Standard-Dokumentation Metainformationen

(Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität)

zur

Gesundheitsbefragung 2019

Diese Dokumentation gilt für folgende Berichtszeiträume:
2019

Die Statistik war Gegenstand eines Feedback-Gesprächs zur Qualität am 29.09.2021.

Bearbeitungsstand: **09.09.2022**

STATISTIK AUSTRIA
Die Informationsmanager

STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
A-1110 Wien, Guglgasse 13
Tel.: +43 1 711 28-0
www.statistik.at

Direktion Bevölkerung
Bereich Demographie und Gesundheit

Ansprechperson:
Mag. Jeannette Klimont
Tel.: +43 1 711 28–8277
E-Mail: jeannette.klimont@statistik.gv.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary **4**
1 Allgemeine Informationen **7**
1.1 Ziel und Zweck, Geschichte **7**
1.2 Auftraggeber:innen **7**
1.3 Nutzer:innen **7**
1.4 Rechtsgrundlage(n) **8**
2 Konzeption und Erstellung **9**
2.1 Statistische Konzepte, Methodik **9**
2.1.1 Gegenstand der Statistik 9
2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten 9
2.1.3 Datenquellen, Abdeckung 9
2.1.4 Meldeeinheit/Respondent:innen 10
2.1.5 Erhebungsform 10
2.1.6 Charakteristika der Stichprobe 10
2.1.7 Erhebungstechnik/Datenübermittlung 10
2.1.8 Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen) 11
2.1.9 Teilnahme an der Erhebung 12
2.1.10 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition 12
2.1.11 Verwendete Klassifikationen 13
2.1.12 Regionale Gliederung 13
2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen **13**
2.2.1 Datenerfassung 13
2.2.2 Signierung (Codierung) 14
2.2.3 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen 14
2.2.4 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen) 14
2.2.5 Hochrechnung (Gewichtung) 15
2.2.6 Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden 16
2.2.7 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen 16
2.3 Publikation (Zugänglichkeit) **17**
2.3.1 Endgültige Ergebnisse 17
2.3.2 Publikationsmedien 17
2.3.3 Behandlung vertraulicher Daten 17
3 Qualität **18**
3.1 Relevanz **18**
3.2 Genauigkeit **18**
3.2.1 Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität 18

3.2.2 Nicht-stichprobenbedingte Effekte 20
3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit 23
3.4 Vergleichbarkeit 23
3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit 23
3.4.2 Internationale und regionale Vergleichbarkeit 24
3.4.3 Vergleichbarkeit nach anderen Kriterien 25
3.5 Kohärenz 25
4 Ausblick 27
5 Abkürzungsverzeichnis 27
6 Anlagen 28

Executive Summary

Die Österreichische Gesundheitsbefragung ist eine auf europäischer Ebene harmonisierte Befragung über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung von Personen in Privathaushalten und bildet eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung. Zentrale Themen sind das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung, die Verbreitung von riskantem Gesundheitsverhalten, das individuelle Gesundheitsbewusstsein sowie die Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote und medizinischer Versorgungsleistungen.

Von Oktober 2018 bis September 2019 führte Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Bundesgesundheits-agentur die dritte Welle der Gesundheitsbefragung durch. Für diese österreichweite Erhebung, welche auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basiert, nahmen sich 15 461 Personen, davon 7 166 Männer und 8 295 Frauen, im Alter von 15 und mehr Jahren die Zeit, in persönlichen Interviews detaillierte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu geben. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,4 Mio. Personen). Darüber hinaus liefert die Befragung Informationen zur Gesundheit und zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren durch Befragung eines Elternteils. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese allein auf Selbstangaben der Befragten beruhen. Die regional tiefste Gliederung für die Darstellung der Ergebnisse sind die Gesundheitsversorgungsregionen.

Vorlage für das Fragenprogramm der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (Austrian Health Information Survey – ATHIS 2019) war die dritte Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Information Survey – EHIS). Diese ist – wie auch bereits die zweite Welle des EHIS – gesetzlich verpflichtend umzusetzen (vgl. die Verordnungen des Europäischen Parlaments und des Rates EG. Nr. 1338/2008 sowie 2018/255). Im Gegensatz dazu wurde die erste EHIS-Welle noch auf freiwilliger Basis in 17 europäischen Ländern durchgeführt (in Österreich 2006/07). Ziel des EHIS ist es, eine harmonisierte Gesundheitsbefragung auf europäischer Ebene zu realisieren. Der Fragenkatalog für die EHIS-Welle 3 blieb gegenüber Welle 2 weitgehend unverändert, um Vergleiche über die Zeit zu ermöglichen. Er besteht aus Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, zur Gesundheitsvorsorge und zu soziodemographischen und sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen.

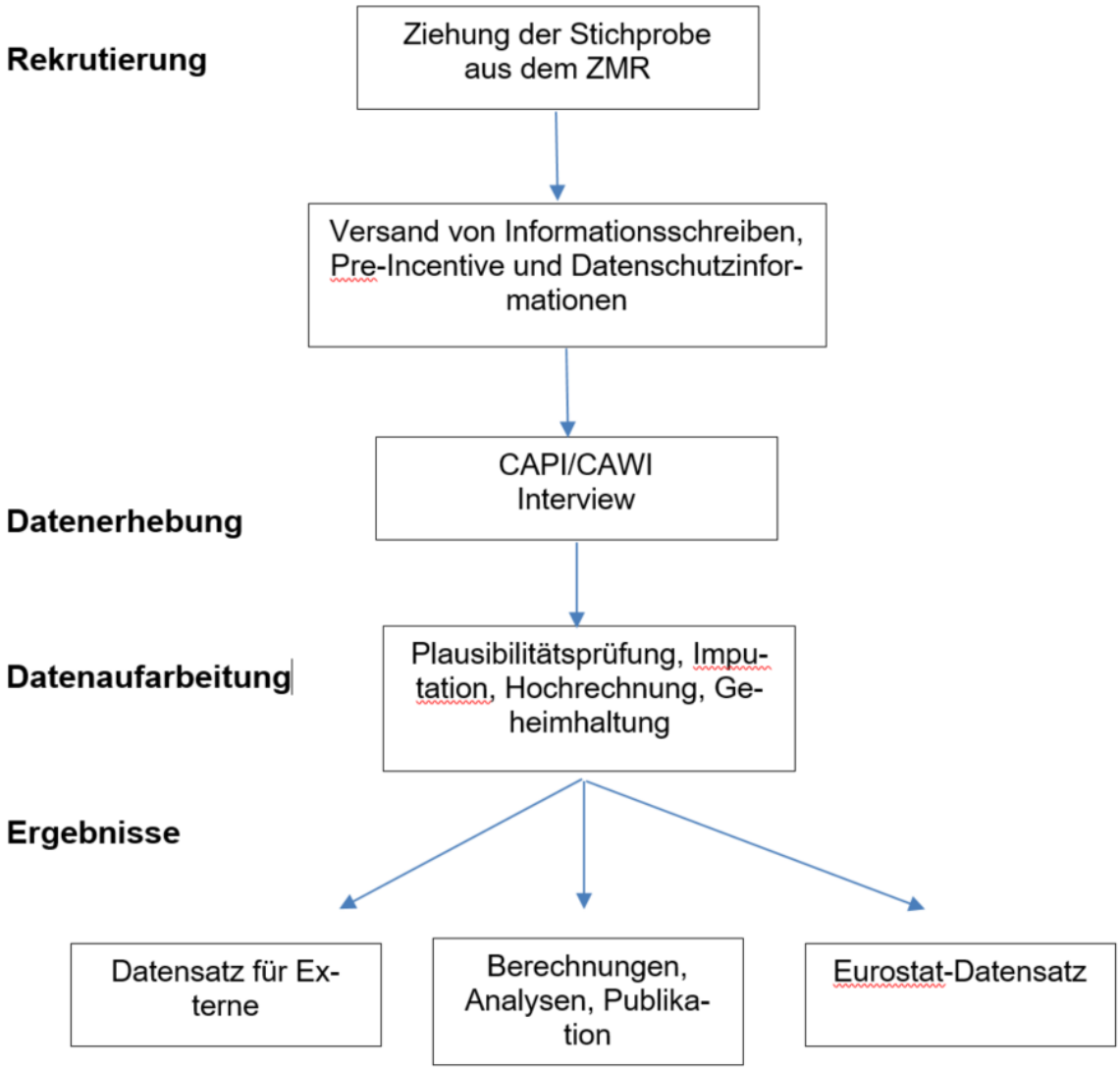
Daneben bot der ATHIS 2019 die Möglichkeit, auch spezifische nationale Informationsbedürfnisse abzudecken, die im Vorfeld der Erhebung mit den relevanten Stakeholdern abgestimmt wurden. Die nationalen Zusatzfragen befassten sich mit der Lebensqualität, dem Präsentismus[1], der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, ausgewählten chronischen Krankheiten, ambulanter Gesundheitsversorgung und funktionalen Tätigkeiten. Ebenso wurden – wie auch schon beim ATHIS 2014 – Informationen zum Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder erhoben.

