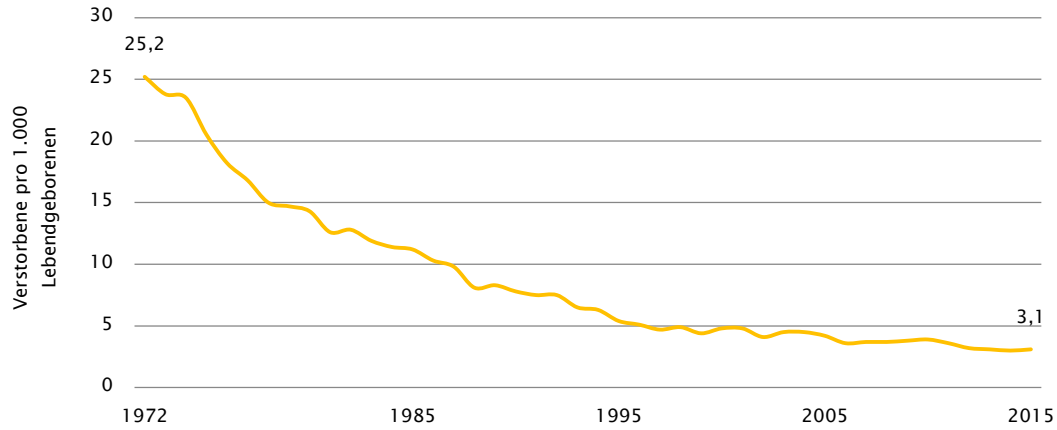
Österreich	Insgesamt	Hohe Bildung*	Geringe Bildung**	Trend	Datenbasis
Im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene					
1972	25,2				
1982	12,8	8,7 (1985)	13,0 (1985)		
1992	7,5				
2002	4,1				
2012	3,2	2,6 (2012)	4,6 (2012)	seit Mitte der 1990er Jahre leicht fallend	1972–2015
2013	3,1				
2015	3,1				
Durchschnitt 2011–2015	3,2				

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
1972	24,4	24,9	23,8	26,7	25,9	25,7	23,2	26,0	25,6
1982	9,6	11,1	14,1	11,5	10,0	13,8	11,5	14,0	14,9
1992	7,6	7,3	6,2	8,4	5,0	6,4	7,6	7,6	9,9
2002	2,3	2,5	3,9	3,7	4,4	2,9	3,9	4,7	5,7
2013	3,8	0,9	2,7	2,7	1,9	2,8	2,7	3,5	4,7
2015	2,7	3,2	3,1	2,7	3,1	3,1	1,3	2,0	4,3
Durchschnitt 2011–2015	3,1	2,4	3,2	2,8	2,4	2,8	2,3	2,6	4,6

* Höhere Schule, Hochschule; ** Pflichtschule; jeweils der Mutter

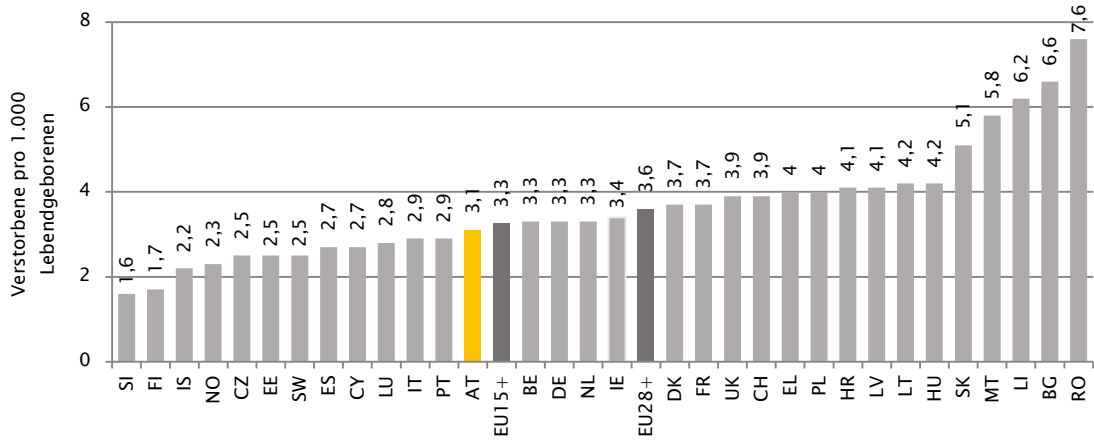
Quellen: Statistik Austria – Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2017; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.48:
Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt, 1972–2015



