

1 DATENQUELLEN

Zusammenfassung

Die Datenlage für die bevölkerungsbezogene Erfassung der **Morbidität** ist sowohl quantitativ als auch qualitativ sehr eingeschränkt.

Die wichtigsten Datenquellen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sind Gesundheitsbefragungen, spezifische Studien, verschiedene Krankheitsregister (vor allem das Österreichische Krebsregister) und administrative Statistiken (wie etwa die Spitalsentlassungsstatistik und Statistiken der Versicherungsträger). Der österreichische Gesundheitssurvey erfasst nun neben Personen aus Privathaushalten auch Menschen, die in Heimen, Kranken- und Pflegeanstalten leben, deren Anteil an Krankheitsgruppen in bisherigen Gesundheitsbefragungen nicht erhoben wurde.

Für die **Mortalität** wird auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen.

Die Beurteilung der genannten Daten muss unter dem Gesichtspunkt der jeweils zutreffenden Einschränkungen ihrer Aussagekraft und Qualität erfolgen.

Die Datenlage für die bevölkerungsbezogene Erfassung der **Morbidität** (Krankheitshäufigkeit) ist sowohl quantitativ als auch qualitativ sehr eingeschränkt. Die wichtigsten Datenquellen hierzu sind Gesundheitsbefragungen, spezifische Studien, verschiedene Krankheitsregister (vor allem das Österreichische Krebsregister) und administrative Statistiken wie etwa die Spitalsentlassungsstatistik und Statistiken der Versicherungsträger. Für die **Mortalität** (Sterblichkeit) wird auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen. Für **internationale Vergleiche** kann auf die Datenbanken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verwiesen werden. Zur Beurteilung der Datenqualität der oben erwähnten Quellen bezüglich ihrer Aussagekraft sind jedoch einige methodische Bemerkungen notwendig. Im Folgenden werden daher die **wich-**

Summary: Data sources

*The available **morbidity** data for the population are limited both in scope and in quality.*

The main sources of data on the state of health of the population are health surveys, specific studies, a number of disease registries (in particular the Austrian cancer registry), and administrative statistics (such as the hospital discharge statistics and statistics of health insurance funds). The Austrian health survey has been expanded from persons living in private households to also include people living in residential homes, care facilities and other nursing facilities, who were not included in the previous health surveys.

*The **mortality** data are obtained from the cause of death statistics.*

The data presented in this publication should be used bearing in mind the respective limitations concerning their relevance and quality.

tigsten, in der Gesundheitsberichterstattung **routinemäßig** verwendeten Quellen in Hinblick auf ihre **Qualität und Aussagekraft** bzw. ihre **Einschränkungen** näher beschrieben.

Selbstverständlich werden außer den genannten Quellen in der Gesundheitsberichterstattung darüber hinaus noch weitere Datenquellen benützt, doch sind diese meist vom jeweilig gesetzten inhaltlichen Schwerpunkt abhängig.

Gesundheitsbefragungen

Gesundheitsbefragungen geben die subjektive Einschätzung der Befragten wieder (Eigenangaben) und beziehen sich im Allgemeinen nur auf Personen in Privathaushalten (Ausnahme: aktueller Gesundheitssurvey von STATISTIK AUSTRIA, siehe unten.) So-

mit ist die Bevölkerung in Krankenanstalten, Pflegeheimen, Seniorinnen- und Seniorenheimen und sonstigen Institutionen meist ausgeschlossen, was Aussagen zur Prävalenz von bestimmten Gesundheitsproblemen (vor allem im höheren Lebensalter) erschwert.

Trotz dieser Einschränkungen stellen Gesundheitsbefragungen eine durchaus legitime Erhebungsmethode des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dar. Sie geben einen wichtigen, oft sogar den einzigen Anhaltspunkt zum Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung. Wenngleich einzelne Befragungen aufgrund meist verschiedener Stichprobengrößen, unterschiedlicher Samplestruktur und Bezugspopulationen, unterschiedlicher Fragestellungen und Antwortvorgaben nicht immer direkt vergleichbar sind, bieten sie darüber hinaus den Vorteil der internen Korrelation von Gesundheitsvariablen mit soziodemografischen Variablen.