[1] Von Präsentismus spricht man, wenn man trotz Krankheit in die Arbeit geht.

Der Kernbereich des Fragenkatalogs des ATHIS 2019 umfasst neben Daten zu persönlichen Merkmalen wie Alter oder Geschlecht folgende Aspekte:

- Subjektive Gesundheitswahrnehmung
- Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme
- Unfälle/Verletzungen
- Funktionale Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Lebensqualität
- Risikofaktoren und gesundheitsrelevantes Verhalten
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Vorsorgeverhalten
- Kindergesundheit

Abbildung 1 Der Datenproduktionsprozess im ATHIS 2019



Q: STATISTIK AUSTRIA.

Gesundheitsbefragung 2019 – Wichtigste Eckpunkte	
Gegenstand der Statistik	Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und medizinische Versorgung
Grundgesamtheit	Österreichische Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (inkl. Proxy-Auskünfte für Kinder unter 18 Jahren von Zielpersonen)
Statistiktyp	Primärstatistische Erhebung
Datenquellen/Erhebungsform	Stichprobenerhebung bei 15 461 Personen CAPI- und CAWI-Interviews
Berichtszeitraum bzw. Stichtag	Feldphase: Oktober 2018 bis September 2019 Berichtszeitraum: Aktuelle Situation bezogen auf das Interviewdatum bzw. auf unterschiedlich lange Referenzzeiträume
Periodizität	Mehrjährliche Erhebung (2006/07, 2014, 2019). Ab 2019 alle sechs Jahre
Teilnahme an der Erhebung (Primärstatistik)	Freiwillig
Zentrale Rechtsgrundlagen	Verordnung (EU) 2018/255 der Kommission vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) Durchführungsbeschluss (EU) 2018/257 der Kommission vom 19. Februar 2018 zur Gewährung von Ausnahmeregelungen für bestimmte Mitgliedstaaten bezüglich der Übermittlung von Statistiken gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS)
Tiefste regionale Gliederung	Gesundheitsversorgungsregion
Verfügbarkeit der Ergebnisse	Endgültige Daten: t + 12 Monate
Sonstiges	Alle erhobenen Informationen waren Selbstangaben der Befragten.

1 Allgemeine Informationen

1.1 Ziel und Zweck, Geschichte

Gesundheitsbefragungen bilden eine unverzichtbare Datenquelle für die Gesundheits-Berichterstattung. Mit den gewonnenen Informationen lassen sich Zusammenhänge von Krankheitshäufigkeiten (Morbidität), Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren analysieren und Unterschiede nach Alter, Geschlecht und weiteren sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren erkennen. Die Gesundheitsbefragung gibt Auskunft über die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten. Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Daten sind eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitspolitik und Versorgungsstellen, um sich an den aktuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren zu können.

In Österreich werden Gesundheitsbefragungen in unregelmäßigen Abständen bereits seit den 1970er Jahren durchgeführt. Während die Gesundheitsbefragungen der Jahre 1973, 1983, 1991 und 1999 sowie die Raucherbefragungen der Jahre 1972, 1979 und 1997 im Rahmen des Mikrozensus durchgeführt wurden, waren die im Jahr 2006/07, 2014 und 2019 angesetzten Befragungen eigenständige Erhebungen (ATHIS). Die ATHIS-Erhebungen unterscheiden sich im Erhebungsdesign und Frageprogramm wesentlich von den früheren Erhebungen, weshalb längere Zeitreihen nur punktuell, wie etwa bei der subjektiven Gesundheitswahrnehmung oder dem täglichen Rauchen, abgebildet werden können.

1.2 Auftraggeber:innen

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie Bundesgesundheitsagentur

1.3 Nutzer:innen

Nationale Institutionen

- Bundesministerien
- Politische Institutionen (Nationalrat, Bundesrat, Landtage, etc.)
- Interessenvertretungen (z. B. Sozialpartner, Kammern, Standesvertretungen, etc.)
- Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden)
- Statistik Austria (interne Nutzerinnen und Nutzer)
- Forschungsinstitute
- Gesundheit Österreich GmbH

Internationale Institutionen

- Europäische Kommission
- OECD
- UNO bzw. Suborganisationen

- WHO

Sonstige Nutzer:innen

- Medien
- Forschungseinrichtungen
- Gesundheitseinrichtungen
- Unternehmen
- Gemeinnützige Organisationen bzw. Non-Profit-Organisationen
- Allgemeine Öffentlichkeit

1.4 Rechtsgrundlage(n)

Die Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS) wurde auf der Grundlage der Verordnung EU-VO (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates durchgeführt. Diese legt im Anhang 1 fest, dass in regelmäßigen Abständen eine Gesundheitsbefragung durchgeführt werden soll, um die Europäische Kommission über den Gesundheitszustand der europäischen Bevölkerung und die Faktoren, die diesen bestimmen, zu informieren. Darüber hinaus regelt eine Durchführungsverordnung (Verordnung 2018/255) die Details der Befragung. Der Durchführungsbeschluss (EU) 2018/257 gewährt Österreich eine Ausnahmeregelung in Bezug auf den Zeitraum der Datenerhebung (2018–2020).

Bundesgesetz über die Bundesstatistik (Bundesstatistikgesetz 2000) BGBl. I Nr. 163/1999 idgF

2 Konzeption und Erstellung

2.1 Statistische Konzepte, Methodik

2.1.1 Gegenstand der Statistik

Gegenstand der Gesundheitsbefragung 2019 sind der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und in weiterer Folge unter Einbeziehung sozio-demographischer Merkmale die Gesundheitsdeterminanten sowie die Gesundheitsversorgung der in Privathaushalten lebenden österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr. Eingeschlossen sind damit alle Personen ab 15 Jahren, die an Adressen leben, in denen mindestens eine Person laut Zentralem Melderegister (ZMR) ihren Hauptwohnsitz hat. Ausgenommen sind Personen in sog. Anstaltshaushalten (u.a. Krankenhäuser, Wohnheime, Klöster, Pflegeeinrichtungen) bzw. Gemeinschaftsunterkünften und Personen ohne festen Wohnsitz.

Leben im Haushalt der Zielperson eigene Kinder unter 18 Jahren, so ist für jedes Kind ein eigener Fragenbogenblock zum Gesundheitszustand und gesundheitlichen Wohlbefindens des Kindes vom Elternteil zu beantworten. Die Ergebnisse zur Kindergesundheit sind in einem gesonderten Datenbestand verspeichert.

2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten

Beobachtungseinheiten sind Personen in Privathaushalten, darüber hinaus werden Informationen über Haushalte (d. h. wirtschaftliche Einheiten, bestehend aus einer oder mehreren Personen) gesammelt, welche aus Einzelpersonen oder aus einer oder mehreren Familien bestehen können.

Befragt werden Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten über ihren eigenen Gesundheitszustand (Hauptfragebogen). Sind eigene Kinder im Haushalt vorhanden, so wird die Zielperson auch über den Gesundheitszustand ihres Kindes bzw. ihrer Kinder befragt (Kinderfragebogen).

Darstellungseinheit sind einerseits Personen ab 15 Jahren (Hauptfragebogen), andererseits Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Kinderfragebogen).