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1972–2015; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.49:
Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2015



Quelle: Eurostat (2017b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Säuglingssterblichkeit war in Österreich bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre stark rückläufig und stagnierte in den letzten Jahren.
- » In den meisten Ländern treten rund zwei Drittel der Todesfälle im ersten Lebensjahr während der ersten vier Lebenswochen (neonatal) ein.
- » Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 Lebendgeburten 3,1 Säuglinge, die im ersten Lebensjahr verstarben (259 Säuglinge). Mehr als die Hälfte dieser Todesfälle ereignete sich in der ersten Lebenswoche.
- » Es gibt kein eindeutiges regionales Muster in der Säuglingssterblichkeit: Im Jahr 2015 war sie in Wien (4,3) am höchsten und in Tirol am niedrigsten (1,3). Allerdings schwanken die jährlichen Werte, daher wird auch ein 5-Jahres-Durchschnitt dargestellt. Im Zeitraum 2011–2015 lag die Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt bei 3,2 verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeburten. Regional war im 5-Jahres-Durchschnitt die Säuglingssterblichkeit in Wien (4,6) am höchsten, während Tirol (2,3) auf den niedrigsten Wert kam.
- » Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bildung und Säuglingssterblichkeit: Im Jahr 2012 lag die Rate der betroffenen Frauen mit maximal einem Pflichtschulabschluss bei 4,6 Promille, jene der Frauen mit Hochschulabschluss bei 2,6 Promille.
- » Österreich liegt bei der Säuglingssterblichkeit unter dem Durchschnitt der EU-28+ von 3,6.
- » Die niedrigste Säuglingssterblichkeit gab es 2015 in Slowenien (1,6), Finnland (1,7) und Island (2,2). Im europäischen Vergleich zeichnet sich ein Ost-West-Gefälle zu Ungunsten der neuen osteuropäischen Mitgliedstaaten ab, die eine deutlich höhere Säuglingssterblichkeit aufweisen als der Rest Europas.

Limitationen

Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland verstorbene Säuglinge mit österreichischer Staatsbürgerschaft gezählt. Dadurch ist zwar die Vollzähligkeit verbessert, aber auch ein Zeitreihenbruch von 2008 auf 2009 gegeben. Bei der Interpretation sollten weitere geburtsspezifische Indikatoren berücksichtigt werden. Fälle, die in anderen Ländern aufgrund unzureichender Versorgung gar nicht erst oder aber bereits tot zur Welt kommen würden, können diese Statistik verzerren.

Teilweise sind internationale Unterschiede in den Säuglingssterberaten auf unterschiedliche Erfassungsmethoden für Frühgeburten zurückzuführen. In vielen Ländern sind keine an der Schwangerschaftsdauer oder dem Geburtsgewicht ausgerichteten Grenzwerte für die Meldung von Sterbefällen vorgesehen. Allerdings gibt es diese Grenzwerte in Norwegen, in der Tschechischen Republik, in Frankreich, den Niederlanden und in Polen (OECD 2012).