Die Bedeutung von Gesundheitsbefragungen wird vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen ersichtlich. Da es in Österreich – abgesehen von einigen Ausnahmen wie dem Österreichischen Krebsregister – keine Routinestatistiken gibt, die kontinuierlich Aufschluss über die Häufigkeit und Entwicklung von chronischen Krankheiten geben könnten, stellt die Gesundheitsbefragung die wichtigste Datenquelle in diesem Bereich dar.¹

Die aktuelle österreichweite Gesundheitsbefragung durch STATISTIK AUSTRIA stammt aus dem Jahr 2006/07² und stellt die Fortsetzung der früheren, zuletzt im Jahr 1999 durchgeführten **Mikrozensus**-Erhebung zur Gesundheit dar. Inhalt des Fragebogens sowie Fragestellung entsprechen den Richtlinien von EUROSTAT. Als wesentlicher Unterschied zu früheren Befragungen ist hervorzuheben, dass erstmals in dieser Art von Erhebung der Gesamtbevölkerung auch **An-**

stalten inkludiert sind. Bis vor kurzem bezogen sich fast alle Gesundheitsbefragungen nur auf Personen in Privathaushalten. Somit wurde der bei vielen Krankheitsgruppen hohe Anteil von Betroffenen im fortgeschrittenen Alter, vor allem wenn bereits hospitalisiert oder in einem Pflegeheim, nicht erfasst.

Eine erste Auswertung dieser umfangreichen Befragung für Österreich liegt seit 21. August 2007 vor. Zeitreihen sind jedoch momentan nur in sehr eingeschränktem Ausmaß möglich bzw. in vielen Fällen aufgrund der veränderten Fragestellung problematisch.

Auch die im Folgenden angeführten Befragungen werden für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Wiener Bevölkerung herangezogen: Zum einen der von der Stadt Wien beauftragte **Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey** (Befragungszeitraum 1999–2001)³, zum anderen die ebenfalls von der Stadt Wien finanzierte und von IFES durchgeführte Befragung „Wiener Lebensqualitätsstudie 2009“⁴. Diese versteht sich als innovative Weiterentwicklung der Vorgängerbefragungen aus den Jahren 1995 (Leben in Wien) und 2003 (Leben und Lebensqualität in Wien).

Wenngleich die Stichprobengröße, die Art der Erhebung (Telefon- oder Face-to-Face-Interviews), die Auswahl der Stichprobe, die Schulung der Interviewerinnen und Interviewer, Länge und Umfang der Befragungen usw. variieren⁵ und die zum Teil divergierenden Werte daher nicht miteinander vergleichbar sind, bieten sie doch wichtige (und oft einzige) Anhaltspunkte für die Abschätzung des Gesundheitszustandes der Wienerinnen und Wiener. Vor allem aber besteht bei derartigen Befragungen die Möglichkeit der Korrelation mit sozialen und anderen gesundheitsrelevanten Variablen, die für die Berichterstattung von Interesse sind.

¹ STATISTIK AUSTRIA (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung, S. 18.

² Erhebungszeitraum März 2006 bis Februar 2007. Befragung der Bevölkerung ab 15 Jahren in Form von persönlichen Interviews.

³ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, mit Tabellenband (intern).

⁴ IFES (2009), Wiener Lebensqualitätsstudien: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien 2008.

⁵ Gesundheitsbefragung STATISTIK AUSTRIA: knapp 1.500 computergestützte Face-to-Face-Interviews durch geschulte Interviewerinnen und Interviewer; Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey: ca. 4.000 Face-to-Face-Interviews in zwei Befragungswellen; Leben in Wien: 8.300 Telefoninterviews. Alle drei genannten Befragungen sind sehr umfassend und gehen über eine reine Gesundheitsbefragung hinaus.