2.1.3 Datenquellen, Abdeckung

Der ATHIS ist eine Primärerhebung. Auswahlrahmen und Datengrundlage für die Stichprobenziehung ist das Zentrale Melderegister (ZMR). Das ZMR wurde nach der letzten Volkszählung 2001 durch die Zusammenführung der Gemeindemelderegister erstmalig befüllt und wird auf Basis der Wohnsitzmeldungen der Gemeinden laufend aktualisiert. Es enthält für alle in Österreich gemeldeten Personen die jeweiligen Adressdaten der gemeldeten Haupt- und Nebenwohnsitze. Es ist zu berücksichtigen, dass die so genannte Melderealität nicht immer mit der Lebensrealität von Personen übereinstimmt, d. h. mitunter unterscheidet sich die tatsächliche, beim Interview erhobene Haushaltszusammensetzung von jener im ZMR.

2.1.4 Meldeeinheit/Respondent:innen

Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten

2.1.5 Erhebungsform

Stichprobenerhebung

2.1.6 Charakteristika der Stichprobe

Bei der ATHIS-Stichprobe handelt es sich um eine Personenstichprobe. Grundlage für die Ziehung der Stichprobe war das Zentrale Melderegister (ZMR). Aus Gründen der besseren Repräsentativität wurde die Bruttostichprobe räumlich geschichtet. Die Schichtung erfolgte nach den 32 Gesundheitsversorgungsregionen, wie sie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit definiert wurden. Die Stichprobe wurde so gewählt, dass pro Versorgungsregion für netto 475 Personen (Wien: 575 Personen) direkt erhobene Befragungsergebnisse vorlagen bzw. für zumindest 300 Personen in einigen dünn besiedelten Versorgungsregionen. Daraus ergab sich unter der Annahme einer 48-prozentigen Ausschöpfung eine österreichweite Bruttostichprobe von 32 101 Personen. Für die Darstellung der Ergebnisse erfolgte ein Aggregieren der Versorgungsregionen auf die Ebene der Bundesländer.

2.1.7 Erhebungstechnik/Datenübermittlung

Erhebungsablauf: Der erste Kontakt mit Zielpersonen war ein vom Auftraggeber (BMSGPK) und Statistik Austria gemeinsam verfasstes Informationsschreiben sowie eine Datenschutzinformation. Primär wurde über die Zielsetzung der jeweiligen Erhebung informiert und die wichtigsten zu erhebenden Merkmale angeführt. Als kleine Aufmerksamkeit wurden dem Schreiben eine Pflasterbox sowie die Broschüre „Vorhofflimmern“ beigelegt. Durch diese Vorabinformation sollten Überraschungs- oder Prüfungseffekte minimiert und somit ein angenehmes Gesprächsklima ermöglicht werden.

Die primäre Erhebungsmethode war CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing), also eine computerunterstützte persönliche Erhebung. Die Feldarbeit der CAPI-Erhebungen von ATHIS 2019 wurde von durch Statistik Austria beauftragten Erhebungspersonen (Werknehmerinnen und Werknehmer) durchgeführt. Die Kontaktdaten der Zielpersonen wurden den Feldinterviewerinnen und Feldinterviewern elektronisch übermittelt. Beim Kontaktgespräch wurde das Geburtsdatum der Zielperson überprüft und die Bereitschaft für die Erhebung ermittelt. Falls die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Erhebung mitwirken konnte, wurde versucht eine Auskunftsperson für den (verkürzten) Proxy-Fragebogen zu finden.

Der Großteil der Interviews wurde im Zeitraum von Oktober 2018 bis März 2019 mittels persönlicher Befragung durchgeführt (etwa 90 % aller Interviews). Dies war aus Kapazitätsgründen notwendig, um zeitlich nicht mit anderen großen Erhebungen von Statistik Austria zu kollidieren. Zwischen Ende März und Ende September 2019 wurde die Befragung hauptsächlich webbasiert durchgeführt

(Erhebungsmethode: CAWI – Computer Assisted Web Interviewing) und zwar in jenen Gebieten, in denen noch nicht die erforderliche Nettoanzahl an Interviews erreicht worden war. Jene Zielpersonen, die für die webbasierte Befragung vorgesehen waren, erhielten ein Informationsschreiben mit den Zugangsdaten für den Einstieg in den webbasierten Fragebogen. Wurde die Befragung nicht innerhalb einer gewissen Zeit durchgeführt, wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt. 14 225 Befragungen erfolgten durch persönliche Interviews, 1 236 Zielpersonen füllten den webbasierten Fragebogen aus.

Das Erhebungsinstrument bei den persönlichen Interviews bestand aus einem Fragebogen, durch den die Erhebungsperson führte, ergänzt um Fragen zu ausgewählten Themen, die der Respondent bzw. die Respondentin ohne Hilfe der Erhebungsperson beantwortete (SAF – Selbstausfüller). Das geschah mit der Zielsetzung, auch bei sensiblen bzw. komplexen Fragestellungen eine hohe Item-Response zu erhalten. Bei der Erhebungsmethode CAWI füllte die Zielperson die gesamte Befragung selbstständig aus, Filterführung und Plausibilitätskontrollen waren ebenfalls in den Fragebogen eingebaut.

Konnte die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Erhebung mitwirken, wurde von einem Haushaltsmitglied oder einer anderen Auskunftsperson ein verkürzter Proxy-Fragebogen mit Grundinformationen über den Gesundheitszustand der Zielperson beantwortet.

Bei Haushalten mit Kindern unter 18 Jahren gab ein Elternteil im Anschluss an die Befragung zur eigenen Gesundheit Auskunft zum Gesundheitszustand seiner Kinder anhand eines speziellen Kinder-Fragebogens.

2.1.8 Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen)

Der elektronische Fragebogen wurde in der neuen Erhebungsumgebung STATSurv programmiert und stand auf den Laptops der Feldinterviewerinnen und Feldinterviewer zur Verfügung.

Die österreichische Gesundheitsbefragung basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und wurde um nationale Fragen zu gesundheitspolitisch wichtigen nationalen Themen erweitert. Die Durchführungsverordnung zur Europäischen Gesundheitsbefragung legt die an Eurostat zu übermittelnden Zielvariablen (inklusive Ausprägungen) fest. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zwischen den Mitgliedsländern zu erreichen, wurden – wie von Eurostat empfohlen – die „Leitlinien für Methodik und Durchführung der Erhebung“ beachtet sowie der im „Handbuch zur Europäischen Gesundheitsbefragung“ enthaltene Musterfragebogen verwendet. Der EHIS besteht aus Modulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten, zur Gesundheitsvorsorge und einem Modul zu soziodemographischen Hintergrundmerkmalen.

Bei der Gestaltung des Fragebogens erfolgte eine Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut als für die Umsetzung von EHIS in Deutschland zuständiger Institution. Dabei wurde eine gemeinsame deutschsprachige Übersetzung des von Eurostat vorgegebenen englischen Musterfragebogens akkordiert. Zur Erarbeitung des endgültigen Fragenprogramms richtete Statistik Austria eine Arbeitsgruppe ATHIS ein, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen des Bundes, der Bundesländer, dem Bereich der Krankenversicherung sowie Experten und Expertinnen aus der Wissenschaft. Diese diskutierte in insgesamt zwei Sitzungen die vorgeschlagene deutschsprachige Übersetzung des

Musterfragebogens und legte die Themen für einen zusätzlichen nationalen Teil der Gesundheitsbefragung sowie die zugehörigen Fragen fest. Zu beachten waren dabei allerdings die durch die maximale durchschnittliche Interviewzeit von etwa 30 Minuten für eine persönliche Befragung vorgegebenen Beschränkungen.

