

Datenquellen und Methoden

Der Wiener Gesundheitsbericht verarbeitet Gesundheitsdaten, die einer Vielfalt verschiedener Quellen entstammen. Dazu gehören national und international durchgeführte **Umfrageerhebungen (Surveys)**, in denen Personen aus der Bevölkerung zu ihrer Gesundheit und anderen Themen befragt werden. Die österreichische Gesundheitsbefragung, der Austrian Health Interview Survey (> ATHIS), ist ein Teil des European Health Interview Surveys (EHIS) und repräsentativ für die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Traditionell ist er eine zentrale Datenquelle österreichischer Gesundheitsberichte. Ein Grund liegt darin, dass gewisse Informationen wie die Häufigkeit von Krankheiten in Österreich nicht ausreichend administrativ erfasst werden. Eine weitere wichtige Gesundheitsbefragung ist der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (> SHARE) für die Bevölkerung ab ca. 50 Jahren². Er wird besonders bei altersrelevanten Themen als ergänzende Quelle verwendet.

Auch Befragungen zu anderen inhaltlichen Schwerpunkten wie die European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) und der Mikrozensus enthalten einige etablierte Fragen zur Gesundheit. Sie dienen ebenfalls als ergänzende Quellen – hauptsächlich wegen ihrer Aktualität. Grundsätzlich werden von jeder Befragung die aktuellsten verfügbaren Datensätze verwendet: ATHIS-Daten aus 2019, Daten aus der SHARE-Erhebung 2021, EU-SILC-Daten aus den Jahren 2021 und 2022 sowie Daten zur arbeitsbezogenen Gesundheit aus dem Mikrozensus 2020. Ergebnisse früherer Befragungswellen wurden zu Vergleichszwecken aus älteren Berichten übernommen (siehe Tabellen zur zeitlichen Entwicklung).

Nach ihrer Bereitstellung durch die erhebenden Organisationen wurden die Datensätze für die Analyse adaptiert. Dies beinhaltete die Eingrenzung der Datensätze auf Wiener Befragte mitsamt Gewichtung nach der Wiener Bevölkerungsstruktur, die Bildung neuer Kategorien durch Umcodieren von > Variablen, das Zusammenführen von Teildatensätzen etc. Die Analyse bestand meist in Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen (um Gesundheitsvariablen nach Personengruppen, z.B. Frauen und Männer, zu vergleichen). Verwendet wurde dazu die Funktion „benutzerdefinierte Tabellen“ des Statistikprogramms SPSS. Sie erlaubt es, Anteile (z.B. chronisch Kranker an der Bevölkerung = > Prävalenz) und Mittelwerte (z.B. im Index der Lebensqualität) inklusive > Konfidenzintervalle (KI)³ zu berechnen. Die KI sind in den Grafiken als gestrichelte Linien dargestellt. Diese lassen mit einem Blick erkennen, ob sich die jeweils dargestellten Anteile bzw. Mittelwerte > signifikant unterscheiden: Das ist der Fall, wenn sich zwei gestrichelte Balken- oder Säulenenden nicht überschneiden.

Die zweite Art von Datenquellen für den Wiener Gesundheitsbericht sind (eingeschränkt oder öffentlich zugängliche) **Datenbanken** für administrativ erfasste Daten. Diese werden bei Spitalsaufnahmen, Leistungserbringungen, der Totenbeschau und anderen Prozessen im Gesundheitssystem routinemäßig erhoben bzw. dokumentiert. Dazu gehört die (teilweise kostenpflichtig) öffentlich zugängliche Datenbank StatCube der Statistik Austria, die einen Zugang zu vielfältigen relevanten Daten wie Bevölkerungszahlen, Gestorbene nach Todesursachen und Krebserkrankte bietet. Für die Darstellung im Bericht mussten die Zahlen für Wien gefiltert sowie erforderlichenfalls zur Bevölkerung in Verhältnis gesetzt und > altersstandardisiert werden.

