

# **Standard-Dokumentation Metainformationen**

**(Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität)**

zu

## **Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Diese Dokumentation gilt für die Erhebung  
**2006/07**

Bearbeitungsstand: **12.03.2009**



STATISTIK AUSTRIA  
Bundesanstalt Statistik Österreich  
A-1110 Wien, Guglgasse 13  
Tel.: +43-1-71128-0  
[www.statistik.at](http://www.statistik.at)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zusammenfassung, wichtige Hinweise .....</b>	<b>3</b>
Vorbemerkung .....	3
Ziel, Verwendungszweck .....	3
Gegenstand .....	3
Datenerhebung, Abdeckung .....	4
Datenaufarbeitung.....	4
Qualität.....	5
Publikation .....	5
<b>2. Allgemeine Informationen.....</b>	<b>5</b>
Statistiktyp.....	5
Fachgebiet .....	5
Verantwortliche Organisationseinheit, Kontakt.....	5
Ziel und Zweck, Geschichte .....	6
Periodizität .....	6
Auftraggeber .....	6
Nutzer .....	6
Rechtsgrundlage(n).....	7
<b>3. Statistische Konzepte, Methodik.....</b>	<b>7</b>
Gegenstand der Statistik.....	7
Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten .....	7
Datenquellen.....	7
Meldeeinheit/Respondenten .....	7
Erhebungsform .....	7
Charakteristika der Stichprobe.....	8
Erhebungstechnik/Datenübermittlung .....	9
Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen).....	9
Teilnahme an der Erhebung.....	9
Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition .....	9
Verwendete Klassifikationen .....	13
Regionale Gliederung der Ergebnisse .....	13
<b>4. Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen... 13</b>	<b>13</b>
Datenerfassung.....	13
Signierung (Codierung) .....	13
Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen.....	13
Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen) .....	14
Hochrechnung (Gewichtung) .....	15
Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden ....	15
Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen .....	15
<b>5. Publikation (Zugänglichkeit).....</b>	<b>15</b>
Vorläufige Ergebnisse .....	15
Endgültige Ergebnisse .....	15
Revisionen .....	15
Publiziert in: .....	15
Behandlung vertraulicher Daten.....	16
<b>6. Qualität .....</b>	<b>16</b>
<b>6.1. Relevanz .....</b>	<b>16</b>
<b>6.2. Genauigkeit.....</b>	<b>16</b>
<b>6.2.1. Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität.....</b>	<b>17</b>
<b>6.2.2. Nicht-stichprobenbedingte Effekte .....</b>	<b>18</b>
Qualität der verwendeten Datenquellen.....	18
Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung) .....	18
Antwortausfall (Unit-Non Response, Item-Non Response) .....	18
Messfehler (Erfassungsfehler) .....	19
Aufarbeitungsfehler.....	19
Modellbedingte Effekte.....	19
<b>6.3. Rechtzeitigkeit und Aktualität .....</b>	<b>19</b>
<b>6.4. Vergleichbarkeit .....</b>	<b>20</b>
<b>6.5. Kohärenz .....</b>	<b>20</b>
<b>Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publikationen .....</b>	<b>20</b>
<b>Anlagen .....</b>	<b>21</b>

# 1. Zusammenfassung, wichtige Hinweise

## Vorbemerkung

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, war die im Jahr 2006/07 angesetzte Befragung eine eigenständige Erhebung mit unterschiedlichem Erhebungsdesign und völlig neu konzipiertem Frageprogramm. Die Ergebnisse sind daher nur punktuell mit den Ergebnissen früherer Befragungen vergleichbar.

Grundlage für das Fragenprogramm 2006/07 war der von Eurostat in Kooperation mit den Mitgliedsstaaten (MS) entwickelte EHIS (European Health Interview Survey). Diese Europäische Gesundheitsbefragung soll in Zukunft im Rahmen der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in den MS alle fünf Jahre durchgeführt werden.

## Ziel, Verwendungszweck

Gesundheitsbefragungen werden durchgeführt, um wichtige sonst nicht verfügbare Gesundheitsdaten für Politik und Wissenschaft zu liefern. Sie liefern aktuelle Daten zur Verbreitung ausgewählter Erkrankungen, Informationen zur Verbreitung wichtiger Risikofaktoren und zu gesundheitsbezogenem Verhalten der Bevölkerung sowie die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens und Präventionsangeboten.

## Gegenstand

Die Gesundheitsbefragung besteht aus mehreren Themenbereichen, die der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren in Form einer persönlichen Befragung des Betroffenen am Wohnort gestellt wurden.

Die Themenbereiche unterteilen sich in Fragen zu

- Gesundheitszustand
  - Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes
  - Chronische Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme
  - Schmerzen
  - Körperliche Einschränkungen, Probleme beim Sehen oder Hören
  - Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten
  - Befinden und Stimmungslage
- Einflussfaktoren auf die Gesundheit
  - Größe, Gewicht
  - Rauchen, Alkohol- und Haschischkonsum
  - Körperliche Betätigung
  - Schlaf
  - Ernährung
  - Lebensqualität

- Medizinische Versorgung
  - Krankenhausaufenthalte, Operationen
  - Arztbesuche, sonstige Gesundheitsdienstleistungen
  - Betreuung im Krankheitsfall, bei Pflegebedürftigkeit
  - Gesundheitsvorsorge
  - Medikamentenkonsum
- Angaben zur Person
  - Geburtsdatum, Familienstand, Staatsbürgerschaft, Geburtsland
  - Höchste abgeschlossene Schulbildung
  - Lebenssituation

## **Datenerhebung, Abdeckung**

Bei der Gesundheitsbefragung handelt es sich um eine repräsentative Stichprobenerhebung, Grundlage für die zufällige Ziehung war das Zentrale Melderegister (ZMR). Grundgesamtheit bildete die Bevölkerung Österreichs im Alter von 15 und mehr Jahren (6,9 Mio. Einwohner). Personen, die in Alten- und Pflegeheimen betreut wurden, waren in der Grundgesamtheit inkludiert. Diese Personengruppe war jedoch in der Befragung unterrepräsentiert. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, die Beantwortung der Fragen konnte jederzeit verweigert bzw. die Befragung abgebrochen werden.

Die Stichprobe wurde räumlich geschichtet, um für jede Versorgungsregion einen gleich großen Stichprobenfehler und damit Ergebnisse gleicher Genauigkeit zu erhalten. Die Schichtung erfolgte nach den 32 [Versorgungsregionen](#), wie sie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit definiert wurden, d.h., aus der Bevölkerung jeder Versorgungsregion wurde die gleiche Anzahl an Personen in die Stichprobe einbezogen (Bruttostichprobe: 770 Personen pro Versorgungsregion, für die drei Wiener Versorgungsregionen je 933 Personen. Das ergibt in Summe eine Stichprobengröße von 25.130 Personen). Die Versorgungsregionen orientieren sich an den Politischen Bezirken und gewährleisten somit auch repräsentative Ergebnisse auf Bundeslandebene.

Um saisonale Effekte auszuschließen, wurde die Befragung über ein Jahr (März 2006 bis Februar 2007) gleichmäßig verteilt. Fremdauskünfte waren generell nicht zugelassen, außer bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. Hier war ein verkürzter Fragebogen, der Grundinformationen über den Gesundheitszustand des Respondenten liefern soll, zu beantworten.