Die in der Durchführungsverordnung festgelegten Zielvariablen decken folgende Themen ab:

- **Gesundheitszustand (EHSM – Europen Health Status Module):** selbst eingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, Krankenstände, körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen, ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), Schmerzen, psychische Gesundheit (Depression)
- **Gesundheitsversorgung (EHCM – European Health Care Module):** Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (stationärer und ambulanter Bereich), Medikamentenkonsum, Gesundheitsvorsorge, ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen („unmet needs“)
- **Gesundheitsverhalten (EHDM – European Health Determinants Module):** BMI (Körpergröße, -gewicht), körperliche Aktivität, Ernährung (Konsum von Obst und Gemüse, Trinkverhalten), Rauchverhalten, Alkoholkonsum, soziale Unterstützung, Erbringung informeller Pflege- oder Unterstützungsleistungen
- **Soziodemographische Merkmale (EBM – European Background Module):** Geschlecht, Alter, Geburtsland (eigenes und das der Eltern), Staatsangehörigkeit (eigene und der Eltern), Familienstand de jure und de facto, Haushaltstyp, Wohnregion, Urbanisierungsgrad, Lebensunterhalt, berufliche Stellung, Beruf, Wirtschaftszweig, höchste abgeschlossene Schulbildung, Haushaltsnettoeinkommen

Nationale Themen bzw. Zusatzfragen zu verpflichtenden Themen:

- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem
- Präsentismus
- Kindergesundheit
- Lebensqualität (WHOQOL-BREF)
- Zusatzfragen zu chronischen Krankheiten, ADL/IADL (Pflegebedarf), ambulanter Gesundheitsversorgung, Impfungen, Ernährung, Rauchen

ATHIS 2019 Fragebogen

2.1.9 Teilnahme an der Erhebung

Die Teilnahme an der Gesundheitsbefragung war freiwillig. Um die Teilnahmebereitschaft an dieser nicht auskunftspflichtigen Erhebung zu bewirken, wurde allen Zielpersonen ein Einkaufsgutschein angeboten.

2.1.10 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition

Der Berichtszeitraum ist von Merkmal zu Merkmal unterschiedlich und variiert zwischen

- den letzten zwölf Monaten (z. B. chronische Krankheiten, Verletzung aufgrund eines Unfalls, ambulante und stationäre Versorgung)
- den letzten vier Wochen (z. B. Schmerzen, ambulante Versorgung)
- den letzten zwei Wochen (z. B. psychische Gesundheit, Medikamentenkonsum)
- den letzten sieben Tagen (z. B. Schmerzen)
- bis hin zu punktuellen Ereignissen (z. B. Körpergröße, -gewicht, Raucherstatus, Lebensqualität).

Der Fragebogen gliedert sich in drei inhaltliche Module (Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung) sowie ein Modul zu soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen. Eine ausführliche Liste der Erhebungs- und Darstellungsmerkmale findet sich in Annex 1.

2.1.11 Verwendete Klassifikationen

Wirtschaftszweig: Systematik der Wirtschaftstätigkeiten ÖNACE 2008; Kodierung im Viersteller.

Beruf: Ö-ISCO-08, Kodierung im Viersteller.

Die Bildungsebene wurde analog zum Mikrozensus-Merkmal „höchste abgeschlossene Schulbildung“ erhoben und die Ergebnisse anschließend nach der ISCED 2011 abgebildet.

2.1.12 Regionale Gliederung

Tiefste regionale Gliederung der Mikrodaten: Gesundheitsversorgungsregion (Gliederung Österreichs in 32 Regionen, die dem Strukturplan Gesundheit 2017 zugrunde liegen)[2]

Tiefste regionale Gliederung bei Auswertungen: Bundesländer

2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen

2.2.1 Datenerfassung

Die Datenerfassung erfolgte elektronisch unmittelbar während der Interviewführung bei CAPI-Interviews durch die Feldinterviewerin oder den Feldinterviewer (CAPI) sowie durch die Ziel-person für die Fragen zur körperlichen Aktivität und zur Lebensqualität (SAF-Selbstausfüller) bzw. gänzlich durch die Zielperson bei CAWI-Interviews.

Der SAF konnte von der Zielperson elektronisch ausgefüllt werden, das nutzten 98,5 %. Nur ein kleiner Teil der Zielpersonen füllte den SAF am Papier aus (1,5 %), diese Fragebögen wurden nachträglich von Statistik Austria eingegeben.

[2] https://goeg.at/OESG_2017

2.2.2 Signierung (Codierung)

Beruf und Wirtschaftsklasse wurden während des Interviews im Rahmen einer Dialogsignierung mittels Alphabetikum („Lookup“) erfasst und vercodet. War ein Begriff im Alphabetikum nicht enthalten und daher eine Vercodung während des Interviews nicht möglich, wurde eine Klartextangabe erfasst und im Nachhinein vercodet (beim Beruf in 225 Fällen, bei der Wirtschaftsklasse in 367 Fällen).

2.2.3 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen

Die Datenerfassung erfolgte zeitgleich mit der Erhebung. Einer der großen Vorteile einer computerunterstützten Erhebung ist, dass Erfassungsfehler (z. B. bei Angaben zum Betrag eine Null zu viel oder zu wenig) sowie technisch unplausible Antwortmuster (z. B. wechselseitig nicht übereinstimmende Angaben zu Körpergröße und -gewicht) zum Teil bereits während der Befragung korrigiert werden können. Eingebaute Überprüfungen gliedern sich in Fehler und Warnings. Bei einer Fehlermeldung (z. B. Alter bei Rauchbeginn über 99 Jahre) musste ein plausibler Wert eingegeben werden. Somit konnten Eingabefehler erkannt und noch im Laufe des Interviews behoben werden. Bei Warnungen (z. B. Alter bei Rauchbeginn unter 10 Jahren) bestand die Möglichkeit, nach Prüfung der Umstände den zunächst als unplausibel angesehenen Wert zu bestätigen oder gegebenenfalls zu korrigieren. Da diese Prüfschritte bereits während des Interviews stattfinden, liegen zum Umfang dieser durchgeführten Korrekturen keine Daten vor. Fehler durch falsche Filterführung sind ausgeschlossen, da die Filterführung in den elektronischen Fragebogen eingearbeitet und umfangreich überprüft wurden. Die Filterführung sowie gültige Wertebereiche (wenn sinnvoll) konnten bei der Erhebung unmittelbar nachvollzogen werden.

Die Plausibilitätsprüfung umfasst:

- Prüfung der Daten auf richtige Filterführung und gültige Wertebereiche.
- Prüfung auf inhaltliche Konsistenz bzw. fehlende Angaben.

Die Makroplaus erfolgte in erster Linie über Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellierungen und Kohärenzprüfungen mit früheren Gesundheitserhebungen (sofern möglich).

2.2.4 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)

Imputationen wurden bei Item-Non-Response durchgeführt, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal. Bei den meisten Antworten gab es nur wenig Verweigerung oder “Ich weiß nicht”-Antworten. Einzig bei der Frage zum monatlichen Haushaltseinkommen gab es bei 8,6 % keine Angabe. Bei Proxy-Befragungen wurde anhand des Antwortverhaltens im verkürzten Fragebogen eine Imputation des vollständigen Fragebogens durchgeführt.

Imputiert wurde mit dem KNN Verfahren (k-Nearest-Neighbor)[3], wobei die Distanzvariablen[4] für jede zu imputierende Variable nach grundlegender Analyse der Item-Non-Response vorgegeben wurden. Folgende Variablen wurden in die Berechnung der Distanzfunktion immer einbezogen: Geschlecht, Alter, Bildung und Versorgungsregion. Des Weiteren wurden die Variablen subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheit (ja/nein), Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten und Schmerzen bei der Imputation ausgewählter Variable zusätzlich berücksichtigt.

Für die fehlenden Werte bei der Variable „Einkommen exakt“ wurde eine Fallunterscheidung vorgenommen, da bei der Hälfte der Fälle das „Einkommen in Kategorien“ bekannt war. Dieses konnte dann als zusätzliche Distanzvariable mit sehr hohem Gewicht verwendet werden.

Da bei den Impfungen eine „ich weiß nicht“-Antwort eine wichtige Aussage ist, wurde in diesen Fällen nicht imputiert.

