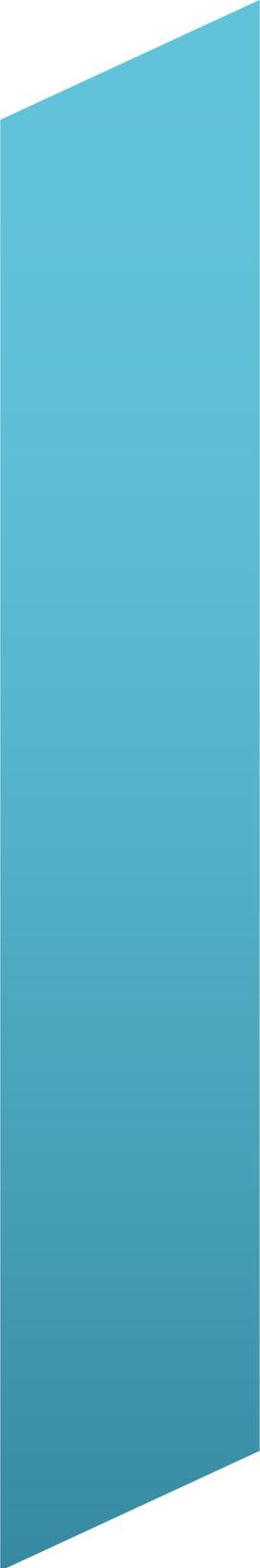


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Outcome-Messung im Gesundheits- wesen

Basierend auf dem Mess- und Ver-
gleichskonzept

Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen

**Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im November 2021**

Impressum

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

Begleitung der Aktualisierung des Ergebnisberichts durch:

Christina Dietscher

Constantin Zieger

Wissenschaftliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Andrea E. Schmidt (Projektleitung)

Florian Bachner

Julia Bobek

Robert Griebler

Lukas Rainer

Sophie Stumpfl

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,

vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Reich (BMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum: 2021

Zusammenfassung

Die **systematische Messung gesundheitlicher und gesundheitsrelevanter Outcomes** ist eine unverzichtbare Aufgabe, um Interventions- und Steuerungsebenen im Gesundheitswesen sichtbar zu machen. Im Rahmen der **Zielsteuerung-Gesundheit** wurde zu diesem Zweck ein entsprechendes Mess- und Vergleichskonzept für relevante Outcomes des Gesundheitssystems erstellt. Es zielt darauf ab, anhand eines **nationalen und internationalen Vergleichs spezifischer Kennzahlen** Aussagen zur **Performance des österreichischen Gesundheitssystems** zu treffen. Handlungsfelder, die vertiefender Analysen bedürfen, können anhand der Ergebnisse in diesem Bericht identifiziert werden. Gezielte Priorisierungen sowie informierte Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen werden dadurch unterstützt. In der Zielsteuerung-Gesundheit wurde ein Outcome-Framework entwickelt, das in Summe sieben Outcome-Ziele entlang der Funktionsbereiche eines modernen Gesundheitssystems definiert und derzeit 54 Indikatoren bzw. Indikatorengruppen vorsieht. Das Framework leitet sich aus den ergebnisbezogenen Zielsetzungen der Zielsteuerung-Gesundheit ab.

Die Entwicklung der Outcome-Messung im Gesundheitswesen erfolgte unter Einbezug aller Kurien (Sozialversicherung, Länder, Bund). Die Darstellung der Ergebnisse bildet somit ein **abgestimmtes Instrument zur Entscheidungsunterstützung der und für die Systempartner**. Die Outcome-Messung soll darüber hinaus auch dazu dienen, allen Vertreterinnen und Vertretern der Zielsteuerung-Gesundheit ein valides Instrument (oder Nachschlagewerk) zur einheitlichen Darstellung und Kommunikation österreichischer Zahlen und Daten über das Gesundheitssystem gegenüber der interessierten Öffentlichkeit und/oder Medien an die Hand zu geben. Die Outcomemessung trägt daher entscheidend zur Transparenz im Gesundheitswesen bei.

Neue Indikatoren im Funktionsbereich Langzeitpflege und -betreuung

Im vorliegenden Bericht sind einige Auswertungen aus dem Bereich Langzeitpflege und -betreuung zum ersten Mal enthalten. Hintergrund der neuen Indikatoren ist, dass für die Funktionsbereiche Langzeitpflege und -betreuung (sowie Hospiz-/Palliativversorgung auf Palliativstationen) im Zeitraum 2017–2019 ein Prozess für die Auswahl geeigneter Indikatoren unter Einbindung aller Zielsteuerungspartner sowie von Expertinnen und Experten durchgeführt wurde.

Die folgenden Indikatoren wurden dem aktualisierten Ergebnisbericht in der Version 2021 neu hinzugefügt:

Langzeitpflege und -betreuung

- » Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung, Abschnitt 2.4.2
- » Vermeidbare stationäre Aufenthalte (ACSC) Pflegebedürftiger, Abschnitt 2.4.3
- » Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Abschnitt 2.4.5

Aktualisierte Indikatoren

Mit der vorliegenden überarbeiteten Fassung des Ergebnisberichts 2021 wurden die nachstehend angeführten Kennzahlen aktualisiert. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass in diesem Bericht die aktualisierten Kennzahlen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2018) enthalten sind, wodurch verstärkt Trendanalysen (im Vergleich zur Gesundheitsbefragung ATHIS 2014) möglich werden.

Als methodischer Hinweis ist anzufügen, dass die 2014 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) im Gegensatz zur Befragung 2018 (computerunterstützte persönlichen Interviews) eine telefonische Erhebung bei Personen in Privathaushalten, ergänzt um einen Selbstausfüller für die Beantwortung sensibler bzw. komplexer Fragen. Das verwendete Modell 2014 zur Rekrutierung hat sich als nicht optimal für die Gesundheitsbefragung erwiesen. Durch die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Mikrozensus kam es insbesondere in der Gruppe der Älteren zu hohen Verweigerungsraten, die durch Hochrechnungen ausgeglichen wurden. Dennoch kann eine gewisse Verzerrung nicht ausgeschlossen werden, da insbesondere ältere Personen, die in einem schlechteren Gesundheitszustand waren, in der Befragung nicht erreicht werden konnten und es dadurch tendenziell zu einer Übergewichtung bzw. Überrepräsentation der gesünderen Bevölkerung gekommen sein kann (Klimont 2020). Es erscheint daher zielführend, primär den längerfristigen Trend bei der Entwicklung der Subjektiven Gesundheitswahrnehmung und des darauf basierenden Indikators der Lebenserwartung in guter Gesundheit zu interpretieren. Unter Ausklammerung der Befragungsergebnisse 2014 ist dabei seit 1978 eine kontinuierliche Verbesserung beider Indikatoren messbar.

Gesundheitsförderung und Prävention

- » Schulklima, Abschnitt 2.1.2
- » Obst- und Gemüsekonsum, Abschnitt 2.1.4
- » Gesundheitswirksame Bewegung, Abschnitt 2.1.5
- » Sturzbedingte Frakturen Oberschenkelhalsknochen, Abschnitt 2.1.7
- » Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34), Abschnitt 2.1.12.1
- » Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21), Abschnitt 2.1.12.2
- » Bösartige Melanome (C43), Abschnitt 2.1.12.3
- » Bösartige Neubildungen der Zervix (C53), Abschnitt 2.1.12.4
- » Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21–22), Abschnitt 2.1.13.1
- » Ischämische Schlaganfälle (I63), Abschnitt 2.1.13.2
- » Inzidenz Typ-2-Diabetes, Abschnitt 2.1.14

Kuration

- » Mortality amenable to health care (MAHC), Abschnitt 2.2.1
- » Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), Abschnitt 2.2.2
- » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI, Abschnitt 2.2.3
- » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall, Abschnitt 2.2.4

- » Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM), Abschnitt 2.2.5
- » Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf, Abschnitt 2.2.8

Langzeitpflege und -betreuung

- » Entlastung pflegender Angehöriger, Abschnitt 2.4.1
- » Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen, Abschnitt 2.4.4

Gesamtsystem

- » Lebenserwartung bei Geburt, Abschnitt 2.5.1
- » Gesunde Lebensjahre, Abschnitt 2.5.2
- » Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Abschnitt 2.5.3
- » Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen, Abschnitt 2.5.4
- » Depressive Symptomatik, Abschnitt 2.5.5
- » Vorzeitige Mortalität, Abschnitt 2.5.6
- » Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL), Abschnitt 2.5.7
- » Säuglingssterblichkeit, Abschnitt 2.5.8

Acht Indikatoren konnten im vorliegenden Bericht aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit **nicht aktualisiert** werden: Gesundheitskompetenz, Zahnstatus Sechsjähriger, Schulklima, Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt, Zufriedenheit mit der ambulanten ärztlichen Behandlung, Wartezeiten extramural, Wartezeiten intramural, Strukturen für PROMs auf Palliativstationen.

Wesentliche Trends und Entwicklungen

Im Vergleich zu den im Ergebnisbericht 2020 dargestellten Erkenntnissen sind nachstehende Entwicklungen auf Basis der Aktualisierung ableitbar (siehe auch Tabelle 0.1). Die **Detailanalyse** der auswertbaren Outcomes gibt Hinweise auf positive wie negative Entwicklungen (s. Tabelle 0.1), indem einerseits Trends berücksichtigt wurden und andererseits die Ergebnisse aus Österreich mit jenen aus anderen europäischen Ländern verglichen werden. Im europäischen Vergleich zeigen acht Indikatoren ein positives Ergebnis (grüne Markierung), während vier Indikatoren problematisch erscheinen (rote Markierung). Weitere 11 Outcomes zeigen durchschnittliche Ergebnisse (orange Markierung), wovon einer einen negativen Trend aufweist. Für 18 Indikatoren kann derzeit nur eine nationale bzw. regionale Standortbestimmung vorgenommen werden.

Positive Entwicklungen

Die **vorzeitige, vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit** sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2002 lag die Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 122 Todesfällen, im Jahr 2018 bei 73 je 100.000 EW (altersstandardisiert); sie ist damit in den letzten Jahren weiter gesunken. Zuletzt lag Österreich zwischen dem EU-15+-Durchschnitt und dem Durchschnitt aller erfassten europäischen Länder.

Die **potenziell vermeidbaren stationären Aufenthalte (ACSC)** sind in den letzten Jahren ebenfalls deutliche Rückgänge zu verzeichnen (2005: 2.721 je 100.000 EW; 2019: 1.643 je 100.000 EW), der geschlechtsbedingte Unterschied hat sich in der betrachteten Periode verringert (von 359 auf 256). Im europäischen Vergleich zeigt sich hier allerdings noch Verbesserungsbedarf, insbesondere bei COPD.

Die standardisierte intramurale **30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)** nach stationärer Aufnahme je 100 Spitalsentlassungen über alle Fondskrankenanstalten lag im Jahr 2019 österreichweit bei 5,2, wobei ein rückläufiger Trend zu beobachten ist. Im internationalen Vergleich liegt Österreich allerdings deutlich höher als der Durchschnitt der EU-15+.

Die **vorzeitige Mortalität** sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2005 lag die vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 245 Fällen, während sie im Jahr 2019 bei 187 Fällen lag. Die vorzeitige Sterblichkeit ist im europäischen Vergleich sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwas höher als in den Ländern der EU-15+, aber niedriger als im EU-Gesamtvergleich (EU-28+).

Die **potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) vor einem Alter von 70 Jahren** sinken kontinuierlich. Dies kann mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit sowie mit dem Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und tödlichen Unfällen in Zusammenhang gebracht werden. Über den Betrachtungszeitraum 2005–2019 wiesen Frauen stets geringere PYLL-Werte auf. Die Differenz zwischen je 1.000 Frauen und Männern betrug 24 Jahre im Jahr 2005 und reduzierte sich auf 15 im Jahr 2019.

Bei **sturzbedingten pertrochantären Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens** ist im Zeitraum 2005–2019 ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im Jahr 2019 wurden in Akutkrankeanstalten (bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren) 676 Aufenthalte pro 100.000 EW mit dieser Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Bei Personen im Alter von 75 oder mehr Jahren waren es 1.486 Aufenthalte pro 100.000 EW. Insgesamt weisen Frauen deutlich häufiger stationäre Aufenthalte aufgrund der genannten Brüche auf als Männer. Die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern nimmt allerdings über die Jahre hinweg deutlich ab.

Die **PIM-Prävalenz** lag im Jahr 2020 in Österreich bei 37 Prozent. Demnach wird mehr als einem Drittel aller Anspruchsberechtigten über 70 Jahre ein inadäquates Medikament verordnet, wobei der gesamtösterreichische Trend sinkend ist.

Die **Säuglingssterblichkeit** war in Österreich bis in die erste Hälfte der 1990er-Jahre stark rückläufig und sinkt nach einer mehrjährigen Stagnation seit 2016 wieder. Im Jahr 2019 kamen auf 1.000 Lebendgeburten 2,9 Säuglinge, die im ersten Lebensjahr verstarben (250 Säuglinge). Mehr als die Hälfte dieser Todesfälle ereignete sich in der ersten Lebenswoche.

Die **Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen** wird in Österreich tendenziell als eher hoch bewertet: 96 Prozent der befragten Pflegebedürftigen nehmen die Versorgungssituation als adäquat wahr, bei Berücksichtigung von sechs Kategorien (funktionale Wohnsituation, Körperpflege, medizinisch-pflegerische Versorgung, Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr, hygienische Wohnsituation

sowie Aktivitäten/Beschäftigung/Sozialleben). Als Domäne mit dem höchsten Verbesserungsbedarfsanteil mit (14,5 Prozent der Fälle) wird die funktionale Wohnsituation identifiziert. Auch die **selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen** steigt kontinuierlich seit 2006.

Weitere Indikatoren, bei denen ein positiver Trend zu beobachten ist, sind: Arbeitsbedingungen (Altersgruppe 50 bis 64 Jahre), Lebenserwartung bei Geburt, Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (AMI, Schlaganfall), Sterblichkeit nach Aufnahme mit Schlaganfall im Krankenhaus.

Schwankende oder negative Entwicklung

Der Bevölkerungsanteil mit **unerfülltem Bedarf an medizinischer Untersuchung** oder Behandlung ist in Österreich mit einer Rate von 0,3 Prozent gering, die Rate zeigt im Zeitverlauf leichte Schwankungen. Die Ungleichheit bei Bedarfslücken im Zugang zu medizinischen Untersuchungen zwischen Einkommensgruppen ist seit 2018 gestiegen.

Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge stiegen zuletzt bei Frauen leicht an und sanken bei Männern. Im europäischen Vergleich liegen österreichische Männer mit 49 Fällen pro 100.000 EW unter dem Durchschnitt der EU-15+, während Österreichs Frauen mit 32 Fällen pro 100.000 EW zwischen dem Durchschnitt der EU-15+ und der EU-28+ rangieren. Neuerkrankungen an bösartigen Melanomen verzeichneten bei Männern und Frauen einen Anstieg, während bösartige Neubildungen des Darms sowie bösartige Neubildungen der Zervix rückläufig sind. Die Darmkrebsinzidenz ist im internationalen Vergleich insbesondere bei Frauen als sehr niedrig einzuschätzen, auch bei bösartigen Neubildungen der Zervix erzielt Österreich ein vergleichsweise gutes Ergebnis.

Zur Bewertung der **Entlastungssituation pflegender Angehöriger** wird der Anteil jener pflegenden Angehörigen herangezogen, die angeben, von keinen Belastungen betroffen zu sein. Hoher Pflegebedarf oder eine demenzielle Erkrankung der pflegebedürftigen Person erhöhen psychische, finanzielle, körperliche und zeitliche Belastungen der pflegenden Angehörigen. Fast eine von zehn Frauen (9,4 %), die eine Angehörige bzw. einen Angehörigen mit einer demenziellen Erkrankung pflegt, gibt an, von mehr als sieben Belastungsfaktoren betroffen zu sein.

Bei einigen Indikatoren zeigt Österreich zwar im internationalen Vergleich noch überdurchschnittlich gute Ergebnisse doch einen negativ zu interpretierenden Trend (**Adipositas** und **depressive Symptomatik**). Der Anteil täglich Rauchender ist für Männer in den letzten Dekaden gesunken, bei Frauen blieb die Entwicklung seit 1986 stabil mit einem kurzen Anstieg 2014. Im internationalen Vergleich liegt Österreich beim **Tabakkonsum** mit rund einem Fünftel der Bevölkerung, das täglich raucht aber immer noch immer über dem EU-Durchschnitt.

Neue Indikatoren im Bereich Langzeitpflege und -betreuung (keine Trendanalyse möglich)

Im Zeitraum 2016 bis 2019 lag die **Polypharmazieprävalenz bei Personen mit Pflegegeld** in Österreich bei rund sieben Prozent bei Männern und bei rund zehn Prozent bei Frauen. Diese Werte sind im Zeitverlauf konstant. In beiden Geschlechtergruppen wiesen Personen im Pflegeheim im Jahr 2019 höhere Werte auf als die Vergleichsgruppe, wobei der Unterschied nur bei Frauen statistisch signifikant ist.

Vermeidbare stationäre Aufenthalte im Krankenhaus sind **bei Personen im Pflegeheim** für beide Geschlechter niedriger als bei Personen mit Pflegegeldbezug, die nicht im Pflegeheim leben (Zeitraum 2016–2018). Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bei Männern, die im Pflegeheim eine um 23 % geringere ACSC-Rate aufweisen. Insgesamt geben die Ergebnisse Aufschluss darüber, dass Menschen im Alten- und Pflegeheim besser von der niedergelassenen ärztlichen Versorgung erreicht werden als Menschen (mit gleichem Pflegebedarf), die nicht in einem Heim leben.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM) in Alten- und Pflegeheimen betrafen im Jahr 2019 rund 22 Prozent der Bewohner/-innen (15.254 Personen). Frauen sind hier, absolut gesehen, mit 10.103 Betroffenen deutlich stärker vertreten als Männer. In Relation zur Zahl der Bewohner/-innen werden jedoch bei Männern (26 %) häufiger FM dokumentiert als bei Frauen (20 %). Im Bereich der Akutkrankenanstalten waren im Jahr 2019 in absoluten Zahlen 6.666 Personen von FM betroffen (Männer: 3.292, Frauen: 3.374). Während in Alten- und Pflegeheimen bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen Beschränkungen mittels Medikamenten den größten Anteil (44 %) einnehmen, bezieht sich in Akutkrankenanstalten der größte Anteil der Beschränkungen (47 %) auf die Kategorie Bett.

Die **Detailanalyse** der auswertbaren Outcomes gibt Hinweise auf positive wie negative Entwicklungen (s. Tabelle 0.1), indem einerseits Trends berücksichtigt wurden und andererseits die Ergebnisse aus Österreich mit jenen aus anderen europäischen Ländern verglichen wurden.

Tabelle 0.1:
Entwicklung der Indikatoren im europäischen Vergleich

Einschätzung im europ. Vergleich	Outcome
●	Gesundheitskompetenz (nicht aktualisiert)
●	Gesunde Lebensjahre
●	Tabakkonsum
+	30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme mit AMI
-	Bösartige Melanome (C43)
●	Obst- und Gemüsekonsum
●	Alkoholkonsum
●	Bösartige Neubildungen der Lunge (C33-34)
●	Sozialkapital
+	Zahnstatus Sechsjähriger (nicht aktualisiert)
+	Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)
+	Vorzeitige vom Gesundheitssystem beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)
+	Lebenserwartung bei Geburt
+	Vorzeitige Mortalität
+	Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)
●	Entlastung pflegender Angehöriger
●	Lebensqualität von zu Hause betreuten Personen
●	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
●	Vermeidbare stationäre Aufenthalte Pflegebedürftiger
●	Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung
●	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
●	Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt (nicht aktualisiert)
●	Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung (nicht aktualisiert)
●	Wartezeiten: extramural (nicht aktualisiert)
●	Wartezeiten: intramural (nicht aktualisiert)
●	Patient Reported Outcome Measures in Palliativstationen (nicht aktualisiert)
●	Inzidenz Typ-2-Diabetes
+	Pertrochantäre Frakturen
+	Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21-22)
+	Ischämische Schlaganfälle (I63)
+	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)
+	Lebensqualität chronisch Kranker
+	30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme Schlaganfall
-	Schulklima (nicht aktualisiert)
-	Adipositas
-	Depressive Symptomatik
●	Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf
●	Gesundheitswirksame Bewegung
+	Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
+	Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21)
+	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53)
+	Säuglingssterblichkeit

Legende	Einschätzung im Vergleich zum europäischen Durchschnitt und Trendentwicklung
	positiv einzuschätzendes Ergebnis und positiver Trend
	positiv einzuschätzendes Ergebnis, stabile Entwicklung oder kein Trend verfügbar
	positiv einzuschätzendes Ergebnis und negativer Trend
	durchschnittlich einzuschätzendes Ergebnis und positiver Trend
	durchschnittlich einzuschätzendes Ergebnis, stabile Entwicklung oder kein Trend verfügbar
	durchschnittlich einzuschätzendes Ergebnis und negativer Trend
	negativ einzuschätzendes Ergebnis und positiver Trend
	negativ einzuschätzendes Ergebnis, stabile Entwicklung oder kein Trend verfügbar
	negativ einzuschätzendes Ergebnis und negativer Trend
	kein Benchmark verfügbar, positiver Trend
	kein Benchmark verfügbar, stabile Entwicklung oder kein Trend verfügbar
	kein Benchmark verfügbar, negativer Trend

Quelle: Berechnung und Darstellung: GÖG

Derzeit nicht auswertbare Indikatoren

Die folgenden 15 Indikatoren, die im Outcome-Messungskonzept vorgesehen sind, können aufgrund der derzeitigen Datenlage noch nicht ausgewertet werden:

Prävention und Gesundheitsförderung

- » Durchimpfungsrate bei Kindern
- » Inzidenz von COPD

Kuration

- » Postoperative Komplikationen
- » Schwere oder tödliche Zwischenfälle
- » Antimikrobielle Resistenzen
- » Nosokomiale Infektionen

Hospiz- und Palliativversorgung (auf Palliativstationen)

- » Ungedeckter Bedarf: Aufnahme auf Palliativstationen
- » Wartezeiten bei Palliativstationen
- » *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) bei Schmerzen (I)
- » PROMs bei Atemnot (II)

Langzeitpflege und -betreuung

- » Dekubitus-Inzidenz im Pflegeheim
- » Unbeabsichtigter Gewichtsverlust von Menschen im Pflegeheim
- » Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzsituation von Menschen im Pflegeheim
- » Wünsche zum Lebensende bei pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen

Die zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht auswertbaren Indikatoren werden laufend hinsichtlich der Datenverfügbarkeit geprüft, um eine Aufnahme in den nächsten Bericht gegebenenfalls zu ermöglichen.

Inhalt

Zusammenfassung	III
Abbildungen.....	XIV
Tabellen	XVIII
Abkürzungen.....	XX
1 Einleitung und Hintergrund.....	1
2 Detailanalyse ausgewählter Outcomes im Gesundheitswesen.....	7
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention.....	7
2.1.1 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	7
2.1.2 Schulklima	11
2.1.3 Sozialkapital	13
2.1.4 Obst- und Gemüsekonsum	15
2.1.5 Gesundheitswirksame Bewegung.....	18
2.1.6 Gesundheitskompetenz.....	20
2.1.7 Sturzbedingte peritrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens	23
2.1.8 Zahnstatus Sechsjähriger.....	26
2.1.9 Tabakkonsum	29
2.1.10 Alkoholkonsum.....	32
2.1.11 Adipositas.....	35
2.1.12 Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix)	38
2.1.12.1 Bösartige Neubildungen der Lunge (C33-34).....	39
2.1.12.2 Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21).....	42
2.1.12.3 Bösartige Melanome (C43)	45
2.1.12.4 Bösartige Neubildungen der Zervix (C53).....	49
2.1.13 Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall).....	52
2.1.13.1 Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21-22).....	53
2.1.13.2 Ischämische Schlaganfälle (I63).....	55
2.1.14 Inzidenz Typ-2-Diabetes	58
2.2 Kuration	61
2.2.1 Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	61
2.2.2 Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)	66
2.2.3 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) nach stationärer Aufnahme	72
2.2.4 Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall nach stationärer Aufnahme	76
2.2.5 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)	80
2.2.6 Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt.....	83
2.2.7 Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung	87
2.2.8 Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf	91
2.2.9 Wartezeiten: extramural	95
2.2.10 Wartezeiten: intramural	98
2.3 Palliativversorgung auf Palliativstationen	100
2.3.1 Strukturen für Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Anteil der Palliativstationen, die PROMs implementiert haben	100
2.4 Langzeitpflege und -betreuung	101
2.4.1 Entlastung pflegender Angehöriger	101
2.4.2 Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung.....	108
2.4.3 Vermeidbare stationäre Aufenthalte (ACSC) Pflegebedürftiger	112
2.4.4 Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen.....	116
2.4.5 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	120

2.5	Gesamtsystem	126
2.5.1	Lebenserwartung bei Geburt.....	126
2.5.2	Gesunde Lebensjahre	129
2.5.3	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	133
2.5.4	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	135
2.5.5	Depressive Symptomatik	138
2.5.6	Vorzeitige Mortalität	142
2.5.7	Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)	145
2.5.8	Säuglingssterblichkeit	148
	Literatur	151

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Arbeitsbedingungen im Zeitvergleich, 2004–2017	8
Abbildung 2.2:	Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, 2017, auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte).....	9
Abbildung 2.3:	Schulklima im europäischen Vergleich (Mittelwerte), 2014.....	12
Abbildung 2.4:	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014.16	
Abbildung 2.5:	Mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche im europäischen Vergleich (in %), 2014	19
Abbildung 2.6:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im europäischen Vergleich*, 2011.....	21
Abbildung 2.7:	Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens im Zeitverlauf: Aufenthalte pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2005–2019	24
Abbildung 2.8:	Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im regionalen* Vergleich, 2016/2017	26
Abbildung 2.9:	Anteil der fünf- bis siebenjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im europäischen Vergleich**	27
Abbildung 2.10:	Tägliche Raucher/-innen ab 16 Jahren, 1972 bis 2019	29
Abbildung 2.11:	Anteil täglicher Raucher/-innen im europäischen Vergleich, 2014.....	30
Abbildung 2.12:	Wöchentlicher Alkoholkonsum im europäischen Vergleich (in %), 2014	34
Abbildung 2.13:	Adipositas im Zeitverlauf in % (Frauen und Männer), 2006–2019	36
Abbildung 2.14:	Adipositas im europäischen Vergleich (in %), 2014	37
Abbildung 2.15:	Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle (Statistik Austria 2015) pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009	40
Abbildung 2.16:	Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich*, 2012 und 2020 (Prognose) .	41
Abbildung 2.17:	Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21): Trends und Prognosen*(Statistik Austria 2015); Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009	43
Abbildung 2.18:	Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose).....	44
Abbildung 2.19:	Bösartige Melanome (C43): Trends und Prognosen*(Statistik Austria 2015); Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009.....	46

Abbildung 2.20:	Bösartige Melanome (C43): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose).....	47
Abbildung 2.21:	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009.....	50
Abbildung 2.22:	Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose).....	51
Abbildung 2.23:	Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im Zeitverlauf, 2004–2019	53
Abbildung 2.24:	Akuter Myokardinfarkt (I21–22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich, 2004–2019	54
Abbildung 2.25:	Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle je 100.000 EW im Zeitverlauf; 2004–2019	56
Abbildung 2.26:	Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich; 2004–2019	56
Abbildung 2.27:	Entwicklung der MAHC, 2005–2019	63
Abbildung 2.28:	MAHC im europäischen Vergleich, 2017.....	63
Abbildung 2.29:	Entwicklung der ACSC im regionalen und im Geschlechter-Vergleich, 2004–2019	68
Abbildung 2.30:	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte im europäischen Vergleich je 100.000 EW, 2017: Asthma, COPD und Herzinsuffizienz	69
Abbildung 2.31:	Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI, 2007–2019....	73
Abbildung 2.32:	Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI im europäischen Vergleich, 2017	74
Abbildung 2.33:	Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2007–2019	77
Abbildung 2.34:	Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall im europäischen Vergleich, 2017.....	78
Abbildung 2.35:	PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2020	81
Abbildung 2.36:	Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014	85
Abbildung 2.37:	Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014	89
Abbildung 2.38:	Entwicklung des unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfs, 2005–2019	92
Abbildung 2.39:	Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen (in %) im europäischen Vergleich, 2019 oder letztes verfügbares Jahr	93

Abbildung 2.40:	Anteil der pflegenden Angehörigen ohne psychischer Belastung nach Belastungskategorie und Pflegegeldstufe, 2016–2019.....	103
Abbildung 2.41:	Anteil der pflegenden Angehörigen ohne Belastung nach Belastungskategorie und Pflegegeldstufe, 2016–2019	104
Abbildung 2.42:	Durchschnittliche Anzahl der Belastungen pflegender Angehöriger nach Berufstätigkeit und Geschlecht, 2016–2019	104
Abbildung 2.43:	Anteil der pflegenden Angehörigen nach Anzahl der Belastungen, Geschlecht der pflegenden Angehörigen und demenzieller Erkrankung der betreuten Person, 2016–2019	105
Abbildung 2.44:	Anteil der pflegenden Angehörigen nach Anzahl der Belastungen, Geschlecht der pflegenden Angehörigen und Wohnsituation von Hauptbetreuungsperson und betreuter Person, 2016–2019.....	105
Abbildung 2.45:	Polypharmazieprävalenz nach Übergangsgrund des Pflegegeldes (risikostandardisiert)	110
Abbildung 2.46:	ACSC-Aufenthalte nach Übergangsgrund.....	114
Abbildung 2.47:	Anteil der höchsten Bewertung A (in %) und Pflegegeldstufe, 2016–2019.....	118
Abbildung 2.48:	Anteil der höchsten Bewertung A (in %) und Alter der zu Hause betreuten Person, 2016–2019	118
Abbildung 2.49:	Anteil der jeweiligen Beschränkungsarten bei den betroffenen Personen zwischen 75 und 84 Jahren in Alten- und Pflegeheimen und Krankenanstalten 2019	123
Abbildung 2.50:	Von Freiheitsbeschränkungen betroffene Personen nach Alter und Setting 2019	123
Abbildung 2.51:	Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Österreich, 2005–2019.....	127
Abbildung 2.52:	Lebenserwartung bei Geburt im europäischen Vergleich nach Geschlecht, 2019	128
Abbildung 2.53:	Entwicklung der gesunden Lebensjahre, 1978–2019	130
Abbildung 2.54:	Anzahl beschwerdefreier Lebensjahre zum Zeitpunkt der Geburt im europäischen Vergleich (Frauen und Männer), 2019	131
Abbildung 2.55:	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen im Zeitverlauf, 2006–2019	136
Abbildung 2.56:	Bevölkerungsanteil mit depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014	139
Abbildung 2.57:	Prävalenz moderater bis schwerer depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014–2019	140
Abbildung 2.58:	Entwicklung der vorzeitigen Mortalität in Österreich, 2005–2019	142