Spitalsentlassungsstatistik (Diagnosestatistik der Krankenanstalten)

Neben Befragungen zur selbst berichteten Morbidität, diversen Registern, Statistiken zu meldepflichtigen Krankheiten sowie den Statistiken der Sozialversicherungen zu Krankenständen wird auch die Spitalsentlassungsstatistik der Akutkrankenanstalten gemeinhin zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung herangezogen. Wengleich keine der genannten Quellen ein hundertprozentiges Abbild des tatsächlichen Krankheitsgeschehens bietet, so geben sie doch, mit den nötigen Einschränkungen interpretiert, einen wichtigen Hinweis auf das Ausmaß vorherrschender Krankheiten bzw. lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu.

Im Allgemeinen kann deshalb auch von den Daten der Krankenanstalten nicht auf die Gesamtmorbidität einer Bevölkerung geschlossen werden, wengleich sie wichtige Anhaltspunkte für das Krankheits- und Leistungsgeschehen bieten. Die Anzahl von Spitalsaufenthalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulantem zu stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Auch das 1997 neu eingeführte Verrechnungssystem der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF, siehe Glossar), welches auf leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen beruht, schlägt sich in der Statistik nieder (z. B. Steigerung der Aufnahmen bei gleichzeitigem Rückgang der Aufenthaltsdauer).

Seit dem Jahr 1998 übermittelt das für Gesundheit zuständige Bundesministerium jährlich medizinische und administrative Patientinnen- und Patientendaten von den österreichischen Krankenanstalten an STATISTIK AUSTRIA. Dabei werden nur die stationär aufgenommenen Fälle erfasst. Dies ist durch das Bundesgesetz zur Dokumentation im Gesundheitswesen geregelt. Anhand dieser Daten wird in der STATISTIK AUSTRIA jährlich die **Statistik der Spitalsentlassungsfälle** nach Hauptdiagnosen erstellt und publiziert.⁶

Die aus der Spitalsentlassungsstatistik gewonnenen Daten beziehen sich daher nur auf jene Krankheitsfälle, die in einer Krankenanstalt stationär behandelt wurden, einschließlich Tagespatientinnen und -patienten. Es handelt sich dabei um eine **fallbezogene Statistik**, d. h. eine Person, die mehrmals während eines Jahres stationär aufgenommen wird, wird bei jedem Aufenthalt gesondert registriert. Das erschwert bzw. verhindert etwa bei chronischen und therapieaufwendigen Krankheiten, die meist mit wiederholten Aufnahmen in Verbindung stehen (z. B. Krebstherapie), eine Interpretation in Bezug auf Prävalenz in der Bevölkerung.

Als Diagnosesystematik wird seit dem Berichtsjahr 2001 die **ICD-10 BMSG 2001-Version** verwendet. Bei **Zeitreihenvergleichen** ist es daher möglich, dass es zu Brüchen einerseits aufgrund der Einführung der ICD-10-Klassifikation, andererseits durch Einführung des **Verrechnungssystems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** kommt. Vor allem die Umstellung auf LKF im Jahr 1997 und die daraus folgenden Auswirkungen auf die Anzahl der Aufnahmefälle und die jeweilige Aufenthaltsdauer macht die Analyse zeitlicher Trends problematisch. Für eine aussagekräftige Trendanalyse ist daher dieser Bruch zu berücksichtigen bzw. ist für die Interpretation einer Zeitreihe sinnvollerweise das Jahr 1997 als Trennlinie zu benützen.