2.2.5 Hochrechnung (Gewichtung)

Bei einer Zufallsstichprobe wird ein verkleinertes Abbild der Grundgesamtheit geschaffen. Bei der Berechnung der statistischen Ergebnisse dient diese reduzierte Auswahl dann als Ausgangspunkt für die Darstellung der Grundgesamtheit, die mittels der sogenannten Hochrechnung erfolgt. Dabei werden die mit Hilfe der Stichprobe erhobenen Merkmalswerte zur Schätzung der interessierenden Parameter der Grundgesamtheit herangezogen.

Die Hochrechnung (Gewichtung) der Daten erfolgte in mehreren Schritten. Der erste Schritt war die Ermittlung des Basisgewichts, welches dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushalts im Mikrozensus entspricht. Danach erfolgte mit Hilfe eines logistischen Modells die Non-Response-Anpassung, wobei hierfür Variablen aus dem Auswahlrahmen verwendet werden konnten. Der letzte Schritt war die Kalibrierung der Gewichte anhand bekannter Eckzahlen der Grundgesamtheit:

- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und fünfjährigen Altersgruppen
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Bildungsstand
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft (Österreich, Ausland)
- Bevölkerungszahl der Versorgungsregionen nach Geschlecht und Verwaltungsdateneinkommensgruppen

---

[3] Mit Hilfe des k-NN Imputationsverfahrens werden fehlende Werte einer Variable durch Werte derselben Variable aus anderen Datenzeilen, in denen die Variable vollständig vorhanden ist, imputiert. Dafür durchsucht der k-NN-Algorithmus den gesamten Datensatz nach den k „ähnlichsten“ Datenzeilen, in denen die entsprechende Variable vollständig vorhanden ist, und imputiert dann beispielsweise den Mittelwert aus diesen k Werten.

[4] Als Distanzvariablen werden jene Variablen bezeichnet, die bestimmen, welche Datenzeilen mit dem zu imputierenden Variablenwert „ähnlich“ sind. Umso kleiner die berechnete Distanz zwischen den Variablen, umso „ähnlicher“ sind sie. Je nach Art der Variable (kontinuierlich, kategoriell, etc.) werden unterschiedliche Distanzfunktionen verwendet.

Alle Auswertungen der Daten liefern daher nur unter Einbeziehung dieses Gewichts ein korrektes Ergebnis.

Die Kinderfragebögen wurden in einen eigenen Datensatz übertragen und erhielten dort vorerst das Gewicht der entsprechenden befragten Person. Zusätzlich wurden nun die Gewichte im Kinderdatensatz nach Kinderanzahl nach Alter und Geschlecht angepasst.

2.2.6 Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden

Die auf Plausibilität und Vollzähligkeit geprüften individuellen Datenbestände wurden verspeichert. Jede Datenzeile stellt die Ergebnisse eines Interviews dar.

Es gibt zwei Datenbestände, die über eine Laufnummer verknüpft werden können:

- Hauptdatensatz: 15 461 Datenzeilen
- Kinderdatensatz: 5 601 Datenzeilen

Nach Vorliegen des authentischen internen Datenbestandes wurden die Eurostat-Zielvariablen gebildet. Die Prüfung auf widerspruchsfreies Format der Zielvariablen, richtige Filterführung und gültige Wertebereiche erfolgte durch ein von Eurostat bereitgestelltes Programm.

2.2.7 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen

Nach Fertigstellung der Befragungsinstrumente wurden Tests durchgeführt, um die Fragebögen auf ihre Praktikabilität, Richtigkeit (Filterführung etc.) und Verständlichkeit zu testen.

Vor dem Feldstart erfolgte ein ganztägiges Briefing (Schulung) der Erhebungspersonen. In einem theoretischen Teil wurde über Ziel, Durchführung und Inhalt der Erhebung informiert. Ein praktischer Teil vermittelte das Handling des elektronischen Fragebogens. Interaktives Durchspielen der Interviewsituation bereiteten auf zielorientierte Kontaktgespräche vor.

Als erster Kontakt mit den Stichprobenpersonen wurde ein vom Auftraggeber (BMSGPK) und Statistik Austria gemeinsam verfasstes Informationsschreiben sowie eine Datenschutzinformation versendet. In diesem Brief wurden die Zielpersonen über die Zielsetzung der Erhebung informiert und die wichtigsten zu erhebenden Merkmale angeführt. Als kleine Aufmerksamkeit wurden dem Schreiben eine Pflasterbox sowie die Broschüre „Vorhofflimmern“ beigelegt. Durch diese Vorabinformation sollten Überraschungs- oder Prüfungseffekte minimiert und somit ein angenehmes Gesprächsklima ermöglicht werden.

Zusätzlich wurde auf der Homepage der Statistik Austria eine Seite mit Informationen zur „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019“ eingerichtet. Den Gemeinden wurde ein kurzer Informationstext über die Gesundheitsbefragung 2019 zur Verbreitung in der Bevölkerung zur Verfügung gestellt.

2.3 Publikation (Zugänglichkeit)

2.3.1 Endgültige Ergebnisse

Oktober 2020.

2.3.2 Publikationsmedien

Publikationen:

- Österreichische Gesundheitsbefragung 2019: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.
- Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertungen der Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019.

Beide Publikationen sind als Download im Internet verfügbar.

Statistische Nachrichten

- 12/2020: Wie gesund fühlt sich die österreichische Bevölkerung? Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2019.
- 01/2021: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken und soziodemographische Einflussfaktoren. Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2019.
- 06/2021: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2019.

Internet

- Auf der Internetseite der Statistik Austria stehen im Zweig Statistiken (Gesundheit) zahlreiche Tabellen zur Verfügung.
- Abgabe anonymisierter Einzeldaten
- Die anonymisierten Einzeldaten (SPSS-File) inklusive Metainformationen stehen auf Anfrage kostenfrei zur Verfügung. Siehe dazu „Services/Tools, Services, AMDC – Mikrodaten für die Wissenschaft, Scientific Use Files“.

Internationale Datenbanken:

- WHO (Health for all Database)
- Eurostat
- OECD (Health Data System)

2.3.3 Behandlung vertraulicher Daten

Es werden aus schließlich anonymisierte Daten weitergegeben. Aus der Veröffentlichung der Ergebnisse und Abgabe der anonymisierten Einzeldaten ist kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich. Die Geheimhaltungsbestimmungen für Daten, die in der konsolidierten Fassung des Bundesstatistikgesetzes 2000 mit §19 (2) und (3) geregelt sind, werden strikt eingehalten.

3 Qualität

3.1 Relevanz

Die Gesundheitsbefragung 2019 bildet eine unverzichtbare Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung. Sie liefert repräsentative Aussagen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren. Die Ergebnisse der Studie informieren über das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung, die Verbreitung von riskantem Gesundheitsverhalten, das individuelle Gesundheitsbewusstsein sowie die Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote und medizinischer Versorgungsleistungen. Darüber hinaus liefert die Befragung Informationen zur Gesundheit und zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung bilden eine empirische Basis für wichtige Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Studie liefert zentrale Informationen zur Identifizierung von Gesundheitstrends in der gesamten Bevölkerung, in einzelnen Bevölkerungsgruppen und auch auf regionaler Ebene. Durch die wiederholte Durchführung von Gesundheitsbefragungen können Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung beobachtet werden. Auf Basis dieser Ergebnisse bietet sich die Möglichkeit, zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen und damit einen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und Steigerung der Lebensqualität zu leisten.

Zunehmende Bedeutung erlangt auch der europäische Vergleich gesundheitsrelevanter Sachverhalte, der es ermöglicht, Stärken und Schwächen unseres Gesundheitswesens besser zu erkennen. Durch das Erhebungsdesign ist ein Vergleich auf Ebene der Versorgungsregionen möglich.

3.2 Genauigkeit

3.2.1 Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität

Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Merkmale sind qualitativer bzw. diskreter Natur. Die Auswertung der Merkmale erfolgt überwiegend durch Berechnung von absoluten Häufigkeiten oder relativen Anteilen von Personen. Da der Auswertung die Daten einer Stichprobenerhebung zu Grunde liegen, sind die ausgewiesenen Werte mit einem Stichprobenfehler behaftet, der für jeden Schätzer individuell ermittelt werden kann.