Abbildung 2.59: Vorzeitige Mortalität im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2019	143
Abbildung 2.60: Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich, 2005–2019.....	146
Abbildung 2.61: Potenziell verlorene Lebensjahre im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2019.....	146
Abbildung 2.62: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt, 1972–2019 ...	149
Abbildung 2.63: Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2018.....	149

Tabellen

Tabelle 0.1: Entwicklung der Indikatoren im europäischen Vergleich	IX
Tabelle 2.1: Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)	8
Tabelle 2.2: Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)	11
Tabelle 2.3: Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung (in %).....	13
Tabelle 2.4: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %).....	15
Tabelle 2.5: Gesundheitswirksame Bewegung (in %).....	18
Tabelle 2.6: Ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %).....	20
Tabelle 2.7: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens: Aufenthalte pro 100.000 EW, 2019	24
Tabelle 2.8: Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %), 2006–2017 ..	26
Tabelle 2.9: Tägliche Raucher/-innen (in %)	29
Tabelle 2.10: Alkoholkonsum (in %)	33
Tabelle 2.11: Übergewicht und Adipositas (in %).....	36
Tabelle 2.12: Bösartige Neubildung der Lunge (C33–34), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018	39
Tabelle 2.13: Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018	43
Tabelle 2.14: Bösartige Neubildungen der Haut (C43), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018...	45
Tabelle 2.15: Bösartige Neubildungen der Zervix (C53), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018.	49
Tabelle 2.16: Inzidenz Akuter Myokardinfarkt (AMI; I21–22), 2019	53
Tabelle 2.17: Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63), 2019	55
Tabelle 2.18: Inzidenz Typ-2-Diabetes, 2012–2019	59
Tabelle 2.19: Mortality Amenable to Health Care (MAHC), 2005–2019	62
Tabelle 2.20: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), 2019	67
Tabelle 2.21: Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI (I21, I22), 2019	73
Tabelle 2.22: Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2019...	77
Tabelle 2.23: Potenziell inadäquate Medikation bei Über-70-Jährigen (in %), 2012–2020	81
Tabelle 2.24: Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014	84

Tabelle 2.25: Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung (in %), 2014	88
Tabelle 2.26: Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf (in %), 2019.....	91
Tabelle 2.27: Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem auf Termin in der Haus-/Facharztpraxis (in %), 2014	96
Tabelle 2.28: Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichem Problem bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus (bei geplanten Aufnahmen; in %), 2014.....	98
Tabelle 2.29: Belastungssituation pflegender Angehöriger nach Geschlecht und Merkmalen der pflegebedürftigen Person (in %), 2016–2019.....	106
Tabelle 2.30: Polypharmazieprävalenz, Anteil der Pflegegeldbezieher/-innen mit mehr als neun verordneten Wirkstoffen (in %) 2016–2019, risikostandardisiert*	109
Tabelle 2.31: Anteil der Pflegegeldbezieher/-innen mit mindestens einem ACSC-Aufenthalt 2016–2018 risikostandardisiert*	113
Tabelle 2.32: Bewertung der Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen nach Lebensbereich (in %), 2016–2019	117
Tabelle 2.33: Von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffene Personen in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenanstalten 2019	122
Tabelle 2.34: Lebenserwartung (in Jahren), 2019.....	126
Tabelle 2.35: Gesunde Lebensjahre (in Jahren), 2019	130
Tabelle 2.36: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (in %).....	133
Tabelle 2.37: Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen (Mittelwerte)....	136
Tabelle 2.38: Depressive Symptomatik (in %).....	138
Tabelle 2.39: Vorzeitige Mortalität (<70 Jahren), 2019	142
Tabelle 2.40: Potenziell verlorene Lebensjahre, 2019	145
Tabelle 2.41: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene, 1972–2019	148

Abkürzungen

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AT	Österreich
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BE	Belgien
B	Burgenland
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DMFT	Decayed, Missing, Filled Teeth
EE	Estland
EFTA	European Free Trade Association
EHIS	European Health Interview Survey
EL	Griechenland
ES	Spanien
EU	Europäische Union
EU-15	15 Mitgliedstaaten der EU beigetreten bis 2004
EU-28	28 Mitgliedstaaten der EU (Stand: 2019)
EU-15+	15 Mitgliedstaaten der EU beigetreten bis 2004 und Mitgliedstaaten der EFTA
EU-28+	28 Mitgliedstaaten der EU und Mitgliedstaaten der EFTA (Stand: 2019)
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EW	Einwohner/Einwohnerin
FI	Finnland
FR	Frankreich
ggü.	gegenüber
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies
HU	Ungarn
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDF	Internationale Diabetes-Föderation
IE	Irland
IFGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
IS	Island
ISCED	International Standard Classification of Education
IT	Italien
KA	Krankenanstalten
K	Kärnten
KH	Krankenhaus
KV	Krankenversicherung
LE	Lebenserwartung
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
MAHC	Mortality Amenable to Health Care
med.	medizinisch
Mio.	Million/en
MT	Malta
MVK	Mess- und Vergleichskonzept
NHS	National Health Service
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	Oberösterreich
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PL	Polen
PROM	Patient Reported Outcome Measure
PT	Portugal
PYLL	Potenziell verlorene Lebensjahre
RO	Rumänien
S	Salzburg
s.	siehe
SE	Schweden
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SI	Slowenien
SK	Slowakei
ST	Steiermark
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
SV	Sozialversicherung
TUS	Todesursachenstatistik
UK	Vereinigtes Königreich

V	Vorarlberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZÄ	Zahnärzte/Zahnärztinnen

1 Einleitung und Hintergrund

Die regelmäßige und aktualisierte Outcome-Messung zielt darauf ab, anhand einer systematischen Ergebnisdarstellung Aussagen zur Performance des Gesundheitssystems im nationalen und internationalen Vergleich zu treffen. Sie basiert auf dem im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit¹ erstellten Mess- und Vergleichskonzept (MVK). Dieses wurde in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) unter Einbeziehung aller Kurien entwickelt (BMG 2015b). Das Messen von Outcomes soll den Fokus von bisher betrachteten Strukturen und Prozessen auf Ergebnisse lenken. Die Outcome-Messung möchte damit – unter Bedachtnahme allfälliger weiterer Einflussfaktoren (auch außerhalb des Gesundheitswesens) – Handlungsfelder identifizieren, die – gemeinsam mit relevanten Stakeholdern – vertiefender Analysen bedürfen.

Auch im zweiten Zielsteuerungsvertrag² ist die Fortsetzung der Arbeiten verankert, so kommt es zwischen 2017 bis 2021 ebenfalls regelmäßig zu Aktualisierungen bzw. Weiterentwicklung der 2016 veröffentlichten Baseline-Erhebung. Beim gegenständlichen Bericht handelt es sich um die aktualisierte Fassung 2021 (Datenstand Frühjahr 2021).

Outcome-Messung priorisiert Handlungsfelder und unterstützt die informierte Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Sie ist nicht als wertendes Instrument zu verstehen. Darüber hinaus kann sie im Zeitverlauf Hinweise auf Effektivität gesetzter Maßnahmen liefern, indem sie deren Gegensteuerungspotenzial sichtbar macht.

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

Outcome-Framework

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

1

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

2

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

unter Einbezug aller Kurien. Die Funktionsbereiche des Frameworks lösen sich von historisch gewachsenen System- und Finanzierungsverantwortungen oder Festlegungen auf bestimmte Settings der Leistungserbringung (Prävention findet beispielsweise auch in Krankenanstalten statt).

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

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

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

Indikatoren

Die Outcome-Messung im Gesundheitswesen sieht derzeit 54 Indikatoren bzw. Indikatoren-Gruppen vor. Diese wurden – ausgehend von international anerkannten Indikatorensets (z. B. WHO, OECD und EU) – auf Expertenebene systematisch ausgewählt und im Framework verortet. Zur Auswahl der Indikatoren wurden zwölf Bewertungskriterien herangezogen, gleichzeitig wurde auf ein handhabbares Indikatorenset geachtet. Da die direkte Messung komplexer Phänomene innerhalb von Gesundheitssystemen oftmals nicht möglich ist, stellen die ausgewählten Indikatoren übergeordnete Outcomes dar, die bestimmte Entwicklungen sichtbar machen.

Zudem enthält der gegenständliche Bericht erstmals Indikatoren für den Funktionsbereich *Langzeitpflege und -betreuung bzw. Palliativversorgung (auf Palliativstationen)*, die in einem umfassenden Auswahlprozess basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und einem adaptierten Delphi-Verfahren mit Expertinnen und Experten im Zeitraum 2017–2019 abgeleitet wurden.

Datengrundlagen

Als Datenquellen dienen ausschließlich Routinedaten oder Befragungsergebnisse, die standardmäßig erhoben werden. Eigene Datenerhebungen im Rahmen des Prozesses sind vorläufig nicht angedacht. 15 der im MVK genannten Indikatoren sind derzeit – mangels geeigneter Datengrundlagen – nicht darstellbar.

Internationale und regionale Vergleiche

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

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

Limitationen

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

Detailanalyse

Aufbauend auf das integrative Mess- und Vergleichskonzept zur Outcome-Messung im Gesundheitswesen, das im Zeitraum 2014–2015 entwickelt wurde, widmet sich der folgende Bericht der Detailanalyse vorgeschlagener Indikatoren (Datenverfügbarkeit Stand Frühjahr 2021).

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

- » Gesundheitsförderung und Prävention
 - » Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
 - » Schulklima
 - » Sozialkapital
 - » Obst- und Gemüsekonsum
 - » Gesundheitswirksame Bewegung
 - » Gesundheitskompetenz
 - » Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

3

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

- » Zahnstatus Sechsjähriger
- » Tabakkonsum
- » Alkoholkonsum
- » Adipositas
- » Inzidenz bösartiger Neubildungen
 - » Lunge
 - » Darm
 - » Bösartiges Melanom
 - » Zervix
- » Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - » Akuter Myokardinfarkt (AMI)
 - » Ischämischer Schlaganfall
- » Inzidenz Typ-2-Diabetes
- » Kuration
 - » Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)
 - » Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)
 - » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI
 - » Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall
 - » Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
 - » Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt
 - » Zufriedenheit mit der ambulanten ärztlichen Behandlung
 - » Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf
 - » Wartezeiten: extramural
 - » Wartezeiten: intramural
- » Langzeitpflege und Palliativversorgung (Palliativstationen)
 - » Strukturen für Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Anteil der Palliativstationen, die PROMs implementiert haben
 - » Entlastung pflegender Angehöriger
 - » Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung
 - » Vermeidbare stationäre Aufenthalte (ACSC) pflegebedürftiger Menschen im Krankenhaus
 - » Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen
- » Gesamtsystem
 - » Lebenserwartung bei der Geburt
 - » Gesunde Lebensjahre
 - » Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand
 - » Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen
 - » Depressive Symptomatik
 - » Vorzeitige Mortalität
 - » Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)
 - » Säuglingssterblichkeit

Auswertung bzw. Darstellung entsprechen den im Mess- und Vergleichskonzept festgelegten Eckpunkten (BMG 2015b). Detaillierte Indikatoren-Beschreibungen, die angewendete Methode zur Indikatoren-Auswahl und weitere Erläuterungen sind dem Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen (BMG 2014) zu entnehmen.⁴

15 Indikatoren sind aufgrund der derzeitigen Datenlage noch nicht auswertbar:

Prävention und Gesundheitsförderung:

- » Durchimpfungsrate bei Kindern
- » Inzidenz von COPD

Kuration:

- » Postoperative Komplikationen
- » Schwere- oder tödliche Zwischenfälle
- » Antimikrobielle Resistenzen
- » Nosokomiale Infektionen

Palliativversorgung auf Palliativstationen:

- » Ungedeckter Bedarf: Aufnahme auf Palliativstationen
- » Wartezeiten bei Palliativstationen
- » *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) bei Schmerzen (I)
- » PROMs bei Atemnot (II)

Langzeitpflege und -betreuung:

- » Dekubitus-Inzidenz im Pflegeheim
- » Unbeabsichtigter Gewichtsverlust von Menschen im Pflegeheim
- » Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzsituation von Menschen im Pflegeheim
- » Freiheitsbeschränkende Maßnahmen von Menschen im Pflegeheim
- » Wünsche zum Lebensende bei pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen

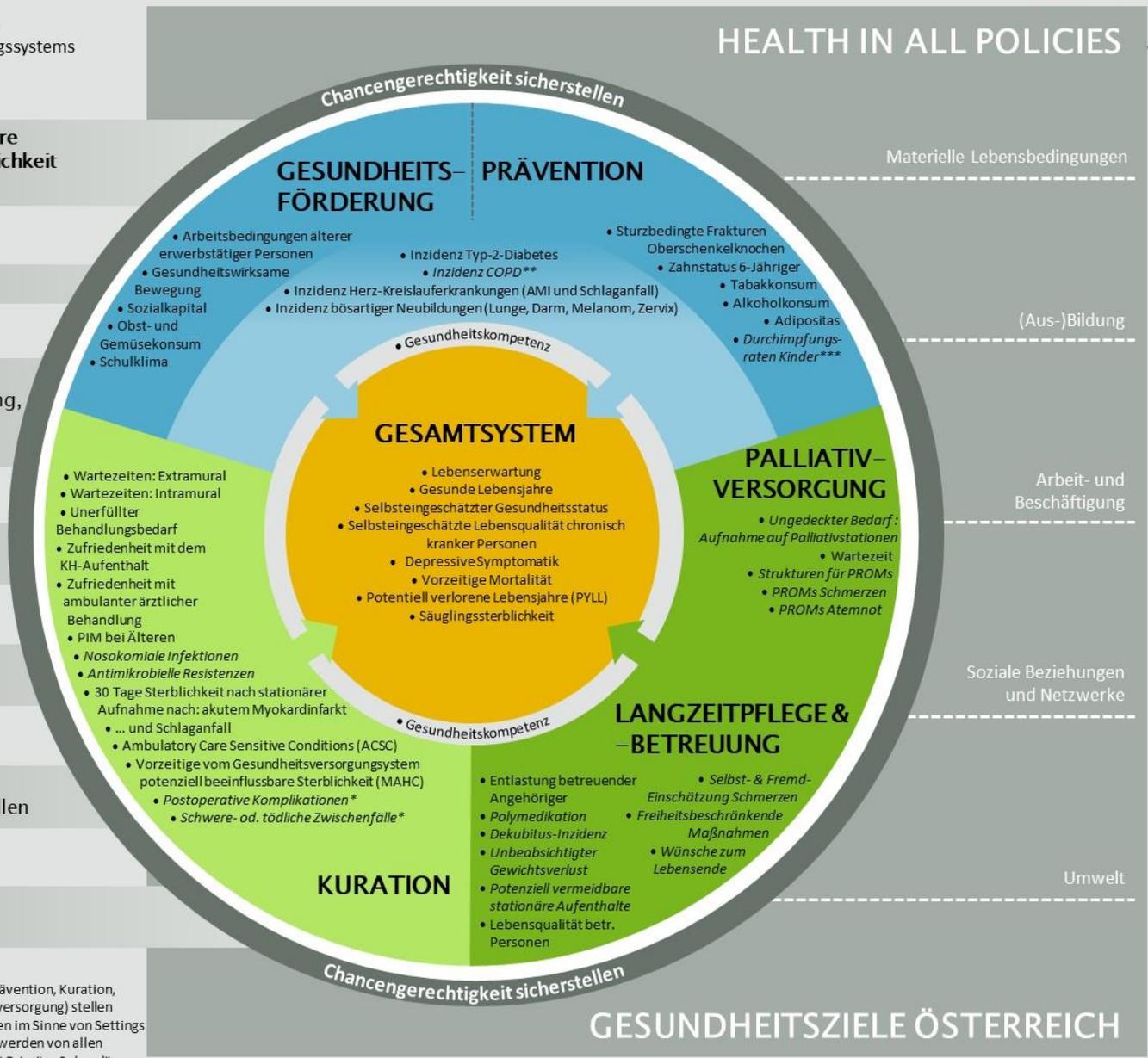
⁴ https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mess_und_Vergleichskonzept_Outcome_Messung_im_Gesundheitswesen

Abbildung : 1.1

Outcome-Framework

Zuordnung der Indikatoren nach Funktionen des Gesundheitsförderungs- und versorgungssystems

1. Zahl der **gesunden Lebensjahre** erhöhen und **verfrühte Sterblichkeit** verringern
2. **Lebensqualität** verbessern
3. **Qualität** sicherstellen (Patienten- /Nutzerorientierung, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit)
4. **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken
5. **Zugang und Fairness** sicherstellen
6. **Hohe Zufriedenheit** mit der Versorgung sicherstellen
7. **Akute Ereignisse** vermeiden bzw. behandeln



Die dargestellten **Funktionen** (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und -betreuung und Hospiz- und Palliativversorgung) stellen keine Verantwortungs- oder Finanzierungszuschreibungen im Sinne von Settings der Leistungserbringung dar. **Gesamtsystem-Outcomes** werden von allen Akteuren mitbeeinflusst (inkl. HiAP). **Prävention** schließt Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention mit ein. **Inzidenzen** (hellblauer Bereich): mittel- bis langfristige Beeinflussbarkeit durch Gesundheitsförderung- und Prävention.

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

2 Detailanalyse ausgewählter Outcomes im Gesundheitswesen

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

2.1.1 Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen

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

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

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

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

5

Fragen: Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/Einkommen für angemessen. Die Aufstiegchancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen/Aufstiegchancen in meinem Bereich sind schlecht. Mein Arbeitsplatz ist gefährdet. Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen. Ich habe kaum die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie ich meine Arbeit gestalte. Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.

Für meine Arbeit erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Wegen des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich ständig unter Zeitdruck.

Tabelle 2.1:

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

Jahr	M +F	M	F	ISCED Level 0-2*	ISCED Level 3-4*	ISCED Level 5-6*	Mit Migrationshintergrund**	Ohne Migrationshintergrund**
2004	55,9	55,5	56,8	50,0	53,2	61,6	52,6	56,2
2010/11	58,4	58,4	58,5	51,0	57,4	61,4	53,7	58,6
2015	59,6	61,0	58,1	55,7	58,5	63,2	55,0	59,7
2017	69,3	66,7	70,3	66,7	68,1	76,7	k.A.	k.A.

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

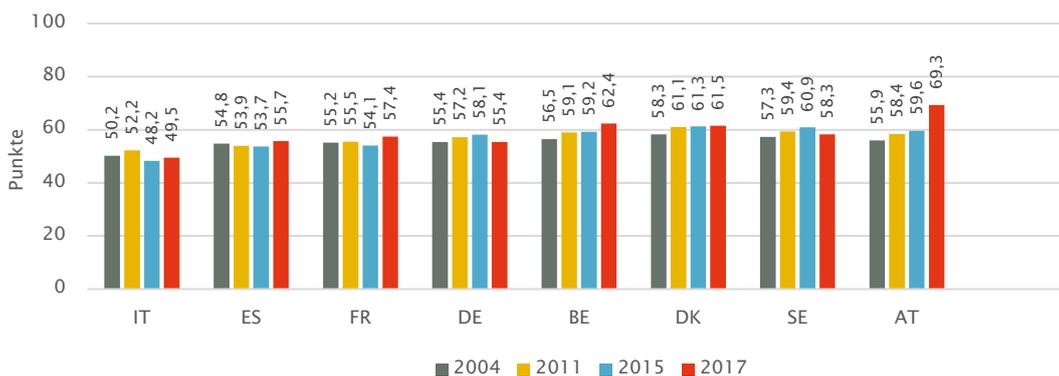
* ISCED: International Standard Classification of Education (Revision 1997); 0-2 = max. Pflichtschulabschluss, 3-4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5-6 = Universitätsstudium etc.

** Personen mit Migrationshintergrund: wurden im Ausland geboren

Quelle: SHARE 2004, 2010/2011, 2015 und 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.1:

Arbeitsbedingungen im Zeitvergleich, 2004-2017

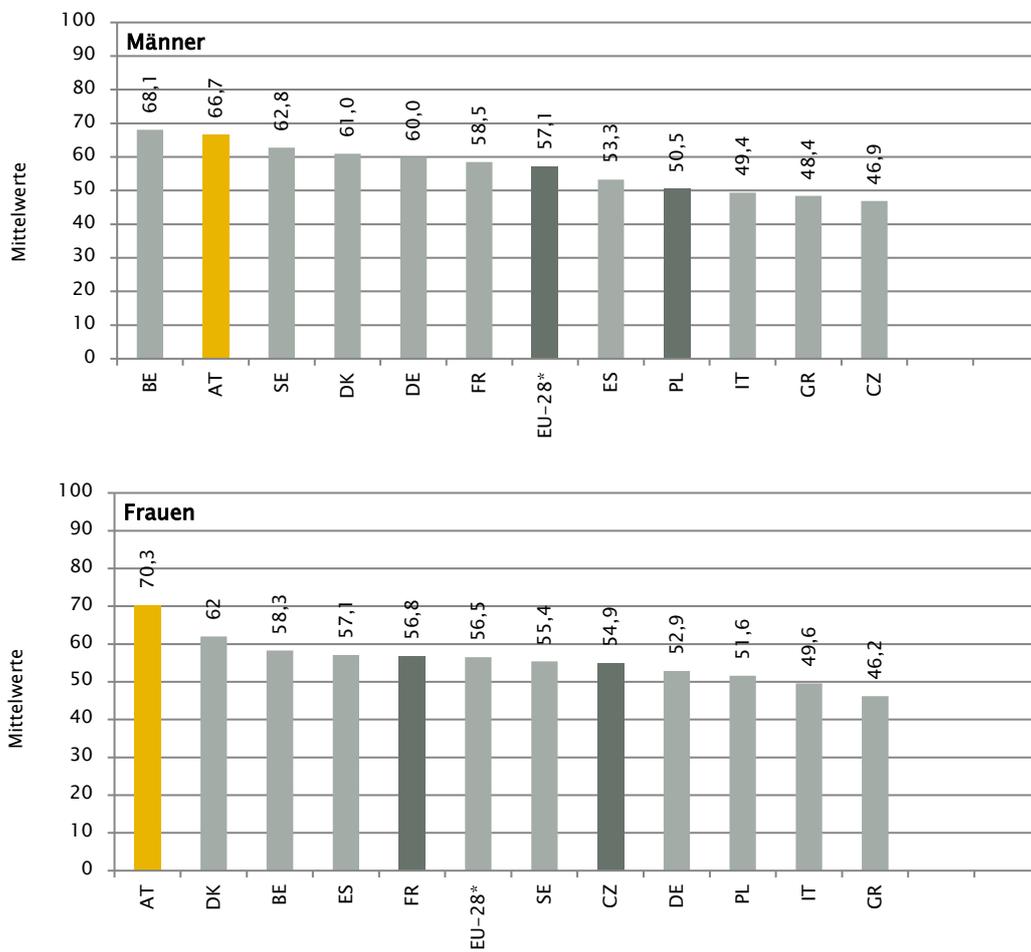


Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren; hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung

sortiert nach dem Veränderungsgrad (von links nach rechts)

Quelle: SHARE 2004, 2010/11, 2015 und 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.2:
Arbeitsbedingungen im europäischen Vergleich, 2017, auf einer Skala von 0 bis 100
(Mittelwerte)



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

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

Quelle: SHARE 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren bewerten ihre Arbeitsbedingungen mit rund 69 von 100 Punkten (SHARE-Erhebung 2017).
- » Vergleiche nach Bildung und Migrationshintergrund zeigen, dass Personen mit hohen Bildungsabschlüssen (ISCED-Level 5–6) sowie Personen ohne Migrationshintergrund ihre Arbeitsbedingungen besser bewerten als Personen mit geringerer Bildung und Personen mit Migrationshintergrund.
- » Im Vergleich zu 2004 verbesserten sich die Arbeitsbedingungen für beide Geschlechter, für Personen aller Bildungsabschlüsse sowie für Personen ohne und mit Migrationshintergrund, wobei für letztere keine Daten für 2017 vorliegen.
- » Im internationalen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern im oberen Drittel.

Limitationen

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

2.1.2 Schulklima

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

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

Tabelle 2.2:
Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas auf einer Skala von 0 bis 100 (Mittelwerte)

Jahr	B + M	B	M	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige	Geringer FAS	Hoher FAS
2010*	67,6	66,8	68,3	74,1	65,8	62,9	66,1	68,2
2014*	74,8	74,8	74,9	80,8	71,6	72,4	71,1	75,7
2018*	72,6	72,7	72,5	78,0	70,6	69,2	69,1	73,2

B = Burschen, M = Mädchen

FAS = Familienwohlstand

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

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014, BMASGK/IFGP 2018; Darstellung: GÖG

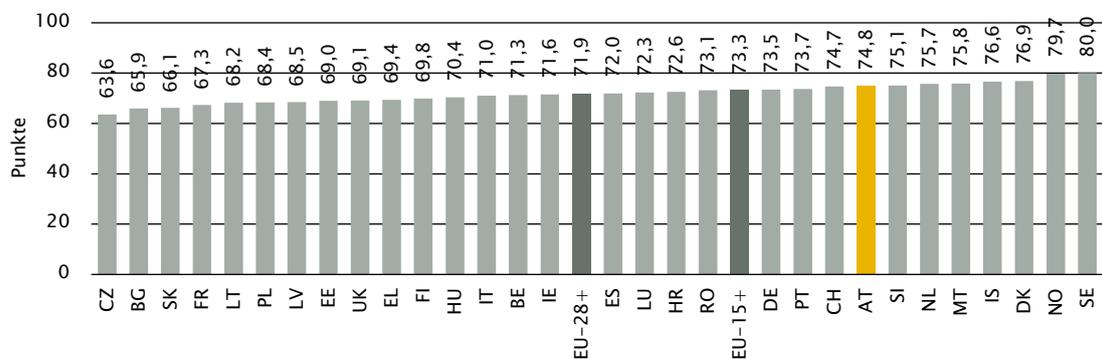
6

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

7

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

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



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

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

Analyse

- » Österreichs Schülerinnen und Schüler (11, 13 und 15 Jahre) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 73 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2018; gewichtete Ergebnisse).
- » Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab. Das Schulklima wurde 2018 von Schülerinnen und Schülern mit einem hohen Familienwohlstand um rund 4 Punkte besser eingeschätzt als von Schülerinnen und Schülern mit einem geringen Familienwohlstand.
- » Im Vergleich zum Jahr 2014 zeigen sich für beide Geschlechter, alle Altersgruppen sowie für alle Familienwohlstandsgruppen Verschlechterungen im Schulklima.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich im Jahr 2014 über dem EU-15- und dem EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf 11-, 13- und 15-jährige Schülerinnen und Schüler. Die Resultate liegen derzeit nur für drei Erhebungszeitpunkte (2010, 2014 und 2018) vor und erlauben keine Aussagen auf Bundesländer-Ebene. Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur für das Jahr 2014 möglich. Alle Ergebnisse beruhen auf Stichprobenerhebungen und Selbstangaben.

2.1.3 Sozialkapital

Das Sozialkapital ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007). Es beschreibt das Ausmaß sozialer Vorteile und Ressourcen, die Individuen über die Teilhabe an sozialen Strukturen und Netzwerken abrufen können. Das Sozialkapital bewirkt somit, dass Individuen auf der Grundlage sozialer Beziehungen Vorteile im alltäglichen Leben erfahren. Das bedeutet, dass sie im sozialen Umfeld auf Basis von Vertrauen, Normen und Netzwerken leichter agieren können – etwa in der Familie, der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Die Beziehungen können dabei unterschiedlicher Art sein, z.B. starke Bindungen innerhalb der Familie oder im Freundeskreis oder losere Kontakte zu Personen im beruflichen Umfeld. Besondere Bedeutung kommt vor allem der sozialen Unterstützung zu (z. B. zur besseren Bewältigung psychosozialer Belastungen), die über Netzwerke abgerufen werden kann.

Das Sozialkapital repräsentiert auch einen wesentlichen Bereich der Gesundheitsförderung und wird im Rahmen der Outcome-Messung als wahrgenommene Verfügbarkeit soziale Unterstützung operationalisiert (Klimont/Baldaszi 2015).