Zusätzlich wird seit dem Berichtsjahr 2005, dem internationalen Berechnungsmodus entsprechend, die **Aufenthaltsdauer** in der Spitalsentlassungsstatistik insofern korrigiert, als die so genannten **Null-Tages-Patientinnen und -Patienten** (früher als Ein-Tages-Patientinnen und -Patienten gezählt) nun in der Berechnung der Aufenthaltsdauer nicht mehr mitberücksichtigt, sondern als Null-Tagesaufenthalte gesondert ausgewiesen werden. Als Null-Tagesfälle werden jene Fälle bezeichnet, welche am Tag der stationären Aufnahme vor Mitternacht wieder entlassen werden (tagesklinische Versorgung). Somit wird in der Statistik nur mehr eine Aufenthaltsdauer von ein und mehr Tagen ausgewertet, was zu einer Veränderung der Werte führt und ebenfalls die Interpretation einer Zeitreihe erschwert. Außerdem wird in der statistischen Auswertung der Aufenthaltsdauer nun zusätzlich zur Darstellung des arithmetischen Mittels

⁶ STATISTIK AUSTRIA, <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/index.html>.

der Median abgebildet. Gleichzeitig werden seit 2005 erstmals die Ergebnisse nur der **Akutkrankenanstalten** präsentiert.⁷

Aus den genannten Gründen mussten in diesem Bericht vorerst einige Trend-Grafiken aus dem zuletzt publizierten Bericht übernommen werden, da eine Neuberechnung bzw. Angleichung der früheren Werte für Wien derzeit nicht möglich ist.

Für Auswertungen der Spitalsentlassungsstatistik stehen Angaben zur **Hauptdiagnose bei der Entlassung** (nicht aber zu den zusätzlich behandelten Erkrankungen) sowie zur **Dauer der stationären Aufenthalte** zur Verfügung. Grundsätzlich sind regionale, geschlechts- und altersspezifische Differenzierungen möglich.

Die Nichtberücksichtigung der **Neben-/Zusatzdiagnosen** führt bei manchen Krankheiten, wie etwa Diabetes – eine häufige Nebendiagnose vor allem bei älteren Menschen – zu Verzerrungen durch Unterrepräsentanz in der Statistik.

Auswertungen auf **Bundesebene** können entweder unter Bezugnahme auf die den jeweiligen Bundesländern zugeordneten Krankenanstalten vorgenommen werden, oder unter Bezugnahme auf den Wohnort der behandelten Personen, d. h. unabhängig vom Standort der behandelnden Krankenanstalt. Da im vorliegenden Bericht die Gesundheitssituation der Wiener Bevölkerung im Mittelpunkt der Betrachtung steht und nicht das Leistungsgeschehen in den Wiener Krankenanstalten, gilt bei der Darstellung der stationär behandelten Krankheitsgruppen das Hauptaugenmerk der **Wiener Wohnbevölkerung** (in allen österreichischen Krankenanstalten). Allerdings ist die nach dem **Standort** der Krankenanstalten geführte Statistik detaillierter in Hinblick auf Untergliederung der Hauptkrankheitsgruppen und empfiehlt sich daher für die genauere epidemiologische Auswertung. Auch in Hinblick auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erschien es sinnvoller, die Situation in **Wiener Krankenanstalten** darzustellen. Ebenso

waren für die Gegenüberstellung der Aufenthaltsdauer in österreichischen und Wiener Spitälern die Daten nach dem Standort der Krankenanstalt heranzuziehen.

Todesursachenstatistik

Wie bei der Spitalsentlassungsstatistik gilt auch für die Todesursachenstatistik, dass bisher nur die **Haupttodesursache** für die Dokumentation herangezogen wird. Für den Großteil der Auswertungen im vorliegenden Bericht (Epidemiologie) lagen zuletzt die Daten aus dem Jahr 2008 vor. Für das Kapitel Demographie konnten bereits Daten aus dem Jahr 2009 eingearbeitet werden.