Bei der Gesundheitsbefragung wurden Replikationsgewichte mit einem Bootstrapverfahren[5] generiert, es wurden 1 000 (kalibrierte) Bootstrapgewichte erstellt. Für die Fehlerrechnung wird mit diesen 1 000 Bootstrapgewichten ein Schätzer berechnet und im Anschluss die Standardabweichung dieser 1 000

[5] Es wurde ein Bootstrapverfahren analog zum Mikrozensus angewandt. Für nähere Informationen siehe „Weighting Procedure of the Austrian Microcensus using Administrative Data", Austrian Journal of Statistics, September 2016, Volume 45, 3–14.

Werte berechnet. Diese entspricht dem geschätzten Stichprobenfehler. Der Variationskoeffizient wird als Quotient aus Stichprobenfehler und Schätzer berechnet.

Tabelle 1 Stichprobenfehler und Design Effect für geschätzte Personenzahlen sowie Konfidenzintervalle der entsprechenden Anteile von ausgewählten Indikatoren

Indikator	Anzahl der Personen (ungewichtet)	Anteil in Prozent (gewichtet)	Standard-fehler	95% Konfidenzinterval untere | obere Grenze	Design effect[6]
Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand					
Insgesamt	11 446	74,5	0,4188	73,7 | 75,3	1,19
Frauen	6 082	73,3	0,5738	72,2 | 74,4	1,18
Männer	5 364	75,7	0,6224	74,4 | 76,8	1,23
Personen mit chronischen Krankheiten					
Insgesamt	5 991	38,3	0,4720	37,4 | 39,3	1,21
Frauen	3 297	40,1	0,6556	38,8 | 41,4	1,22
Männer	2 694	36,4	0,6923	35,1 | 37,8	1,22
Personen mit starken Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten					
Insgesamt	1 420	8,9	0,2767	8,4| 09,5	1,21
Frauen	778	9,3	0,3810	8,6 | 10,1	1,19
Männer	642	8,6	0,4135	7,7 | 09,4	1,25
Personen mit einem stationären Spitalsaufenthalt in den letzten zwölf Monaten					
Insgesamt	2 667	16,4	0,3871	15,6 | 17,1	1,30
Frauen	1 462	17,5	0,5513	16,4 | 18,6	1,32
Männer	1 205	15,2	0,5243	14,1 | 16,2	1,24
Personen mit starkem Übergewicht (Adipositas)					
Insgesamt	2 514	17,1	0,3800	0,3 | 0,2	1,24
Frauen	1 260	15,6	0,4833	0,1 | 0,2	1,19
Männer	1 254	18,6	0,6014	0,2 | 0,2	1,29

Q: STATISTIK AUSTRIA.

[6] Design effect: Vergleich der realisierten Stichprobenvarianz mit Varianz einer reinen Zufallsstichprobe.

3.2.2 Nicht-stichprobenbedingte Effekte

3.2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Außerhalb der Stichprobe keine datenquellenrelevanten Aspekte.

3.2.2.2 Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung)

Die Abdeckung der Grundgesamtheit durch den Auswahlrahmen der Stichprobe ist durch die Nutzung des zentralen Melderegisters (ZMR) grundsätzlich gegeben.

Allerdings kann eine derartige Stichprobe praktisch nie zu 100 Prozent ausgeschöpft werden. Personen ausländischer Herkunft sind untererfasst, da sowohl die Aviso-Briefe als auch die Gesundheitsbefragung nur auf Deutsch vorlagen und es bei dieser Bevölkerungsgruppe daher wesentlich schwieriger war, ein vollständiges Interview zu erhalten als bei deutschsprachigen Personen. Durch die Hochrechnung, die getrennt nach In- und Ausländer durchgeführt wurde, ist diese Untererfassung in den Ergebnissen jedoch nicht mehr sichtbar.

Eltern wurden zum Gesundheitszustand ihrer eigenen, im selben Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren befragt. Insgesamt wurden 5 605 Kinderfragebögen beantwortet. Tabelle 2 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung der erfassten Kinder.

Tabelle 2 Erfasste Kinder in der Gesundheitsbefragung 2019 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Insgesamt	Bub	Mädchen
Insgesamt	**5 605**	**2 913**	**2 692**
0–2 Jahre	992	505	487
3–5 Jahre	958	481	477
6–8 Jahre	950	511	439
9–11 Jahre	889	487	402
12–14 Jahre	906	465	441
15–17 Jahre	910	464	446

Q: STATISTIK AUSTRIA.

3.2.2.3 Antwortausfall (Unit-Non Response, Item-Non Response)

Unit-non Response: Der Wert setzt sich aus Personen zusammen, die die Auskunft für die Gesundheitsbefragung verweigert haben. Unit-non-Response wurde im Zuge der Hochrechnung ausgeglichen.

Tabelle 3 zeigt Details zu Stichprobe und Ausschöpfung. Insgesamt wurden für die Stichprobe 32 101 Personen aus den Daten des Zentralen Melderegisters gezogen (Brutto/Bruttostichprobe). 1 493 Adressen wurden als neutrale Ausfälle auf Adressenebene qualifiziert, genauer aufgeschlüsselt bedeutet das: Es gab 1 036 Adressen mit der Vercodung „Adresse existent, keinerlei Kontaktaufnahme möglich“, 193 Adressen mit „Gebäude/Wohnung leerstehend“, 221 Adressen mit „Zielperson während der Feldlaufzeit nicht an Adresse anwesend bzw. Nebenwohnsitz“ und 43 Adressen mit „Kein Privathaushalt bzw. Baustelle“. 30 608 Personen bildeten die Basis zur Ausschöpfungsberechnung (Bruttostichprobe). Ausschöpfungsbelastend waren insgesamt 15 147 Ausfälle (nicht-neutrale Ausfälle). Im Einzelnen gliedern sich diese Ausfälle wie folgt: 13 252 Personen verweigerten die Teilnahme, 198 Personen haben während der Erhebung das Interview abgebrochen (größtenteils bei CAWI-Interviews) und bei 1 697 Personen gab es sonstige Ausfälle wie z. B. Termin wurde nicht eingehalten, vorübergehende Abwesenheit oder mangelnde Deutschkenntnisse. Insgesamt beantworteten somit 15 461 Personen die Gesundheitsbefragung (Nettostichprobe). Die österreichweite Ausschöpfung lag damit bei 15 461 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 50,5 %.

Der Anteil der komplettierten Interviews ist in Tirol am höchsten (52,6 %), in Wien und Salzburg am niedrigsten (47,7 % bzw. 49,0 %). Die Bereitschaft, an der Gesundheitsbefragung mitzuwirken, war bei Frauen etwas höher als bei Männern (52,6 % versus 48,3 %). Bei der Bevölkerung im Alter ab 45 Jahren lag die Ausschöpfung über 50 %, während sie bei der Bevölkerung unter 45 Jahren darunter lag. Die höchste Ausschöpfungsrate fand sich bei den 60- bis 74-Jährigen, die geringste bei den 30- bis 44-Jährigen.

Tabelle 3 Bruttostichprobe, Ausfälle und komplette Interviews nach Bundesland, Geschlecht und Alter bei Stichprobenziehung

Bundesland, Geschlecht, Alter	Brutto/Brutto-stichprobe absolut	Neutrale Ausfälle absolut	Brutto-stichprobe absolut	Netto-stichprobe absolut	Ausschöpfungs-rate in Prozent
Österreich	**32 101**	**1 493**	**30 608**	**15 461**	**50,5**
Bundesland					
Burgenland	1 975	112	1 863	950	51,0
Kärnten	1 983	119	1 864	955	51,2
Niederösterreich	4 955	253	4 702	2 373	50,5
Oberösterreich	5 939	305	5 634	2 860	50,8
Salzburg	1 981	50	1 931	947	49,0
Steiermark	5 937	284	5 653	2 867	50,7
Tirol	3 757	154	3 603	1 896	52,6
Vorarlberg	1 978	94	1 884	957	50,8
Wien	3 596	122	3 474	1 656	47,7
Geschlecht					

Bundesland, Geschlecht, Alter	Brutto/Brutto-stichprobe absolut	Neutrale Ausfälle absolut	Brutto-stichprobe absolut	Netto-stichprobe absolut	Ausschöpfungs-rate in Prozent
Männer	15 640	789	14 851	7 166	48,3
Frauen	16 461	704	15 757	8 295	52,6
Alter bei Stichprobenziehung					
15–29 Jahre	6 814	373	6 441	3 035	47,1
30–44 Jahre	7 278	351	6 927	3 230	46,6
45–59 Jahre	8 795	384	8 411	4 224	50,2
60–74 Jahre	5 826	237	5 589	3 233	57,8
75+ Jahre	3 388	148	3 240	1 739	53,7

Q: STATISTIK AUSTRIA.