Tabelle 2.3:

Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung (in %)

Datenjahr	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrationshin- tergrund ja/nein***	Trend		
2019	55	55	56	44/58	44/68	42/59	gleichbleibend		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	66	60	57	60	59	61	59	60	40
M	67	58	56	59	58	61	58	57	39
F	64	61	57	60	59	61	61	62	42

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

M = Männer, F = Frauen

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

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

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » 55 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15 Jahre +) verfügt über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (2019).
- » Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt mit dem Alter ab: von 58 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 45 Prozent bei den ab 75-Jährigen.
- » Deutliche Unterschiede finden sich zudem nach Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, einem geringen Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund berichten deutlich seltener über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung als Personen mit höherem Bildungsabschluss, hohem Haushaltseinkommen und ohne Migrationserfahrungen.
- » Im Bundesländervergleich weisen Personen im Burgenland das höchste (66 %), Personen in Wien das geringste Ausmaß sozialer Unterstützung auf (40 %).
- » Vergleicht man die Ergebnisse aus dem Jahr 2019 mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, so zeigen sich – insgesamt gesehen – keine nennenswerten Unterschiede.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015; Klimont 2020). Europäische Vergleiche sind derzeit nicht möglich. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.4 Obst- und Gemüsekonsum

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

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

2019	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum	33	25	41	34/40	33/35	38/31	gleichbleibend
5 Portionen Obst- oder Gemüse am Tag	5	4	7	4/8	5/6	8/5	gleichbleibend

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum	26	35	29	36	41	32	35	38	31
5 Portionen Obst- oder Gemüse am Tag	5	5	4	6	8	3	5	8	7

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

M = Männer, F = Frauen

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

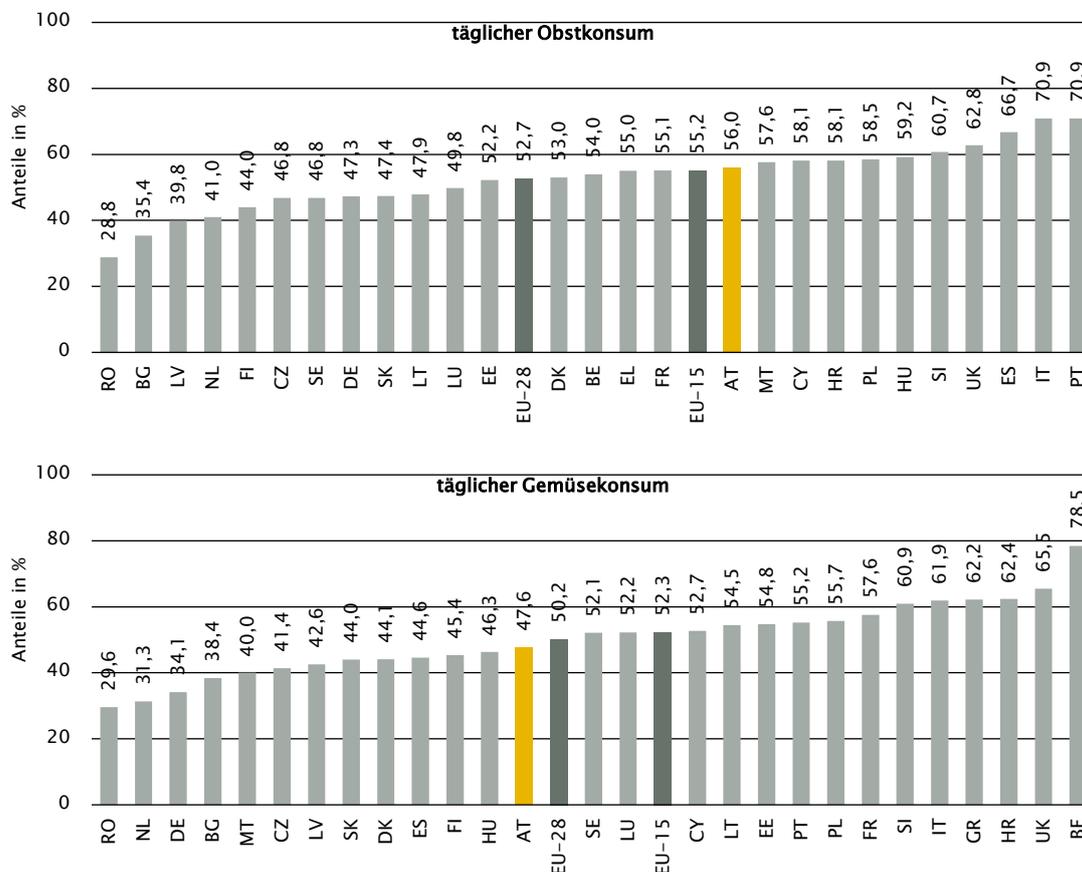
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.4:

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



Ländervergleich ohne Irland und EFTA-Länder

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

Analyse

- » 33 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15 Jahre +) konsumiert täglich Obst und Gemüse (Frauen deutlich häufiger als Männer; 2019). Fünf Portionen Obst- oder Gemüse pro Tag erreichen nur rund 5 Prozent der Österreicher/-innen.
- » Unterschiede im Obst- und Gemüsekonsum finden sich nach Bildung und Migrationshintergrund, jedoch nicht in puncto Einkommen: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss essen deutlich seltener täglich Obst- und Gemüse und fünf Portionen Obst- oder Gemüse am Tag als Personen mit hohem Bildungsniveau. Darüber hinaus zeigt sich, dass Menschen mit Migrationserfahrung häufiger Obst und Gemüse konsumieren als Personen ohne Migrationshintergrund.
- » In Bezug auf den täglichen Obst- und Gemüsekonsum ist ein deutliches West-Ost-Gefälle erkennbar, das in puncto 5-Portionen am Tag nicht mehr erkennbar ist.

- » Vergleicht man die Ergebnisse aus dem Jahr 2019 mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, so zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.
- » Im europäischen Vergleich (2014) liegt Österreich beim täglichen Obstkonsum über dem EU-28- und knapp über dem EU-15-Durchschnitt, beim täglichen Gemüsekonsum sowohl unter dem EU-15- als auch EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015; Klimont 2020). Europäische Vergleiche sind derzeit nur getrennt für Obst und Gemüse und nur für das Jahr 2014 möglich. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.5 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Aktivitäten zählt neben dem Ernährungsverhalten und dem Nichtrauchen zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (WHO 2016). Die Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich hinreichend erwiesen (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen zwischen 18 und 64 Jahren) ein wöchentliches Bewegungsausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver Bewegung sowie muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Fonds Gesundes Österreich 2020). Ergänzend dazu wird vermehrte Bewegung im Alltag propagiert (Wege von A nach B mit dem Rad oder zu Fuß).

Tabelle 2.5:
Gesundheitswirksame Bewegung (in %)

Jahr	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrationshin- tergrund ja/nein***	Trend		
2019	24	26	21	8/28	18/23	19/25	gleichbleibend		
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	20	25	21	22	26	24	28	23	25
M	19	29	23	25	27	26	29	25	29
F	21	21	19	19	26	22	27	21	21

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

M = Männer, F = Frauen

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

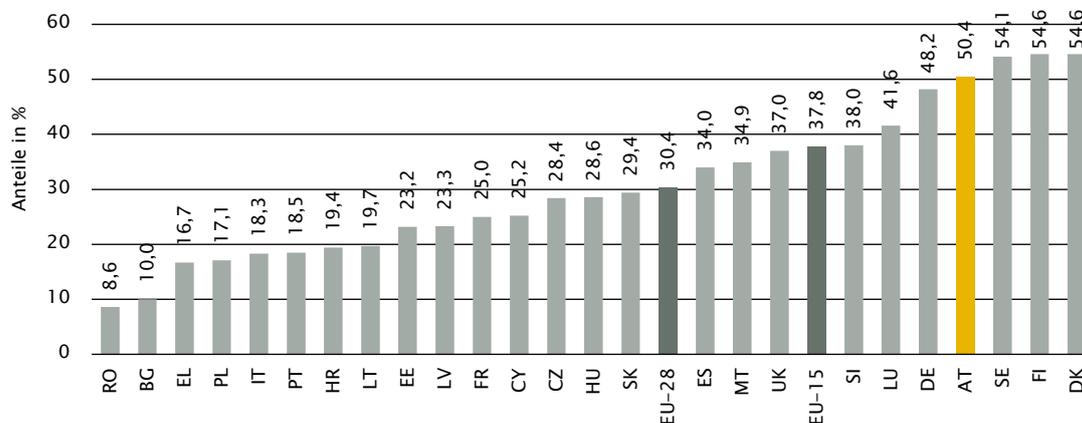
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.5:

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



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

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

Analyse

- » 24 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (zwischen 18 und 64 Jahren) folgten 2019 den österreichischen Bewegungsempfehlungen; Männer etwas häufiger als Frauen.
- » Deutliche Unterschiede finden sich diesbezüglich nach Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, geringem Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund erreichen deutlich seltener das empfohlene Bewegungsausmaß als Personen mit höherem Bildungsabschluss, hohem Haushaltseinkommen und ohne Migrationserfahrungen.
- » Im Bundesländervergleich setzen Personen in Tirol am häufigsten (28 %), Personen in Burgenland am seltensten die Bewegungsempfehlungen für Erwachsene (20 %) um.
- » Im Vergleich zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.
- » Ein europäischer Vergleich kann derzeit nur in Bezug auf die erste Komponente gesundheitswirksamer Bewegung (mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche) vorgenommen werden. Österreich rangiert diesbezüglich über dem EU-28- und EU-15-Durchschnitt.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont/Baldaszi 2015; Klimont 2020). Europäische Vergleiche sind derzeit nur für eine Komponente der gesundheitswirksamen Bewegung möglich und stehen vorläufig nur für die Gesamtbevölkerung zur Verfügung. Die Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobenerhebung und Selbstangaben.

2.1.6 Gesundheitskompetenz

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

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

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

Tabelle 2.6:
Ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %)

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

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

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

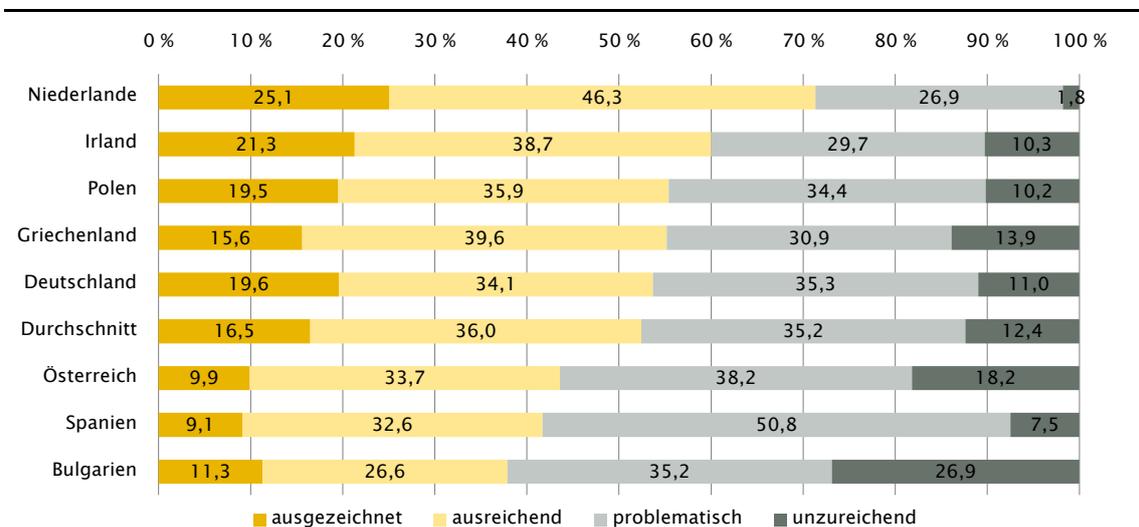
Pflichtschulabschluss, 3-4 = Lehrabschluss, AHS-Abschluss, BMS-/BHS-Abschluss, 5-6 = Universitätsstudium etc.

** Personen mit Migrationshintergrund: wurden in der EU geboren

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

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

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



Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren

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

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

Analyse

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

Limitationen

Der HLS-EU wurde derzeit nur einmal durchgeführt. Aussagen zur zeitlichen Entwicklung sind damit nicht möglich. Zudem sind keine Auswertungen auf Ebene der Bundesländer möglich. Auch für den europäischen Vergleich stehen aus der HLS-EU-Studie nur Daten aus sieben Vergleichsländern zur Verfügung. In den Jahren 2019 und 2020 kommt es zu einer neuen internationalen Studie, deren Ergebnisse Anfang 2021 vorliegen werden.

Da die Studie nach der Eurobarometer-Methode durchgeführt wurde, befinden sich nur EU-Bürger und -Bürgerinnen in der Stichprobe, dies ist bei der Interpretation des Migrationshintergrundes zu beachten. Weiters gilt es bezüglich des europäischen Vergleichs limitierend zu erwähnen, dass die Vergleichsstichproben sowohl in ihrer Alterszusammensetzung als auch hinsichtlich ihres Bildungsniveaus deutlich voneinander abweichen, beides Faktoren, die eng mit Gesundheitskompetenz verknüpft sind (HLS-EU Consortium 2012). Das für die Studie entwickelte HLS-EU-Q-Instrument basiert auf einer relationalen Definition von Gesundheitskompetenz. Das Instrument misst daher nicht nur die unmittelbare Kompetenz der Bevölkerung, sondern auch, wie schwierig bzw. einfach es ist, den unterschiedlichen (System-)Anforderungen gerecht zu werden.

2.1.7 Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

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

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

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

8

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

9

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

Tabelle 2.7:

Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens: Aufenthalte pro 100.000 EW, 2019

2019	M + F	M	F	Trend
60 oder mehr Jahre	710	492	887	sinkend
60 oder mehr Jahre (altersstandardisiert)	676	565	787	
75 oder mehr Jahre	1.501	1.076	1.785	
75 oder mehr Jahre (altersstandardisiert)	1.486	1.237	1.734	

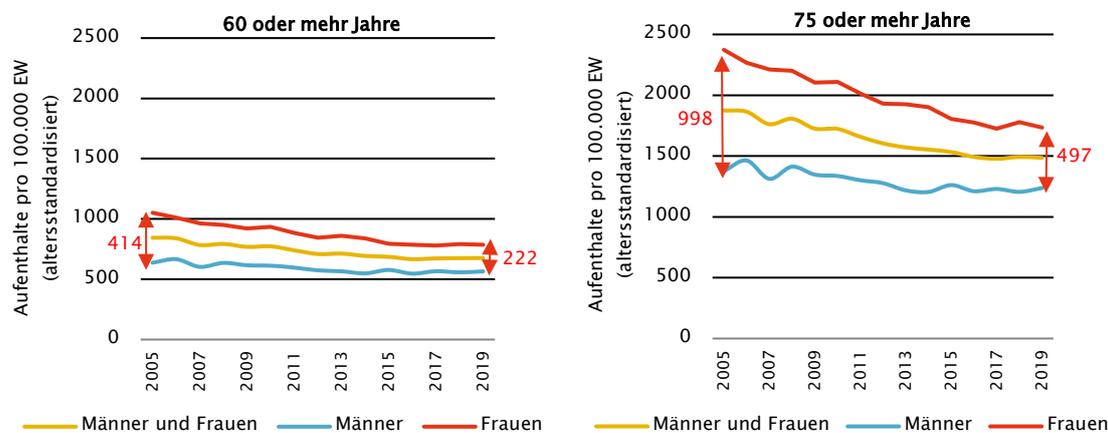
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert)					sinkend
Höchste Ausprägung (Aufenthalte je 100.000 EW)	60 oder mehr Jahre	765	-	-	
	75 oder mehr Jahre	1.743	-	-	
Niedrigste Ausprägung (Aufenthalte je 100.000 EW)	60 oder mehr Jahre	600	-	-	
	75 oder mehr Jahre	1.309	-	-	

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

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005-2019, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.7:

Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens im Zeitverlauf: Aufenthalte pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2005-2019



Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005-2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2019 wurden in Akut-Krankenanstalten (bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren) 676 Aufenthalte pro 100.000 EW aufgrund von pertrochantären Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (als Haupt- oder Nebendiagnose). Bei Personen im Alter von 75 oder mehr Jahren waren es 1.486 Aufenthalte pro 100.000 EW.
- » Im Zeitraum 2005–2019 ist eine kontinuierliche Abnahme derartiger Brüche zu beobachten.
- » Insgesamt weisen Frauen deutlich häufiger stationäre Aufenthalte aufgrund der genannten Brüche auf als Männer. Die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern nimmt allerdings über die Jahre hinweg deutlich ab.
- » Die Häufigkeit pertrochantärer Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens variiert deutlich zwischen den Bundesländern: In der Altersgruppe 60+ schwankt die Häufigkeit zwischen 600 und 765 Aufenthalten pro 100.000 EW, in der Altersgruppe 75+ zwischen 1.309 und 1.743 Aufenthalten pro 100.000 EW.

Limitationen

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

2.1.8 Zahnstatus Sechsjähriger

Der Zahnstatus von Sechsjährigen gibt Auskunft über Fortschritte in der Kariesprophylaxe. Zur Quantifizierung dieses Fortschrittes wird der Anteil der Sechsjährigen mit einem kariesfreien Gebiss herangezogen ($d_{3mft} = 0$). Die Daten entstammen den Zahnstatus- bzw. Länderzahnstatus-erhebungen der GÖG und beruhen auf Stichprobenerhebungen (Bodenwinkler et al. 2007; Bodenwinkler et al. 2012).

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

Tabelle 2.8:

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

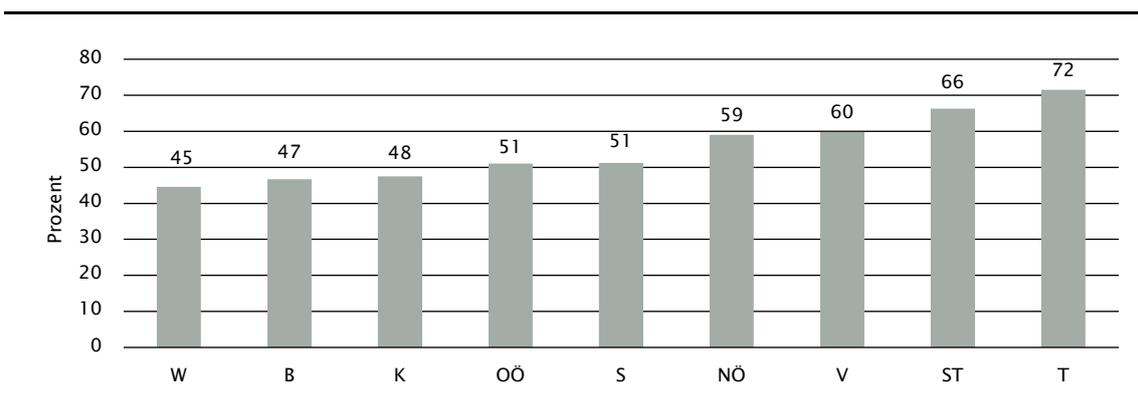
Jahr	B+M	B	M	Eltern(teil) mit Matura	Eltern(teil) ohne Matura	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Trend
2006	45	43	48	56	39	53	29	steigend
2011	52	49	54	60	37	60	35	
2016/17	55	54	56	62	42	64	39	

B = Burschen, M = Mädchen

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

Abbildung 2.8:

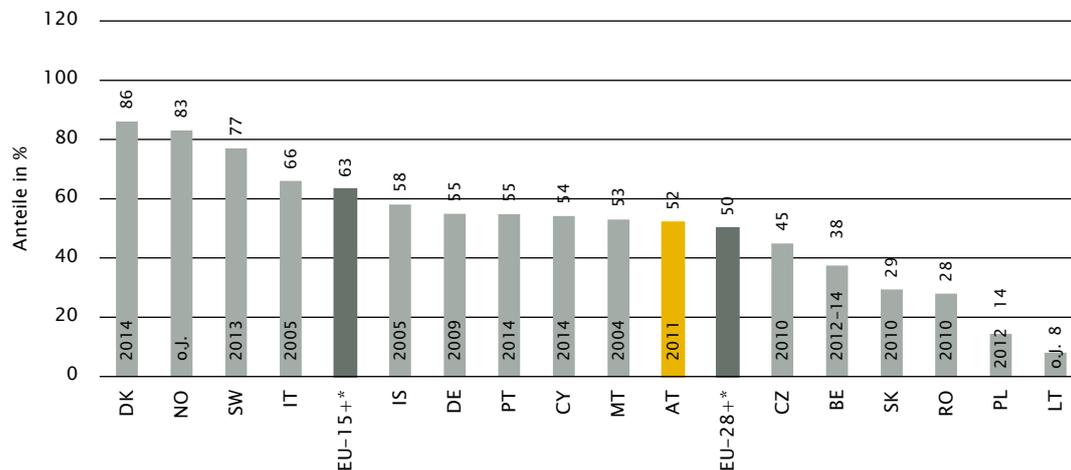
Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (in %) im regionalen* Vergleich, 2016/2017



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

Abbildung 2.9:

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



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

** Darstellung nach jüngstem verfügbarem Jahr

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

Analyse

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

Limitationen

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

2.1.9 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak zählt weltweit zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die Gesundheit (WHO 2019). Er wird nachweislich mit der Entstehung zahlreicher Erkrankungen in Verbindung gebracht (allen voran: Atemwegserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, bösartige Neubildungen), verringert die Lebensqualität und erhöht das vorzeitige Sterberisiko (Jha 2009; Klimont/Baldaszi 2015; Öberg et al. 2011; Services 2004; WHO 2010).

Tabelle 2.9:
Tägliche Raucher/-innen (in %)

Jahr	M + F	M	F	Niedrige/hohe Bildung*	Niedriges/hohes Einkommen**	Migrationshintergrund*** ja/nein	Trend
2019	21	24	18	22/15	24/14	28/18	M: sinkend F: seit 1986 weitgehend gleichbleibend

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M+F	19	20	20	19	20	20	18	23	23
M	21	20	22	23	22	22	21	27	28
F	18	21	19	16	17	18	15	20	18

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

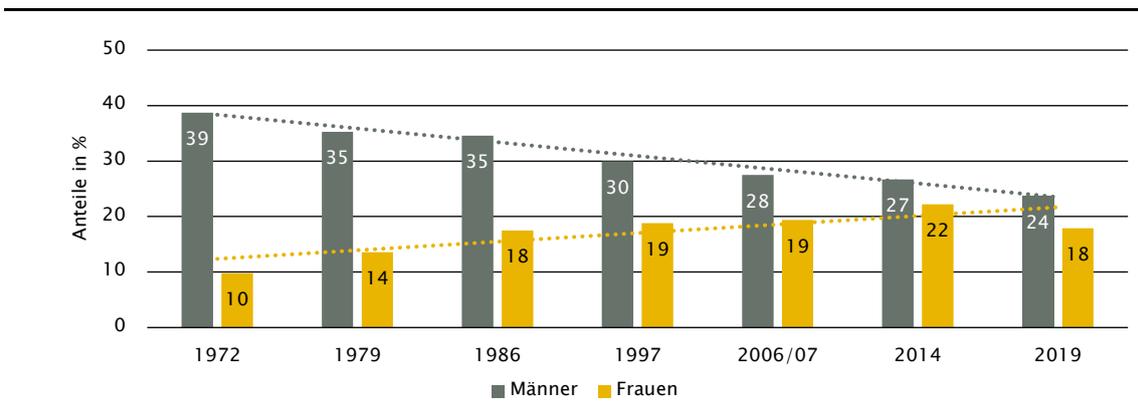
* Nur über 30-Jährige; maximal Pflichtschulabschluss vs. Matura oder hochschulverwandte Lehranstalt, Universität, Hochschule, Fachhochschule

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

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

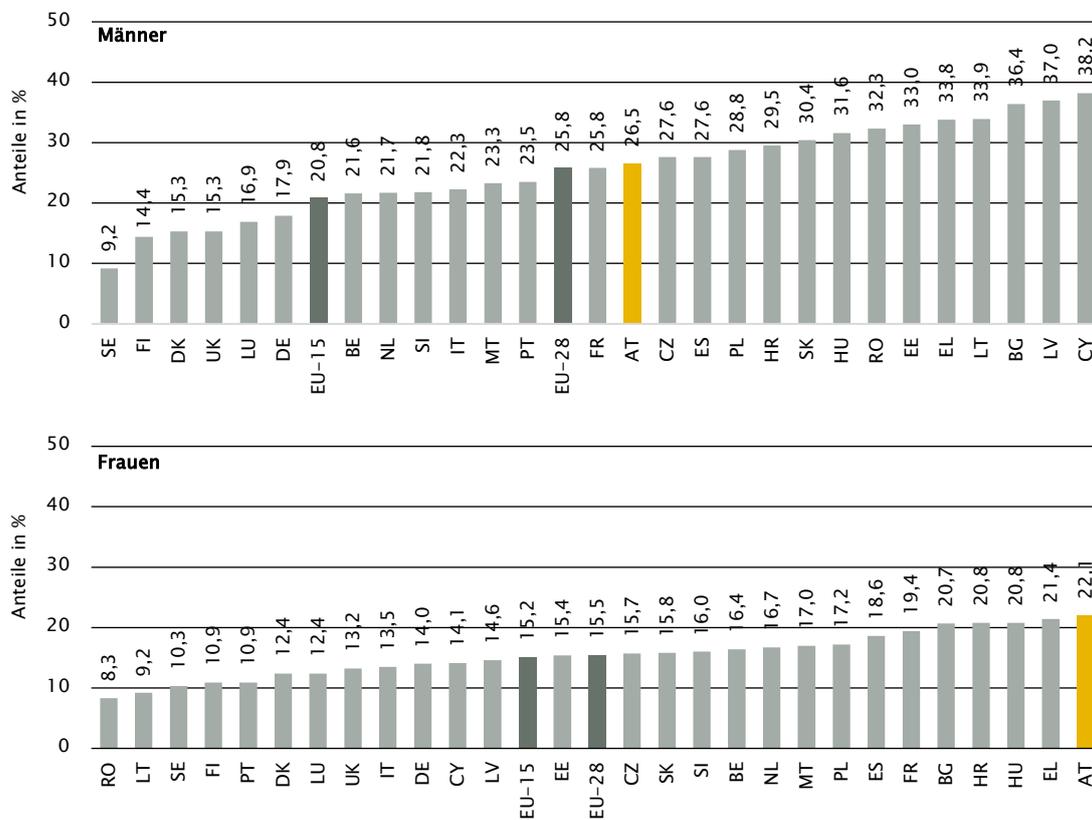
Abbildung 2.10:
Tägliche Raucher/-innen ab 16 Jahren, 1972 bis 2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014 und 2019 sowie Mikrozensus-Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1972, 1979, 1986 und 1997; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.11:

Anteil täglicher Raucher/-innen im europäischen Vergleich, 2014



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

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

Analyse

- » 21 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung (15 Jahre +) raucht täglich, Männer häufiger als Frauen.
- » Deutliche Unterschiede zeigen sich auch nach Einkommen und Bildung: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sowie Personen mit geringem Haushaltseinkommen rauchen signifikant häufiger täglich als Personen mit hohem Bildungsabschluss und hohem Haushaltseinkommen. Detailanalysen verdeutlichen, dass dieser Effekt nur für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung gilt (Bildung: 41 vs. 17 %; Einkommen: 38 vs. 15 %).
- » Personen mit Migrationshintergrund zählen häufiger zur Gruppe der täglichen Raucher/-innen als Personen ohne Migrationshintergrund.
- » Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass der Anteil täglich rauchender Männer seit 1972 kontinuierlich abnimmt und sich der Anteil täglich rauchender Frauen sich seit 1986 zwischen 18 und 22 Prozent bewegt.

- » Im Bundesländervergleich weisen vor allem Vorarlberg und Wien eine höhere Prävalenz auf als die anderen Bundesländer.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei den täglich rauchenden Männern im europäischen Mittelfeld (über dem EU-28- und EU-15-Durchschnitt) und weist bei den täglich rauchenden Frauen die höchste Prävalenzrate auf.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Zudem gilt es zu beachten, dass bei persönlichen Angaben zu sensiblen Daten Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zu Tage treten, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können.

2.1.10 Alkoholkonsum

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

Alkohol ist in Österreich ein häufig konsumiertes Genussmittel; übermäßiger Konsum ist weit verbreitet. Als riskanter Alkoholkonsum wird ein Konsummuster bezeichnet, bei dem Frauen durchschnittlich mehr als 16g und Männer mehr als 24g reinen Alkohol pro Konsumtag zu sich nehmen (Klimont 2020).

Tabelle 2.10:
Alkoholkonsum (in %)

2019	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bil- dung*	Niedriges/ hohes Ein- kommen**	Migrations- hintergrund*** ja/nein	Trend
Alkoholprävalenz (12-Monatsprävalenz)	80	84	76	60/87	68/91	64/84	gleichbleibend
((Fast) täglicher Alko- holkonsum (≥ 5Tage pro Woche)	8	13	4	8/10	8/12	5/9	
Riskanter Alkoholkon- sum ¹⁰	10	15	5	7/11	8/14	6/11	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Alkoholprävalenz (12- Monatsprävalenz)	80	79	80	83	82	80	79	79	77
((Fast) täglicher Alko- holkonsum (≥ 5Tage pro Woche)	8	7	9	10	11	9	8	7	8
Riskanter Alkoholkon- sum	8	8	10	11	12	8	10	9	11

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

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

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

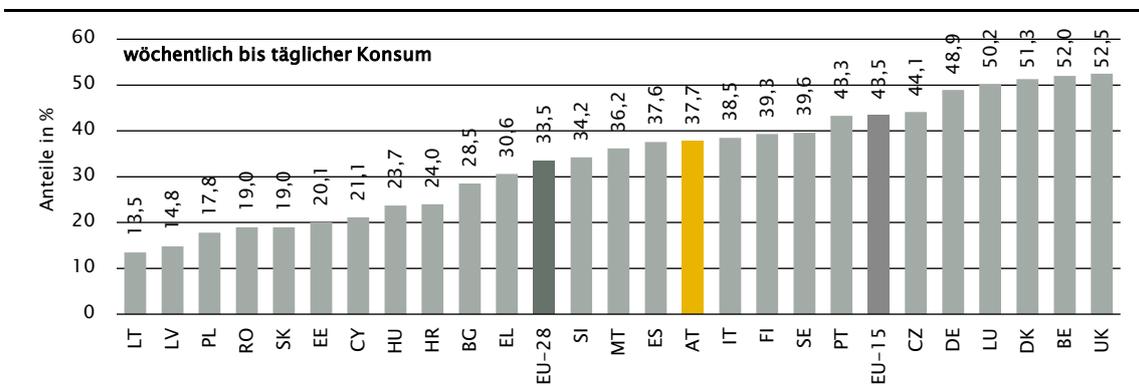
*** Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

10

In der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 wurden zur Berechnung eines riskanten Alkoholkonsums neue Grenzwerte herangezogen, ein wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 16 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 24g Reinalkohol pro Tag bei Männern (zuletzt 20 bzw. 40g). Durch diese Änderung erhöht sich die Prävalenz eines riskanten Alkoholkonsums in der Bevölkerung. Wendet man diese Berechnungsweise auch auf die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 an, so ergibt sich ebenfalls eine Prävalenz von rund 10 Prozent.

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



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

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

Analyse

- » Eine deutliche Mehrheit der österreichischen Bevölkerung trinkt Alkohol. Die 12-Monatsprävalenz liegt 2019 bei 80 Prozent, wobei Männer häufiger Alkohol trinken als Frauen (84 vs. 76 %).
- » Rund acht Prozent der Bevölkerung trinkt beinahe täglich Alkohol (Männer 13%, Frauen 4 %).
- » Als riskant wird das Konsummuster bei 10 Prozent der Bevölkerung eingestuft (Männer: 15 %, Frauen 5 %).
- » Der Alkoholkonsum nimmt mit steigender Bildung und steigendem Einkommen zu: Dies gilt für regelmäßigen wie für den riskanten Alkoholkonsum.
- » Im Bundesländervergleich zeigen sich nur kleine Unterschiede.
- » Im Vergleich zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.
- » Ein europäischer Vergleich ist derzeit nur für den wöchentlichen Konsum von Alkohol möglich. Österreich rangiert diesbezüglich im Mittelfeld über dem EU-28- und unter dem EU-15-Durchschnitt.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Europäische Vergleiche sind derzeit nur auf Basis eines wöchentlichen Alkoholkonsums möglich. Zudem gilt es zu beachten, dass bei persönlichen Angaben zu sensiblen Daten Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zu Tage treten, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können. Dies ist erwiesenermaßen insbesondere bei Fragen zum Alkoholkonsum der Fall.