Literatur

- Abilleira, S.; Ribera, A.; Permanyer-Miralda, G.; Tresserras, R.; Gallofre, M. (2012): Noncompliance with certain quality indicators is associated with risk-adjusted mortality after stroke. In: *Stroke* 43/41094–1100
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000): WHOQOL, WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Leipzig
- Aust, Birgit (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. In: *WZB Discussion Paper WZB p 94–201* (1994), 46 p
- Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Stadler, Isabel; Habl, Claudia (2013): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Gesundheit Österreich GmbH,
- Berkman, Nancy D; Sheridan, Stacey L; Donahue, Katrina E; Halpern, David J; Crotty, Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: *Annals of internal medicine* 155/297–107
- Blot, William J.; Tarone, Robert E. (2015): Doll and Peto's Quantitative Estimates of Cancer Risks: Holding Generally True for 35 Years. In: *Journal of the National Cancer Institute* 107/4
- BMASK (2015): Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2015. BMASK, Wien
- BMG (2013): NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014): Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (Hg.) (2015a): Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte. Ambulatory Care Sensitive Conditions Analysen und Empfehlungen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMG (Hg.) (2015b): Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMG (Hg.) (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Hg. v. Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Gesundheit, Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGF (2017): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bongue, B.; Laroche, M. L.; Gutton, S.; Colvez, A.; Gueguen, R.; Moulin, J. J.; Merle, L. (2011): Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. In: *Eur J Clin Pharmacol* 67/121291–1299
- Börsch-Supan, Axel; Brandt, Martina; Hunkler, Christian; Kneip, Thorsten; Korbmacher, Julie; Malter, Frederic; Schaan, Barbara; Stuck, Stephanie; Zuber, Sabrina (2013): Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: *International journal of epidemiology* 42/4992–1001
- Börsch-Supan, Axel (2017): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 4. Wave 6. Release version: 6.0.0. SHARE-ERIC. Data set
- Brach, C; Dreyer, BP; Schyve, P; Hernandez, LM; Baur, C; Lemerise, AJ; Parker, RM (2012): Attributes of a Health Literate Organization. In: *Inst Med*
- Bradley, E. H.; Herrin, J.; Elbel, B.; McNamara, R. L.; Magid, D. J.; Nallamotheu, B. K.; Wang, Y.; Normand, S. L.; Spertus, J. A.; Krumholz, H. M. (2006): Hospital quality for acute myocardial infarction: correlation among process measures and relationship with short-term mortality. In: *Jama* 296/172–78
- Bruin, A. de; Picavet, H. S. J.; Nossikov, Anatoly; World Health Organization. Regional Office for Europe. (1996): Health interview surveys : towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publications European series WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Bürgisser, Titus (2008): Schulklima und Schulkultur. In: *Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Hg. v. Wicki, Werner; Bürgisser, Titus. Haupt, Bern. S. 159–141
- Colditz, G.; Dejong, W.; Hunter, D.; Trichopoulos, D.; Willett, W. (1996): Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1: Causes of human cancer. In: *Cancer Causes Control* 7 Suppl 1/S3–59
- Colditz, G. A.; Atwood, K. A.; Emmons, K.; Monson, R. R.; Willett, W. C.; Trichopoulos, D.; Hunter, D. J. (2000): Harvard Report on Cancer Prevention Volume 4: Harvard Cancer Risk Index. In: *Cancer Causes & Control* 11/6477–488

- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon; McGuire, Alistair (2011): Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms*. In: The Economic Journal 121/554F228–F260
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 6. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Czypionka, T.; Röhrling, G.; Ulinski, S. (2014): Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): Einflussfaktoren international und in Österreich Institut für Höhere Studien, Wien
- De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: Journal of Epidemiology and Community Health 59/8619–627
- Doll, R.; Peto, R. (1981): The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. In: J Natl Cancer Inst 66/61191–1308
- EUCAN (2015): WHO International Agency for Research on Cancer [Online] [Zugriff am 22.05.2015]
- European Commission (2013): ECHI Indicator Development and Documentation – Joint Action for ECHIM Final Report Part II
- European Commission (o.J.): Healthy Life Years (HLY) [Online]
- Eurostat (2014): European Health Interview Survey 2014 [Online]. Eurostat – Statistical Office of the European Union [Zugriff am 09.02.2017]
- Eurostat (2017a): EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [Online]. Eurostat – Statistical Office of the European Union
- Eurostat (2017b): Mortality and life expectancy statistics [Online]. Eurostat – Statistical Office of the European Union
- Ferlay, J.; Steliarova-Foucher, E.; Lortet-Tieulent, J.; Rosso, S.; Coebergh, J. W.; Comber, H.; Forman, D.; Bray, F. (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. In: European Journal of Cancer 49/61374–1403
- Gaber, Elisabeth; Wildner, Manfred (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Gay, Juan; Devaux, Marion; de Looze, Michael; Paris, Valérie (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and Methodological Issues. In: OECD Health Working Papers, 55
- Green, Francis; Mostafa, Tarek (2012): Trends in job quality in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg

- Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Eisenmann, Alexander (2015): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Habimana, Katherina; Bachner, Florian; Ostermann, Herwig; Bobek, Julia; Ladurner, Joy (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Hackl, Monika; Hanika, Alexander; Klotz, Johannes; Leitner, Barbara; Zielonke, Nadine (2015): Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Hartley, Louise; Igbinedion, Ewemade; Holmes, Jennifer; Flowers, Nadine; Thorogood, Margaret; Clarke, Aileen; Stranges, Saverio; Hooper, Lee; Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: The Cochrane Library
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project
- Jagger, Carol; Gillies, Clare; Moscone, Francesco; Cambois, Emmanuelle; Van Oyen, Herman; Nusselder, Wilma; Robine, Jean-Marie (2008): Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. In: The Lancet 372/96562124-2131
- Jha, P. (2009): Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. In: Nature Reviews Cancer 9/9655-664
- Joumard, Isabelle; Chatal, Olivier; André, Christophe; Nicq, Chantal (2008): Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. Workingpapers. Hg. v. OECD Economics Department. OECD
- Karasek, Robert A.; Theorell, Tores (1990): Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books
- Kessler, Daniel P; Geppert, Jeffrey J (2005): The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. In: Journal of Economics & Management Strategy 14/3575-589
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health literacy. The solid facts. Hg. v. World Health Organization. Kopenhagen

- Klimont, J.; Baldaszti, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Kopetsch, Thomas (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur. Hg. v. Bundesvereinigung, Kassenärztliche. Berlin
- Li, Min; Fan, Yingli; Zhang, Xiaowei; Hou, Wenshang; Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: *BMJ open* 4/11e005497
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermaun, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6399–405
- Morin, L.; Fastbom, J.; Laroche, M. L.; Johnell, K. (2015): Potentially inappropriate drug use in older people: a nationwide comparison of different explicit criteria for population-based estimates. In: *Br J Clin Pharmacol* 80/2315–324
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3179–187
- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: *Health Affairs* 27/158–71
- Nyqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: *Aging and Mental Health* 17/4394–410
- Öberg, M.; Jaakkola, M.S.; Woodward, A.; Peruga, A.; Prüss-Ustün, A. (2011): Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. In: *The Lancet* 377/9760139–146
- OECD (2011): *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. 1 Aufl., OECD, Paris
- OECD (2012): Säuglingssterblichkeit. In: *Die OECD in Zahlen und Fakten 2011–2012*. OECD268–269
- OECD (2013): *Health at a Glance 2013 – OECD Indicators*. OECD, Paris
- OECD; European Union (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing,
- OECD (2015a): *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris
- OECD (2015b): *Health Statistics*. OECD Publishing, Paris
- OECD (2017): *Health Statistics*. OECD Publishing, Paris