Nur eingeschränkt zugängliche Daten zu den in den öffentlichen Spitälern dokumentierten Aufenthalten, Diagnosen⁴ und Leistungen wurden vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über das Daten-Auswertungssystem

- 2 Im Unterschied zu ATHIS inkludiert SHARE die Anstaltsbevölkerung (z.B. in Pflegeheimen). Auf jüngere Menschen spezialisiert ist dagegen die Gesundheitsbefragung Health & Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), die den Kern des für 2024 geplanten Kinder- und Jugendgesundheitsberichts bilden wird.
- 3 Die berechneten Anteile und Mittelwerte sind nur Schätzungen des in der Wiener Bevölkerung (= Grundgesamtheit) existierenden „wahren Wertes“. Das KI gibt eine Bandbreite an, in der dieser „wahre Wert“ mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % (= Konfidenzniveau) liegt.
- 4 Die Dokumentation der Diagnosen wie auch der Todesursachen bei der Totenbeschau erfolgt auf Basis der im ICD-10-Katalog gelisteten Codes (sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html), die bestimmten Krankheiten zugeordnet sind. Dem Herzinfarkt sind z.B. die Codes I21 und I22 (akuter bzw. rezidivierender > Myokardinfarkt) zugeordnet.

DIAG zur Verfügung gestellt. Daten zu den Ärzt*innenzahlen und der Versorgungslage im niedergelassenen Bereich stammen von der Informationsplattform BIG des Dachverbands der Sozialversicherungsträger ergänzt um Daten aus der Ärzt*innenliste der Ärztekammer. Informationen aus diesen Datenbanken wurden geografisch nach Wien bzw. in Wien lebenden Personen und anderen Kriterien (Fachbereiche, Anbieter*innen, Krankheitsgruppen etc.) gefiltert. Die Resultate wurden in Grafiken und Tabellen übertragen.

Die Befragungs-Datensätze wurden vorwiegend zur Berechnung von **Anteilen** Erkrankter bzw. Betroffener – meist als Prävalenz in den letzten 12 Monaten – genutzt. Hingegen wurden die den Datenbanken entnommenen absoluten Zahlen zur Bevölkerungszahl Wiens in Bezug gesetzt und daraus **Raten** je 100.000 bzw. 1.000 Einwohner*innen (EW) berechnet. Die so gewonnenen Maßzahlen sind: > Inzidenzen (Neuerkrankungen je 100.000 EW) sowie **rohe** und **altersstandardisierte**⁵ > Sterberaten (Gestorbene je 1.000 EW bzw. 100.000 EW). Auch die Anzahl der Ärzt*innen wird je 100.000 EW angegeben. Daraus lassen sich wiederum die > Ärztlichen Ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 EW ableiten. In sie fließt auch die „Versorgungsleistung“ der Ärzt*innen (erfasst durch E-Card-Steckungen) mit ein. Alle diese Maßzahlen beziehen sich auf ein Kalenderjahr.

Bei manchen Themen war die **direkte** Berechnung von Prävalenz und Inzidenz mangels Dokumentation der entsprechenden Daten nicht möglich. Es konnte dann aber **indirekt** und näherungsweise aus anderen Quellen darauf geschlossen werden. Das betraf die Krebs-Prävalenz sowie die Herzinfarkt-Inzidenz.

Da bei Krebs nur die Neuerkrankungen und Todesfälle verzeichnet werden, war nur über den langjährigen Abgleich (1983 bis 2017) beider Datenquellen die annähernde Prävalenz zu berechnen. Da von Herzinfarkten nicht die Neuerkrankungen, wohl aber Todesfälle und Spitalsaufnahmen erfasst werden, war die Inzidenz daraus nur indirekt zu berechnen: Die Kombination beider Quellen sollte aber so gut wie alle jährlichen Neuerkrankungen von Herzinfarkt abdecken, da diese entweder sofort zum Tod führen oder andernfalls stationär behandelt werden müssen (Stadt Wien 2017, 25).

Zusätzlich zu den oben angeführten Datenquellen und Maßzahlen war es zu bestimmten Themen notwendig, Zahlenmaterial von einschlägig tätigen **Organisationen** anzufordern, darunter: Zahlen zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Daten zu gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen vom Wiener Arbeitsmarktservice (AMS) und Zahlen zur Demenz von den Psychosozialen Diensten in Wien (PSD). Die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) steuerte einen Textbeitrag, in dem das Unternehmen und seine Projektstätigkeit beschrieben wird, bei. Das Redaktionsteam möchte den genannten Organisationen ausdrücklich seinen Dank für die Unterstützung aussprechen.

5 Die Altersstandardisierung erfolgt auf Basis der Europabevölkerung 2013 (ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028). Die Altersstruktur Wiens der Jahre, in denen die Sterbefälle bzw. Neuerkrankungen auftraten, wurde dabei (durch Gewichtung von 5-Jahres-Altersgruppen) an die Altersstruktur dieser Standardbevölkerung jeweils angepasst. Dadurch können aussagekräftige Vergleiche zwischen Jahren und territorialen Einheiten (Ländern, Regionen, Bezirken) angestellt werden.