2.1.11 Adipositas

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

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

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

Tabelle 2.11:
Übergewicht und Adipositas (in %)

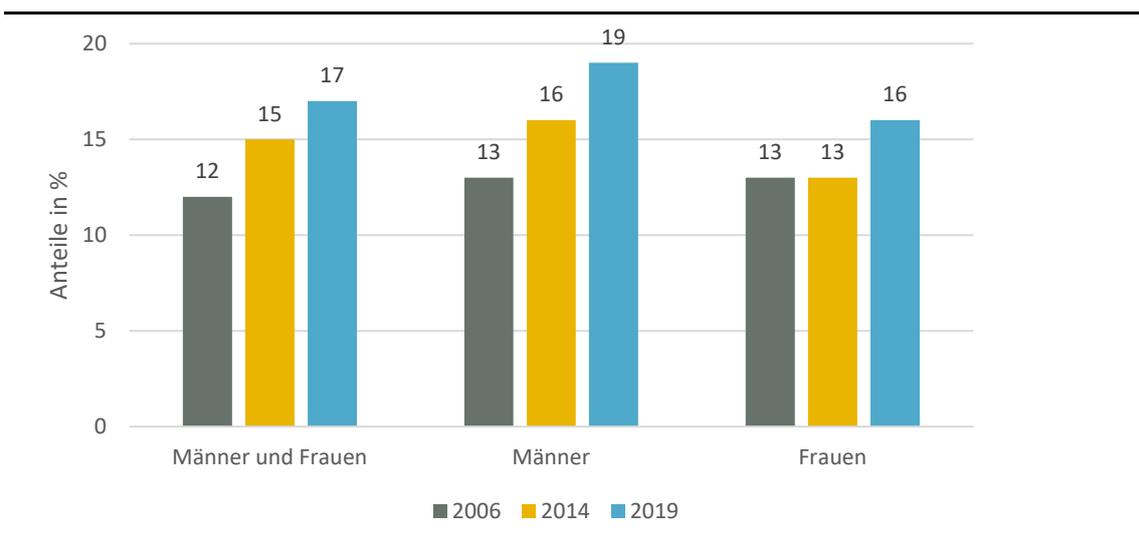
2019	M + F	M	F	Niedrige/ hohe Bil- dung*	Niedriges/ ho- hes Einkom- men**	Migrationshin- tergrund*** ja/nein	Trend
Übergewicht (BMI 25,0-29,9)							
EW ab 15 Jahren	35	41	28	40/33	36/38	33/35	nicht eindeutig
EW ab 18 Jahren	35	42	28	40/33	36/38	34/36	nicht eindeutig
Adipositas (BMI ≥ 30,0)							
EW ab 15 Jahren	17	18	15	26/12	22/16	18/16	steigend
EW ab 18 Jahren	17	19	16	26/12	22/16	19/17	steigend

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht (BMI 25,0-29,9)									
Ab 15 Jahren	35	35	38	35	35	35	31	33	32
Ab 18 Jahren	36	36	39	36	35	35	32	34	32
Adipositas (BMI ≥ 30,0)									
Ab 15 Jahren	22	15	19	17	15	15	13	14	18
Ab 18 Jahren	22	15	19	17	15	15	14	14	19

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

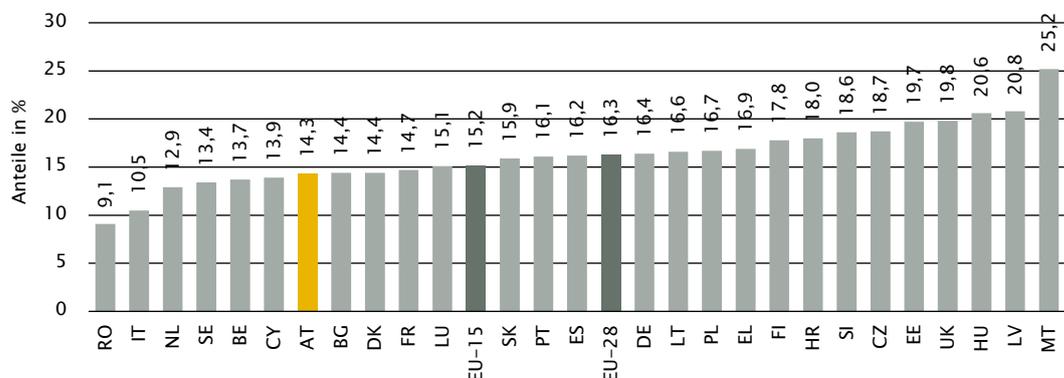
Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.13:
Adipositas im Zeitverlauf in % (Frauen und Männer), 2006-2019



Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.14:
Adipositas im europäischen Vergleich (in %), 2014



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

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

Analyse

- » Im 2019 sind 35 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung übergewichtig, rund 17 Prozent adipös, Männer jeweils häufiger als Frauen.
- » Mit steigendem Alter nimmt der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen zu, wobei die 60- bis 74-Jährigen mit 66 Prozent am häufigsten übergewichtig und adipös sind. In der Altersgruppe 75+ nimmt dieser Anteil wieder etwas ab (auf 59 %).
- » Hinsichtlich Bildung und Einkommen zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Adipositasprävalenz: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sowie Personen mit geringem Haushaltseinkommen sind häufiger adipös als Personen mit hohem Bildungsabschluss und hohem Haushaltseinkommen.
- » In puncto Adipositasprävalenz ist ein West-Ost-Gefälle erkennbar, mit den höchsten Werten im Burgenland, in Niederösterreich und in Wien.
- » In den letzten Jahrzehnten ist der Anteil adipöser Personen in Österreich weiter gestiegen, von 12 Prozent im Jahr 2006 auf 17 Prozent im Jahr 2019. Bei der Prävalenz von Übergewicht ist auf hohem Niveau seit 2006 kein eindeutiger Trend erkennbar.
- » Im europäischen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Adipositasprävalenz unter dem EU-15- und dem EU-28-Durchschnitt.

Limitationen

Die angegebenen Werte stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Zudem gilt es zu beachten, dass es bei Angaben zu Körpergröße und -gewicht häufig zu einer Unter- bzw. Überschätzung kommt; entweder aufgrund eines Erinnerungsfehlers (Zeitpunkt der letzten Messung) oder aufgrund anderer Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit).

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

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

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

Die Inzidenzraten der genannten Neubildungen werden auf Basis des österreichischen Krebsregisters ermittelt und als altersstandardisierte Rate pro 100.000 Einwohner/-innen ausgewiesen. Die Altersstandardisierung findet im Falle der innerösterreichischen Vergleiche auf Basis der WHO-Bevölkerung 2002 statt. Durch laufende Nachmeldungen und Aktualisierungsprozesse können die dargestellten Werte von bereits publizierten geringfügig abweichen. Die Darstellungen für Österreich basieren auf Daten des Krebsregisters mit Revisionsstand 2019 bzw. 2013 (Prognosen).

Die europäischen Vergleiche werden anhand von Schätzungen für 2012 und 2018 angestellt, die meist auf Daten nationaler Krebsregister aufbauen und insofern akkurate Ergebnisse liefern. Die Altersstandardisierung erfolgt auf Basis der Europa-Bevölkerung (Ferlay et al. 2013).¹² Ein Vergleich der Österreichwerte ist hinsichtlich dieser Standardisierungen und aufgrund unterschiedlicher Referenzzeiträume folglich nicht möglich (z. B. Lungenkrebsinzidenz bei Männern für den Jahresdurchschnitt 2014–2016 und Altersstandardisierung anhand WHO-Bevölkerung 2001: 41 je 100.000 EW; Schätzung für das Jahr 2018 und Altersstandardisierung anhand der Europa-Bevölkerung 2012: 48 je 100.000 EW).

11

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

12

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

2.1.12.1 Bösartige Neubildungen der Lunge (C33–34)

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

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

Tabelle 2.12:

Bösartige Neubildung der Lunge (C33–34), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018

Jahresdurchschnitt 2016–2018	M + F	M	F	Trend	
Neuerkrankungen je 100.000 EW	57	68	46	M: sinkend F: steigend	
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	31	38	24		

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	28	32	31	25	24	28	33	29	40
M	38	39	39	32	30	36	40	37	47
F	18	25	24	18	18	21	27	22	33

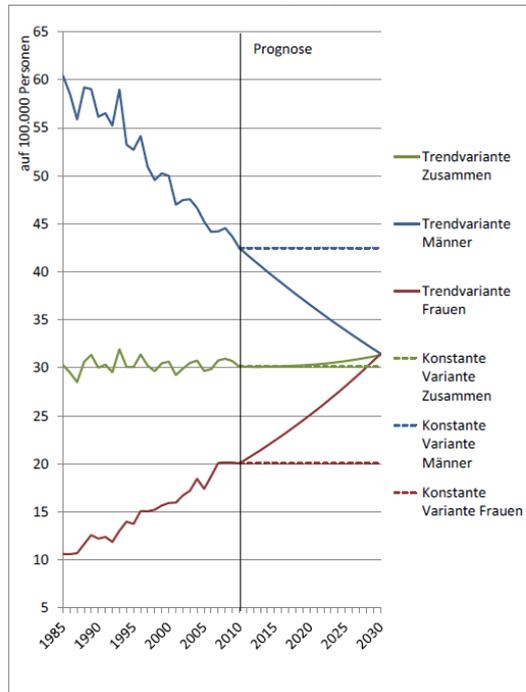
Altersstandardisiert nach WHO-Bevölkerung 2002
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: Statistik Austria (2021b) – Krebsstatistik 1985–2018 (Stand Dezember 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

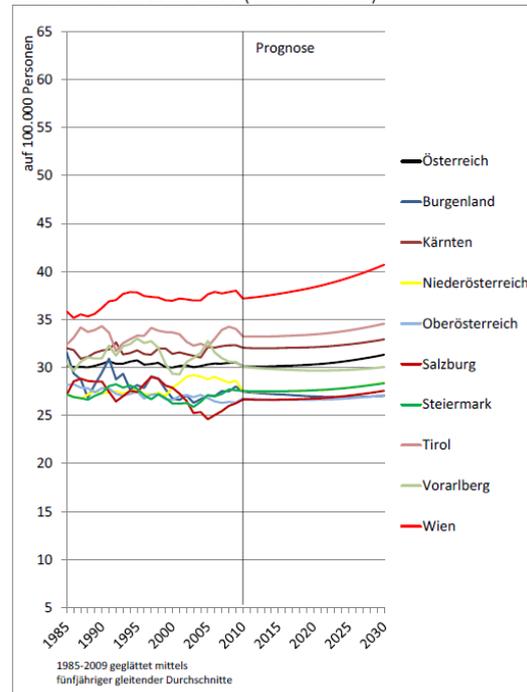
Abbildung 2.15:

Bösartige Neubildungen der Lunge (C33-34): Trends und Prognosen*; Neuerkrankungsfälle (Statistik Austria 2015) pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985-2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

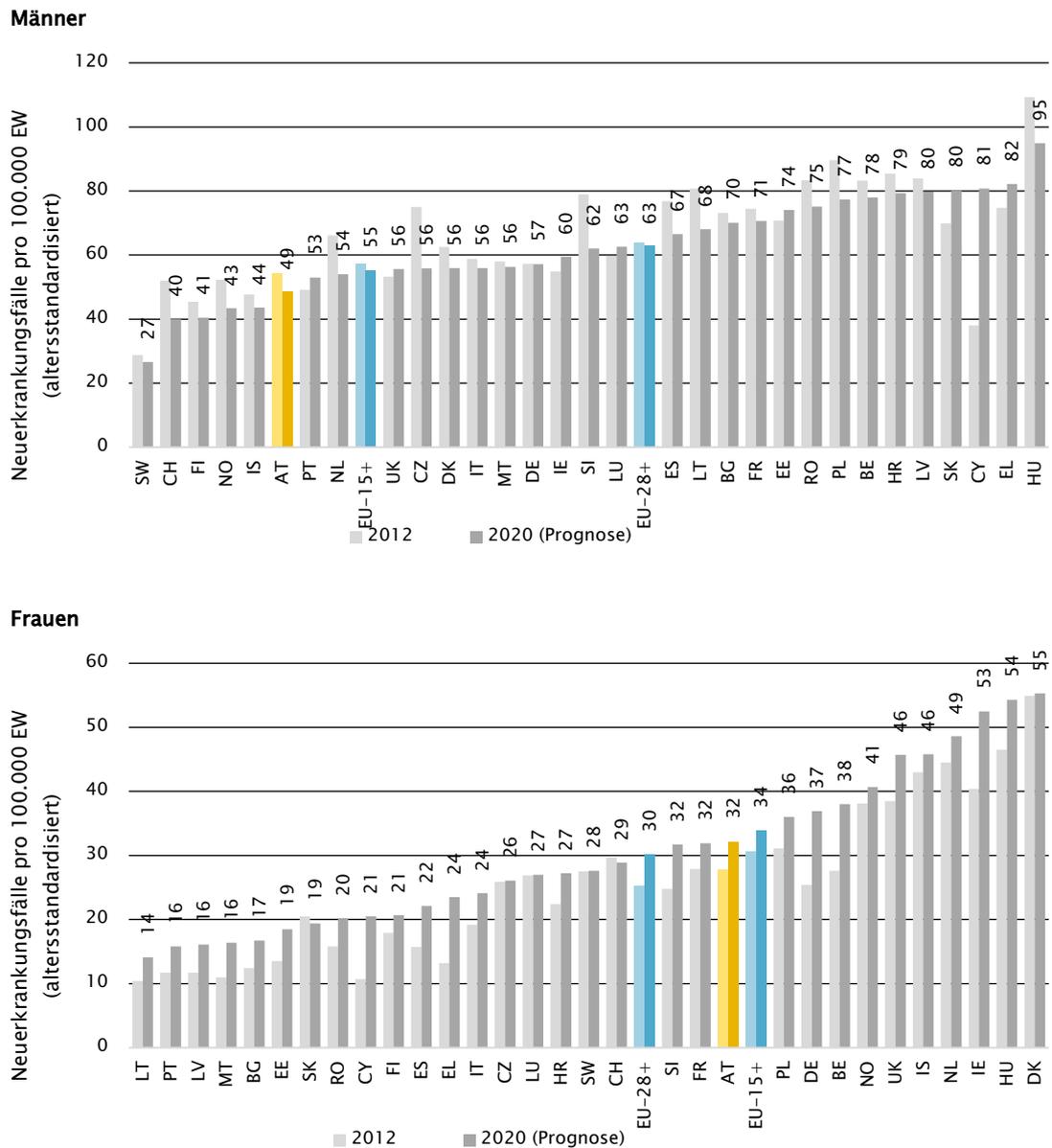


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.16:

Bösartige Neubildungen der Lunge (C33-34): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich*, 2012 und 2020 (Prognose)



Die Länderreihung und die beschrifteten Inzidenzraten beziehen sich auf die Prognose für das Jahr 2020
 *Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

Quellen: Daten für 2012: EUCAN (2015) und Ferlay et al. (2013), Daten für 2020: (ECIS 2021b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen der Lunge wurden im Zeitraum 2016–2018 bei durchschnittlich 4.984 Personen jährlich dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von rund 31 Fällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer häufiger an Lungenkrebs erkranken als Frauen (38 Fälle pro 100.000 EW vs. 24 Fälle pro 100.000 EW); Trendanalysen verdeutlichen, dass die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen über die Jahre hinweg deutlich abgenommen hat: Dies ist einerseits einer sinkenden Inzidenzrate bei Männern, andererseits einer steigenden Neuerkrankungsrate bei Frauen geschuldet.
- » Der Bundesländervergleich zeigt, dass sich der Anstieg künftiger Inzidenzraten in allen Regionen annähernd parallel entwickelt. Das Niveau in Wien liegt deutlich über den restlichen Bundesländern. Ein klar benennbares geografisches Muster ist nicht erkennbar.
- » Im europäischen Vergleich liegen österreichische Männer mit 49 Fällen pro 100.000 EW unter dem Durchschnitt der EU-15+, während Österreichs Frauen mit 32 Fällen pro 100.000 EW zwischen dem Durchschnitt der EU-15+ und der EU-28+ rangieren. Analog zum österreichischen Trend ist in den meisten Ländern ein Rückgang der Inzidenzraten bei den Männern und ein Anstieg bei den Frauen im Zeitraum 2012–2020 zu verzeichnen.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstigen Erfassungssystemen wie auch von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen. Daten für den internationalen Vergleich für das Jahr 2020 beruhen auf Schätzungen basierend auf lokalen und nationalen Inzidenzraten, die mehrheitlich Projektionen historischer Inzidenzraten darstellen (ECIS 2021a).

2.1.12.2 Bösartige Neubildungen des Darms (C18–21)

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

Tabelle 2.13:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21), Jahresdurchschnittsdaten, 2016-2018

Jahresdurchschnitt 2014-2016	M + F	M	F	Trend
Neuerkrankungen je 100.000 EW	52	60	44	sinkend
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	27	34	20	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	17	28	28	28	23	30	27	29	25
M	22	36	36	36	28	37	33	35	30
F	13	20	20	20	19	24	21	23	20

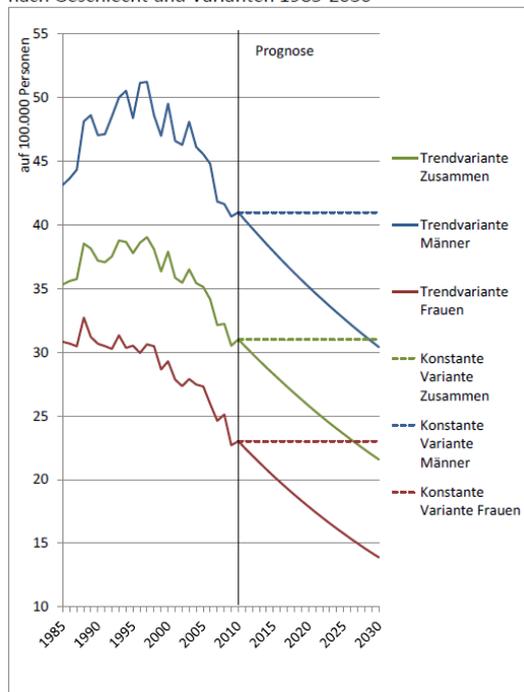
Altersstandardisiert nach WHO-Bevölkerung 2002
 M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: Statistik Austria (2021b) - Krebsstatistik 1985-2018 (Stand Dezember 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

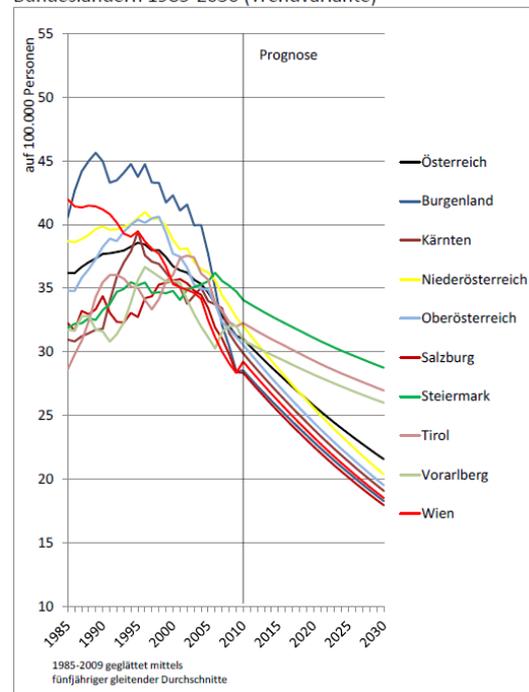
Abbildung 2.17:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21): Trends und Prognosen*(Statistik Austria 2015); Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985-2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

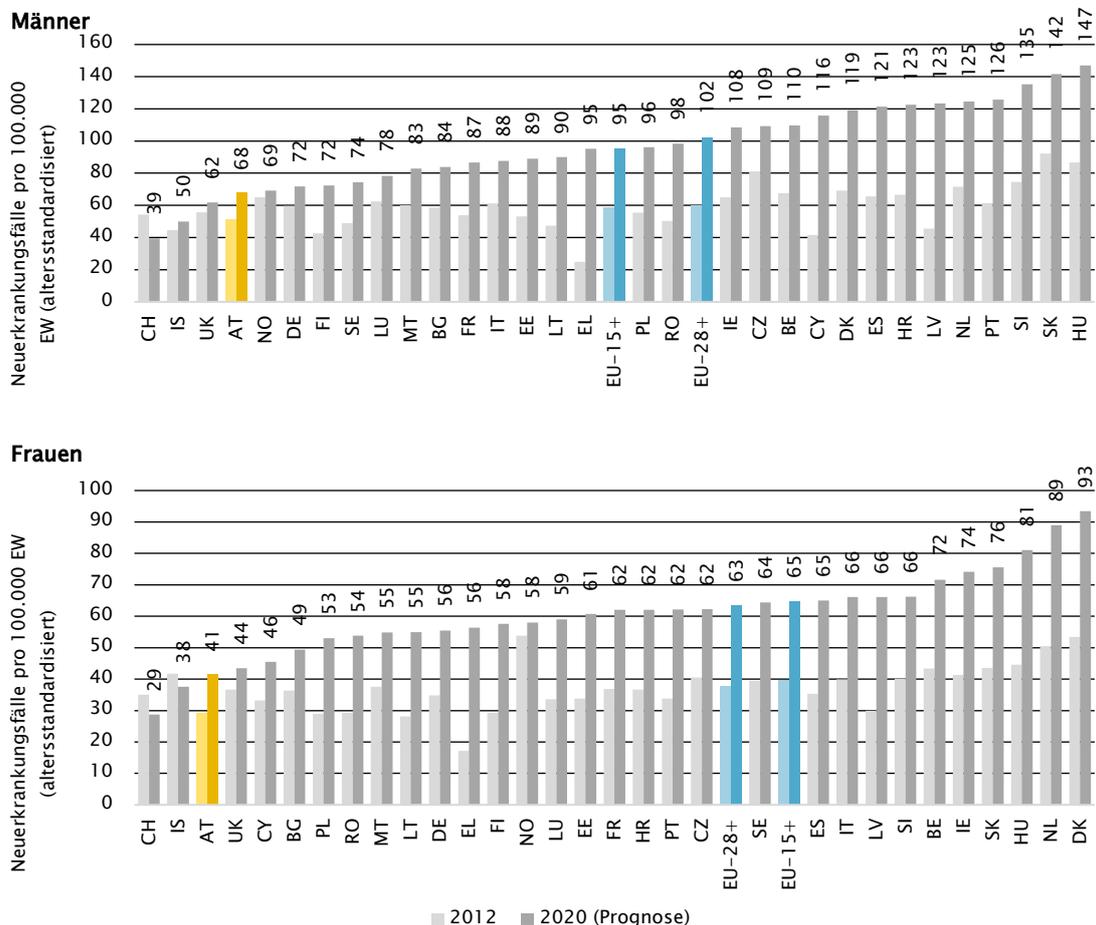


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17.10.2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.18:

Bösartige Neubildungen des Darms (C18-21): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose)



Die Länderreihung und die beschrifteten Inzidenzraten beziehen sich auf die Schätzung für das Jahr 2020
 *Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

Quellen: Daten für 2012: EUCAN (2015) und Ferlay et al. (2013), Daten für 2020: (ECIS 2021b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen des Darms wurden jährlich (Durchschnitt der Jahre 2016–2018) bei durchschnittlich 4.556 Personen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 27 Fällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer deutlich häufiger an Darmkrebs erkranken als Frauen (34 Fälle pro 100.000 EW vs. 20 Fälle pro 100.000 EW). Trendanalysen verdeutlichen, dass diese Diskrepanz über die Jahre hinweg abgenommen hat, vor allem durch einen stärkeren Rückgang der Inzidenzrate bei Männern.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich ein deutlich rückläufiger Trend für beide Geschlechter.

- » Regionale Vergleiche lassen Bundesländerunterschiede erkennen, jedoch ohne klares geografisches Muster.
- » Im europäischen Vergleich zählt Österreich zu den Ländern mit der geringsten Darmkrebsinzidenz. Im Jahr 2020 rangieren österreichische Männer an vierter Stelle, österreichische Frauen an dritter Stelle bei den Inzidenzraten. Gegenüber dem Jahr 2012 blieb die österreichische Position relativ stabil.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstiger Erfassungssysteme sowie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den verglichenen Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen. Daten für den internationalen Vergleich für das Jahr 2020 beruhen auf Schätzungen basierend auf lokalen und nationalen Inzidenzraten, die mehrheitlich Projektionen historischer Inzidenzraten darstellen (ECIS 2021a).

2.1.12.3 Bösartige Melanome (C43)

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

Tabelle 2.14:

Bösartige Neubildungen der Haut (C43), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018

Jahresdurchschnitt 2014–2016	M + F	M	F	Trend					
Neuerkrankungen je 100.000 EW	19	21	17	steigend					
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	12	13	11						

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	6	20	9	11	9	12	36	15	5
M	6	22	9	12	11	13	37	16	6
F	5	19	8	10	8	10	34	14	4

Altersstandardisiert nach WHO-Bevölkerung 2002

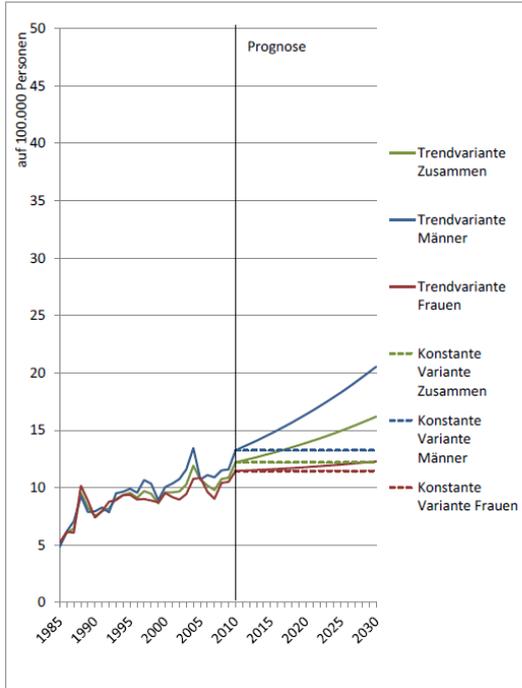
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: Statistik Austria (2021b) – Krebsstatistik 1985–2018 (Stand Dezember 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

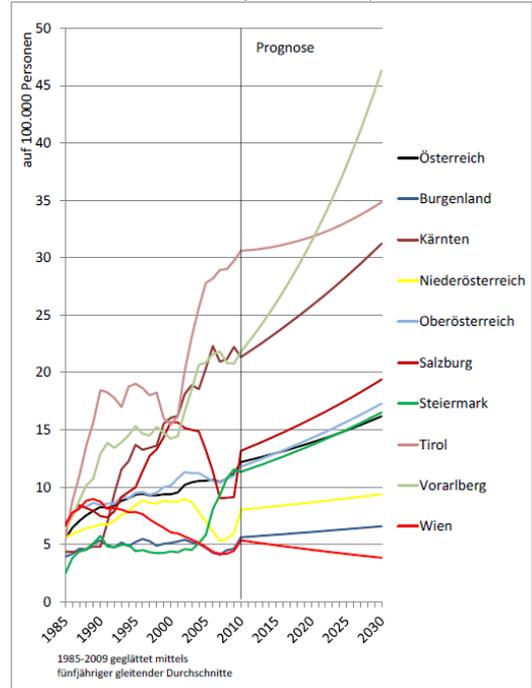
Abbildung 2.19:

Bösartige Melanome (C43): Trends und Prognosen*(Statistik Austria 2015); Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW für Österreich und alle Bundesländer, 1985–2009

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten nach Bundesländern 1985-2030 (Trendvariante)

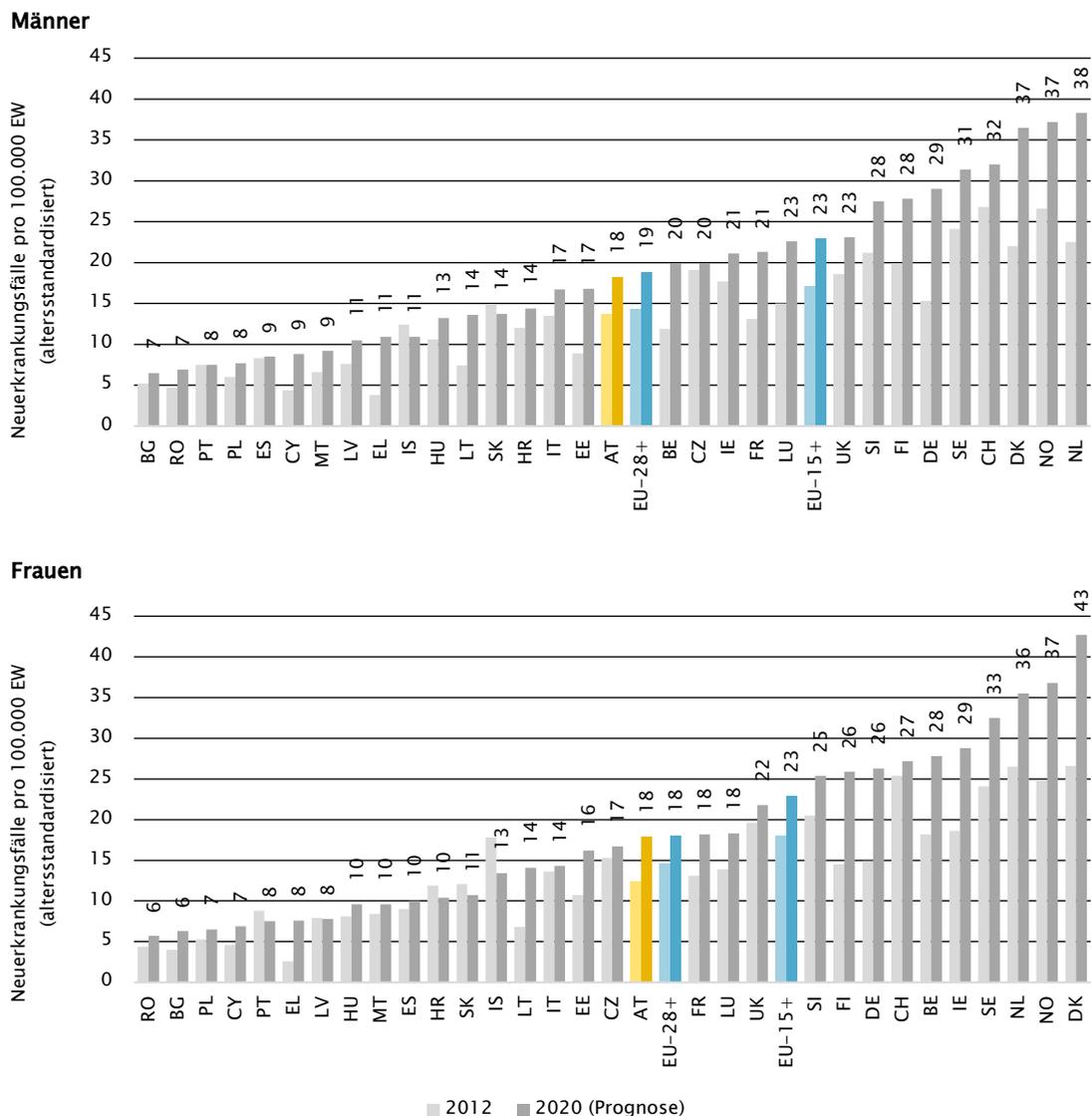


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.20:

Bösartige Melanome (C43): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Männer und Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose)



Die Länderreihung und die beschrifteten Inzidenzraten beziehen sich auf die Schätzung für das Jahr 2020
 *Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

Quellen: Daten für 2012: EUCAN (2015) und Ferlay et al. (2013), Daten für 2020: (ECIS 2021b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Ein bösartiges Melanom wurde im Jahresdurchschnitt 2016–2018 bei 1.675 Personen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 12 Fällen pro 100.000 EW.