- Or, Zeynep (2000): Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries. OECD Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 98–91
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (Hg.) (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC
- Purdy, S.; Griffin, T.; Salisbury, C.; Sharp, D. (2009): Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. In: Public Health 123/2169–173
- Raaschou-Nielsen, Ole; Andersen, Zorana J.; Beelen, Rob; Samoli, Evangelia; Stafoggia, Massimo; Weinmayr, Gudrun; Hoffmann, Barbara; Fischer, Paul; Nieuwenhuijsen, Mark J.; Brunekreef, Bert; Xun, Wei W.; Katsouyanni, Klea; Dimakopoulou, Konstantina; Sommar, Johan; Forsberg, Bertil; Modig, Lars; Oudin, Anna; Oftedal, Bente; Schwarze, Per E.; Nafstad, Per; De Faire, Ulf; Pedersen, Nancy L.; Östenson, Claes-Göran; Fratiglioni, Laura; Penell, Johanna; Korek, Michal; Pershagen, Göran; Eriksen, Kirsten T.; Sørensen, Mette; Tjønneland, Anne; Ellermann, Thomas; Eeftens, Marloes; Peeters, Petra H.; Meliefste, Kees; Wang, Meng; Bueno-de-Mesquita, Bas; Key, Timothy J.; de Hoogh, Kees; Concin, Hans; Nagel, Gabriele; Vilier, Alice; Grioni, Sara; Krogh, Vittorio; Tsai, Ming-Yi; Ricceri, Fulvio; Sacerdote, Carlotta; Galassi, Claudia; Migliore, Enrica; Ranzi, Andrea; Cesaroni, Giulia; Badaloni, Chiara; Forastiere, Francesco; Tamayo, Ibon; Amiano, Pilar; Dorronsoro, Miren; Trichopoulou, Antonia; Bamia, Christina; Vineis, Paolo; Hoek, Gerard (2013): Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). In: The Lancet Oncology 14/9813–822
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Unterweger, Katrin; Gugglberger, Lisa; Felder-Puig, Rosemarie (2013): Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n. Ludwig Boltzmann Institut, Wien
- Ramelow, Daniela; Deutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Reich, O.; Rosemann, T.; Rapold, R.; Blozik, E.; Senn, O. (2014): Potentially inappropriate medication use in older patients in Swiss managed care plans: prevalence, determinants and association with hospitalization. In: PLoS One 9/8e105425
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2012): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 – Subjektive Gesundheit. In: Faktenblatt zu GEDA 2012. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: *Current Opinion in Psychiatry* 16/SUPPL. 2S101–S105
- Schubert, I.; Kupper–Nybelen, J.; Ihle, P.; Thurmann, P. (2013): Prescribing potentially inappropriate medication (PIM) in Germany's elderly as indicated by the PRISCUS list. An analysis based on regional claims data. In: *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 22/7719–727
- Services, US Department of Health and Human (2004): *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*, Atlanta, GA
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high–effort/low–reward conditions. In: *Journal of occupational health psychology* 1/127–41
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS–EU) Consortium (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12/80–
- Statistik Austria (2015): *Krebserkrankungen* [Online] [Zugriff am 02. 10. 2015]
- Stein, C. J.; Colditz, G. A. (2004): Modifiable risk factors for cancer. In: *Br J Cancer* 90/2299–303
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self–rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: *Health and Place* 13/2324–334
- Titze, S.; Ring–Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010): *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*, Wien
- Van der Doef, M.; Maes, S. (1999): The Job Demand–Control(–Support) model and psychological well–being: A review of 20 years of empirical research. In: *Work and Stress* 13/287–114
- Van Vegchel, N.; De Jonge, J.; Bosma, H.; Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. In: *Social Science and Medicine* 60/51117–1131
- Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose–response meta–analysis of prospective cohort studies. In: *Bmj* 349/g4490
- WHO (2009a): *Global Database on Body Mass Index of the World Health Organization* 24.02.2012. World Health Organization, Genf
- WHO (Hg.) (2009b): *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva

WHO (2010): Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke, Geneva

WHO (2014): Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization, Genf

Wolf, Michael S; Gazmararian, Julie A; Baker, David W (2005): Health literacy and functional health status among older adults. In: Archives of Internal Medicine 165/171946-1952

Zielonke, Nadine; Hackl, Monika; Baldaszi, Erika (2014): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich 2014. Statistik Austria, Wien