Insgesamt nahmen 15.474 Personen an der Gesundheitsbefragung teil. Bei 249 Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht interviewfähig waren, hat eine Auskunftsperson einen verkürzten Fragebogen beantwortet (bei 203 Personen konnte keine geeignete Auskunftsperson gefunden werden).

## **Datenaufarbeitung**

Die Erhebung erfolgte persönlich und computerunterstützt. Die vom Interviewerteam mittels Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI) erhobenen Daten wurden elektronisch über eine standardisierte Datenschnittstelle laufend an die Statistik Austria übermittelt. Dadurch konnten die Daten noch während der Feldphase regelmäßig einer Qualitätskontrolle unterzogen werden. Eine Systematisierung der fehlenden Werte wurde durchgeführt. Bei Item-non-response, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal wurden Imputationen durchgeführt. Um die durch Unit-non-response und Schichtung der Stichprobe entstehenden Verzerrungen auszugleichen, erfolgte eine Gewichtung der erhobenen Daten. Die Gewichtungsvorgaben waren die Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen, gegliedert nach fünfjährigen Altersgruppen, Geschlecht und In-/Ausländer. Für die Auswertung der Daten ist die Einbeziehung der Gewichtung erforderlich.

## Qualität

Die Bruttostichprobe (vor neutralen Ausfällen) pro Versorgungsregion beträgt 770 Personen, für die drei Wiener Versorgungsregionen jeweils 933 Personen. Als Bruttostichprobengröße ergibt sich damit die Zahl von 25.130 Personen. Die österreichweite Ausschöpfung liegt bei 15.474 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 63,1%. Die Nettostichprobengröße betrug damit im Schnitt pro Versorgungsregion 483 Personen, für Wien 488 Personen pro Versorgungsregion.

Interviewschulungen und die Bereitstellung eines [Interviewerhandbuchs](#) mit ausführlichen Erklärungen zum Fragebogen sowie die Verwendung des Erhebungsinstruments CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) garantieren die Datenqualität auf der Erhebungsseite.

Personen in Anstaltshaushalten waren in der Befragung inkludiert, jedoch aufgrund schwieriger Kontaktaufnahme sowie des höheren Anteils älterer und/oder gesundheitlich schwer beeinträchtigter Personen ist diese Gruppe in der Befragung unterrepräsentiert. In früheren Erhebungen wurde die Anstaltsbevölkerung a priori ausgeschlossen. Ebenso sind Ausländer untererfasst (österreichweit um 29%), dies wird jedoch durch die Hochrechnung ausgeglichen.

Die Angaben in der Gesundheitsbefragung sind subjektive Angaben der Befragten. Die Auswertung der Merkmale erfolgt vorwiegend durch Berechnung von absoluten bzw. relativen Häufigkeitstabellen, die für jede Ausprägungskombination der tabellenerzeugenden Merkmale die darauf entfallende hochgerechnete Fallzahl angeben. Diese hochgerechneten Werte sind mit einer Unschärfe behaftet, da ihre Berechnung nicht auf Basis einer Vollerhebung sondern einer Stichprobe erfolgt. Für ein gleich verteiltes Merkmal mit zwei Ausprägungen beträgt der Stichprobenfehler bei 95% statistischer Sicherheit ca. 1,6 Prozentpunkte.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/07 sind aufgrund unterschiedlicher Erhebungsdesigns und eines völlig neu konzipierten Frageprogramms nur punktuell mit den Ergebnissen früherer Befragungen vergleichbar.

## Publikation

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung wurden in zwei Publikationen („Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation“ sowie „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung“) sowie zwei Statistischen Nachrichtenartikeln veröffentlicht. Die anonymisierten Einzeldaten (SPSS-File) stehen auf Anfrage kostenfrei zur Verfügung.

## 2. Allgemeine Informationen

### Statistiktyp

Primärstatistik.

### Fachgebiet

Gesundheitsstatistik.

### Verantwortliche Organisationseinheit, Kontakt

Bereich Demographie und Arbeitsmarkt, Direktion Bevölkerung;

Mag. Jeannette Klimont,

Tel. +43 (1) 71128- 8277, e-mail: [jeannette.klimont@statistik.gv.at](mailto:jeannette.klimont@statistik.gv.at)

## **Ziel und Zweck, Geschichte**

Gesundheitsbefragungen (Health Interview Surveys) bilden eine unverzichtbare Datenquelle für die populationsbezogene Dokumentation und Analyse der Zusammenhänge von Morbidität, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren sowie der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens in einer Bevölkerung. Dadurch lassen sich Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten nach Alter, Geschlecht und weiteren soziodemographischen Einflussfaktoren erkennen. Weiters ermöglichen solche Befragungen eine systematische und an aktuellen gesundheitlichen Problemen orientierte Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsbefragungen geben darüber hinaus bei wiederholter Durchführung Auskunft über Veränderungen im Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Diese Ergebnisse ermöglichen in weiterer Folge die Ableitung zielgerichteter Präventionsprogramme und die Erfassung und Bewertung der Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Gesundheitsbefragungen wurden in Österreich im Rahmen des Mikrozensus in unregelmäßigen Abständen seit den 1970er Jahren durchgeführt (Mikrozensus-Sonderprogramme „Fragen zur Gesundheit“ 1999, 1991, 1983 und 1973 sowie „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1997, 1979 und 1972). Die im Jahr 2006/07 durchgeführte Befragung war eine eigenständige Befragung mit unterschiedlichem Erhebungsdesign und völlig neu konzipiertem Frageprogramm und ist daher nur punktuell mit den Ergebnissen früherer Befragungen vergleichbar.

Auf europäischer Ebene beschäftigt sich das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat) schon seit einigen Jahren mit dem Aufbau eines europäischen Gesundheitsbefragungssystems. Ziel ist es, eine möglichst einheitliche Gesundheitsbefragung auf europäischer Ebene gesetzlich zu verankern, die von den Mitgliedsländern periodisch alle fünf Jahre durchgeführt wird. Der von Eurostat unter Heranziehung zahlreicher internationaler Fachleute entwickelte und in Österreich 2006/07 erstmals umgesetzte Fragebogen besteht aus Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten, zur Gesundheitsversorgung und zu soziodemographischen Hintergrundmerkmalen. Weitere wichtige Punkte bei der Auswahl der Themen, die in der österreichischen Gesundheitsbefragung abgedeckt werden sollten, waren die Berücksichtigung der Liste der [European Community Health Indicators \(ECHI\)](#) sowie spezifische nationale Bedürfnisse. Themen, die aufgrund von nationalen Bedürfnissen inkludiert wurden, sind: Schmerzen, Lebensqualität, Schlaf, Wartelisten bei geplanten Operationen, Gesundheitsdienstleistungen im Ausland, Betreuung im Krankheitsfall/ bei Pflegebedürftigkeit, Teile des Themenblocks zur Gesundheitsvorsorge (Impfungen ausgenommen Grippeimpfung, PSA-Test, Darmspiegelung, kostenlose Gesundenuntersuchung). Anhand der Ergebnisse der Gesundheitsbefragung können auch einige ECHI-Indikatoren abgedeckt werden (25 Indikatoren der ECHI shortlist, welche insgesamt 88 Indikatoren umfasst).

## **Periodizität**

In Zukunft alle fünf Jahre.