Die Inzidenz von bösartigen Melanomen ist bei Männern höher als bei Frauen (13 Fälle pro 100.000 EW vs. 11 Fälle pro 100.000 EW).

- » Im Zeitverlauf zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein deutlicher Anstieg. Ab dem Jahr 2014 stagnieren die Neuerkrankungen bei Männern, wohingegen bei Frauen ein rückläufiger Trend zu beobachten ist.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede erkennen: Vor allem gebirgsreiche Bundesländer sind stärker betroffen. Darüber hinaus wird der deutliche Abstand zwischen Tirol und den anderen Bundesländern mit der besonderen Meldemodalität des registerführenden Bundeslandes Tirol sowie mit einer unterschiedlichen Meldedisziplin erklärt (Zielonke et al. 2014).
- » In den Prognosewerten finden zudem demografische Entwicklungen ihren Niederschlag: Wien wird zukünftig das stärkste Bevölkerungswachstum aller neun Bundesländer erleben und sich gleichzeitig zum Bundesland mit der jüngsten Altersstruktur entwickeln. Grund dafür ist die starke Zuwanderung. Auch hat Wien nicht mehr die niedrigste Fertilitätsrate aller Bundesländer, sondern liegt seit einigen Jahren im Bundesschnitt (Hackl et al. 2015).
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (jeweils mit 18 Fällen pro 100.000 EW) unter dem EU-15- und dem EU-28-Schnitt.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstigen Erfassungssysteme wie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen. Daten für den internationalen Vergleich für das Jahr 2020 beruhen auf Schätzungen basierend auf lokalen und nationalen Inzidenzraten, die mehrheitlich Projektionen historischer Inzidenzraten darstellen (ECIS 2021a).

2.1.12.4 Bösartige Neubildungen der Zervix (C53)

Die Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Zervix (Gebärmutterhalskrebs) ist rückläufig. Dies kann u. a. auf Fortschritte in der Früherkennung zurückgeführt werden. Etwa 50 Prozent der invasiven Zervixkarzinome werden als Krebsvorstufe diagnostiziert. Krebsfrüherkennung (z. B. Zellabstrich vom Gebärmutterhals, "Pap-Test") als Präventionsinstrument kann Einfluss auf die Neuerkrankungen nehmen (Zielonke et al. 2014). Gebärmutterhalskrebs wird häufig von Humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren) ausgelöst, gegen die ein Impfschutz besteht, der seit 2016 im nationalen Impfprogramm berücksichtigt wurde. Die Viren werden meist sexuell übertragen, allerdings sind auch Ansteckungen durch einfache (Haut-)Kontakte möglich (z.B. während Geburt durch die Mutter auf das Kind) (BMASGK 2019).

Tabelle 2.15:

Bösartige Neubildungen der Zervix (C53), Jahresdurchschnittsdaten, 2016–2018

Jahresdurchschnitt 2016–2018	F	Trend							
Neuerkrankungen je 100.000 EW	9	sinkend							
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	7								

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Frauen	4	8	10	5	7	8	6	9	5

Altersstandardisiert nach WHO-Bevölkerung 2002

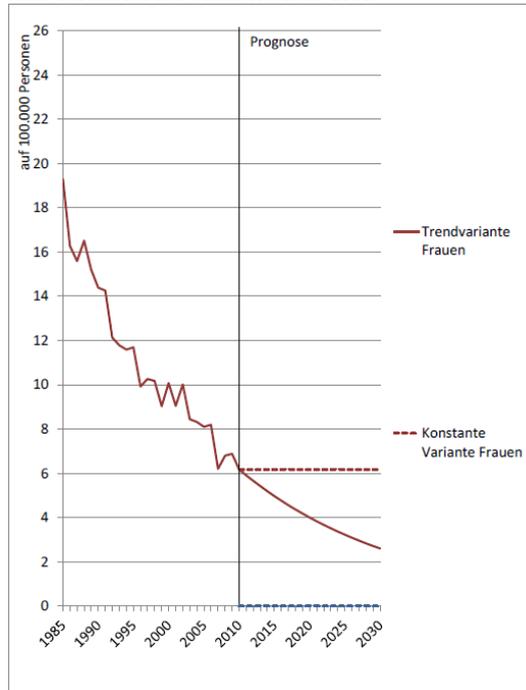
F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: Statistik Austria (2021b) – Krebsstatistik 1985–2018 (Stand Dezember 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

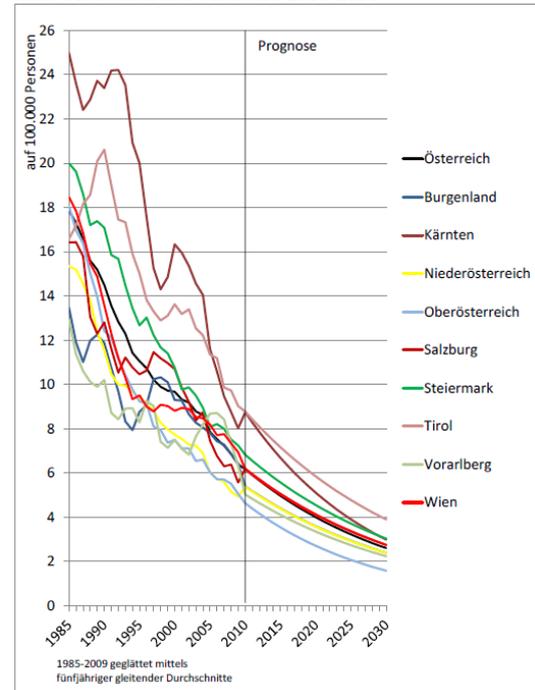
Abbildung 2.21:

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

Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030



Altersstandardisierte Inzidenzraten Österreich nach Geschlecht und Varianten 1985-2030

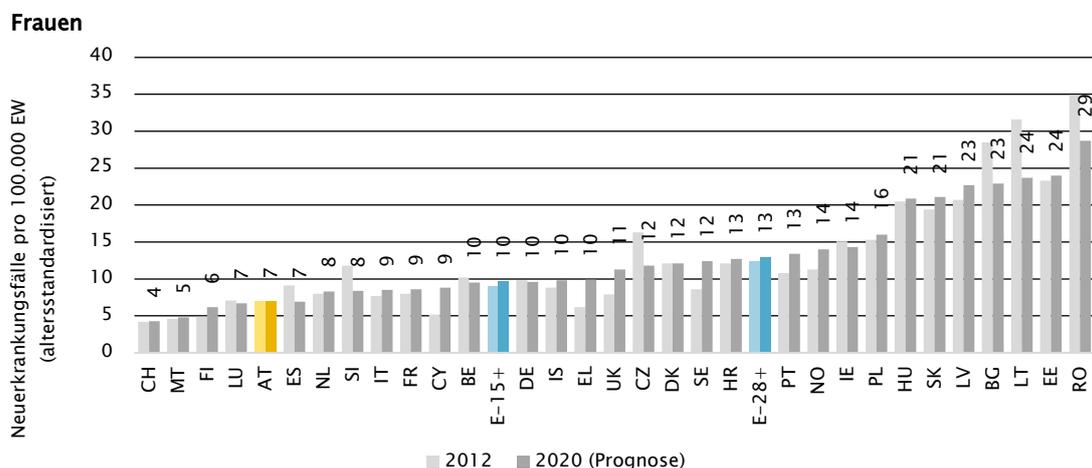


* Prognose: Statistik Austria Hauptszenario (mittlere: Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Daten von 1985 bis 2009 Basis für die Prognose (Datenbankabzug vom 17. 10. 2013); altersstandardisierte Raten nach WHO-Bevölkerung 2001

Quelle: Hackl et al. 2015

Abbildung 2.22:

Bösartige Neubildungen der Zervix (C53): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen im europäischen Vergleich, 2012 und 2020 (Prognose)



Die Länderreihung und die beschrifteten Inzidenzraten beziehen sich auf die Schätzung für das Jahr 2020
 *Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2012; Schätzungen auf Basis nationaler Krebsregister

Quellen: Daten für 2012: EUCAN (2015) und Ferlay et al. (2013), Daten für 2020: (ECIS 2021b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Bösartige Neubildungen der Zervix wurden im Jahresdurchschnitt 2016–2018 bei durchschnittlich 414 Frauen dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 7 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich ein rückläufiger Trend.
- » Regionale Vergleiche lassen Bundesländerunterschiede erkennen, jedoch ohne klares geografisches Muster.
- » Im europäischen Vergleich rangiert Österreich an fünfter Stelle der dargestellten Länder und zeigt demnach ein positiv einzuschätzendes Ergebnis.

Limitationen

Die Verlässlichkeit der Kennzahlen hängt von der Erfassungs- und Dokumentationsqualität der nationalen Krebsregister oder sonstiger Erfassungssysteme sowie von der Meldedisziplin ab. Vor allem Letzteres kann zwischen den dargestellten Ländern und Bundesländern variieren. Darüber hinaus kann ein Anstieg der Inzidenzrate (kurzfristig) auch intensiveren Screenings geschuldet sein und ist nicht automatisch mit einer negativen Morbiditätsentwicklung gleichzusetzen. Daten für den internationalen Vergleich für das Jahr 2020 beruhen auf Schätzungen basierend auf lokalen und nationalen Inzidenzraten, die mehrheitlich Projektionen historischer Inzidenzraten darstellen (ECIS 2021a).

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

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

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

13

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

2.1.13.1 Akuter Myokardinfarkt (ICD: I21-22)

Tabelle 2.16:

Inzidenz Akuter Myokardinfarkt (AMI; I21-22), 2019

2019	M + F	M	F	Trend
Neuerkrankungen je 100.000 EW	217	280	156	sinkend
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	222	307	137	

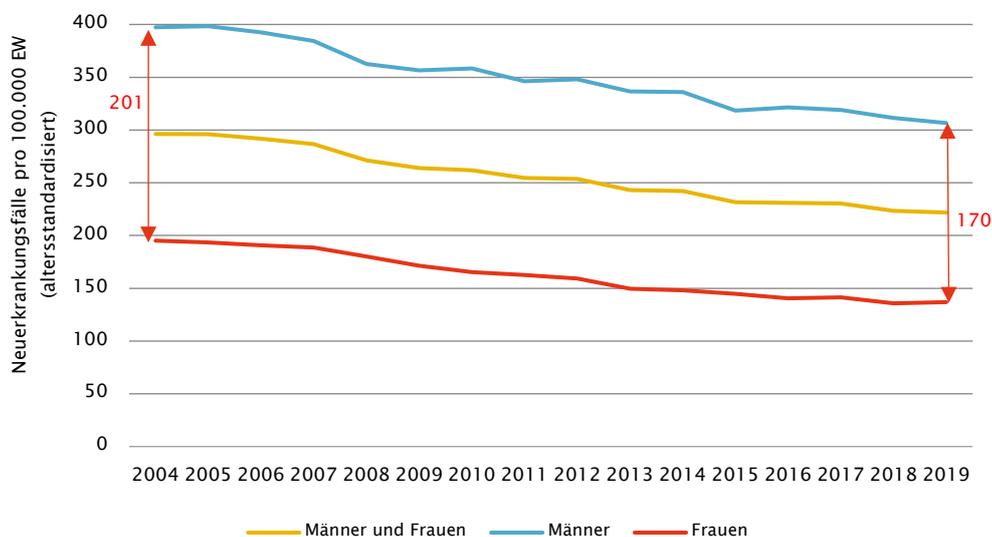
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	221	217	220	236	181	215	275	274	198
M	300	297	302	336	260	291	370	370	277
F	142	138	138	135	101	139	181	179	118

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

Quelle: BMASGK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004-2019; Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2004-2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.23:

Akuter Myokardinfarkt (I21-22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im Zeitverlauf, 2004-2019

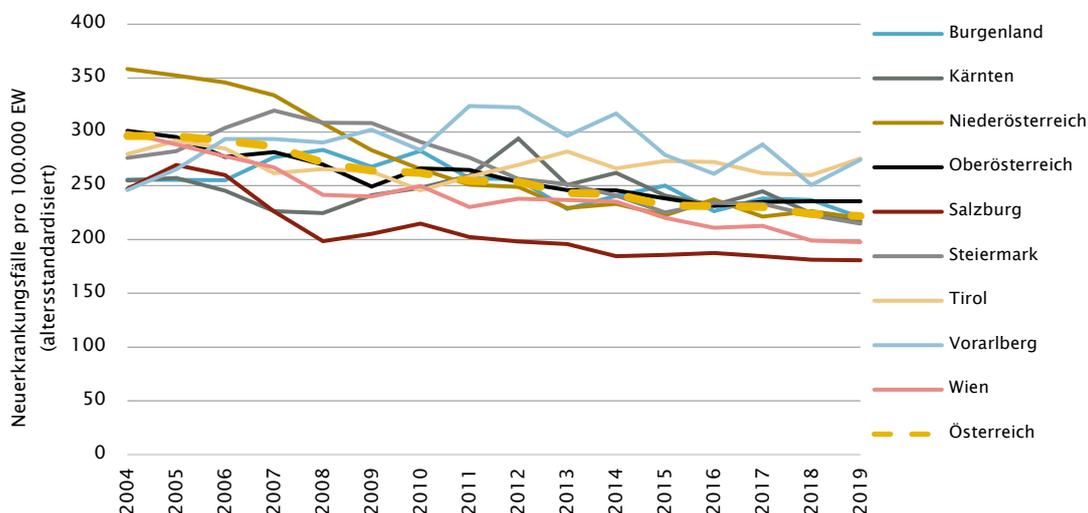


Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMASGK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004-2019; Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2004-2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.24:

Akuter Myokardinfarkt (I21-22): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich, 2004-2019



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

Quelle: BMASGK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004-2019; Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2004-2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » 2019 wurden rund 19.200 Myokardinfarkte dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 222 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer eine deutlich höhere Inzidenzrate aufweisen als Frauen (307 vs. 137 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW), wobei bei Frauen eine systematische Unterschätzung vermutet wird (Griebler et al. 2015). In Bezug auf das relative Risiko haben sich die Geschlechterunterschiede im Zeitverlauf etwas erhöht. Im Jahr 2004 wiesen Männer eine um den Faktor 2,13 höhere Inzidenz als Frauen auf. Im Jahr 2019 nimmt das relative Risiko von Männern gegenüber Frauen einen Faktor von 2,24 ein.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede ohne klares geografisches Muster erkennen (Schwankungsbreite 2019: 181 bis 275 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW).

Limitationen

Wie sämtliche Indikatoren, die auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und der Todesursachenstatistik (TUS) beruhen, hängt auch die Verlässlichkeit dieses Indikators von den Dokumentationsqualitäten ab. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige (nicht diagnostizierte) Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch der

TUS nicht adäquat bzw. falsch erfasst und dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an den ausgewählten Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben sind. Hinzukommt, dass bis zum Jahr 2014 – mangels eines Personen-Identifikationsfeldes sowie gesetzlicher Grundlagen – keine direkte Verknüpfung von DLD und Todesursachenstatistik möglich ist. Ab 2015 wird in der DLD ein Personenpseudonym verwendet, wodurch ein Bruch zu den bisherigen Daten entsteht. Da nicht für alle behandelten Personen ein gültiges Pseudonym vorliegt, werden die Ergebnisse proportional auf alle Patientinnen und Patienten hochgerechnet. Nicht möglich sind europäische Vergleiche, da diese Kombinationsmethodik von DLD und Todesursachenstatistik aktuell nicht systematisch durchgeführt und zugänglich gemacht wird.

2.1.13.2 Ischämische Schlaganfälle (I63)

Tabelle 2.17:
Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63), 2019

2019	M + F	M	F	Trend
Neuerkrankungen je 100.000 EW	200	214	187	sinkend
Neuerkrankungen je 100.000 EW (altersstandardisiert)	202	241	163	

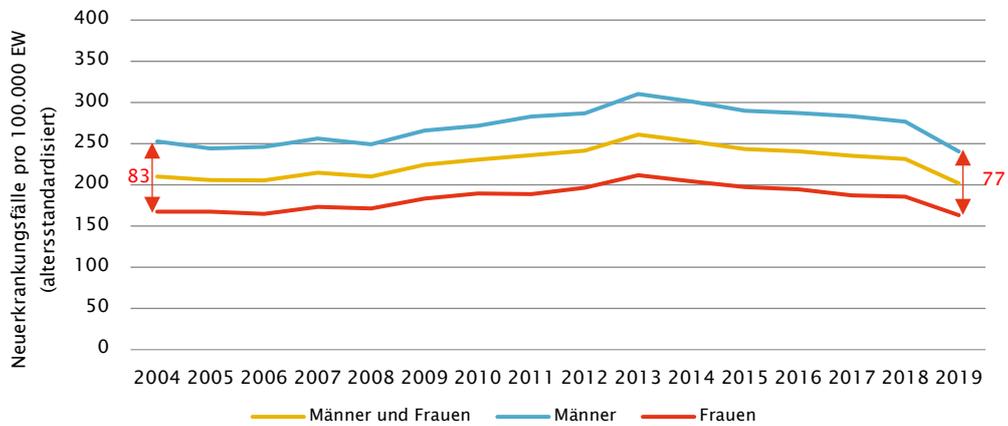
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	213	238	204	220	189	223	169	179	176
M	235	276	239	269	222	273	204	218	208
F	191	200	169	172	155	173	135	141	144

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

Quelle: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2019; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2019; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.25:

Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle je 100.000 EW im Zeitverlauf; 2004–2019

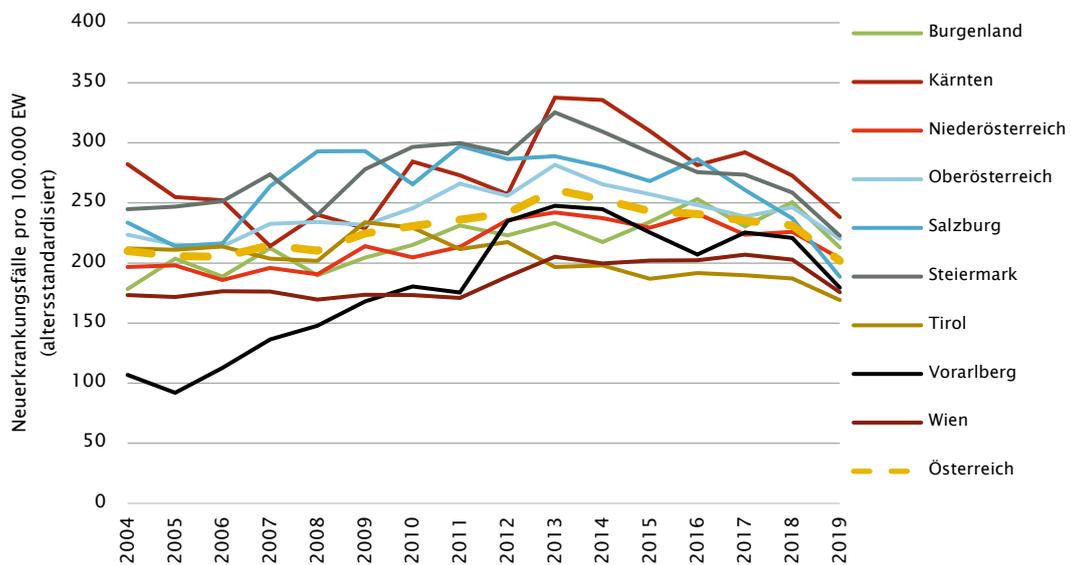


Altersstandardisierte Raten nach Europa-Bevölkerung 2013, quellbezogene Auswertung nach Wohnsitz der Patientinnen/Patienten in allen Akutspitälern

Quelle: BMASGK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2019; Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2004–2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.26:

Ischämischer Schlaganfall (ICD: I63): Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW im regionalen Vergleich; 2004–2019



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

Quelle: BMASGK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004–2019; Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2004–2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2019 wurden rund 17.700 ischämische Schlaganfälle dokumentiert. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 202 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer eine deutlich höhere Inzidenzrate aufweisen als Frauen (241 vs. 163 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW). Trendanalysen verdeutlichen, dass die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern mit Ausnahme der letzten zwei Jahre tendenziell zugenommen hat.
- » In den letzten zwei Jahren (2017–2019) ist ein deutlicher Rückgang der Inzidenzraten für beide Geschlechter zu verzeichnen.
- » Regionale Vergleiche lassen deutliche Bundesländerunterschiede ohne klares geografisches Muster erkennen (Schwankungsbreite 2019: 169 bis 238 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW).

Limitationen

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

2.1.14 Inzidenz Typ-2-Diabetes

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

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

14

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

Tabelle 2.18:
Inzidenz Typ-2-Diabetes, 2012–2019

	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
Rohe Raten				nicht ein- deutig	
Neuerkrankungen je 100.000 EW	409	436	383		2012
	382	409	356		2015
	345	365	327		2018
	364	391	338		2019
Altersstandardisierte Raten					
Neuerkrankungen je 100.000 EW	387	-	-		2015
	358	-	-		2019

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
2015 rohe Raten	448	366	412	332	320	350	296	309	476
2015 altersstandardisiert	415	346	403	339	329	344	311	329	511
2019 rohe Raten	406	397	361	338	311	336	302	390	421
2019 altersstandardisiert	365	359	341	333	306	319	302	401	446

Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen;
Bundesländerauswertungen ohne nicht zuordenbare Fälle

Quelle: Abrechnungsdaten der SV-Träger 2012–2018, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2012–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2019 wurden 32.284 Typ-2-Diabetes-Neuerkrankungsfälle identifiziert. Dies entspricht einer rohen Inzidenzrate von 364 Neuerkrankungsfällen bzw. einer altersstandardisierten Rate von 358 pro 100.000 EW.
- » Die Diabetes-Typ-2-Inzidenz ist damit gegenüber dem Jahr 2012 gesunken, aber gegenüber dem Vorjahr angestiegen.
- » Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Männer (391 je 100.000 EW) eine höhere Inzidenz aufweisen als Frauen (338 je 100.000 EW). Dies ist im Zeitverlauf (2015–2019) konstant zu beobachten.
- » Regionale Vergleiche lassen beträchtliche Bundesländerunterschiede erkennen. Die altersstandardisierte Schwankungsbreite lag 2019 zwischen 302 in Tirol und 446 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW in Wien.
- » Mit Ausnahme Vorarlbergs und Kärntens hat die Typ-2-Diabetes-Inzidenz seit 2015 in allen Bundesländern abgenommen.

Limitationen

Die Berechnungsergebnisse basieren auf Abrechnungsdaten der SV-Träger; eingelöste Medikamentenverordnungen, die günstiger als die Rezeptgebühr sind, bleiben dabei unberücksichtigt. Liegt jedoch eine Rezeptgebührenbefreiung vor, können diese Verordnungen erfasst werden. Zu-

dem finden nur jene Patientinnen und Patienten Eingang ins Ergebnis, die kassenfinanzierte Leistungen in Anspruch genommen haben. Jene Patientinnen/Patienten, die ihre Behandlung – ohne Kostenersatz – im Wahlbereich erhalten haben, sind folglich nicht erfasst. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind Personen, die ihre Medikamente im Krankenhaus oder in SV-Einrichtungen erhalten haben. Des Weiteren nicht enthalten sind Typ-2-Diabetiker/-innen, die keine Medikamente erhalten, da derzeit noch keine Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich vorliegen.

2.2 Kuration

2.2.1 Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

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

Das hierbei zugrundeliegende Konzept ist verwandt mit dem der sogenannten *vermeidbaren Sterblichkeit* (Avoidable Mortality). Es grenzt sich jedoch insofern davon ab, als Todesursachen, die gemäß diesem Konzept durch Primärprävention¹⁵ beeinflussbar gewesen wären und somit nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des kurativen Gesundheitsversorgungssystems fallen (z. B. Lungenkrebs oder Leberzirrhose), unberücksichtigt bleiben. Demnach fließen ausschließlich ausgewählte Todesursachen in die Berechnung ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundene sekundärpräventive Maßnahmen beeinflussbar gewesen wären. Bei Auswahl der entsprechenden Todesursachen wird die wissenschaftliche Basis durch evidenzbasierte Angaben zur klinischen Behandlungswirksamkeit gebildet (Gay et al. 2011). Ende 2018 wurde die Liste der zugrundeliegenden Todesursachen (treatable mortality) von Expertengruppen der OECD und Eurostat überarbeitet und publiziert. Im Folgenden wird die evidenzbasierte Neudefinition des Indikators übernommen und die bisher publizierte Zeitreihe aktualisiert.¹⁶

15

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

16

Die Liste der Todesursachen kann unter folgenden Link abgerufen werden (treatable mortality): https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_esms_an2.pdf

Tabelle 2.19:
Mortality Amenable to Health Care (MAHC), 2005-2019

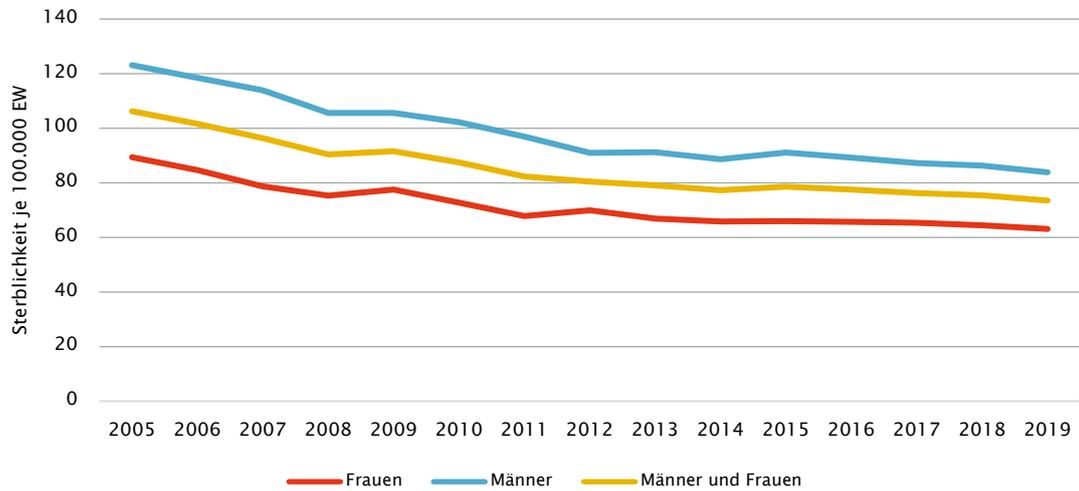
Datenjahr	Rate	M + F	M	F	Trend
2005	Sterblichkeit je 100.000 EW	89	98	80	sinkend
	Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	106	123	89	
2010	Sterblichkeit je 100.000 EW	79	89	70	
	Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	87	102	73	
2019	Sterblichkeit je 100.000 EW	71	77	64	
	Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	73	84	63	

Bundesland 2019	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Sterblichkeit je 100.000 EW	83	77	78	69	61	73	58	57	70
Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	74	71	78	74	63	73	61	63	81

Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2005-2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

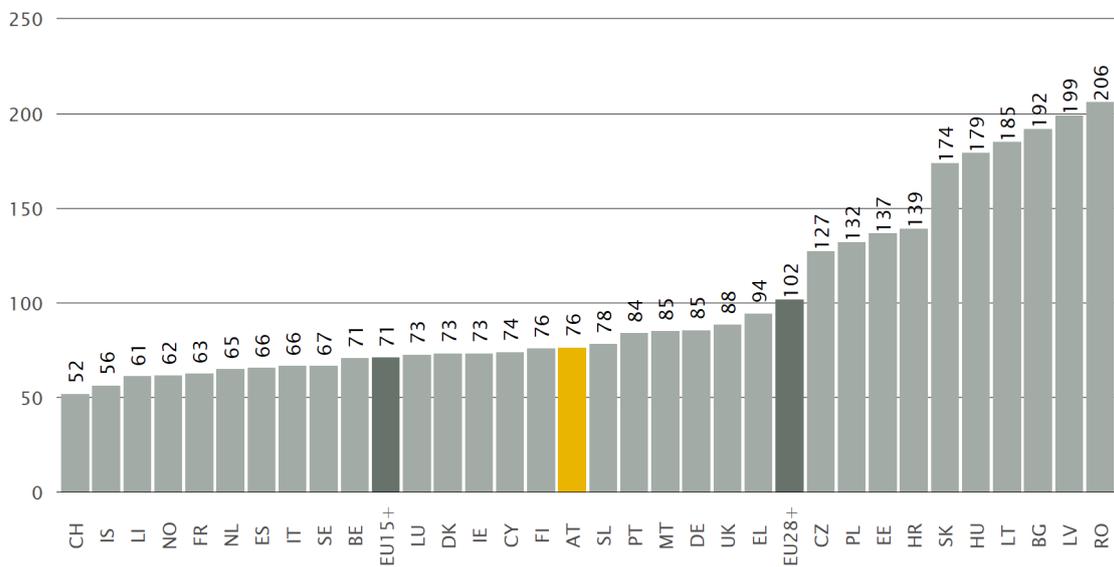
Abbildung 2.27:
Entwicklung der MAHC, 2005–2019



Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2005–2019; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.28:
MAHC im europäischen Vergleich, 2017



Altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: (Eurostat 2021f)_ ; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2005 lag die altersstandardisierte Sterblichkeit je 100.000 EW in Österreich noch bei 106 Todesfällen, im Jahr 2019 verzeichnete man eine Rate von 73 je 100.000 EW.
- » Der Rückgang der MAHC entwickelt sich parallel zur gesamten Sterblichkeit sowohl in Österreich als auch im Rest Europas.
- » Frauen weisen in allen Jahren eine deutlich niedrigere MAHC auf als Männer. Im Jahr 2019 lag die altersstandardisierte Rate für Frauen bei 63 pro 100.000 EW, für Männer bei 84. In der Periode 2005 bis 2019 konnte dieser Abstand reduziert werden. Während Männer im Jahr 2005 eine um 38 % höhere Rate als Frauen aufwiesen reduzierte sich dieser Unterschied im Jahr 2019 auf 33 %.
- » Im regionalen Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede der MAHC Raten. In Tirol lag die MAHC bei rund 61 je 100.000 EW, während Wien bei rund 81 lag. Im Zeitverlauf konnten die regionalen Unterschiede reduziert werden.
- » Im europäischen Vergleich fand sich im jüngsten verfügbaren Jahr der internationalen Darstellung 2017 die geringste MAHC-Ausprägung in der Schweiz mit einer altersstandardisierten Rate von 52 Toten je 100.000 EW, gefolgt von Island (56) und Liechtenstein (61).
- » Österreich liegt im Jahr 2017 mit einer Rate von 76 Todesfällen je 100.000 EW zwischen dem EU-15-Durchschnitt von 71 und dem Durchschnitt aller erfassten europäischen Länder mit einer MAHC-Rate von 102 je 100.000 EW.
- » Deutlich über den Durchschnittswerten lagen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.
- » Im Jahr 2019 waren 43 Prozent der insgesamt knapp 5.700 MAHC-Fälle auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen. Weitere 34 Prozent entfielen auf Neubildungen.
- » Bezogen auf detaillierte Diagnosen entfielen absolut betrachtet die häufigsten Todesursachen auf Akuter Myokardinfarkt (738), Bösartige Neubildung der Brustdrüse (731), Chronische ischämische Herzkrankheit (649), Bösartige Neubildung des Dickdarmes (489) und Bösartige Neubildung des Rektums (285).