Da die Todesursachenstatistik nur die Haupttodesursachen erfasst, werden hier weder die Auswirkungen von **Multimorbidität** noch das Ausmaß des Einflusses von Lebensstilfaktoren ersichtlich. Die Qualität der Todesursachenstatistik hängt von vielen Faktoren ab, insbesondere aber von der Qualität der Angaben durch die Ärztinnen und Ärzte sowie von einer konsistenten Kodierung der Todesursachen.⁸

Die Qualität der Todesursachenstatistik hängt von vielen Faktoren ab, insbesondere aber von der Qualität der Angaben durch die Ärztinnen und Ärzte sowie von einer konsistenten Kodierung der Todesursachen. Die Ausfüllqualität selbst steigt mit einer genaueren Untersuchung des Todesfalls und somit auch mit der Obduktionshäufigkeit.^{9 10}

Krankheitsregister, Routinestatistiken

Das seit 1969 per Gesetz bestehende Österreichische Krebsregister (Inzidenzstatistik) zählt zu den wichtigsten Datengrundlagen für Krebserkrankungen. Hierbei handelt es sich um eine lebende Datenbank, d. h. für jede Veröffentlichung werden die jeweils aktuellen Gesamtdaten herangezogen. Die Vollständigkeit des österreichischen Krebsregisters soll durch die gesetzliche Meldepflicht der Krankenanstalten gewährleistet werden.

⁷ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 92–93.

⁸ Das Grundleiden, also die zugrunde liegende Todesursache, wird aus den ärztlichen Angaben auf dem Formblatt ermittelt und durch ein geschultes Team kodiert. – LEITNER (2007), Epidemiologische Trends bei den Herz-Kreislaufkrankungen, S. 896.

⁹ Siehe Abschnitt 3 – Lebenserwartung und Mortalität, Kap. 3.2.3 Todesursachenstatistik: Obduktionen.

¹⁰ LEITNER (2007): Epidemiologische Trends bei den Herz-Kreislaufkrankungen, S. 896 f.

Für die **Analyse der Entwicklung der Krebserkrankungen** kann man auf verschiedene Maßzahlen zurückgreifen. Zum einen stehen die jährlichen Absolutzahlen der Neuerkrankungen zur Verfügung (Inzidenz). Diese sind jedoch nicht für zeitliche, alters- und geschlechtsspezifische Vergleiche oder Vergleiche zu anderen Bevölkerungen (z. B. Bundesländervergleich, internationaler Vergleich) geeignet. Deshalb werden altersstandardisierte Raten berechnet, basierend auf einer (fiktiven) Standardbevölkerung¹¹ (**altersstandardisierte Inzidenzraten**). Hierbei wird innerhalb jeder Altersgruppe eine Rate auf 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts berechnet. Setzt man diese Raten zueinander in Beziehung, kann man das Risiko für bestimmte Gruppen vergleichen.¹² Die verwendeten Zahlen zu den Krebserkrankungen beinhalten nur invasive Tumore, also keine Carcinoma in situ-Fälle (Oberflächenkarzinome). Enthalten sind jedoch die so genannten DCO-Fälle (Death Certificate Only), also jene Sterbefälle an Krebs, welche vor dem Ableben der Person bzw. vor Feststellung der Todesursache nicht dem Krebsregister gemeldet worden sind.¹³ Die zum Zeitpunkt der Berichterstattung aktuellsten Daten zur Krebsinzidenz beziehen sich auf das Jahr 2007. Ergebnisse zu den Krebssterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik.¹⁴

Über das Ausmaß der Verbreitung von chronischen Krankheiten ist wenig bekannt. Zum einen fehlen in Österreich nach wie vor wichtige Register wie etwa für Diabetes mellitus (Typ 2), Herzkrankheiten (vor allem Herzinfarkte), oder Osteoporose, womit Aussagen zur Inzidenz dieser Krankheiten entweder nur auf der Krankenhausstatistik (die jedoch eine Fall- und keine Personenstatistik ist und die Fälle nur nach Hauptdiagnosen registriert) oder auf internationalen Schätzungen beruhen (wie z. B. im Fall von Diabetes). Es gibt zwar eine Vielzahl kleinerer Register, doch sind diese maximal auf ein Bundes-

land, meistens jedoch nur auf ein paar mitwirkende Spitäler oder bestimmte Einrichtungen beschränkt und verfügen somit über keine repräsentative Aussagekraft.