## **Auftraggeber**

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

## **Nutzer**

- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
- Landesregierungen, andere Gebietskörperschaften, Interessensvertretungen
- Wissenschaft, Forschungsinstitutionen
- Presse, Öffentlichkeit
- Internationale Organisationen (Eurostat, WHO, OECD)

## **Rechtsgrundlage(n)**

Erhebung 2006/07: Keine gesetzliche Rechtsgrundlage. Werkvertrag zwischen der Bundesanstalt Statistik Österreich und dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Für die nächste Befragungswelle (voraussichtlich 2014): Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (kurz vor Veröffentlichung). Eine Durchführungsverordnung wird noch erlassen werden.

## **3. Statistische Konzepte, Methodik**

### **Gegenstand der Statistik**

Der Bevölkerung Österreichs ab 15 Jahren wurden Fragen zum Gesundheitszustand, den Gesundheitsdeterminanten, der Gesundheitsversorgung sowie zu sozio-demographischen und -ökonomischen Hintergrundvariablen gestellt.

Themen der Befragung bei einer repräsentativen Stichprobe der Jugendlichen und Erwachsenen (15 Jahre und älter; hochgerechnet: 6,9 Mio. Personen) waren zum einen der Gesundheitszustand der Bevölkerung, also das Auftreten bestimmter Krankheiten bzw. Krankheitssymptome, Beschwerden, Schmerzen, funktionaler Beeinträchtigungen sowie das Ausmaß bzw. der Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein zweiter Themenbereich betraf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung Österreichs ab 15 Jahren. Hier wurden Daten zu Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol) sowie zu Ernährung, körperlichen Aktivitäten und unterschiedlichen Vorsorgeaktivitäten erhoben. Ein dritter Aspekt der Befragung betraf die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsebenen des Gesundheitswesens, also Leistungen der Spitäler, niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen und sonstiger Gesundheitsberufe.

Zur Erfassung sozioökonomischer und demographischer Merkmale wurden Fragen zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung, zum Lebensunterhalt, zur Berufstätigkeit, zur Haushaltsgröße und zum Einkommen gestellt. Dabei wurde auf entsprechende Fragenformulierungen aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und aus EU SILC (Statistics on Income and Living Conditions) zurückgegriffen.

Die Bevölkerung unter 15 Jahren wurde nicht einbezogen, da das verwendete Erhebungsinstrument für diese Altersgruppe nicht geeignet ist.

### **Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten**

Personen ab 15 Jahren.

### **Datenquellen**

Primärstatistische Erhebung. Keine zusätzlichen Datenquellen.

### **Meldeeinheit/Respondenten**

Personen ab 15 Jahren.

### **Erhebungsform**

Stichprobe.

## Charakteristika der Stichprobe

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine repräsentative Zufallsstichprobe von Personen. Grundlage für die Ziehung der Stichprobe war das Zentrale Melderegister (ZMR).

Die Stichprobe wurde räumlich geschichtet, um für jede Versorgungsregion einen gleich großen Stichprobenfehler und damit Ergebnisse gleicher Genauigkeit zu erhalten. Die Schichtung erfolgte nach den 32 [Versorgungsregionen](#), wie sie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit definiert wurden, d.h., aus der Bevölkerung jeder Versorgungsregion wurde die gleiche Anzahl an Personen in die Stichprobe einbezogen (Bruttostichprobe: 770 Personen pro Versorgungsregion, für die drei Wiener Versorgungsregionen je 933 Personen). Als **Bruttostichprobengröße** ergibt sich damit die Zahl von 25.130 Personen. In Alten- und Pflegeheimen betreute Personen wurden in der Erhebung berücksichtigt.

**Erhebungszeitraum/Berichtszeitraum:** Um saisonale Effekte auszuschließen, wurde die Befragung über ein Jahr gleichmäßig verteilt. Mit der Stichprobenziehung wurde jeder Person eine Referenzwoche als Hilfsmittel zur zeitlichen Gleichverteilung des Samples zugewiesen. Der Referenzwochenzeitraum der Gesundheitserhebung umfasst dabei die Referenzwochen 12 bis 52 im Jahr 2006 und die Referenzwochen 1 bis 9 im Jahr 2007. Die Erhebung selbst wurde ab der 13. Kalenderwoche 2006 durchgeführt und endete am 23.03.2007. Den Interviewern und Interviewerinnen wurden die Stichprobenpersonen mit Adresse, Namen und Geburtsdatum vorgegeben.

**Ausschöpfung:** 621 Adressen wurden als neutrale Ausfälle auf Adressenebene qualifiziert, d.h. es gab 47 Adressen mit der Vercodung „Zielperson verstorben“, 531 Adressen mit der Vercodung „Zielperson nicht an dieser Adresse wohnhaft“ und 43 Adressen mit der Vercodung „Adresse nicht existent“. 24.509 Personen bilden die Basis zur Ausschöpfungsberechnung. Ausschöpfungsbelastend (nicht-neutrale Ausfälle) waren insgesamt 9.035 Ausfälle. Im Einzelnen gliedern sich diese Ausfälle wie folgt: 5.656 Personen verweigerten die Mitarbeit an der Gesundheitsbefragung. 53 Personen haben während der Erhebung das Interview abgebrochen. Begründet wurde diese Vorgehensweise teils mit dem sensiblen Frageninhalt, teils mit der Erhebungsdauer. Bei 18 Personen waren die erhobenen Daten qualitativ unzureichend (zu hoher Anteil an Antwortverweigerung). Die 3.308 sonstigen Ausfälle können in folgende Gruppen unterteilt werden: 45 Personen konnten die Erhebung auf Grund mangelnder Deutschkenntnisse nicht durchführen. 549 Personen zeigten Bereitschaft, eine Erhebung konnte jedoch nicht durchgeführt werden (Spitals-, Kur-, Auslandsaufenthalt). 2.511 Zielpersonen konnten trotz dreimaligen Kontaktversuchs nicht erreicht werden. Bei 203 Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht interviewfähig waren, konnte keine Auskunftsperson für den verkürzten Fragebogen ermittelt werden.

Die österreichweite Ausschöpfung liegt damit bei 15.474 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 63,1%.

### Stichprobe, neutrale und nicht-neutrale Ausfälle, Ausschöpfung

	Personen absolut	in %
Bruttostichprobe	25.130	-
Neutrale Ausfälle (Zielperson an Adresse nicht wohnhaft, verstorben u.ä.)	621	-
Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle	24.509	100,0
Nicht-Neutrale Ausfälle	9.035	36,9
Verweigerung	5.656	23,1
Abbruch des Interviews	53	0,2
Daten qualitativ unzureichend (zu hohe Item non response)	18	0,1
Sonst. Ausfälle (kein Kontakt, mangelnde Deutschkenntnisse, vorübergeh. Abwesenheit u.ä.)	3.308	13,5
Komplette Interviews	15.474	63,1



## **Erhebungstechnik/Datenübermittlung**

Face to face Interviews mittels CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing). Die erhobenen Daten wurden von den Interviewern und Interviewerinnen laufend über eine standardisierte Schnittstelle an die Statistik Austria elektronisch übermittelt.

Die Fragen zur Lebensqualität wurden als Selbstausfüller (Papierblatt) durchgeführt. Das Papierblatt wurde von der Zielperson in ein Kuvert gegeben und nach Erfassung durch einen Ordnungsbegriff mit dem Hauptdatensatz zusammengeführt.