Limitationen

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

Die von Eurostat publizierten die Sterbefalldaten umfassen alle Todesfälle von in einem Land wohnhaften Personen, unabhängig davon, ob diese im In- oder Ausland verstorben sind, sowie alle Sterbefälle auf dem Staatsgebiet, unabhängig davon, ob die Verstorbenen hier wohnhaft waren

oder nicht. Die Vergleichbarkeit zwischen Daten der Statistik Austria und von Eurostat publizierten Daten ist daher limitiert, da in Österreich ausschließlich die verstorbenen Wohnsitzinländerinnen und -inländer veröffentlicht (Statistik Austria 2016).

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

2.2.2 Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)

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

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

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

Die identifizierten ACSC-Krankheitsgruppen gliedern sich in 12 Krankheitsgruppen. Im Jahr 2019 konnten insgesamt rund 146.000 ACSC-Fälle¹⁷ in österreichischen Akut-Krankenanstalten als medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte identifiziert werden.

ACSC-Krankheitsgruppen:¹⁸

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

17

Alters- und geschlechtsstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976

18

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

Durch die österreichspezifische Definition ist ein internationaler Vergleich der ACSC nur eingeschränkt möglich. Die OECD weist in mehreren Publikationen den Indikator *vermeidbare Krankenhausaufenthalte* aus, der dem Konzept der ACSC entspricht, von der österreichischen Definition jedoch leicht abweicht. So werden nur Personen erfasst, die 15 Jahre oder älter sind. Auch Schwangere oder neonatale Fälle wurden möglichst exkludiert (in Österreich nicht möglich), ebenso wie Transfers von anderen Krankenanstalten und Null-Tages-Aufenthalte.¹⁹

Tabelle 2.20:
Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), 2019

2019	M + F	M	F	Trend
Aufenthalte je 100.000 EW	2.308	2.251	2.362	sinkend
Aufenthalte je 100.000 EW (altersstandardisiert)	1.643	1.772	1.515	
Aufenthalte je 100.000 über 65-Jährige (altersstandardisiert)	6.833	7.369	6.296	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	1.528	1.831	1.527	1.837	1.424	1.751	1.817	1.495	1.518
M	1.614	1.941	1.673	2.013	1.565	1.836	1.974	1.650	1.610
F	1.442	1.721	1.381	1.662	1.283	1.666	1.660	1.339	1.426

ACSC-Krankheitsgruppen	Aufenthalte	Aufenthalte je 100.000 EW (alters- standardisiert)	% der Aufenthalte
Osteoporose	2.419	13	1,18%
Dekubitus und Ulcus der Haut	3.564	23	1,74%
Diabetes mellitus mit Komplikationen	8.082	68	3,95%
Erkrankungen der Atemwege	9.088	114	4,45%
Angina pectoris	9.379	74	4,59%
HNO-Infektionen	10.417	146	5,10%
Dehydratation und Gastroenteritis	11.384	93	5,57%
Hypertonie	17.919	119	8,77%
Asthma, COPD, Emphysem	20.323	158	9,94%
Herzinsuffizienz	25.938	147	12,69%
Grippe und Pneumonie	39.197	302	19,17%
Rückenschmerzen	46.716	386	22,85%
Summe	204.426	1.643	100,00%

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

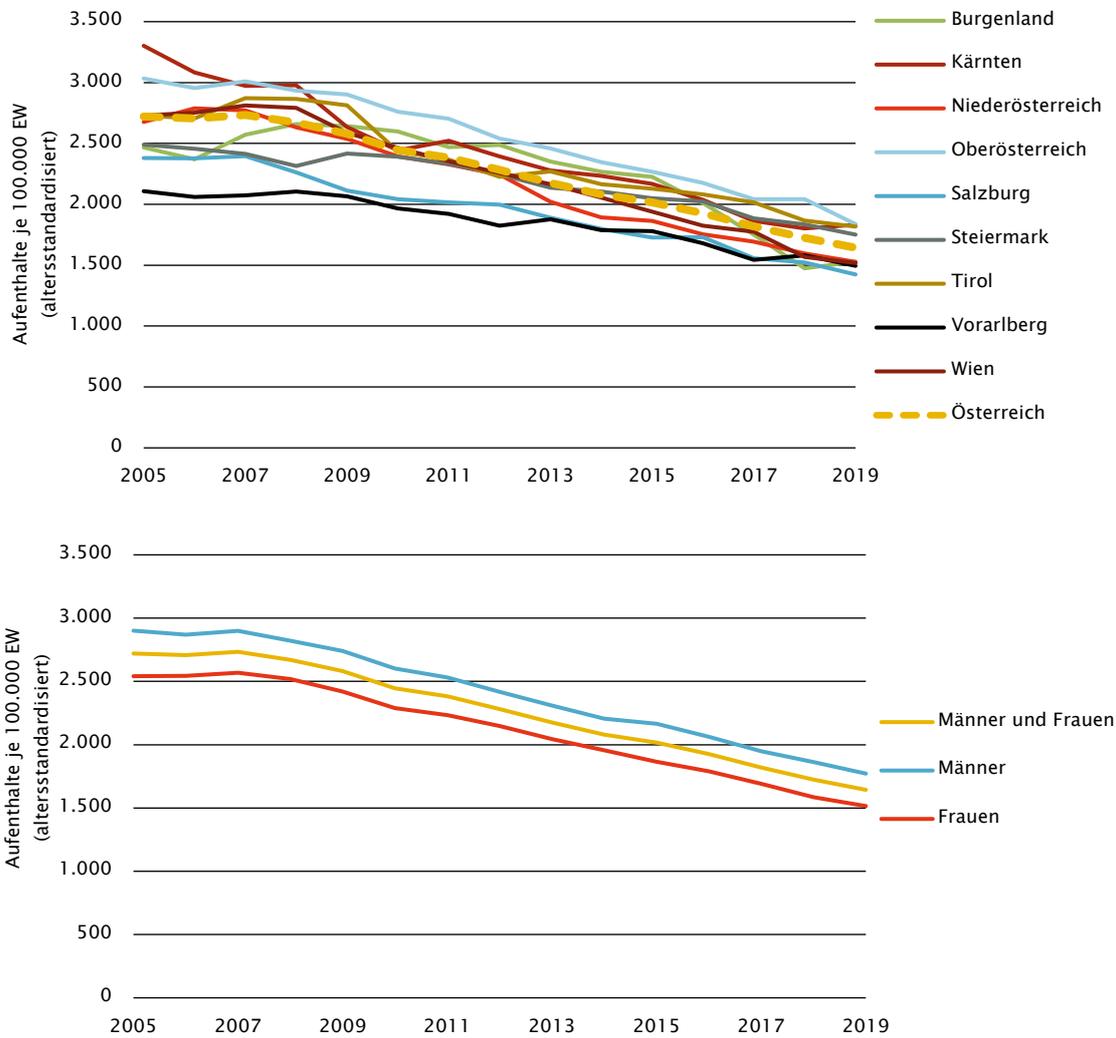
Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005-2019 (BMSGPK 2021), Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

19

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

Abbildung 2.29:

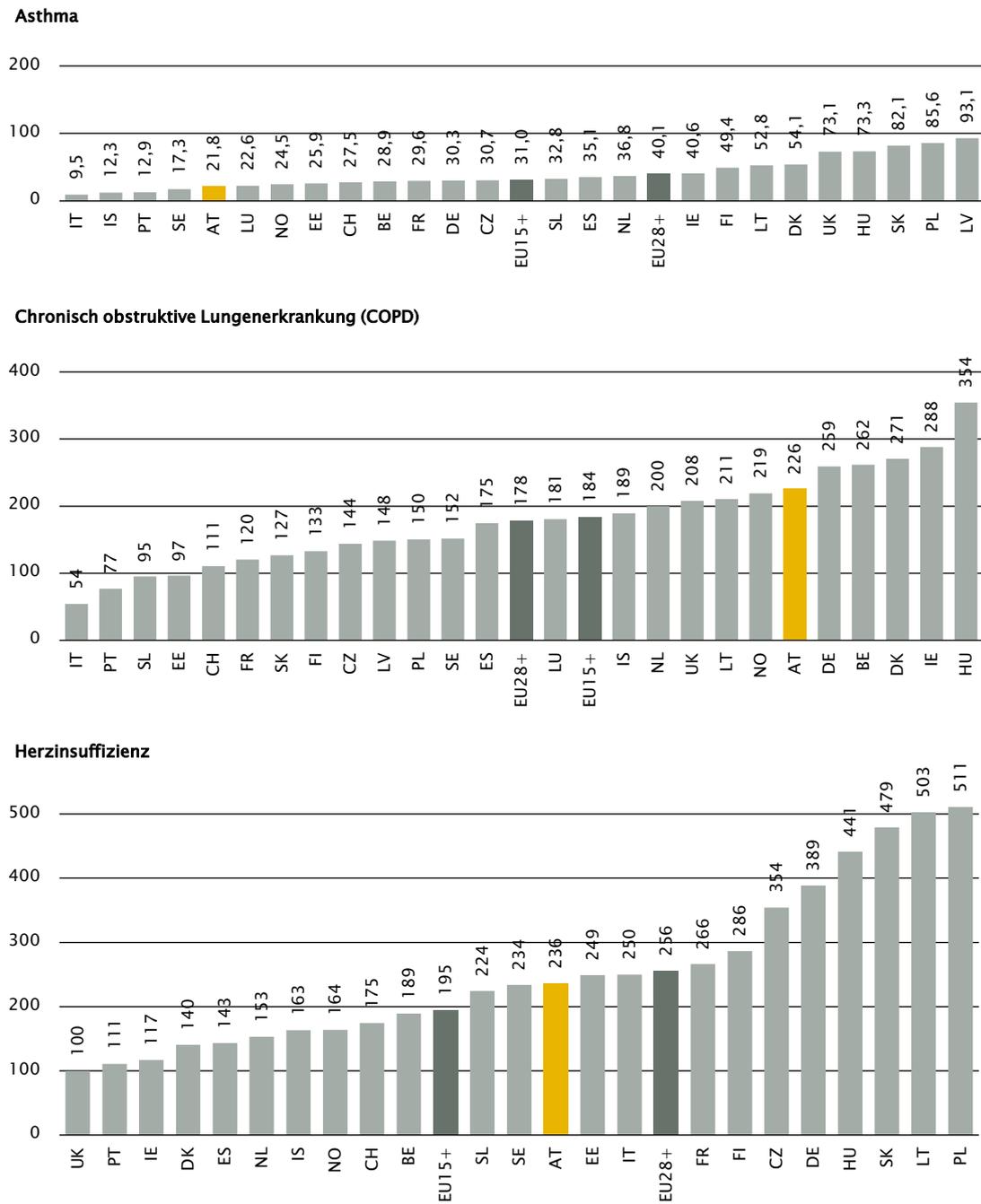
Entwicklung der ACSC im regionalen und im Geschlechter-Vergleich, 2004-2019



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

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2004-2019 (BMSGPK 2021), Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2004-2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.30:
Vermeidbare Krankenhausaufenthalte im europäischen Vergleich je 100.000 EW,
2017: Asthma, COPD und Herzinsuffizienz



Altersstandardisierte Raten nach OECD-Standardbevölkerung 2010
Darstellung für 2017 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die altersstandardisierten ACSC-Aufenthalte je 100.000 Einwohner/-innen beliefen sich 2019 österreichweit auf 1.643, wobei Männer tendenziell höhere altersstandardisierte Raten aufweisen als Frauen (M: 1.772, F: 1.515 Aufenthalte je 100.000 Einwohner/-innen).
- » Die ACSC-Aufenthalte sind in den Jahren 2005 bis 2019 insgesamt deutlich gesunken.
- » Der Rückgang der ACSC-Raten betrug jährlich durchschnittlich 3,5 Prozent im gesamten Bundesgebiet. Den stärksten Rückgang verzeichnete Kärnten und Wien mit 4,1 Prozent jährlich, am geringsten fiel die Absenkung mit 2,4 Prozent in Vorarlberg aus, wo das Ausgangsniveau jedoch mit Abstand am niedrigsten war.
- » Die ACSC-Aufenthalte steigen mit zunehmendem Alter, da sich die ACSC-Indikationen zu großen Teilen auf chronische Erkrankungen beziehen, die verstärkt in späteren Lebensjahren auftreten.
- » ACSC-Aufenthalte weisen eine hohe Korrelation zur allgemeinen Krankenhaushäufigkeit auf.
- » Im regionalen Vergleich nähern sich die Bundesländer zunehmend aneinander an. Die niedrigste ACSC-Rate verzeichnete im Jahr 2019 (knapp vor Vorarlberg) Salzburg mit 1.424 Aufenthalten je 100.000 Einwohner/-innen, die höchste Rate wurde (knapp vor Kärnten) in Oberösterreich mit 1.837 festgestellt. Auch im regionalen Vergleich ist die ACSC-Häufigkeit tendenziell dort stärker ausgeprägt, wo auch die allgemeine Krankenhaushäufigkeit hoch ist.
- » Mit 22,9 Prozent bilden Rückenschmerzen die häufigste Ursache für ACSC-Aufenthalte, gefolgt von Grippe und Pneumonie (19,2 %) sowie Herzinsuffizienz (12,7 %).

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

- » Bei vermeidbaren Aufenthalten aufgrund von Asthma wurde laut OECD im Jahr 2017 in Österreich eine Rate von 22 Aufenthalten je 100.000 Einwohner/-innen ausgewiesen. Damit liegt Österreich deutlich unter dem EU-15+-Durchschnitt von 31 Aufenthalten. Gegenüber dem europäischen Spitzenreiter Italien (10) besteht aber noch durchaus Luft nach oben.
- » Die Hospitalisierungsrate aufgrund chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) liegt in Österreich mit 226 Aufenthalten je 100.000 EW deutlich über dem EU-15+-Durchschnitt von 184 Aufenthalten. Österreich verzeichnet gegenüber dem europäischen Spitzenreiter Italien (54) eine mehr als vierfach so hohe Rate.
- » Aufnahmen aufgrund von Herzinsuffizienz sind in Österreich mit 236 Aufnahmen je 100.000 EW durchschnittlich ausgeprägt. Während das Vereinigte Königreich mit 100 Aufenthalten den niedrigsten Wert innerhalb der dargestellten Länder erreicht, liegt Österreich zwischen dem EU-15+ und EU-28+-Durchschnitt.

Limitationen

Die Aussagekraft des Indikators ACSC wird durch die multifaktorielle Genese der entsprechenden Aufenthalte limitiert. Die einschlägige Literatur konnte sozioökonomische Faktoren, Alter, Ge-

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

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

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

Mit dem Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI) wird jener Anteil an Personen über 45 Jahre gemessen, der in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach akuter Aufnahme in eine Krankenanstalt an der Hauptdiagnose AMI verstirbt²⁰. Dabei wird ausschließlich auf Krankenhaus-Entlassungsdaten zurückgegriffen, wodurch Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung (Krankenhausaufenthalt) nicht in die Berechnung mit einfließen. Der Indikator wird nach der krankheitsspezifischen OECD-Standardbevölkerung²¹ 2010 altersstandardisiert und je 100 Spitalsentlassungen dargestellt.

ICD-Codes zum akuten Myokardinfarkt:

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

20

Seit der Datenerhebung der OECD 2016/2017 bezieht sich die OECD-Methodik für die Berechnung des Indikators ausschließlich auf akute Krankenhausaufnahmen (OECD 2018). Die im vorliegenden Bericht dargestellten Auswertungen folgen der neuen OECD-Methodik um die internationale Vergleichbarkeit sicherzustellen. Dadurch kommt es zu abweichenden (Zeitreihen-) Ergebnissen gegenüber den vorangegangenen Berichten.

21

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

Tabelle 2.21:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI (I21, I22), 2019

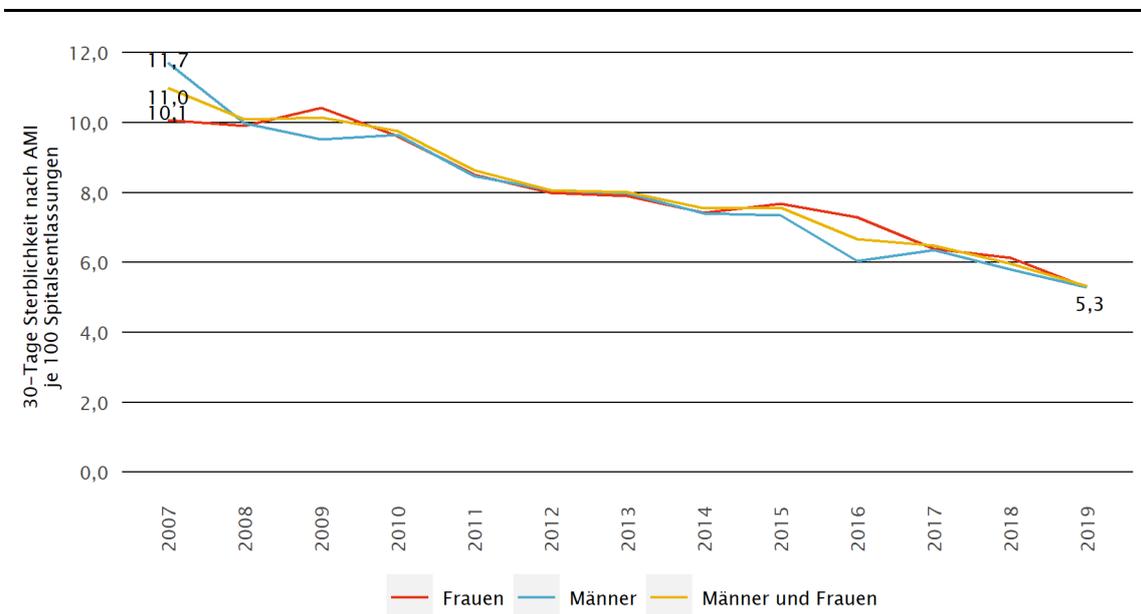
2019	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
Alle Krankenanstalten					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	5,0	4,2	6,4	sinkend	2019
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	5,2	5,2	5,2		
Akutstationäre Krankenanstalten					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	5,0	4,2	6,5	sinkend	2019
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	5,3	5,2	5,2		
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert, OECD Berechnungsmethode)*					
Höchste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	6,6	6,3	6,8	-	2019
Niedrigste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	2,1	1,9	1,9	-	2019

Berechnung analog zur OECD Berechnungsmethode 2017 (OECD 2018)
 Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter),
 zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort
 M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/-innen

Quelle: BMSGK Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMSGPK 2021), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.31:

Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI, 2007-2019



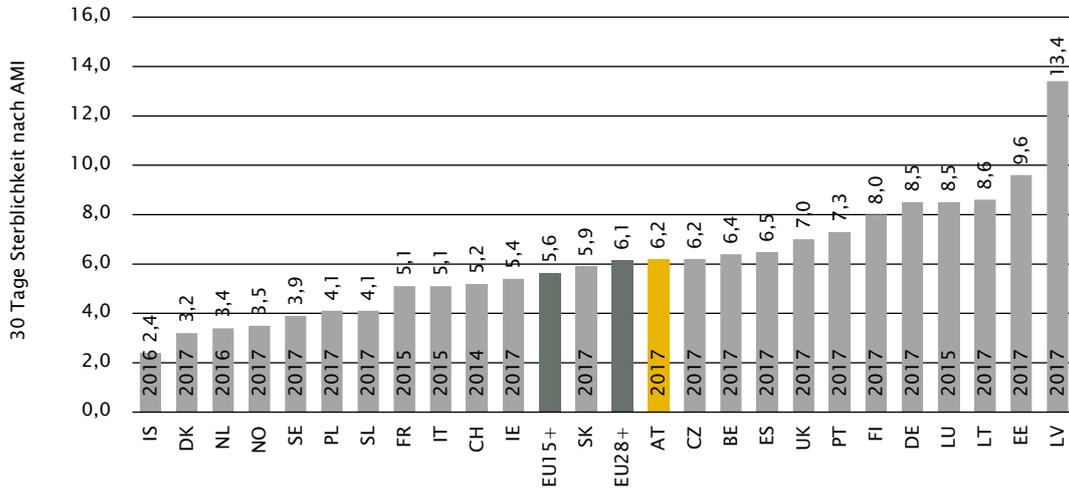
Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter), Auswertung nach aktueller OECD-Definition (OECD 2018)

Quelle: BMSGPK (2021); Berechnung und Darstellung: GÖG

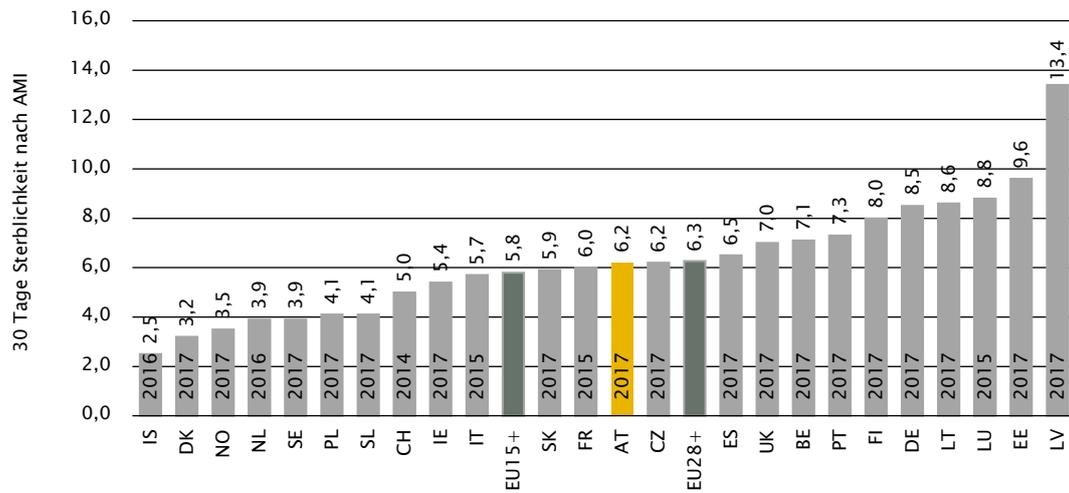
Abbildung 2.32:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI im europäischen Vergleich, 2017

Männer



Frauen



Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter)
Referenzjahr 2017 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die standardisierte intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI je 100 Spitalsentlassungen über alle Krankenanstalten lag im Jahr 2019 österreichweit bei 5,2, wobei kein Geschlechterunterschied bei den altersstandardisierten Raten zu beobachten ist.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich eine deutliche Reduktion der altersstandardisierten Rate (jährliche Reduktion von 6 % im Zeitraum 2007–2019). Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI lag im Jahr 2007 für Frauen bei 10,1 und für Männer bei 11,7 (gemäß der aktuellen OECD-Definition). Zudem ist eine Verringerung des geschlechtsspezifischen Unterschiedes zu verzeichnen.
- » Der Bundesländervergleich (Bundesland des Krankenhausstandortes) der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI für das Jahr 2019 identifiziert signifikante regionale Unterschiede. Die höchste Rate eines Zielbundeslandes von 6,6 (M: 6,3; F: 6,8) ist doppelt so hoch als die niedrigste Rate eines Zielbundeslandes von 2,1 (M: 1,9; F: 1,9).
- » Im internationalen Vergleich liegt Österreich bei der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI für das Jahr 2017 mit 6,2 höher als der Durchschnitt der EU-15+. Gegenüber dem Land mit der niedrigsten 30-Tage-Sterblichkeit (Island) ist die österreichische Rate um den Faktor 2,5 höher.

Limitationen

International wird der Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI alle zwei Jahre von der OECD erhoben. Damit gehen geringfügige Änderungen der OECD-Definition einher, die auch rückwirkend die bisher publizierten Zeitreihen der OECD betreffen (die letzte Änderung betraf die OECD Datenerhebung 2018/2019). Insbesondere können die berechneten Indikatorwerte dann abweichen, wenn sich die von der OECD als Berechnungsbasis herangezogene Krankenhauspopulation strukturell ändert. Limitierend auf die Interpretation wirkt die Einschränkung des Indikators auf Spitalsaufenthalte. Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung scheiden somit aus der Statistik aus (z. B. Todesfälle zu Hause oder im Rahmen der Rettungskette).

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

Die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall gibt Aufschluss über die Qualität in der akuten Schlaganfallversorgung. Der Indikator liefert beispielsweise Hinweise auf die Effektivität von Behandlungsmethoden wie Thrombolyse und die Art der Versorgung von Schlaganfallpatienten/-patientinnen. Im internationalen Kontext wird der Indikator aus diesem Grund gerne zum Zweck des Benchmarkings auf Krankenhausebene herangezogen (Abilleira et al. 2012).

Der Indikator intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall misst jenen Anteil an über 45-Jährigen, der in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach akuter Aufnahme in einer Krankenanstalt an der Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall verstirbt²². Ebenso wie bei der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI bilden auch für diesen Indikator Krankenhausentlassungsdaten die Basis. Damit geht einher, dass Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung (Krankenhausaufenthalt) nicht in die Berechnung mit einfließen.

ICD-Codes für Schlaganfall:

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

22

Seit der Datenerhebung der OECD 2016/2017 bezieht sich die OECD-Methodik für die Berechnung des Indikators ausschließlich auf akute Krankenhausaufnahmen (OECD 2018). Die im vorliegenden Bericht dargestellten Auswertungen folgen der neuen OECD-Methodik um die internationale Vergleichbarkeit sicherzustellen. Dadurch kommt es zu abweichenden (Zeitreihen-) Ergebnissen gegenüber den vorangegangenen Berichten.