Item-non Response: Die Item-non Response stellt die Nichtbeantwortung einzelner Frage-Positionen durch die befragten Personen dar. Fehlende Positionen wurden imputiert.

Bei den meisten Fragen gab es nur wenig Verweigerungen oder „Ich weiß nicht"-Antworten (< 1 %), einzig bei der Frage zum Einkommen lag die Verweigerungsrate bei 8,6 %. Falls die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Erhebung mitwirken konnte, wurde versucht, eine Auskunftsperson für den (verkürzten) Proxy-Fragebogen zu ermitteln. Proxy-Fragebögen wurden in 208 Fällen beantwortet. Rund zwei Drittel der Proxy-Befragungen wurden für Zielpersonen ab 70 Jahren durchgeführt. Gründe für Proxy-Befragungen waren: Gedächtnisproblem (81 Fälle), längerfristige Erkrankung (61 Fälle), schwere geistige Behinderung (34 Fälle), Hörbehinderung (17 Fälle) bzw. Sprachbehinderung (11 Fälle). In den meisten Fällen wurde das Interview mit einem Familienangehörigen durchgeführt.

3.2.2.4 Messfehler (Erfassungsfehler)

Es wurde versucht, Messfehler (Erfassungsfehler) weitgehend auszuschließen, indem Fremdauskünfte generell nicht zugelassen wurden. Dennoch sind Verzerrungen so wie bei jeder Stichprobenbefragung – vor allem bei sensiblen Fragen – nicht zu vermeiden

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung beruhen auf Selbstangaben der Befragten, so auch bei der Angabe von Körpergewicht und Körpergröße, die zur Berechnung des Body-Mass-Index benötigt werden. Dabei ist zu beachten, dass bei Selbstangabe das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße hingegen überschätzt wird.

Auch ist die Messung des individuellen Alkoholkonsums mit mehreren potentiell verzerrenden Einflussfaktoren behaftet. In der Gesundheitsbefragung sind Informationen zum Alkoholkonsum von den Selbstangaben der Befragten abhängig und unterliegen mehr als andere Gesundheitsindikatoren dem sozial erwünschten Antwortverhalten. Aber auch das Erinnerungsvermögen und die richtige

Einschätzung von konsumierten Alkoholmengen können die Ergebnisse beeinflussen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass eine auf Umfragedaten basierende Schätzung des Alkoholkonsums problematischen Alkoholkonsum systematisch unterschätzt.

Fremdauskünfte waren nur bei Personen erlaubt, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. Hier wurde bei Privathaushalten ein Haushaltsmitglied oder eine andere der Zielperson nahestehende Person ersucht, einen verkürzten Fragebogen zu beantworten, der Grundinformationen über den Gesundheitszustand der Zielperson liefern sollte.

3.2.2.5 Aufarbeitungsfehler

Durch die Verwendung der Erhebungsinstrumente CAPI und CAWI sind Aufarbeitungsfehler weitgehend ausgeschlossen (integrierte Filterführung und Plausibilitätstests).

3.2.2.6 Modellbedingte Effekte

Keine bekannt.

3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit

Um die Aktualität der statistischen Ergebnisse beurteilen zu können, ist der gesamte Produktionsprozess von Datenerhebung, -erfassung, Korrektur (Plausibilität), Imputation, Hochrechnung und Publikation zu beachten.

Die Feldphase der Erhebung startete planmäßig am 1. Oktober 2018 und schloss am 29. September 2019. Im Zuge der Aufarbeitung der Gesundheitsbefragung wurden nach Erhalt des Datensatzes Plausibilitätskontrollen, Imputation fehlender Angaben sowie die Hochrechnung durchgeführt. Der plausibilisierte, imputierte und gewichtete Datensatz war Ende März 2020 vorhanden.

Der Abgabetermin für den Bericht über die Hauptergebnisse an das BMSGPK war am 31. August 2020 und wurde eingehalten. Am 19. Oktober 2020 wurden die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung veröffentlicht. Eine mit dem Gesundheitsministerium geplante Pressekonferenz wurde kurzfristig vom Ministerium wegen eines dringenden Termins zur COVID-19-Pandemie abgesagt.

Der Datensatz und das Metadaten-Template wurden termingerecht an Eurostat übermittelt.

3.4 Vergleichbarkeit

3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit

Gesundheitsbefragungen vor dem ATHIS 2006/07 (zugleich der ersten Welle des EHIS) erfolgten zwischen 1970 bis 1999 in unregelmäßigen Abständen als Sonderprogramme im Rahmen des Mikrozensus. Diese unterscheiden sich allerdings wesentlich im Erhebungsdesign und Frageprogramm. Daher lassen sich längere Zeitreihen nur punktuell abbilden.

Die 2006/07 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2006/07) war erstmals eine eigenständige Befragung und basierte auf computerunterstützten, persönlichen Interviews. Der Rahmen für die Stichprobenziehung war die Wohnbevölkerung Österreichs ab 15 Jahren, das heißt, die Anstaltsbevölkerung war bei der Stichprobenziehung nicht ausgeschlossen. Für Zeitvergleiche werden bei Auswertungen aus dem ATHIS 2006/07 nur Informationen von Personen in Privathaushalten herangezogen.

Die 2014 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) war eine telefonische Erhebung bei Personen in Privathaushalten, ergänzt um einen Selbstausfüller für die Beantwortung sensibler bzw. komplexer Fragen. Für den ATHIS 2014 wurde die Stichprobe aus dem Mikrozensus rekrutiert, konkret bedeutet das, dass die aus dem Mikrozensus hinausrotierenden Personen bei ihrem letzten CATI-Kontakt gefragt wurden, ob sie an der Gesundheitsbefragung teilnehmen wollen. Bei der jüngeren und älteren Bevölkerung kam es zu höheren Verweigerungen, die jedoch durch die Hochrechnung ausgeglichen wurden. Dennoch kann ein Bias nicht ausgeschlossen werden, da insbesondere ältere Personen, die in einem schlechteren Gesundheitszustand waren, nicht so gut erreicht werden konnten, und es dadurch tendenziell zu einer Übergewichtung der gesünderen Bevölkerung gekommen sein kann.

Die Gesundheitsbefragung, die 2019 durchgeführt wurde, basierte zum Großteil auf computerunterstützten persönlichen Interviews, rund ein Zehntel wurde webbasiert erhoben. Die Anstaltsbevölkerung war, wie auch 2014, nicht eingeschlossen. Die Ausschöpfungsrate war für alle Altersgruppen annähernd gleich hoch. Für Vergleiche über die Zeit ist es auch wichtig zu überprüfen, ob die Wortlaute der Fragestellungen bzw. die Filterführung im Fragebogen während der einzelnen Befragungswellen gleichgeblieben sind. Während es im Fragenprogramm zwischen den Erhebungen der Wellen 1 und 2 zu zahlreichen Adaptierungen kam (bedingt durch Änderungen im EHIS), gab es zwischen den Wellen 2 und 3 nur geringfügige Änderungen.

3.4.2 Internationale und regionale Vergleichbarkeit

Die europäische Gesundheitsbefragung (EHIS) ist Output-harmonisiert, daher können die Daten der am EHIS teilnehmenden Länder miteinander verglichen werden. Output-Harmonisierung bedeutet, dass von Eurostat ein Katalog an Zielvariablen vorgegeben wird. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zu erreichen, wird empfohlen, die Leitlinien für Methodik und Durchführung der Erhebung zu beachten sowie den im "Handbuch zur Europäischen Gesundheitsbefragung" enthaltenen Musterfragebogen zu verwenden.