## **Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen)**

Im Rahmen der europäischen Gesundheitsstatistik und der Bestrebungen zur Schaffung einer entsprechenden europäischen Rechtsgrundlage (Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz) wird versucht, ein einheitliches Frageinstrument für Gesundheitsbefragungen in den Mitgliedsländern der EU zu entwickeln. Der europäische Gesundheitssurvey ([European Health Interview Survey – EHIS](#)) besteht aus den Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand (EHSM), zu den Gesundheitsdeterminanten (EHDM), zur Gesundheitsvorsorge (EHCM) und einem Modul zur Befragung von Hintergrundmerkmalen (EBM). Während das Modul zum Gesundheitszustand bereits weitgehend feststand und in einigen Ländern getestet wurde (in Österreich wurde im ersten Halbjahr 2005 im Auftrag des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) eine Piloterhebung durchgeführt), waren die anderen Module zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Fragebogens für die Österreichische Gesundheitsbefragung teilweise noch in Ausarbeitung. Die Statistik Austria ging von allen damals aktuell verfügbaren Informationen über die einzelnen Module aus und erstellte daraus einen ersten Vorschlag für das Fragenprogramm der Österreichischen Gesundheitsbefragung.

Zur Erarbeitung des endgültigen Frageprogramms richtete die Statistik Austria eine Arbeitsgruppe ATHIS bestehend aus Vertretern des Bundes, der Bundesländer, dem Bereich der Krankenversicherung sowie Experten und Expertinnen aus der Wissenschaft ein. In insgesamt vier Sitzungen (12. Mai 2005, 9. Juni 2005, 30. Juni 2005, 20. Oktober 2005) wurde der Fragebogensvorschlag der Statistik Austria ausführlich diskutiert. Ebenso wurden weitere wichtige Themen besprochen, die in den Modulen des EHIS derzeit nicht vorkommen, jedoch von nationaler Bedeutung sind. Zu beachten waren dabei allerdings die durch die maximale durchschnittliche Interviewzeit vorgegebenen Beschränkungen.

[CAPI-Fragebogen](#)

[Proxy-Fragebogen](#)

[Selbstausfüller zur Lebensqualität](#)

[Befragungshilfen](#)

## **Teilnahme an der Erhebung**

Freiwillig.

## **Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition**

Der Berichtszeitraum ist von Merkmal zu Merkmal unterschiedlich und variiert zwischen Lebenszeit (z.B. chronische Krankheiten), den letzten zwölf Monaten (z.B. chronische Krankheiten, Schmerzen, ambulante und stationäre Versorgung), den letzten vier Wochen (z.B. Alkoholkonsum, ambulante Versorgung), den letzten zwei Wochen (z.B. Medikamentenkonsum), den letzten sieben Tagen (z.B. Schmerzen) bis zu punktuellen Ereignissen (z.B. Körpergröße, -gewicht, Raucherstatus, Lebensqualität).

## Gesundheitszustand:

- MEHM (Minimum European Health Module) bestehend aus
  - Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes
  - Prävalenz von chronischer Krankheit
  - Einschränkungen im Alltagsleben durch eine chronische Krankheit
- Chronische Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme: Abfrage von 17 ausgewählten chronischen Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen
  - Lebenszeitprävalenz
  - Zwölf-Monats-Prävalenz
  - Diagnose durch Arzt
  - Medikamentenkonsum/ärztliche Behandlung in den letzten zwölf Monaten
- Schmerzen
  - Zwölf-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen (allgemein)
  - Zwölf-Monats-Prävalenz von ausgewählten Schmerzorten (14)
  - Krankenstand in den letzten zwölf Monaten, Krankenstandsdauer bei ausgewählten Schmerzorten (14)
  - Sieben-Tage-Prävalenz von ausgewählten Schmerzorten (14)
  - Schmerzintensität
- Physische Einschränkungen oder Störungen der Sinneswahrnehmung
- Probleme bei Tätigkeiten der persönlichen Bedürfnisse (ADL – Activities of Daily Living)
- Probleme bei Tätigkeiten im Haushalt (IADL – Instrumental Activities of Daily Living)
- Lebensqualität: Zur Beurteilung der subjektiven Lebensqualität wurde der WHOQOL-BREF (Kurzversion des WHOQOL) verwendet, welcher zwei globale Fragen (zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden) sowie 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen umfasst. Daraus wurden Mittelwerte für die Bereiche „Allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ berechnet.
- Psychische Gesundheit: Zur Beschreibung der psychischen Gesundheit wurden zwei Dimensionen des SF-36 der WHO verwendet, nämlich „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“.

## Gesundheitsdeterminanten:

- Körpergröße, -gewicht
  - Durchschnittliche Körpergröße, durchschnittliches Körpergewicht
  - BMI (Body Mass Index): Der BMI ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter). Zur Bestimmung des Ausmaßes des Übergewichts bzw. der Adipositas gibt es eine auf dem BMI beruhende Klassifizierungstabelle der WHO. Diese Grenzen gelten seit 1998 und definieren einen BMI unter 18,5 als Untergewicht, zwischen 18,5 und 24,9 als Normalgewicht, zwischen 25,0 und 29,9 als Übergewicht und einen BMI von 30,0 und mehr als Adipositas.
- Rauchen
  - Aktueller Rauchstatus: Das Interesse dieser Gesundheitsbefragung lag beim täglichen Rauchkonsum. Gelegentliches Rauchen (nicht tägliches Rauchen) wurde nicht gefragt. Als Ex-Rauchen wird das Aufhören des täglichen Rauchens verstanden (unabhängig davon, ob die ehemals täglich Rauchenden nun gelegentlich oder gar nicht mehr rauchen). Nichtraucher sind Personen, die entweder nie oder nie täglich geraucht haben (unabhängig davon, ob sie jetzt gelegentlich rauchen oder nicht). Echte Nichtraucher bzw. Nichtraucherinnen sind jene Personen, die in ihrem Leben weniger als 100 Zigaretten konsumiert haben.
  - Täglicher Rauchkonsum: durchschnittliches Alter bei Rauchbeginn, Rauchprodukte, durchschnittliche Anzahl der Zigaretten/Tabakwaren pro Tag
  - Ex-Raucher: durchschnittliches Alter bei Rauchbeginn, bei Rauchdauer, durchschnittliche Rauchdauer, Inanspruchnahme von Hilfe beim Aufhören
  - Passivrauchen: Zu Hause, am Arbeitsplatz