Tabelle 2.22:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2019

2019	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
Alle Krankenanstalten					
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen	6,8	5,8	8,0	sinkend	2019
30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen (altersstandardisiert)	6,5	6,6	6,3		
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (altersstandardisiert, OECD Berechnungsmethode)*					
Höchste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	9,6	10,2	9,0	-	2019
Niedrigste Ausprägung (30-Tage-Sterblichkeit je 100 Spitalsentlassungen)	4,4	4,3	3,9	-	2019

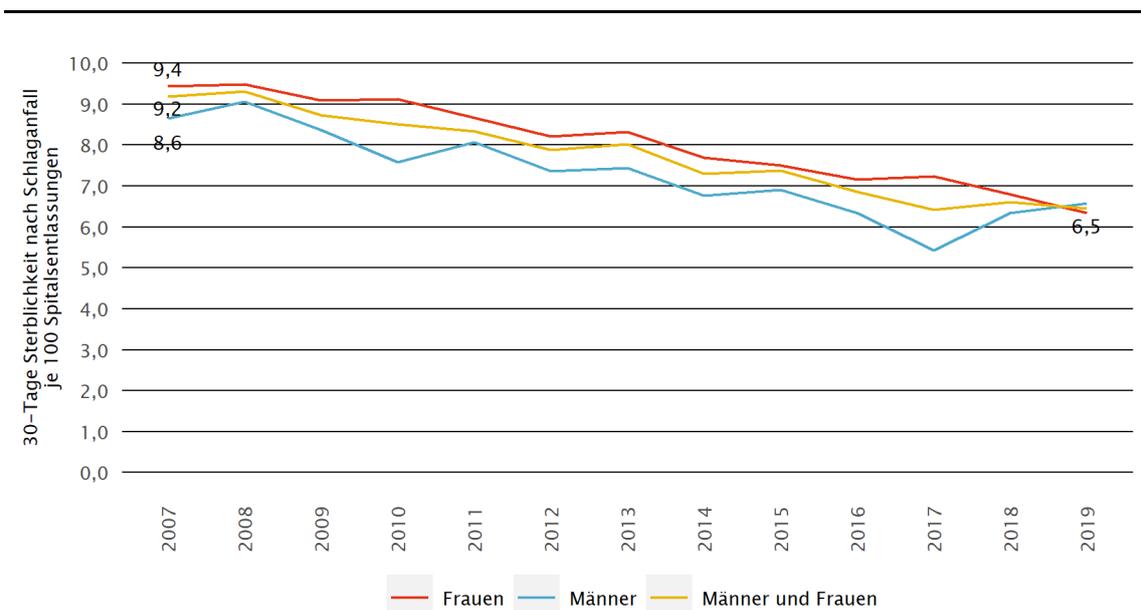
Analog OECD Berechnungsmethode (OECD 2018)

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

Quelle: BMSGK Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMSGPK 2021); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.33:

Entwicklung der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall, 2007-2019



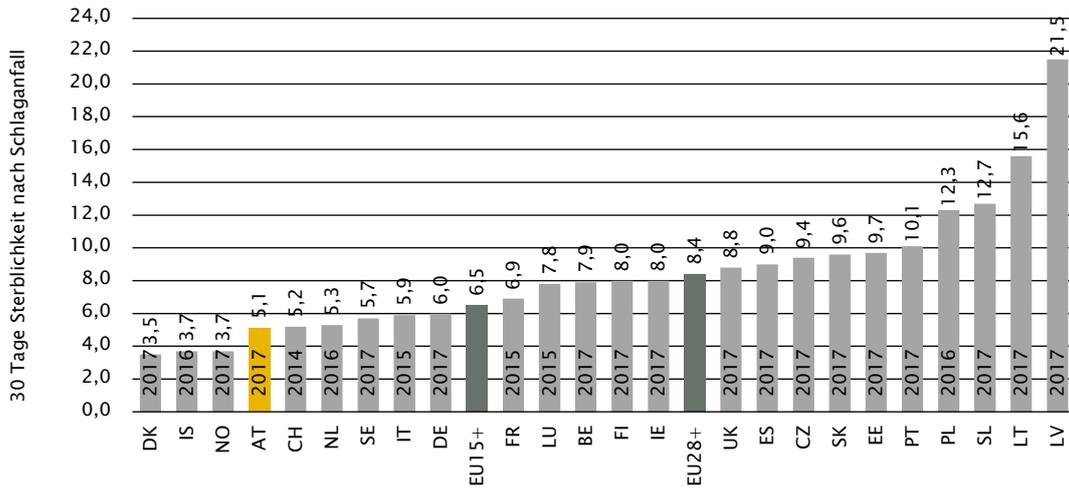
Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter), Auswertung nach OECD-Definition (OECD 2018)

Quelle: BMSGPK (2021); Berechnung und Darstellung: GÖG

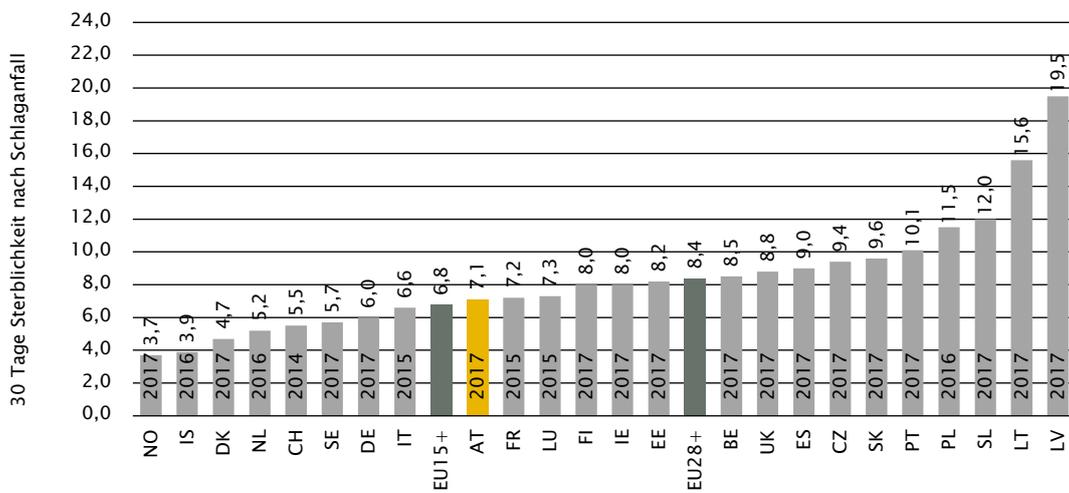
Abbildung 2.34:

Intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall im europäischen Vergleich, 2017

Männer



Frauen



Altersstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD-Standardbevölkerung 2010 (45 Jahre und älter)
Referenzjahr 2017 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: OECD (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die standardisierte intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall je 100 Spitalsentlassungen bezogen auf alle Krankenanstalten belief sich im Jahr 2017 österreichweit auf 6,5. Männer weisen zuletzt etwas höhere altersstandardisierte Raten auf als Frauen (M: 6,6; F: 6,3). Von 2007 bis 2018 wurden für Männer durchgängig geringere Raten verzeichnet.
- » Im Zeitverlauf zeigt sich eine Reduktion der standardisierten Raten (jährliche Reduktion von durchschnittlich 2,9 % im Zeitraum 2007–2019). Im Jahr 2007 lag diese für Frauen bei 9,4 und für Männer bei 8,6 Sterbefälle je 100 Spitalsentlassungen.
- » Der Bundesländervergleich (nach Krankenhausstandort) der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall zeigt beträchtliche regionale Unterschiede innerhalb Österreichs. Die höchste Rate eines Zielbundeslandes von 9,6 (M: 10,2; F: 9,0) ist mehr als doppelt so hoch als die niedrigste Rate eines Zielbundeslandes von 4,4 (M: 4,3; F: 3,9).
- » Im internationalen Vergleich der intramuralen 30-Tage-Sterblichkeit weist Österreich für das Jahr 2017 bei den Männern bessere Ergebnisse als der EU-15+-Durchschnitt auf. Bei den Frauen werden durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die Differenz zur niedrigsten 30-Tage-Sterblichkeit (M: Dänemark, F: Island) betrug bei Männern 1,6 und bei Frauen 3,4 Sterbefälle je 100 Spitalsentlassungen.

Limitationen

International wird der Indikator für intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach ischämischem Schlaganfall (so wie die intramurale 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI) alle zwei Jahre von der OECD erhoben. Damit gehen geringfügige Änderungen der OECD-Definition einher, die auch rückwirkend die bisher publizierten Zeitreihen der OECD betreffen (die letzte Änderung betraf die OECD Datenerhebung 2018/2019). Insbesondere können die berechneten Indikatorwerte dann abweichen, wenn sich die von der OECD als Berechnungsbasis herangezogene krankheitsspezifische Standardbevölkerung strukturell ändert. Die Berechnung des Indikators auf Patienten-Basis – unabhängig vom Ort des Versterbens – anstelle der Einschränkung auf einen Krankenhausaufenthalt würde robustere Werte liefern, da die Sterbefälle umfassender erfasst werden könnten. Aufgrund mangelhafter Datenlage in Österreich ist dies jedoch derzeit noch nicht möglich.

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

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

2.2.5 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)

Potenziell inadäquate Medikamente (PIMs) werden üblicherweise als Arzneimittel beschrieben, die keine ausreichend nachgewiesenen therapeutischen Wirkungen haben, ein ungünstiges Verhältnis des Schadensrisikos zum beabsichtigten Nutzen aufweisen bzw. durch ein sichereres Medikament ersetzt werden könnten, obwohl es derzeit keine international etablierte Konsensdefinition gibt. Bedingt durch physiologische Alterungsprozesse wirken eine Reihe von Medikamenten im Alter pharmakokinetisch und pharmakodynamisch häufig anders, was zu unerwünschten Nebenwirkungen führen kann.

Der Outcome-Indikator zu *potenziell inadäquate Medikation* (PIM) bei Älteren wird definiert als jener Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in %), der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde (PIM-Prävalenz) (Tabelle 2.23)²³. Die Definition fußt auf Vorarbeiten von (Mann et al. 2014) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen.

Insgesamt fließen in die Berechnung des Indikators 73 Wirkstoffe²⁴ der aktuellen österreichischen PIM-Liste, publiziert in (Mann et al. 2012), ein.²⁵ PIM ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Hospitalisierungen oder Tod assoziiert und zielt damit direkt auf die Messung der Patientensicherheit bzw. der Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich ab (Mann et al. 2014).

23

Für weitere Auswertungen siehe auch Bachner et al. (2019).

24

Es werden nur Arzneispezialitäten mit den Darreichungsformen "parenteral", "peroral feste Formen", "peroral flüssige Formen" oder "sonstige AF mit systemischer Wirkung" berücksichtigt.

25

Die Berechnung erfolgt über die Auswertung von Arzneimittelverordnungen von rund 1,19 Mio. Anspruchsberechtigten ab 70 Jahren aller Krankenversicherungsträger. Medikamente unter der Rezeptgebührengrenze konnten nur bei rezeptgebührenbefreiten Personen erfasst werden.

Tabelle 2.23:

Potenziell inadäquate Medikation bei Über-70-Jährigen (in %), 2012-2020

2012-2020	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
PIM-Prävalenz	51,6	46	57	sinkend	2012
	43,2	37,9	46,9		2016
	37,0	32,1	40,6		2020*
Häufigste Einzelwirkstoffe					
Ginko biloba (ATC: N06DX02)	10,1	7,6	11,8	sinkend	2020
Diclofenac (ATC: M01AB05)	9,0	8,7	9,3	sinkend	2020
Tramadol (ATC: N02AX02)	5,4	4,4	6,2	sinkend	2020

Bundesland (2020)	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	38,5	39,4	37,7	34,5	34,4	36,8	40,6	30,4	38,6
M	33,9	34,5	32,6	30,7	30,0	31,6	35,2	26,3	32,4
F	41,9	42,9	41,5	37,1	37,5	40,5	44,8	33,8	42,8

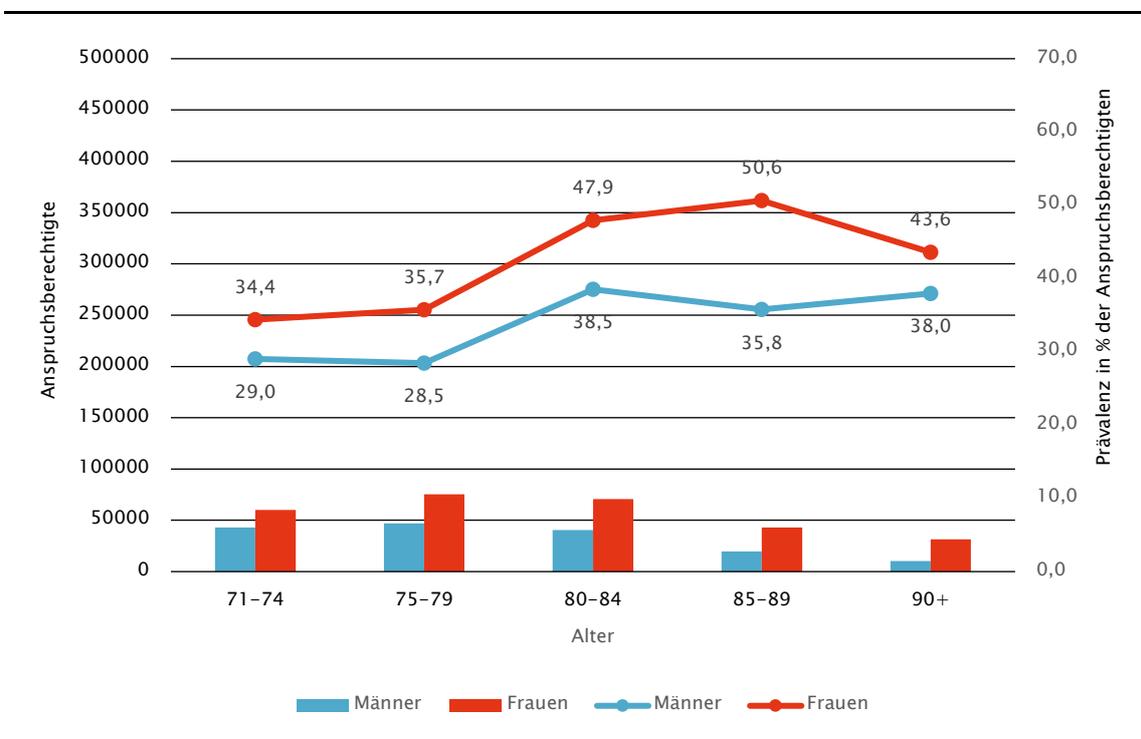
M = Männer, F = Frauen

*neuer Berechnungsalgorithmus gemäß Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Quelle: Mann et al. (2014) ; DVSV Sonderauswertung (2021), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.35:

PIM bei über 70-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2020



Quelle: Mann et al. (2014); DVSV Sonderauswertung (2021); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die PIM-Prävalenz lag im Jahr 2020 in Österreich bei 37 Prozent. Demnach wird bei vier von zehn Anspruchsberechtigten über 70 Jahre ein inadäquates Medikament verordnet, der Trend ist sinkend. Zu beachten ist, dass Jahresauswertungen nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind, da die jährliche Rezeptgebührenanpassung Auswirkungen auf die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Verordnungen hat.
- » Frauen wiesen 2019 in allen Altersgruppen über 70 Jahre eine höhere PIM-Prävalenz auf als Männer (41 % vs. 32 %), was auch in früheren Jahren bereits der Fall war.
- » Im regionalen Vergleich zeigt sich eine unterdurchschnittliche Prävalenz in Vorarlberg, Oberösterreich und Salzburg, während Tirol und Kärnten die höchste bzw. eine überdurchschnittliche Prävalenz aufweisen.
- » Am höchsten war der Geschlechtsunterschied 2020 in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen ausgeprägt (Unterschied: 15 Prozentpunkte). Mit zunehmendem Alter stieg 2020 die PIM-Prävalenz bei Frauen an, wobei ein moderates Absinken bei hochbetagten Frauen (90+) beobachtet werden konnte. Bei Männern zeigt sich kein klares Muster.
- » Im europäischen Vergleich ist aufgrund unterschiedlicher PIM-Listen eine Vergleichbarkeit kaum möglich. Deutschland kam im Jahr 2010 bei Menschen im Alter von 65 Jahren und älter auf eine PIM-Prävalenz von rund 22 Prozent (Grundlage PRISCUS-Liste mit derzeit 83 Wirkstoffen, ohne Diclofenac). In der Schweiz kam eine ähnliche Studie auf eine Prävalenz von rund 23 Prozent im Jahr 2012 bei den über 65 Jährigen. Auch in Schweden erfolgte 2008 eine nationale Erhebung der PIM-Prävalenz bei über 65 Jährigen. Dabei wurden mehrere PIM-Listen zugrunde gelegt. Je nach Liste schwankte die Prävalenz zwischen 16 und 24 Prozent (Morin et al. 2015; Reich et al. 2014; Schubert et al. 2013). Auf eine ähnlich hohe Prävalenzschätzung wie Österreich kam Frankreich im Jahr 2011 (Basis: französische PIM-Liste, Altersgruppe der über 75-Jährigen) mit rund 54 Prozent (Bongue et al. 2011).

Limitationen

Die österreichische PIM-Liste (Mann et al. 2012) spiegelt die nationalen Gegebenheiten hinsichtlich Verschreibungsverhalten und Zulassungen wider und deckt sich nicht mit den Definitionen anderer Länder. Ein europäischer Vergleich ist daher nur eingeschränkt möglich. Die Definition von Diclofenac (orale Formen) als PIM-Medikament ist umstritten, der Wirkstoff wird in internationalen PIM-Listen meist nicht genannt. Die Auswahl der der Berechnung zugrundeliegenden Wirkstoffe beeinflusst die PIM-Prävalenz in hohem Maße. Die deutlichen Unterschiede zwischen Österreich und den dargestellten Ländern können jedoch durch Diclofenac allein nicht erklärt werden.

Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 (1) Apothekergesamtvertrag) finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patientin oder des Patienten in den Auswertungen Berücksichtigung. Jahresauswertungen sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da die jährliche Rezeptgebührenanpassung Auswirkungen auf die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Verordnungen hat.

Die Bundeslandzuordnung erfolgt nach Wohnort der PatientInnen (quellbezogen). Da auch mehrfachversicherten Anspruchsberechtigte in der Auswertung berücksichtigt werden, wurde für die Berechnung der "Anspruchsberechtigten" der Wohnort als Bundesland pro Auswertung fixiert. Die PIM-Zuordnung erfolgt anhand der österreichischen PIM-Liste.

2.2.6 Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt

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

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

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

Ausgewiesen ist im Folgenden nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete.²⁶ Damit weicht die Darstellungsform von jener im Hauptbericht (BMG 2016) zur sektorenübergreifenden Patientenbefragung ab, welche den Anteil von zufriedenen und eher zufriedenen Befragten aggregiert und somit höhere Zufriedenheitswerte abbildet.

Insgesamt wurden 20.234 Fragebögen ausgewertet. Schriftlich befragt wurden Patientinnen und Patienten ab dem 14. Lebensjahr mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt im 4. Quartal 2014 (BMG 2016).²⁷

26

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

27

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

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

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

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Ausgewiesen ist nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete (ohne „eher zufrieden“); Berechnung ohne Kategorie „kann ich nicht beurteilen“²⁸

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

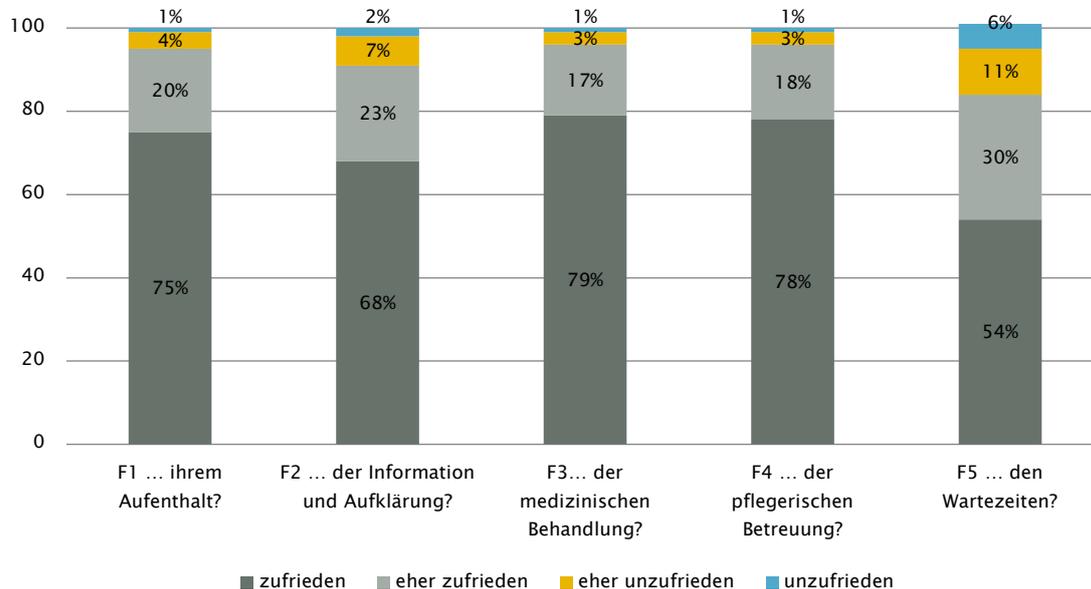
* jünger = 14-44 Jahre; älter = 44+

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

28

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

Abbildung 2.36:
Zufriedenheit im stationären Bereich (in %), 2014



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

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

Analyse

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

nur gering ausgeprägt. Im Durchschnitt war die Bevölkerung in Tirol am zufriedensten, während Oberösterreich den geringsten Anteil an zufriedenen Patientinnen und Patienten aufwies.

- » Am höchsten ist die Schwankungsbreite hinsichtlich Zufriedenheit mit Wartezeiten. Weniger als die Hälfte aller befragten Oberösterreicher/-innen (48 %) zeigten sich mit Wartezeiten zufrieden, gegenüber 59 Prozent der Tiroler/-innen.

Limitationen

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

2.2.7 Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung

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

Zufriedene Patientinnen und Patienten definieren sich im Folgenden durch die in der österreichischen sektorenübergreifenden Patientenbefragung gegebenen Antworten „zufrieden“ hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit²⁹:

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

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

Ausgewiesen ist im Folgenden nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete.³⁰ Damit weicht die Darstellungsform von jener im Hauptbericht (BMG 2016) zur sektorenübergreifenden Patientenbefragung ab, welche den Anteil von zufriedenen und eher zufriedenen Befragten aggregiert und somit höhere Zufriedenheitswerte abbildet.

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

29

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

30

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

Tabelle 2.25:

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

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

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

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

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

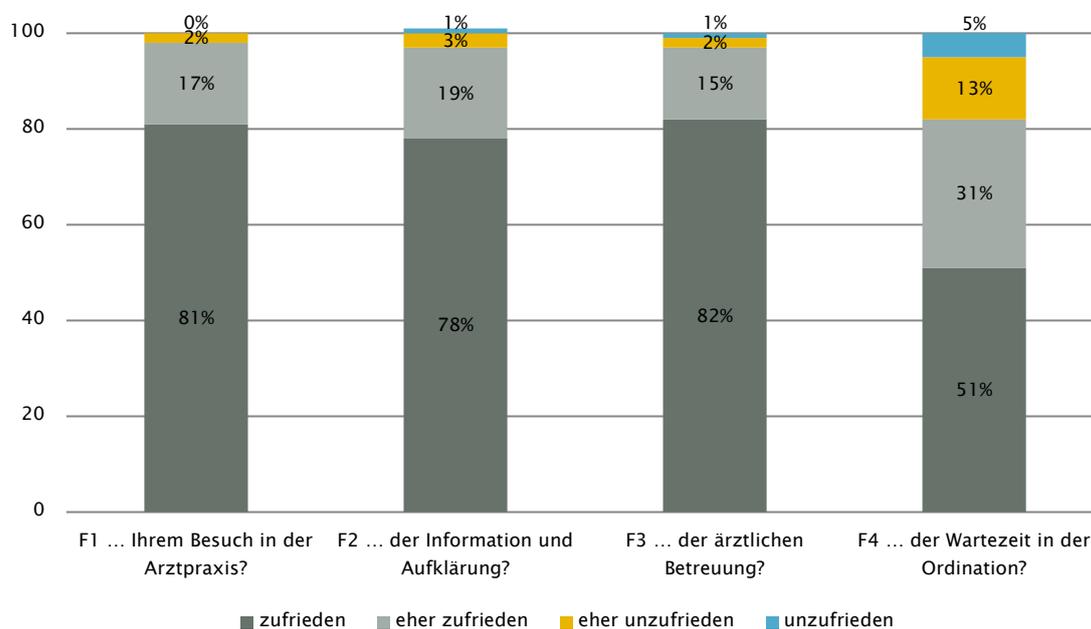
* jünger = 14-44 Jahre; älter = 44+

** hoch = Hochschulabschluss; niedrig = Pflichtschulabschluss

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

Abbildung 2.37:

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



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

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

Analyse

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

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

Limitationen

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

2.2.8 Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf

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

Weitere Unterschiede in der Zugänglichkeit ergeben sich aufgrund des sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Um die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen sichtbar zu machen, werden im europäischen Vergleich (Abbildung 2.39) neben der Ausprägung für den Durchschnittswert eines Landes auch das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintil) dargestellt. Dabei gilt, je weiter der Abstand zwischen den dargestellten Ausprägungen der Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher kann der Zugang zum Gesundheitssystem eingestuft werden.

Tabelle 2.26:
Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf (in %), 2019

2019	M + F	M	F	Trend
Unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,3	0,3	0,3	schwankend
Hohes Einkommen unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,0	0,0	0,0	
Niedriges Einkommen unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent	0,8	1,0	0,7	

Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer (Jahresdurchschnitte)

	2013–2015	2015–2017	2017–2019
Höchste Ausprägung (unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent)	0,4	0,3	0,5
Niedrigste Ausprägung (unerfüllter Behandlungsbedarf, in Prozent)	0,0	0,0	0,0

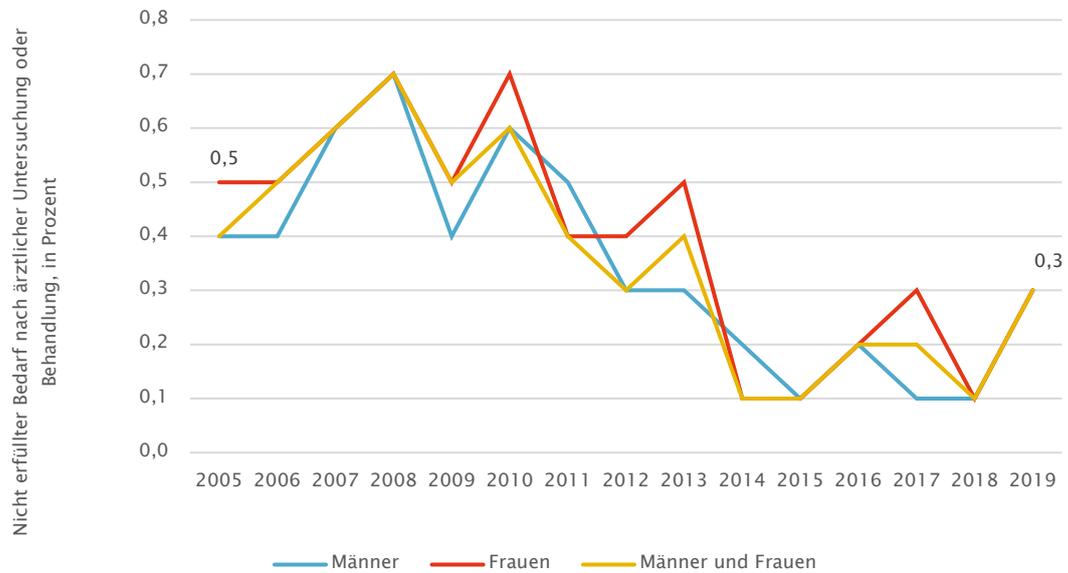
M = Männer, F = Frauen

Regionale Auswertungen basierend auf 3-Jahres-Durchschnitten

Quelle: Eurostat – EU-SILC 2004–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.38:

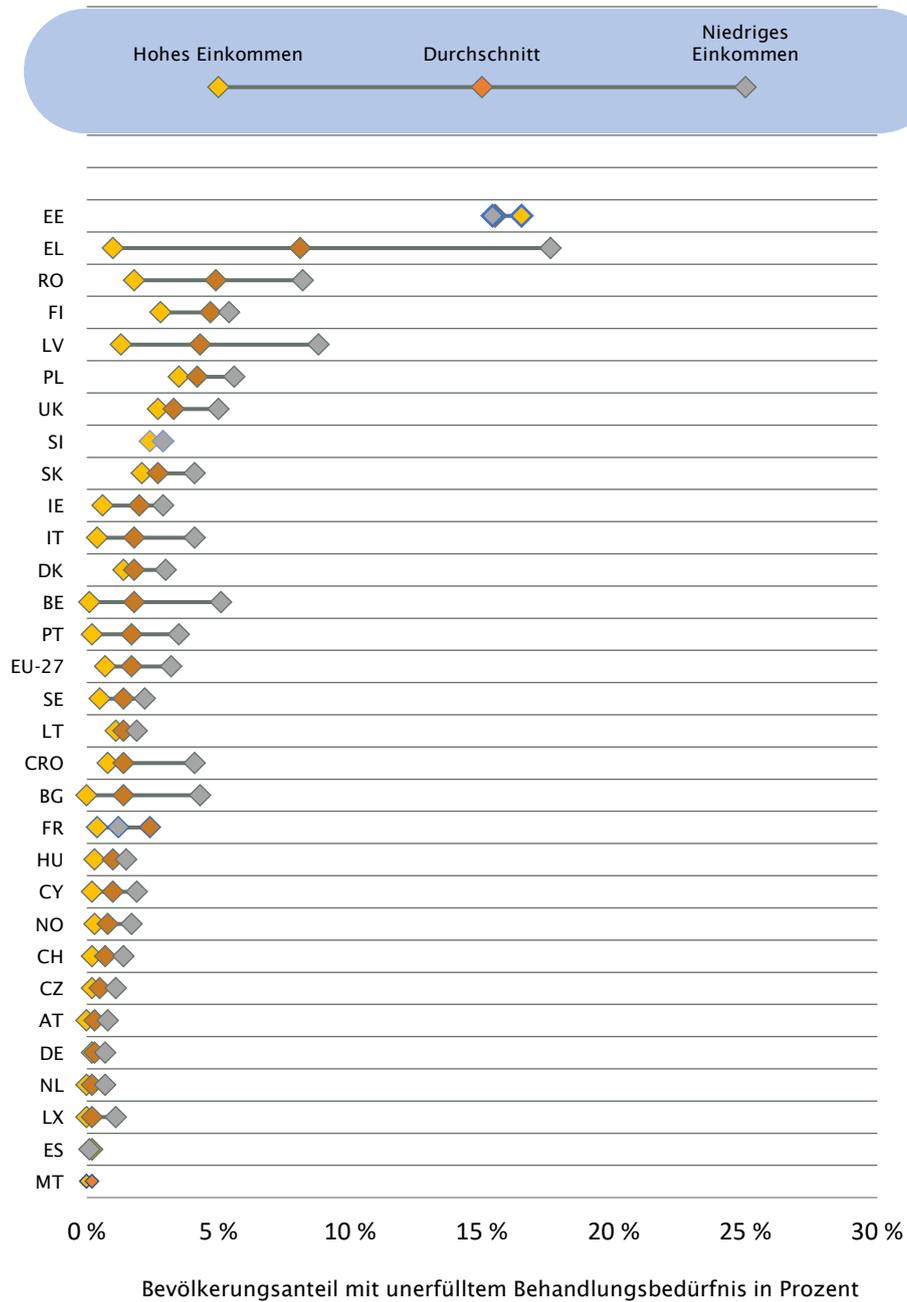
Entwicklung des unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfs, 2005–2019



Quelle: Eurostat - EU-SILC 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.39:

Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen (in %) im europäischen Vergleich, 2019 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Eurostat (2019); Darstellung: GÖG.
Für das Vereinigte Königreich stehen nur Daten aus dem Jahr 2017 zur Verfügung.

Analyse

- » Der Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Bedarf an medizinischer Untersuchung oder Behandlung ist in Österreich mit einer Rate von 0,3 Prozent gering. Die Entwicklung der Rate zeigt im Zeitverlauf Schwankungen, wobei bis 2018 ein Rückgang ersichtlich ist. Zwischen 2018 und 2019 ist erneut ein Anstieg zu verzeichnen.
- » Ein geschlechtsbedingter Unterschied konnte zwischen 2005 und 2019 nicht erkannt werden. Im Jahr 2005 gaben 0,4 Prozent der österreichischen Männer und 0,5 Prozent der österreichischen Frauen an, einen unerfüllten Behandlungsbedarf zu haben. Bei beiden Geschlechtern reduzierte sich der Anteil im Zeitverlauf – mit zahlreichen Schwankungen – auf jeweils 0,3 Prozent im Jahr 2019.
- » Im regionalen Vergleich zeigt sich in den Bundesländern ein ähnliches Bild. Die niedrigste 3-Jahres-Durchschnittsrate der Jahre 2017 bis 2019 lag bei 0,0 Prozent, die höchste Rate bei 0,5 Prozent.
- » Im europäischen Vergleich weist Österreich 2019 den sechstniedrigsten Wert innerhalb der EU-27 Länder (plus Vereinigtes Königreich, die Schweiz und Norwegen) auf. Den besten Wert weist Malta auf, wo kein unerfüllter Behandlungsbedarf festgestellt wurde, gefolgt von Spanien, Luxemburg und den Niederlanden mit je 0,2 Prozent der Befragten, die unerfüllten Behandlungsbedarf hinsichtlich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit äußerten.
- » Die Schere zwischen hohem und niedrigem Einkommen (hohes Einkommen: 0,0 %; niedriges Einkommen: 0,8 %) ist in Österreich seit 2018 deutlich gestiegen, wenngleich auf einem niedrigen Niveau. Letzteres spiegelt einen insgesamt ausgewogenen Zugang zum Gesundheitssystem wider. Die größten Einkommensunterschiede waren im Datenzeitraum in den Jahren 2008 bis 2010 zu verzeichnen. Am höchsten ist die Differenz im Zugang zwischen den Einkommensgruppen in Griechenland, wo zwischen erstem und fünftem Einkommensfünftel knapp 17 Prozentpunkte liegen (16,6%). Auch Lettland meldete mit 7,5 Prozentpunkten Unterschied ein hohes Einkommensgefälle hinsichtlich dieser Fragestellung.