Ein wichtiges Register für das gesamte Bundesgebiet, das vor allem auch eine sehr gute Datenqualität aufweist, ist jedoch das österreichische Krebsregister. Vielfach muss bei Angaben zur Abschätzung der Verbreitung chronischer Krankheiten auch auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen werden. Diese Statistik wird jedoch nur nach Haupttodesursachen geführt und gibt daher keine Auskunft über die vor allem bei chronischen Krankheiten meist vorherrschende Multimorbidität.

Umso bedeutender sind daher Gesundheitsbefragungen, die zumindest einen Einblick in die Prävalenz verschiedenster chronischer Krankheiten in der Bevölkerung geben.

Vorsorgeuntersuchungen

Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen werden zur Zeit weder österreichweit noch für das gesamte Bundesland Wien ausgewertet. Seit 1. April 2009 sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Bögen zu den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Zwecke einer Evaluierung elektronisch zu übermitteln. Danach (voraussichtlich ab 2010) wird eine Evaluierung der Gesamtdaten möglich sein.

Zur Verfügung stehen daher lediglich die Auswertungen der von der Magistratsabteilung 15 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu bedenken, dass es sich hier um einen **doppelten** Auswahlfehler (*selection bias*)¹⁵ handelt, der eine Gesamtinterpretation zur gesundheitli-

¹¹ Es gibt mehrere mögliche Standardbevölkerungen, die als Berechnungsgrundlage herangezogen werden können. Voraussetzung für eine brauchbare Analyse und Berichterstattung sind jedoch Kontinuität und Vergleichbarkeit. Die Wahl der Standardbevölkerung ist in Österreich nicht einheitlich. Von STATISTIK AUSTRIA wird die Welt-Standardbevölkerung der WHO verwendet, andere Institutionen beziehen sich auf die von EUROSTAT auf der von der WHO definierten europäischen Standardbevölkerung basierende Version. Da für die Gesundheitsberichte der Stadt Wien die Daten von STATISTIK AUSTRIA bezogen werden, beziehen sich auch die errechneten Raten auf die Welt-Standardbevölkerung der WHO. Siehe auch Glossar am Ende dieses Berichts.

¹² Definition altersstandardisierte Raten: Siehe auch Glossar am Ende des Berichts.

¹³ Siehe Glossar am Ende des Berichts.

¹⁴ STATISTIK AUSTRIA (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 91–92.

chen Situation der Wiener Bevölkerung erschwert bzw. unmöglich macht:

Zum einen ist davon auszugehen, dass die Gruppe, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt, überwiegend durch besondere Merkmale gekennzeichnet ist: Etwa Personen mit einem überdurchschnittlich ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein oder, im umgekehrten Fall, Personen, denen von der Ärztin/vom Arzt aufgrund eines deutlichen Risikofaktors (wie etwa Übergewicht oder Rauchen) oder bereits eingetretener gesundheitlicher Beschwerden eine Vorsorgeuntersuchung empfohlen wurde. Insgesamt nimmt nur ein relativ geringer Teil der Bevölkerung Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

Der zweite Auswahlfehler besteht darin, dass die Untersuchungsstellen des Magistrats der Stadt Wien nur einen Teil der bestehenden Angebote zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung darstellen. Das heißt, die Gruppe, die eine Vorsorgeuntersuchung bei einer Einrichtung des Magistrats vornehmen lässt, ist ebenfalls durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet. Ein Teil dieser MA 15-Vorsorgeuntersuchungen erfolgt übrigens mobil in Betrieben, die ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Untersuchung ermöglichen wollen.