- Alkoholkonsum
  - Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate
  - Alkoholkonsum während der letzten vier Wochen
  - Alkoholkonsum am Vortag
  - Alkoholkonsum am letzten Wochenende
  - Anzahl der Standardgläser (bei Alkoholkonsum am Vortag): Um standardisiert bewerten zu können, wie viel Alkohol getrunken wurde, ist die Berechnung von Standardgläsern notwendig. Daher wurden die Maßangaben zu den verschiedenen alkoholhaltigen Getränken (Bier, Wein, Schnaps etc.) nach speziellen Richtlinien in Standardgläser umgerechnet.
  - Anzahl der Standardgläser (bei Alkoholkonsum am letzten Wochenende)
  - Alkoholabhängigkeit: Ein Messinstrument zur Identifikation des Anteils der Bevölkerung mit Alkoholabhängigkeit ist der sog. CAGE-Fragebogen, der im anglo-amerikanischen Sprachraum in den 1970er Jahren entwickelt wurde. Der Fragenblock besteht aus insgesamt vier Fragen, die Hinweise auf problematisches Trinken geben bzw. darauf, ob jemand sein Trinkverhalten selbst als problematisch einschätzt. Zwei oder mehr positive Antworten deuten auf Alkoholabhängigkeit hin.
- Haschisch-Konsum
  - Lebenszeit-Prävalenz
  - Zwölf-Monats-Prävalenz
  - 30-Tage-Prävalenz
  - Durchschnittsalter bei Erstkonsum
  - Durchschnittliche Anzahl der Tage mit Konsum während der letzten 30 Tage
- Körperliche Betätigung
  - Selbsteinschätzung des physischen Aktivität
  - Physische Aktivität in der Freizeit: Als körperlich „aktiv“ werden Personen eingestuft, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.
- Schlafstörungen
  - Schlafstörungen während der letzten beiden Wochen
  - Stärke der Schlafstörungen
- Ernährungsgewohnheiten
- Trinkgewohnheiten

### **Gesundheitsversorgung:**

- Stationäre Aufenthalte
  - Stationärer Aufenthalt während der letzten zwölf Monate
  - Anzahl der Aufenthalte
  - Durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte
  - Durchschnittliche Anzahl der Nächte
- Tagespatient
  - Tagespatient während der letzten zwölf Monate
  - Anzahl der Aufenthalte
  - Durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte
- Wartelisten bei geplanten Operationen
  - Durchschnittliche Wartezeit in Tagen
  - Abrechnung im Rahmen der sozialen oder privaten Krankenversicherung
- Ambulante Behandlung
  - Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten (bei Arzt für Allgemeinmedizin, bei ausgewählten Fachärzten, beim Zahnarzt)
  - Anzahl der Arztbesuche während der letzten vier Wochen
  - Hauptgrund für letzten Arztbesuch
  - Zahnprothese
  - Inanspruchnahme von sonstigen Gesundheitsdienstleistungen

- Gesundheitsdienstleistung im Ausland
  - Durchschnittliche Anzahl der Gesundheitsdienstleistungen in den letzten zwölf Monaten
  - Stationäre/ambulante Behandlung
  - Akute Erkrankung/Unfall
  - Private Kosten (abzüglich Refundierung durch Krankenkasse)
- Betreuung im Krankheitsfall, bei Pflegebedürftigkeit (bei Krankheit bis zu einer Woche)
- Betreuung im Krankheitsfall, bei Pflegebedürftigkeit (bei längerer Krankheit)
- Aufrechter Impfschutz
- Gesundheitsvorsorge
  - Blutdruck
  - Cholesterin
  - Mammographie
  - Krebsabstrich
  - PSA-Screening
  - Darmspiegelung
  - Gesundenuntersuchung
- Medikamentenkonsum in den letzten beiden Wochen
  - Ärztlich verordnete Medikamente
  - Nicht ärztlich verordnete Medikamente

### Hintergrundvariablen:

- Geschlecht
- Alter
- Staatsbürgerschaft
- Geburtsland
- Familienstand, Lebensform
- Haushaltgröße
- Höchste abgeschlossene Schulbildung
- Lebensunterhalt
- Beruf
  - Hauptberuf
  - Tätigkeit
  - Stellung im Beruf
  - Nacht-/Schichtarbeit
- Einkommen: Zur Messung von Einkommensarmut und -ungleichheit wird in der Regel das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Mit Hilfe einer Äquivalenzskala wird das Haushaltsnettoeinkommen nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Bei dieser Vorgehensweise werden Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt berücksichtigt sowie die Tatsache, dass Personen je nach Alter unterschiedliche Bedürfnisse haben. Die Personengewichte werden auf Basis der EU-Skala berechnet: Die erste Person erhält ein Gewicht von 1,0, die zweite und jede weitere Person von 0,5, Kinder, die jünger als 14 Jahre sind, werden mit 0,3 gewichtet. Zur Abgrenzung des Armutsrisikos wird der Schwellenwert bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60% des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) angesetzt (gemäß einer Vereinbarung zwischen den EU-Staaten im Jahr 2001). Für eine differenzierte Betrachtung von Einkommensungleichheiten werden außerdem vier weitere Einkommensgruppen unterschieden: 60% bis unter 80% des Medianeinkommens, 80 bis unter 100%, 100 bis unter 150% sowie 150% und höher. Neben der Armutsrisikogruppe kommt Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 60% bis unter 80% besondere Aufmerksamkeit zu, da diese Personengruppe durch Arbeitslosigkeit oder Verschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs geraten kann. Diese Gruppe wird in der Folge als prekäre Wohlstandsgruppe bezeichnet.

### Proxybefragung:

- Grund für Proxy
- Prävalenz von chronischer Krankheit
- Einschränkungen im Alltagsleben durch eine chronische Krankheit
  - Grund für Einschränkung
- Probleme bei Tätigkeiten der persönlichen Bedürfnisse (ADL – Activities of Daily Living)
- Geschlecht
- Alter
- Staatsbürgerschaft
- Familienstand, Lebensform
- Haushaltgröße
- Haushaltseinkommen

### Verwendete Klassifikationen

Beruf: Österreichische Berufssystematik [Ö-ISCO](#).

Schulbildung: [ISCED 97](#).

### Regionale Gliederung der Ergebnisse

Bundesländerebene sowie auf Ebene der [Gesundheitsversorgungsregionen](#).

## 4. Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen

### Datenerfassung

Elektronische Datenerfassung unmittelbar bei Interviewführung (CAPI).

Die Fragen zur Lebensqualität wurden als Selbstausfüller (Papierblatt) durchgeführt. Das Papierblatt wurde von der Zielperson in ein Kuvert gegeben, Statistik Austria übermittelt, in der Datenerfassung eingegeben und nach Erfassung durch einen Ordnungsbegriff mit dem Hauptdatensatz zusammengeführt.

### Signierung (Codierung)

Beruf, Staatsbürgerschaft, Geburtsland werden bei der Datenerhebung im Rahmen einer Dialogsignierung mittels „Lookup-Liste“ signiert.

### Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen

Aufgrund der Möglichkeiten, die die Software Blaise bietet, wurden zahlreiche Plausibilitätsprüfungen in den elektronischen Fragebogen integriert. Es wurden „[Checks](#)“ eingebaut, wobei sich diese in Fehler und Warnungen gliedern. Kommt eine Fehlermeldung, so muss ein plausibler Wert eingegeben werden. Somit können Eingabefehler erkannt und noch im Laufe des Interviews behoben werden. Bei Warnungen besteht die Möglichkeit, nach Prüfung der Umstände den zunächst als unplausibel angesehenen Wert zu bestätigen bzw. 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 diese in den elektronischen Fragebogen eingearbeitet und umfangreich überprüft wurden. Die Filterführung kann im [CAPI-Fragebogen](#) nachvollzogen werden.