Vorteil der Output-Harmonisierung ist die größere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten, Nachteil im Gegensatz zu einer Inputharmonisierung ist eine mögliche Einschränkung der Vergleichbarkeit (Unterschiede zwischen den Ländern bei der Ausformulierung der Fragen, beim Erhebungsdesign, Umgang mit Proxy etc.).

3.4.3 Vergleichbarkeit nach anderen Kriterien

Die Gesundheitsbefragung ermöglicht einen Vergleich des Gesundheitszustandes, der Risikofaktoren und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach soziodemographischen und sozioökonomischen Determinanten. Zu diesem Thema wurde im Auftrag des BMSGPK eine eigene Publikation erstellt, die auf der Homepage der Statistik Austria und des BMSGPK zur Verfügung steht.

3.5 Kohärenz

Für die meisten Themen, die in der Gesundheitsbefragung behandelt werden, stehen keine (administrativen) Daten für einen Vergleich zur Verfügung.

Die Fragen des Minimum Health Modules (MEHM) sind auch im EU-SILC Statistics on Income and Living Conditions) inkludiert. Die Ergebnisse der beiden Befragungen unterschieden sich aus mehreren Gründen:

- unterschiedliches Erhebungsdesign (SILC: Haushaltsstichprobe, ATHIS: Personenstichprobe)
- unterschiedlicher Fokus der Befragungen (SILC: Einkommen und Lebensbedingungen, ATHIS: Gesundheit)
- unterschiedliche Position im Fragebogen (ATHIS: zu Beginn der Befragung, SILC: eher am Ende des Personenfragebogens)
- Im ATHIS werden MEHM-Fragen Personen ab 15 Jahren, bei EU-SILC Personen ab 16 Jahren gestellt.
- Bei Vergleichen dieser Art ist außerdem zu beachten, dass aufgrund zufallsbedingter Schwankungen in beiden Erhebungen Unterschiede in der Verteilung vergleichbarer Variablen auftreten können, die nicht durch Messfehler erklärbar sind.

Die Daten zu den stationären Krankenhausaufenthalten sowie als Tagespatient sind mit der Spitalsentlassungsstatistik aus mehreren Gründen nicht vergleichbar:

- Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine Fallstatistik, in der Gesundheitsbefragung sind es Spitalsaufenthalte auf Personenebene
- Die Spitalsentlassungsstatistik bezieht sich auf alle Spitalsaufenthalte in österreichischen Spitälern (auch von Personen, die nicht ihren Wohnsitz in Österreich haben), die Gesundheitsbefragung bezieht sich auf die österreichische Wohnbevölkerung mit einem Spitalsaufenthalt, unabhängig vom Standort des Spitals.

In der Gesundheitsbefragung wird zur Ermittlung des Äquivalenzeinkommens die Frage aus dem EU-SILC zur Selbsteinschätzung des monatlichen Nettohaushaltseinkommens zum Befragungszeitpunkt (inkl. Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen, Privattransfers aller Haushalsmitglieder) verwendet. Diese Frage wird in EU-SILC nicht für die Berichtserstattung verwendet, sondern dient nur für Plausibilitätszwecke. Für Vergleichszwecke wurden die Ergebnisse des ATHIS und EU-SILC (bezogen auf die oben erwähnte Frage) gegenübergestellt, und es wurde festgestellt, dass die Verteilungen des Äquivalenzeinkommens im ATHIS und EU-SILC ähnlich sind.

Die veröffentlichten Auswertungen aus EU-SILC zum Äquivalenzeinkommen dagegen basieren auf dem verfügbaren Nettojahreshaushaltseinkommen[7] und sind daher nicht mit dem Äquivalenzeinkommen aus dem ATHIS vergleichbar:

- Das Monatseinkommen führt stets zu niedrigeren Schätzungen des Einkommens als das Jahreseinkommen und daher meist auch zu höheren Armutsgefährdungsquoten. Der Unterschied entsteht u. a. durch fehlende Berücksichtigung der 13. und 14. Monatsgehälter, einmaliger Zahlungen sowie auch durch saisonale Beschäftigungsmuster. Es kann daher sein, dass zum Beispiel saisonbeschäftigte Personen bei einer Monatsbetrachtung als armutsgefährdet eingestuft werden, bei einer Betrachtung des Jahreseinkommens aber nicht. Die Berechnungen zum Äquivalenzeinkommen von EU-SILC und der Gesundheitsbefragung können daher nicht verglichen werden.

In der Gesundheitsbefragung wird das Äquivalenzeinkommen als soziodemographische Hintergrundvariable verwendet, um die gesundheitliche Situation sowie Gesundheitsrisiken der Wohnbevölkerung Österreichs nach Einkommensunterschieden zu analysieren.

[7] In EU-SILC berechnet sich das verfügbare Haushaltseinkommen als Summe der Erwerbseinkommen, Kapitalerträge, Pensionen und allfälliger Sozialtransfers im Haushalt. Anschließend werden Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen. Das verfügbare Haushaltseinkommen ergibt sich schließlich durch Abzug und Hinzurechnung von Unterhaltsleistungen und sonstigen Privattransfers zwischen Haushalten.

4 Ausblick

Zur Modernisierung von sozialstatistischen Erhebungen wurde eine Rahmenverordnung für die Sozialstatistik ("Integrated European Social Statistics – IESS") geschaffen. Diese Rahmenverordnung sieht eine Durchführung des EHIS alle sechs Jahre vor. Die nächste Welle (EHIS Welle 4) wird daher 2025 stattfinden.

Alle inhaltlichen Fragen betreffend EHIS Welle 4 werden in einer Task Force, in der auch Statistik Austria vertreten ist, bearbeitet und dann entsprechend dem Europäischen Statistischen System in die übergeordneten Gremien weitergetragen. Die Durchführungsverordnung soll bis Ende 2023 politisch beschlossen werden, die Feldphase der Erhebung wird 2025 stattfinden.

Im Hinblick auf die UN Behindertenkonvention (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – UNCRPD (2008)), welche das Sammeln geeigneter Informationen, einschließlich statistischer und wissenschaftlicher Daten zum Monitoring der Implementierung der UNCRPD beinhaltet, wurde ein Modul zu Behinderungen entwickelt, welches für Welle 3 auf freiwilliger Basis von einigen Mitgliedsländern inkludiert wurde. Ob dieses Modul für die nächste Welle verpflichtend wird, ist Basis von Verhandlungen auf europäischer Ebene.

Um bestimmte Randgruppen besser zu erreichen, ist die Einbeziehung von fremdsprachigen Erhebungen zu überlegen. Während das erhebungstechnisch kein Problem darstellt (zumindest in bei der Erhebungsmethode CAWI), sind Aspekte wie qualitätsgesicherte Übersetzungen der Fragebögen, Sprachenauswahl oder Kostenübernahme zu klären.

Mixed-Mode-Design (CAPI, CAWI) wird bei der nächsten ATHIS-Welle eine wichtige Rolle spielen. Face to Face Befragungen werden aber weiterhin die vorrangige Wahl der Erhebungsmethode bleiben.

5 Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
EG	Europäische Gemeinschaft
EHCM	European Health Care Module
EHDM	European Health Determinants Module
EHIS	European Health Interview Survey
EHSM	European Health Status Module
EU	Europäische Union
Eurostat	Europäisches Statistisches Amt
IADL	Instrumental Activities of Daily Living

IESS	Integrated European Social Statistics
ILO	International Labour Organization
ISCED	International Standard Classification of Education
ISCO	International Standard Classification of Occupations
LFS	Labour Force Survey
MEHM	Minimum European Health Module
MZ	Mikrozensus
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistique
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHQ	Patient Health Questionnaire
SAF	Selbstausfüller
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
WHO	World Health Organisation
WHOQOL-BREF	World Health Organisation Quality of Life-Kurzversion
ZMR	Zentrales Melderegister

6 Anlagen

Folgende Sub-Dokumente sind in dieser Standard-Dokumentation verlinkt:

Fragebogen

Erhebungs- und Darstellungsmerkmale