Dennoch ist das vorhandene Datenmaterial der Magistratsabteilung 15 wertvoll und gewährt einen gewissen Einblick, auch bezüglich der Entwicklung im Zeitverlauf.

Magistratsinterne Daten

Verschiedene Daten werden aus magistratsinternen Quellen bezogen. So etwa Angaben zu **meldepflichtigen Infektionskrankheiten**. Dies betrifft Daten zu Tuberkulose, bakterielle und virale Infektionen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen etc.

Invaliditätspensionen

Die Statistik zu den Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit) – also den gesundheitsbedingten vorzeitigen Pensionierungen bzw. Invaliditätspensionen – gibt einen interessanten Einblick in die gesamtgesellschaftliche Bedeutung bestimmter Krankheiten. Diese Auswertungen stehen jedoch nur für Gesamtösterreich und nicht auf Bundesländerebene zur Verfügung. Für den vorliegenden Bericht lagen die Auswertungen für das Jahr 2009 vor.

Potenziell verlorene Lebensjahre, behinderungs- und qualitätsbereinigte Lebensjahre (PYLL, DALYs/DALE, QALYs)

Die nach Krankheitsgruppen gegliederten **potenziell verlorenen Lebensjahre** (*Potential Years of Life Lost, PYLL*) sind eine von der OECD publizierte Maßzahl für die vorzeitige (vermeidbare) Sterblichkeit unter besonderer Gewichtung der Todesfälle in jüngeren Lebensjahren. Ausgangspunkt ist ein Lebensalter von 70 Jahren.¹⁶

Die international vergleichbaren Daten für **behinderungsbereinigte Jahre** (*Disability-Adjusted Life Years, DALYs*, bzw. *Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE*) können der Health For All-Datenbank der WHO¹⁷ entnommen werden. Diese von Expertinnen und Experten aufgrund des Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens eines Landes errechneten Werte eignen sich für internationale Vergleiche und geben Auskunft über das Morbiditätsgeschehen in einem Land, haben jedoch keine Aussagekraft für das Individuum.

¹⁵ Statistischer Fachterminus, der besagt, dass sich die Gruppe der Untersuchten oder Befragten durch bestimmte, wesentliche Merkmale von der Grundgesamtheit (Gesamtbevölkerung) unterscheidet.

¹⁶ OECD: Health Data <<http://www.sourceoecd.org>> (Zugangsberechtigung erforderlich).

¹⁷ WHO: European health for all database <<http://www.euro.who.int/hfad>>.

Hingegen erweist sich eine Auswertung der **qualitätsbereinigten Lebensjahre für bestimmte Krankheiten** (*Quality-Adjusted Life Years, QALYs*) als sehr

kompliziert und problematisch.¹⁸ Für Österreich stehen zur Zeit keine derartigen Berechnungen zur Verfügung.¹⁹

¹⁸ QALYs werden durch spezielle Befragungen erhoben, wobei bei der Interpretation die jeweilige Fragestellung zu berücksichtigen ist. Sie drücken ein subjektives Maß aus, d. h. die subjektive Einschätzung/Wertschätzung des Befragten gegenüber Gesundheit und Krankheit. Ein wesentlicher Faktor für die Berechnung ist die Gewichtung etwa nach dem Alter des Befragten, da dies nachweislich die Wertschätzung von Gesundheit/Krankheit beeinflusst. Es gibt drei verschiedene Verfahren (unterschiedliche Instrumente) zur Berechnung von QALYs.

¹⁹ Auskunft des Instituts für Höhere Studien (IHS), Wien.

II. DEMOGRAPHIE

DEMOGRAPHY

INHALT

2 DEMOGRAPHIE	43
2.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR	43
2.1.1 Altersstruktur	44
2.1.2 Wien im Bundesländervergleich	46
2.2 BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	47
2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung	48
2.2.2 Wanderungen	53
2.3 BEVÖLKERUNGSPROGNOSE FÜR WIEN 2009–2050	55