Eine zweite Phase der Plausibilitätsprüfung ist mittels SPSS in den Prozess der Datenaufarbeitung eingebaut. Die erhobenen Daten wurden von den Interviewern und Interviewerinnen laufend über eine standardisierte Schnittstelle an die Statistik Austria elektronisch übermittelt. Dadurch konnten die Daten noch während der Feldphase regelmäßig einer Qualitätskontrolle

unterzogen werden. Die eingelangten Daten waren durch die oben erwähnte Eingabe bereits von sehr guter Qualität, und daher waren Korrekturen nur in Einzelfällen notwendig (z.B. Frage B8 Haushaltsgröße: Bei einem Anstaltshaushalt war „0“ zu kodieren, was aber in einigen Fällen nicht gemacht wurde. Stattdessen wurde eine sehr hohe Zahl von Personen genannt.).

Eine Systematisierung der fehlenden Werte wurde durchgeführt. Die Missing-Systematisierung ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die Imputation und Plausibilitätsprüfung. Bezogen auf eine bestimmte Zelle im Datensatz geht es hier um die Frage: „Warum steht hier kein gültiger Wert?“. Folgende Werte wurden dabei vergeben:

-1	Verweigerung
-2	Ich weiß es nicht.
-3	Fehlend aufgrund Filterführung
-6	Fehlend, da Filterfrage verweigert oder mit „ich weiß es nicht“ beantwortet wurde.
-11	Respondent des Haupt-Fragebogens
-12	Respondent des Proxy-Fragebogens

### Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)

Imputationen wurden bei Item-non-response, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal durchgeführt. Nach einer grundlegenden Analyse der Non-Response wurden Richtlinien für die Imputation erarbeitet. Für die Auswahl eines geeigneten Spenders wurden generell die Variablen Alter, Geschlecht, Bildung und Versorgungsregion herangezogen. Zusätzlich wurde, wenn es für die zu imputierende Variable geeignet war, eine Frage zum Gesundheitszustand herangezogen:

Zu imputierende Variable/Variablenblock		Für Imputation herangezogen
S4	Chronische Krankheiten	S2
S6	Physische Einschränkungen	S3
S7	Tätigkeiten bei Erledigung der pers. Bedürfnisse	S3
S8	Tätigkeiten bei der Führung des Haushalts	S3
D11	Körpergröße	Körpergewicht
D12	Körpergewicht	Körpergröße
D8_2	Gesundheitszufriedenheit	S1
D8_3	durch Schmerzen behindert	S51
D8_16	Zufriedenheit: Schlaf	D61, D62
D8_17	Zufriedenheit: Fähigkeit alltägliche Dinge zu erledigen	S3

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 etwa 25%. Auch bei den Fragen zur Lebensqualität (Selbstaussfüller) wurde eine Imputation der fehlenden Fälle (8%) vorgenommen (siehe dazu Kapitel „Qualität“).

Die Imputation der Variable „Einkommen“ erfolgte dadurch, dass eine aus den Daten der Erhebung EU-SILC (Survey of Income and Living Conditions) geschätzte Einkommensverteilung übertragen wurde. Nachdem die Einkommensstufe für die Gesundheitsbefragung in gleicher Art wie EU-SILC definiert war, konnte die Verteilung für jede Einkommensstufe separat übertragen werden. Falls die Einkommensstufe unbekannt war, wurde sie mittels Hot-Deck ergänzt.

Proxy-Fragebögen wurden in 249 Fällen ausgefüllt. 63% der Proxy-Befragungen wurden bei Respondenten, die älter als 75 Jahre sind, durchgeführt. Anhand der Antworten im Proxy-Fragebogen wurde für diese Fälle eine Imputation des Hauptfragebogens durchgeführt.

Unit-non-response wurde im Zuge der Hochrechnung ausgeglichen.

## **Hochrechnung (Gewichtung)**

Um die durch Unit-non-response und Schichtung der Stichprobe entstehenden Verzerrungen auszugleichen, erfolgte eine Gewichtung der erhobenen Daten. Die Gewichtungsvorgaben waren die Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen, gegliedert nach fünfjährigen Altersgruppen, Geschlecht und In-/Ausländer. Für die Auswertung der Daten ist die Einbeziehung der Gewichtung erforderlich.

(Minimum: 50,15; Maximum: 4.001,74; Durchschnittliches Gewicht: 451,85)

## **Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden**

Keine weiteren, außer den w.o. angeführten.

## **Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen**

Interviewschulungen und die Bereitstellung eines [Interviewerhandbuchs](#) mit ausführlichen Erklärungen zum Fragebogen sollen die Datenqualität auf der Erhebungsseite garantieren. Die erfassten Daten wurden quartalsweise überprüft und bei Unstimmigkeiten wurden die Plausibilitätschecks bei der Datenerhebung erweitert bzw. modifiziert.

Als kleine Anerkennung für die zur Verfügung gestellte Zeit erhielten alle teilnehmenden Zielpersonen einen Gesundheitspass für die entsprechende Altersklasse. Der Gesundheitspass wurde gerne entgegengenommen, und in Einzelfällen wurden weitere Gesundheitspässe verlangt. Diesem Wunsch kamen die Interviewer selbstverständlich nach. Zusätzlich erhielten Zielpersonen ab 18 Jahren einen Statistik-Austria-Kugelschreiber und Zielpersonen zwischen 15 und 18 Jahren einen Post-it-Block mit Statistik-Austria-Bleistift.

## **5. Publikation (Zugänglichkeit)**

### **Vorläufige Ergebnisse**

Keine.

### **Endgültige Ergebnisse**

August 2007 (für die Erhebung 2006/07).

### **Revisionen**

Trifft nicht zu.

### **Publiziert in:**

[Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007](#): Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.

[Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit 2006/2007](#): Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung.

Beide Publikationen sind als Downloads im Internet verfügbar.

Statistische Nachrichten 2/2008: Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ergebnisse zum Gesundheitszustand

Statistische Nachrichten 1/2008: Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten

Die anonymisierten Einzeldaten (SPSS-File) stehen auf Anfrage inklusive Metainformationen kostenfrei zur Verfügung.

Internationale Datenbanken:

[WHO](#) (Health for all Database)

[Eurostat](#) (New Cronos)

[OECD](#) (Health Data System)

## **Behandlung vertraulicher Daten**

Es werden ausschließlich anonymisierte Daten weitergegeben. Aus der Veröffentlichung der Ergebnisse und Abgabe der anonymisierten Einzeldaten ist kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich.

Die Geheimhaltungsbestimmungen für Daten, die im Bundesstatistikgesetz 2003 konsolidierte Fassung §19 (2) und (3) geregelt sind, werden strikt eingehalten.

## **6. Qualität**

### **6.1. Relevanz**

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung bilden eine empirische Basis für wichtige Entscheidungen im Bereich der Gesundheits- aber auch der Jugendpolitik. Statistische Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sowie über die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungserbringer des Gesundheitswesens bilden damit eine unverzichtbare Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung und eine zielgerichtete Gesundheitspolitik. 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.

Im Rahmen der europäischen Gesundheitsstatistik wurde ein einheitliches Frageinstrument für Gesundheitsbefragungen in den Mitgliedsländern der EU entwickelt. Eine Vorversion dieses europäischen Gesundheitssurveys (EHIS) war Grundlage für die Diskussion des Frageprogramms in einer von der Statistik Austria eingerichteten Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern des Bundes, der Bundesländer, dem Bereich der Krankenversicherung sowie Experten und Expertinnen aus der Wissenschaft zusammensetzte. Neben den EHIS-Modulen wurden weitere Themen von nationaler Bedeutung in die österreichische Gesundheitsbefragung aufgenommen. Zu beachten waren dabei allerdings die durch die maximale durchschnittliche Interviewzeit vorgegebenen Beschränkungen.

### **6.2. Genauigkeit**

Die Genauigkeit einer Statistik ist ähnlich wie die Qualität selbst nicht durch einen singulären Wert bestimmt, sondern wird durch die Synthese mehrerer Komponenten dargestellt. Bei einer Stichprobenerhebung unterscheidet man zwei Arten von Fehlern: Fehler bei der Stichprobenerstellung (Sampling Error), d.h. die Stichprobenbasis entspricht nicht der Grundgesamtheit und so genannte Non-Sampling-Errors (z.B. Fehler im Fragebogen, fehlende Antworten bei einzelnen Fragen, falsche Antworten der Respondenten und Respondentinnen). Die Stichprobe wurde drei Monate vor Beginn der Befragung aus dem Zentralen Melderegister gezogen. Dieses wird laufend aktualisiert und deckt die Bevölkerung Österreichs weitestgehend ab. Fehler bei der Stichprobenerstellung werden damit gering gehalten.

Eine Einschätzung der Bedeutung von Non-Sampling-Errors für die Gesundheitsbefragung ist schwerer zu treffen, durch begleitende Qualitätskontrollen während der Erhebung wurde jedenfalls versucht, auch diese Fehler möglichst gering zu halten. Bezüglich der Einschätzung der Genauigkeit sei auch nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Erhebung um eine Befragung der Bevölkerung Österreichs zu ihrem Gesundheitszustand und –verhalten handelt (und daher die Respondenten gemäß ihrer Einschätzung und ihrem Wissensstand antworten) und nicht um Ergebnisse von ärztlichen Untersuchungen.



### 6.2.1. Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität

Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Merkmale sind größtenteils 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 näherungsweise abgeschätzt werden kann. Es bezeichnen  $x$  eine auf die Grundgesamtheit hochgerechnete absolute Zahl und  $\sigma$  deren absoluten Standardfehler (= Stichprobenfehler bei 68% statistischer Sicherheit).

Den relativen Standardfehler  $\varepsilon_x = \sigma / x$  erhält man näherungsweise nach der Formel

$$\varepsilon_x = \frac{\sigma}{x} = \sqrt{a + \frac{b}{x}} \quad \text{bzw.}$$

$$100 \frac{\sigma}{x} = 100 \sqrt{a + \frac{b}{x}} \quad \text{für den rel. Stichprobenfehler in \% bzw.}$$

$$1,96 * \sigma = x * 1,96 \sqrt{a + \frac{b}{x}} \quad \text{für den Radius des Konfidenzintervalls mit 95\% statistischer Sicherheit.}$$

Da der realisierte Stichprobenumfang von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ist, sind auch die Konstanten  $a$  und  $b$  bundesländerweise unterschiedlich. Sie können aus der folgenden Übersicht abgelesen werden.

Bundesland	a	b
Burgenland	-0,00077	214,656
Kärnten	-0,00090	447,518
Niederösterreich	-0,00044	628,565
Oberösterreich	-0,00026	383,997
Salzburg	-0,00099	521,534
Steiermark	-0,00021	365,814
Tirol	-0,00027	364,896
Vorarlberg	-0,00116	317,724
Wien	-0,00055	914,258
Österreich	-0,00006	542,074

Die Anwendung dieser Formel soll anhand eines **Beispiels** demonstriert werden: Etwa 297.200 Personen über 15 Jahren hatten jemals allergisches Asthma. Da zu dieser Zahl mehrere (genau genommen alle) Bundesländer beitragen, sind zur Genauigkeitsabschätzung gemäß den obigen Näherungsformeln die Koeffizienten  $a$  und  $b$  für Österreich insgesamt (letzte Zeile der obigen Übersicht) zu verwenden. Der relative Stichprobenfehler (in %) dieser Zahl errechnet sich näherungsweise als

$$100 \sqrt{a + \frac{b}{x}} = 100 \sqrt{-0,00006 + \frac{542,074}{297.200}} = 4,2\% .$$

Der Radius des Konfidenzintervalls (bei 95% stat. Sicherheit) beträgt

$$297.200 * 1,96 \sqrt{-0,00006 + \frac{542,074}{297.200}} = 297.200 * 0,082 = 24.370 .$$

Das Konfidenzintervall erstreckt sich also von 272.830 bis 321.570 Personen. Für Ergebnisse einzelner Bundesländer sind die entsprechenden Koeffizienten  $a$  und  $b$  aus obiger Übersicht zu entnehmen. Die 6.600 Personen des Burgenlandes, die jemals allergisches Asthma hatten, sind somit mit einem einfachen Stichprobenfehler von ca. 18% behaftet.

Um den relativen Stichprobenfehler  $\varepsilon_P$  eines Anteils  $P=X/Y$  zu schätzen (wobei X eine Teilmasse von Y ist), kann man folgende Näherungsformel verwenden:

$$\varepsilon_P = \sqrt{\varepsilon_X^2 - \varepsilon_Y^2}$$

## 6.2.2. Nicht-stichprobenbedingte Effekte

### Qualität der verwendeten Datenquellen

Trifft nicht zu, da keine zusätzlichen Datenquellen zur primärstatistischen Erhebung verwendet wurden.

### Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung)

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

Allerdings kann eine derartige Stichprobe praktisch nie zu 100 Prozent ausgeschöpft werden. So sind erwerbstätige Personen in Singlehaushalten schwerer anzutreffen als in größeren Familien mit Kindern. In städtischen Ballungszentren, wie das Bundesland Wien zeigt, ist die Ausschöpfung ebenfalls geringer. Die Größe der Verzerrung kann auf Grund der vorliegenden Daten nicht angegeben werden.

Zum zweiten sind Ausländer generell untererfasst. Da sowohl die Aviso-Briefe als auch die Gesundheitsbefragung nur in Deutsch vorhanden waren, ist es bei dieser Bevölkerungsgruppe wesentlich schwieriger, 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.

Personen in Anstaltshaushalten sind ebenfalls untererfasst. Insgesamt haben 92 Personen in Anstaltshaushalten die Gesundheitsbefragung beantwortet (das sind 0,6% aller Befragten. Lt. Volkszählung 2001 lebte etwa 1,3% der Bevölkerung ab 15 Jahren in einem Anstaltshaushalt.).

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

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

Die Bruttostichprobe (vor neutralen Ausfällen) pro Versorgungsregion beträgt 770 Personen, für die drei Wiener Versorgungsregionen jeweils 933 Personen. Als Bruttostichprobengröße ergibt sich damit die Zahl von 25.130 Personen. 621 Adressen wurden als neutrale Ausfälle auf Adressenebene qualifiziert. 24.509 Personen bilden die Basis zur Ausschöpfungsberechnung. Ausschöpfungsbelastend (nicht-neutrale Ausfälle) waren insgesamt 9.035 Ausfälle. Die österreichweite Ausschöpfung liegt damit bei 15.474 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 63,1% (siehe auch Pkt. 3 „Charakteristika der Stichprobe“).

**Item-non Response:** Die Item-non response stellt die Nichtbeantwortung einzelner Fragepositionen durch die 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 etwa 25%. Auch bei den Fragen zur Lebensqualität (Selbstaussfüller) wurde eine Imputation der fehlenden Fälle (8%) vorgenommen. Proxy-Fragebögen wurden in 249 Fällen ausgefüllt. 63% der Proxy-Befragungen wurden bei Respondenten, die älter als 75 Jahre sind, durchgeführt. Anhand der Antworten im Proxy-Fragebogen wurde für diese Fälle eine Imputation des Hauptfragebogens durchgeführt.

**Imputation:** Der Antwort-Ausfall für einzelne Merkmale wird in der amtlichen Statistik durch Imputation korrigiert. Ziel dabei ist es, vermutete durch die Non-Response verursachte Verzerrungen auszugleichen.

Als Methode wurde bei der Gesundheitsbefragung sequentielles hierarchisches Hot-Deck gewählt. Dabei werden die Einzeldaten nach bestimmten Merkmalen sortiert, von denen man annimmt, dass sie mit dem zu imputierenden Merkmal in Zusammenhang stehen. Dies waren die Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung und Versorgungsregion. Nach der Sortierung werden die fehlenden Werte sequentiell ersetzt. Nachdem die Gesundheitsbefragung in mehrere thematische Fragenblöcke unterteilt ist, war es notwendig, für jeden dieser Blöcke eine geeignete Sortierreihenfolge zu definieren (siehe auch Pkt. 4 „Imputation“).

### **Messfehler (Erfassungsfehler)**

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

Fremdauskünfte waren nur bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren selbst Auskunft zu geben, erlaubt. Hier wurde bei Privathaushalten ein Haushaltsmitglied bzw. bei Anstaltshaushalten die Anstaltsleitung ersucht, einen verkürzten Fragebogen, der Grundinformationen über den Gesundheitszustand des Respondenten oder der Respondentin liefern soll, zu beantworten.

Interviewerfehler können durch falsch gestellte Fragen oder Fehleintragungen der Interviewer, durch teilweise oder gänzlich gefälschte Interviews sowie durch Nicht-Verwendung des Erhebungsinstruments (Telefon-Interview statt CAPI) entstehen.

### **Aufarbeitungsfehler**

Durch die Verwendung des Erhebungsinstruments CAPI sind Aufarbeitungsfehler weitgehend ausgeschlossen (integrierte Filterführung und Plausibilitätstests).

### **Modellbedingte Effekte**

Keine bekannt.

## **6.3. Rechtzeitigkeit und Aktualität**

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

Erhebungsablauf: Der Informationsbrief der Statistik Austria an Stichprobenpersonen war der erste Kontakt mit Zielpersonen. Primär wurde über die Zielsetzung der jeweiligen Erhebung informiert und die wichtigsten zu erhebenden Merkmale angeführt. Ein Informationsbrief des Auftraggebers (BMGFJ) mit persönlicher Anrede wurde mitverschickt.

Die Kontaktdaten der Zielpersonen wurden den Feldinterviewern elektronisch übermittelt. Die Datenerhebung bestand aus einem elektronischen Fragebogen, einem Erfahrungsbericht des Interviewers bzw. der Interviewerin und aus einem von dem auf Papier auszufüllenden Teil (Selbstaufüller zur Lebensqualität). 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.

Die Feldphase begann am 27. März 2006 und dauerte bis 23. März 2007. Im Zuge der Aufarbeitung der Gesundheitsbefragung wurden nach Erhalt des Datensatzes Plausibilitätskontrollen, Zusammenführung des Hauptdatensatzes mit dem Selbstaufüller sowie Imputation fehlender Angaben durchgeführt. Der geplante, imputierte und gewichtete Datensatz war

Anfang Mai 2007 vorhanden. Der Abgabetermin für den Bericht über die Hauptergebnisse an das BMGFJ war am 15. Juni und wurde eingehalten. Die Veröffentlichung der Ergebnisse fand im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz mit dem BMGFJ am 21. August 2007 statt.

#### **6.4. Vergleichbarkeit**

**Räumliche Vergleichbarkeit:** Bezogen auf die Bundesländer schafft der Stichprobenplan vom Stichprobenfehler her annähernd gleichwertige Ergebnisse für die Bundesländer, unabhängig von deren Größe. Bei tieferen regionalen Auswertungen (auf der Ebene der Versorgungsregion) wird naturgemäß – neben dem Stichprobenfehler – auch der Einfluss anderer Störungen, wie Interviewer-Ausfälle, systematische Fehler durch einzelne Interviewer usw. stärker. Auf EU-Ebene sind Vergleiche nur punktuell möglich, da die Mitgliedsstaaten der EU erst damit beginnen, den EHIS in ihrem Land umzusetzen und somit nur auf frühere nationale Erhebungen der MS zurückgegriffen werden kann.

**Zeitliche Vergleichbarkeit:** 2006/2007 wurde zum ersten Mal eine eigenständige Gesundheitsbefragung durchgeführt. Jedoch fanden Gesundheitsbefragungen in Österreich im Rahmen des Mikrozensus in unregelmäßigen Abständen seit den 1970er Jahren statt (Gesundheitsbefragungen in den Jahren 1973, 1983, 1991 und 1999; Raucherbefragungen in den Jahren 1972, 1979 und 1997). Die letzte Befragung dieser Art gab es im Jahr 1999. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/07 lassen sich allerdings aufgrund unterschiedlicher Erhebungsdesigns und eines völlig neu konzipierten Frageprogramms nur punktuell mit den Ergebnissen früherer Befragungen vergleichen.

#### **6.5. Kohärenz**

Die Frage zur Teilnahme an der für den Respondenten kostenlosen Gesundheitsuntersuchung wurde mit den Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger verglichen. In der Gesundheitsbefragung wird über eine höhere Teilnahme berichtet. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass unter „kostenloser Gesundenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung)“ auch Vorsorgeuntersuchungen beim Facharzt oder die der Fachärztin (wie z.B. Frauenarzt oder Frauenärztin, Urologe oder der Urologin, Hautarzt oder Hautärztin) bzw. in Apotheken verstanden wurde.

Bezüglich der Angabe von geplanten Operationen war ein Vergleich mit den Leistungsdaten der Spitalsentlassungsstatistik möglich. Während bei der Linsenoperation und beim Hüft- und Kniegelenkersatz vergleichbare Häufigkeiten erreicht wurden, waren Operationen an den Herzkranzgefäßen (Bypass) in der Befragung sehr stark überschätzt.

Die Ergebnisse zur Alkoholabhängigkeit (Ergebnisse der CAGE-Fragen) sowie zum Rauchverhalten wurden mit Experten diskutiert und als plausibel eingestuft.

Die Kohärenz bei der Einkommensfrage mit den Ergebnissen des EU-SILC wurde durch die Imputation erzeugt. Bei den sozio-demographischen und –ökonomischen Variablen wurde eine gute Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Arbeitskräfteerhebung bzw. des EU-SILC festgestellt.

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

### **Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publikationen**

[EHIS \(European Health Interview Survey\)](#)

## **Anlagen**

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

Versorgungsregionen

Interviewerhandbuch

EHIS (European Health Interview Survey)

CAPI-Fragebogen

Proxy-Fragebogen

Selbstaussfüller zur Lebensqualität

Befragungshilfen

Plausibilitätsprüfung