Limitationen

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

2.2.9 Wartezeiten: extramural

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

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

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

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

Tabelle 2.27:

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

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

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

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

M = Männer, F = Frauen

* jünger = 14-44 Jahre; älter = 44+

** niedrig = Pflichtschulabschluss; hoch = Hochschulabschluss

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

Analyse

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

Limitationen

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

2.2.10 Wartezeiten: intramural

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

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

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

Tabelle 2.28:

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

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

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

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

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

Analyse

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

Limitationen

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

2.3 Palliativversorgung auf Palliativstationen

Neben den Funktionsbereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration nimmt die Hospiz- und Palliativversorgung eine essenzielle Rolle in einem modernen Gesundheitssystem ein. Aktuell wurden aufgrund der besseren Abgrenzbarkeit in einem ersten Schritt nur Indikatoren für den Bereich der Palliativstationen berücksichtigt. Überlegungen könnten künftig angestellt werden, wie die Messung von Outcomes auf die Strukturen der Palliativteams und stationären Hospize ausgeweitet werden könnte. Zu bedenken gilt zudem, dass Patientinnen und Patienten palliative Behandlung auch in nicht spezialisierten Palliativstrukturen erhalten. Die Darstellung vieler Indikatoren ist allerdings momentan aufgrund von Dateneinschränkungen jedoch nicht möglich. Derzeit können nur die Strukturen erhoben werden, welche in Zukunft eine umfassendere Berücksichtigung der Perspektive der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit deren Palliativversorgung ermöglichen würde.

2.3.1 Strukturen für Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Anteil der Palliativstationen, die PROMs implementiert haben

Auch im Funktionsbereich der Palliativversorgung gewinnt die Messung von Outcomes zunehmend an Priorität, da verlässliche Aussagen über Qualität, Effektivität, Effizienz und Verfügbarkeit der Palliativversorgung an Bedeutung gewinnen. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) gelten als "Goldstandard"-Tool der Outcome-Messung, da sie das subjektive Empfinden der Patientin/des Patienten in den Mittelpunkt stellen, das in der Palliativversorgung im besonderen Maße zu adressieren ist (Bausewein et al. 2016). PROMs sind standardisierte klinische Fragebögen, die auf Symptome wie Schmerz oder Atemnot aber auch spirituelle Bedürfnisse der Patientin/des Patienten eingehen und im Verlauf der palliativmedizinischen Behandlung wiederholt zur Anwendung kommen. Die Anwendung von PROMs ist international etabliert und wurde beispielsweise im Leitlinienprogramm Onkologie in Deutschland verankert (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2015).

Der gegenständliche Indikator geht in einem ersten Schritt auf die Etablierung von PROMs ein und ist somit lediglich ein Strukturindikator. Sobald es zu einer ausreichenden Etablierung von PROMs in Österreich kommt, ist eine Anwendung der Indikatoren, die basierend auf PROMs erhoben werden können (PROMs bei Schmerz, PROMs bei Atemnot), vorgesehen.

Bei einer Umfrage zwischen September und November 2019 unter den österreichischen Palliativstationen, bei der 25 von 43 kontaktierten Stationen teilnahmen (Rücklaufquote 58,1 %), gaben fünf Stationen (20 %) an, bereits PROMs implementiert zu haben. Bei drei der fünf Stationen, die bereits mit PROMs arbeiten, wird ein standardisiertes klinisches Assessment Tool verwendet.

Grundsätzlich ist die Haltung der österreichischen Palliativstationen gegenüber PROMs durchaus positiv. 93 Prozent der Einrichtungen, die noch keine PROMs implementiert haben, können sich vorstellen, zukünftig mit PROMs zu arbeiten und bereits bei 21 Prozent der Stationen ist die Einführung von PROMs in Planung.

2.4 Langzeitpflege und -betreuung

2.4.1 Entlastung pflegender Angehöriger

Rund eine Million pflegende Angehörige stellen eine bedeutende Ressource für das System der Langzeitpflege und -betreuung in Österreich dar. Neben sozialen Tätigkeiten (z. B. Gesellschaft leisten) erbringen Angehörige vor allem alltägliche pflegerische Tätigkeiten (z. B. beim An- und Ausziehen helfen, beim Baden/Duschen helfen). Etwas seltener fallen instrumentelle Tätigkeiten an (z. B. einkaufen, Hausarbeit) (Nagl-Cupal et al. 2018). Die Übernahme von Pflegeleistungen kann bei pflegenden Angehörigen zu einer Reduktion der bezahlten Erwerbstätigkeit sowie zu großen psychischen Belastungen führen. Dies zieht wiederum nach sich, dass pflegende Angehörige später selbst mit gesundheitlichen Folgen zu kämpfen haben oder nur schwer in die bezahlte Erwerbstätigkeit zurückfinden, was psychische Belastungen noch verstärken kann. Die Entlastung pflegender Angehöriger stellt aus gesundheits- und pflegepolitischer Sicht somit ein wichtiges Ziel dar, welches u. a. durch die Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen, umfassenden und leistbaren Angebots an mobilen und stationären Diensten zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen erreicht werden kann (Wagner/Brandt 2018).

Insbesondere weibliche pflegende Angehörige, die im gleichen Haushalt wie die pflegebedürftige Person leben, und pflegende Angehörige, die 20 Stunden pro Woche oder mehr an Pflegeleistungen erbringen, sind besonders gefährdet. In Österreich gibt jede zehnte Person, die ein zu Hause lebendes Familienmitglied pflegt, an, eine Berufstätigkeit aufgrund von Pflegeaufgaben aufgeben zu haben. Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege in Österreich fühlt sich stark psychisch oder zeitlich belastet (Nagl-Cupal et al. 2018).

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege für die Jahre 2016–2019. Die Daten werden im Rahmen von Hausbesuchen bei pflegegeldbeziehenden Personen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vom BMSGPK erhoben. Die Ergebnisse beziehen sich auf pflegende Angehörige, die (vorzugsweise durch die pflegegeldbeziehende Person) als Hauptbetreuungsperson angegeben werden.³¹

Die wichtigste Rolle in der Betreuung zu Hause lebender pflegebedürftiger Familienmitglieder nehmen (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner ein, die in mehr als einem Drittel der Fälle als Hauptbetreuungsperson fungieren (44 %). Auch Töchter spielen eine sehr wichtige Rolle, sie sind für knapp ein Viertel der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen die Hauptbetreuungsperson (24 %), gefolgt von Söhnen (9 %) und Schwiegertöchtern (8 %). Im Durchschnitt sind pflegende

31

Das Sample beschränkt sich auf die Hauptbetreuungspersonen, die bei dem Hausbesuch anwesend waren, da nur für diese die notwendige Information zur Berechnung des Indikators verfügbar ist (67 % aller Hauptbetreuungspersonen). Für das Jahr 2019 wurden auch Daten von Personen erhoben, die sich zum Erhebungszeitpunkt im Pflegegeldzuerkennungsverfahren befanden. Da keine endgültige Aussage über den tatsächlichen Zustand dieser Personen getroffen werden kann, wurden diese vom Sample exkludiert (1,5 % des Samples).

Angehörige 63 Jahre alt – bei Männern liegt der Wert mit 66 Jahren etwas höher als bei Frauen mit 62 Jahren, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass Männer tendenziell eher als (Ehe-)Partner pflegen, Frauen hingegen nicht nur als (Ehe-)Partnerinnen, sondern auch als Töchter oder Schwiebertöchter. Sieben von zehn pflegenden Angehörigen sind weiblich (73 %).

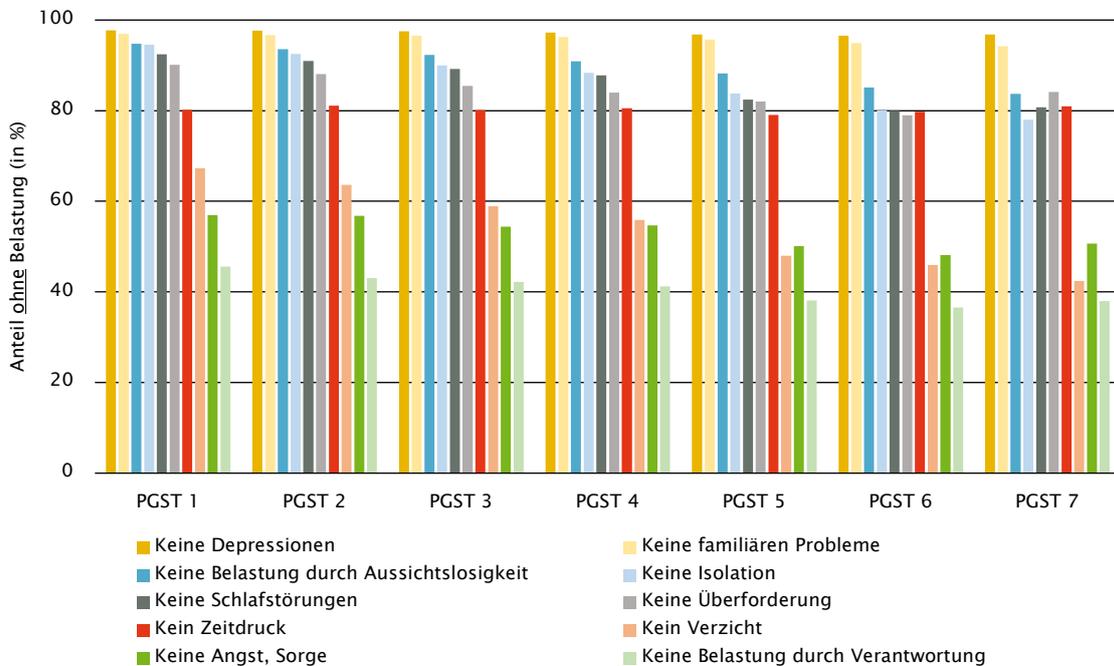
Der Indikator beschreibt den Entlastungsgrad pflegender Angehöriger, die zu Hause lebende Familienmitglieder, Freundinnen oder Freunde betreuen. Für die Berechnung wurde herangezogen, wie hoch der Anteil der befragten Hauptbetreuungspersonen ist, der sich nicht belastet fühlt.

Es wurden die folgenden Kategorien unterschieden:

- » Psychische Belastung, bestehend aus den Unterkategorien
 - » Isolation
 - » Verantwortung
 - » Aussichtslosigkeit
 - » Überforderung
 - » Familiäre Probleme
 - » Zeitdruck
 - » Angst, Sorge
 - » Verzicht, Einschränkungen
 - » Schlafstörungen
 - » Depressionen
 - » Sonstige psychische Belastung
- » Körperliche Belastung
- » Finanzielle Belastung
- » Zeitliche Belastung
- » Sonstige Belastung

Abbildung 2.40:

Anteil der pflegenden Angehörigen ohne psychischer Belastung nach Belastungskategorie und Pflegegeldstufe, 2016–2019



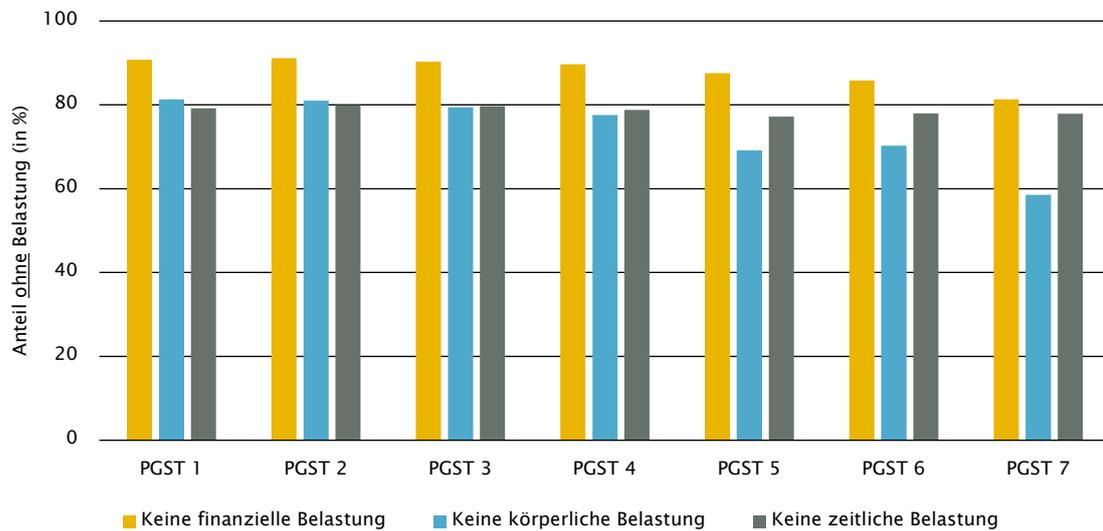
PGST = Pflegegeldstufe

Lesebeispiel: 38 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen einer Person mit Pflegegeldstufe 7 geben an, sich durch die damit verbundene Verantwortung nicht belastet zu fühlen. Umgekehrt geben also sechs von zehn der befragten pflegenden Angehörigen an (62%), sich durch die Verantwortung belastet zu fühlen. Je kleiner der dargestellte Balken, desto größer ist also der Anteil der belasteten pflegenden Angehörigen in der jeweiligen Kategorie.

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.41:

Anteil der pflegenden Angehörigen ohne Belastung nach Belastungskategorie und Pflegegeldstufe, 2016–2019

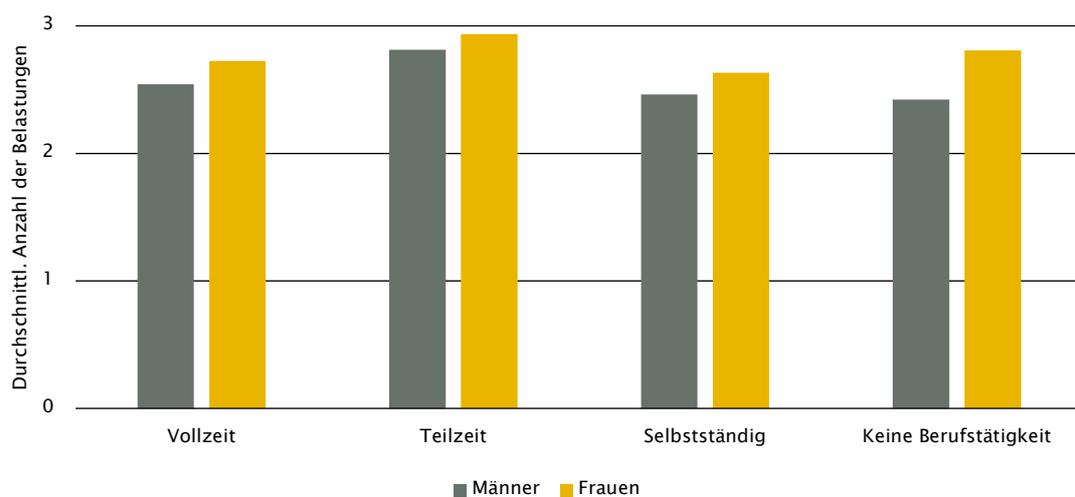


PGST=Pflegegeldstufe

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.42:

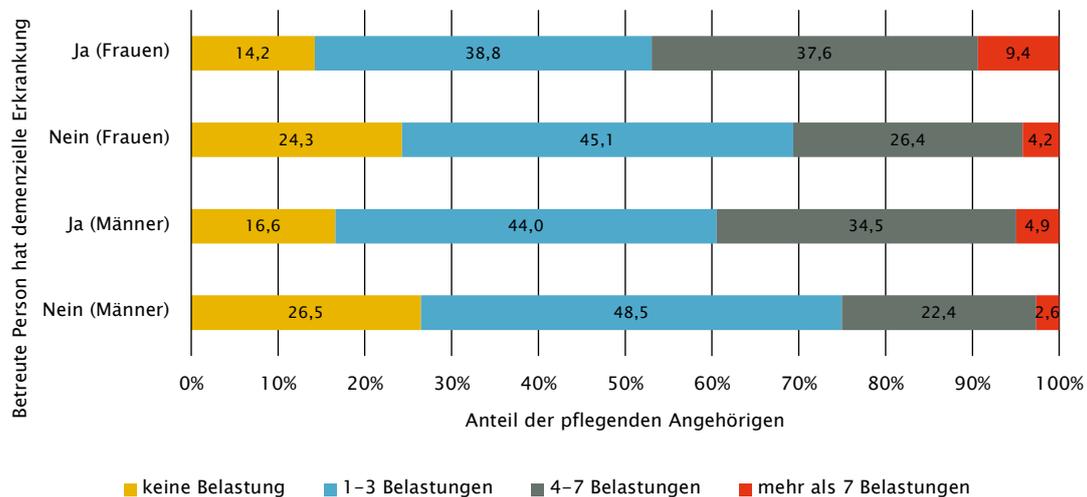
Durchschnittliche Anzahl der Belastungen pflegender Angehöriger nach Berufstätigkeit und Geschlecht, 2016–2019



Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.43:

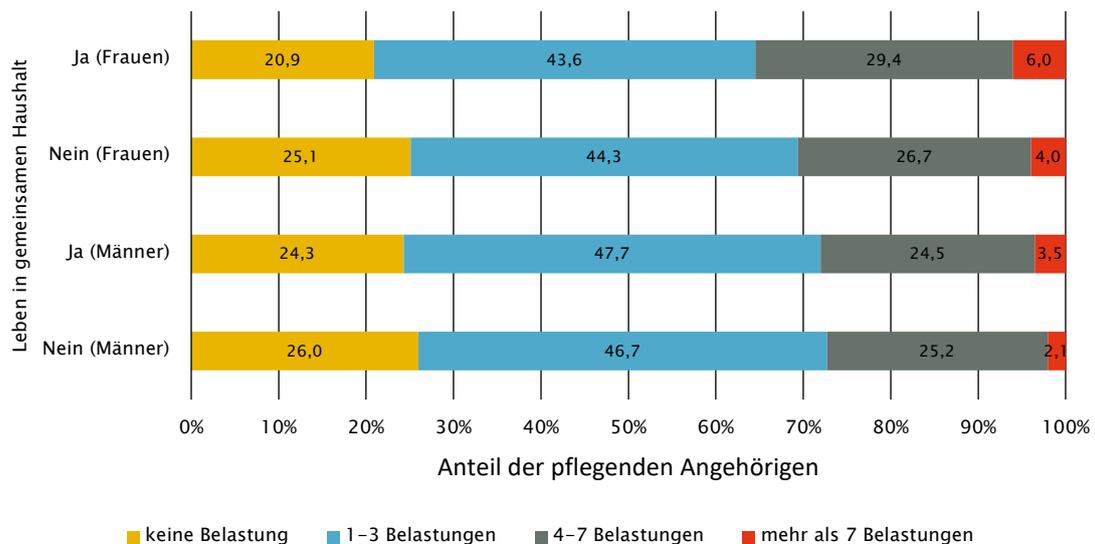
Anteil der pflegenden Angehörigen nach Anzahl der Belastungen, Geschlecht der pflegenden Angehörigen und demenzieller Erkrankung der betreuten Person, 2016–2019



Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.44:

Anteil der pflegenden Angehörigen nach Anzahl der Belastungen, Geschlecht der pflegenden Angehörigen und Wohnsituation von Hauptbetreuerperson und betreuter Person, 2016–2019



Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 2.29:

Belastungssituation pflegender Angehöriger nach Geschlecht und Merkmalen der pflegebedürftigen Person (in %), 2016–2019

Männer (n=11.579)	Pflegt Person mit demenzieller Erkrankung (n=2.084; 18,0 %) ¹	Pflegt Person ohne demenzielle Erkrankung (n=8.918; 77,0 %) ¹	Lebt mit pflegebedürftiger Person im gleichen Haushalt (n=8.750; 75,6 %)	Lebt nicht mit pflegebedürftiger Person im gleichen Haushalt (n=2.829; 24,4 %)
keine Belastung	16,6	26,5	24,3	26,0
1–3 Belastungen	44,0	48,5	47,7	46,7
4–7 Belastungen	34,5	22,4	24,5	25,2
mehr als 7 Belastungen	4,9	2,6	3,5	2,1
Frauen (n=31.153)	Pflegt Person mit demenzieller Erkrankung (n=5.849; 18,7 %) ¹	Pflegt Person ohne demenzielle Erkrankung (n=23.658; 76,0 %) ¹	Lebt mit pflegebedürftiger Person im gleichen Haushalt (n=20.637; 66,2 %)	Lebt nicht mit pflegebedürftiger Person im gleichen Haushalt (n=10.516; 33,8 %)
keine Belastung	14,2	24,3	20,9	25,1
1–3 Belastungen	38,8	45,1	43,6	44,3
4–7 Belastungen	37,6	26,4	29,4	26,7
mehr als 7 Belastungen	9,4	4,2	6,0	4,0

Anmerkungen:

¹ Für ca. 5 % des Samples liegt keine Information bezüglich der Diagnose einer demenziellen Erkrankung vor.

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Innerhalb der psychischen Belastungskategorien fühlen sich die pflegenden Angehörigen in den Bereichen Verantwortung, Angst, Sorge und Verzicht am stärksten belastet. Der Anteil an Personen, der sich nicht belastet fühlt, ist in diesen drei Kategorien am geringsten. Der Anteil an pflegenden Angehörigen, die sich nicht belastet fühlen nimmt in beinahe allen psychischen Belastungskategorien mit höherer Pflegegeldstufe der betreuten Person ab (siehe Abbildung 2.40). Während sich bei der Pflegegeldstufe 1 noch 31 % in keinem der Bereiche belastet fühlen, sind es bei der Pflegegeldstufe 7 nur noch 19%.
- » Dieses Muster setzt sich auch in den Bereichen finanzielle, körperliche und zeitliche Belastung fort. Alle drei Belastungskategorien zeigen von Pflegegeldstufe 1 hin zu Pflegegeldstufe 7 einen absinkenden Trend im Anteil der pflegenden Angehörigen, die sich nicht belastet fühlen. Zum Beispiel bei der körperlichen Belastung liegt der Anteil ohne Belastung bei der Pflegestufe 1 noch über 80 %, wohingegen bei der Pflegegeldstufe 7 beinahe jede zweite Person angibt, sich belastet zu fühlen (siehe Abbildung 2.41).
- » Der Anteil an pflegenden Angehörigen, die sich nicht belastet fühlen, variiert im österreichweiten Vergleich stark. Die größten Unterschiede finden sich im Bereich der psychischen Belastungen (Verantwortung, Verzicht, Angst bzw. Sorge) und der körperlichen Belastung.
- » Frauen fühlen sich, unabhängig von der Berufstätigkeit, im Durchschnitt tendenziell mehr belastet als Männer. Diese Diskrepanz ist bei pflegenden Angehörigen ohne Berufstätigkeit am deutlichsten (mit durchschnittlich 2,8 Belastungsfaktoren bei Frauen versus 2,4 bei Männern). Frauen und Männer sind am stärksten belastet, wenn sie in Teilzeit arbeiten. Dies

könnte u. a. darin begründet sein, dass die Erwartungshaltung, Pflegeleistungen zu erbringen, bei Angehörigen in Teilzeitarbeit höher ist. Umgekehrt könnte es auch sein, dass pflegende Angehörige aufgrund hoher Belastung ihre Arbeitszeit reduziert haben (siehe Abbildung 2.42).

- » Bei allen pflegenden Angehörigen wirkt sich das Vorhandensein einer demenziellen Erkrankung bei der pflegebedürftigen Person auf die Belastungssituation aus. Dies wird sowohl bei Frauen als auch bei Männern durch eine Verschiebung der durchschnittlichen Belastungsfaktoren von 0 bzw. 1–3 auf 4–7 bzw. mehr als 7 sichtbar. Während beinahe 70 % der Frauen, die eine Person ohne demenzielle Erkrankung pflegen, durchschnittlich von keinen bzw. 1–3 Belastungsfaktoren betroffen sind, schrumpft dieser Anteil auf rund 50 %, bei Frauen, die eine mit demenzieller Erkrankung diagnostizierte Person pflegen. Die Anteile verhalten sich bei den Männern ähnlich. Die Kategorie mehr als 7 Belastungen ist bei Frauen, die eine Person mit demenzieller Erkrankung pflegen am höchsten und liegt bei knapp 10 % (siehe Abbildung 2.43 bzw. Tabelle 2.29).
- » Sowohl Frauen als auch Männer sind tendenziell von mehr Belastungsfaktoren betroffen, wenn sie im gemeinsamen Haushalt mit der zu pflegenden Person leben (siehe Abbildung 2.44). Drei Viertel der Männer, die Angehörige pflegen, leben mit der gepflegten Person im gleichen Haushalt (76 %), während dies bei Frauen nur auf rund zwei Drittel zutrifft (66 %). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Männer vor allem ihre (Ehe-)Partnerinnen pflegen (siehe Tabelle 2.29).
- » In acht von zehn Fällen (79 %) erhalten die Personen, die von den befragten Hauptbetreuungspersonen gepflegt werden, keine zusätzliche Unterstützung durch mobile Dienste.

Limitationen

- » Die ausgewerteten Daten entstanden im Rahmen einer Befragung im Haushalt der pflegebedürftigen Person. Die Hauptbetreuungsperson wurde von einer diplomierten Pflegeperson in Anwesenheit der pflegebedürftigen Person befragt. Es ist daher davon auszugehen, dass die angegebene Belastung der Hauptbetreuungsperson unterschätzt wurde (z. B. aufgrund sozialer Erwünschtheit bei den Antworten).
- » Es fließen nur die Hauptbetreuungspersonen in die Befragung mit ein, die während des Hausbesuches anwesend sind. Daraus folgt, dass für einen großen Anteil der pflegenden Angehörigen (33 %) keine Information über den Entlastungsgrad vorliegt.
- » Es wurden im Rahmen der Befragung Belastungen abgefragt, nicht jedoch explizit die Entlastung des bzw. der pflegenden Angehörigen, was zu einer verzerrten Darstellung führen könnte.

2.4.2 Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung

Ein zentrales Thema für die Versorgung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen stellt die bedarfsgerechte medikamentöse Versorgung dar. Insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen erhöht sich durch die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Keuerleber/Saueremann 2016). Zudem gilt es die Einnahme potenziell inadäquater Medikation bei älteren Menschen zu reduzieren (vgl. Abschnitt 2.2.5)³².

Bezogen auf den Bereich der Langzeitpflege, ist das Monitoring von Polymedikation in Alten- und Pflegeheimen international etabliert. Eine entsprechende Kennzahl wird in mehreren Ländern, beispielsweise in der Schweiz, verwendet, um Outcomes in der Langzeitpflege und -betreuung bzw. in Pflegeheimen zu messen (Curaviva 2018; EZWF 2010).

Polypharmazieprävalenz ist hier definiert als der Anteil der Personen mit Pflegegeld in Alten- und Pflegeheimen mit mehr als neun gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen. Als Grundgesamtheit für die Berechnung werden alle Personen herangezogen, die Pflegegeld beziehen und in der Pflegegelddatenbank des BMSGPK erfasst sind. Für jene Personen, die ihren Pflegeheimaufenthalt nicht selbst zahlen, ist in der Pflegegelddatenbank ein „Übergangsgrund“ angegeben, der befüllt wird, wenn das Pflegegeld zu 80 Prozent auf ein Heim übergeht. Die Personen mit einem Übergangsgrund sind daher jedenfalls Pflegeheimbewohner/-innen.

Für alle Berechnungen erfolgte eine Standardisierung basierend auf der Alters- und Pflegegeldstufenverteilung der österreichischen Pflegegeldbezieher/-innen im Jahr 2019, um den Unterschieden in der Altersstruktur und dem Grad der Pflegebedürftigkeit beider Gruppen (Pflegeheim vs. nicht im Pflegeheim) entsprechend Rechnung zu tragen. Eine höhere Prävalenz von Polypharmazie in Alten- und Pflegeheimen ist somit nicht auf den höheren Anteil hochaltriger Menschen bzw. solcher mit sehr hohem Pflegebedarf in Heimen zurückzuführen.

32

Auch wurde in der zweiten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit (2016–2020) der Indikator „Polypharmazieprävalenz der über 70-Jährigen“ gemessen, als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag war eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart worden (Bachner et al. 2020).

Tabelle 2.30:

Polypharmazieprävalenz, Anteil der Pflegegeldbezieher/-innen mit mehr als neun verordneten Wirkstoffen (in %) 2016–2019, risikostandardisiert*

2016–2019	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
Polypharmazieprävalenz bei Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern (gesamt)	8,8	7,2	10,4	konstant	2016
	9,1	7,4	10,8		2017
	8,7	7,3	10,1		2018
	8,8	7,2	10,4		2019
Pflegegeldbezieher/-innen in Alten- und Pflegeheimen (nach Übergangsgrund) 2019					
Alten- oder Pflegeheim (mit Übergangsgrund)	9,3	7,4	11,2		
Pflegegeldbezieher/-in nicht im Pflegeheim (ohne Übergangsgrund)	8,3	7,1	9,5		
Differenz (in %)	12,9	4,8	18,0		
p-Wert**	< 0,001	0,066	< 0,001		
regionale Schwankungsbreite 2019					
niedrigster Anteil - gesamt	6,1	5,2	6,9		
höchster Anteil - gesamt	11,9	10,2	14,1		
niedrigster Anteil - mit Übergang	6,3	5,5	7,2		
höchster Anteil - mit Übergang	13,2	11,6	15,9		
niedrigster Anteil - ohne Übergang	5,8	5,0	6,6		
höchster Anteil - ohne Übergang	10,7	9,9	12,4		

M = Männer, F = Frauen

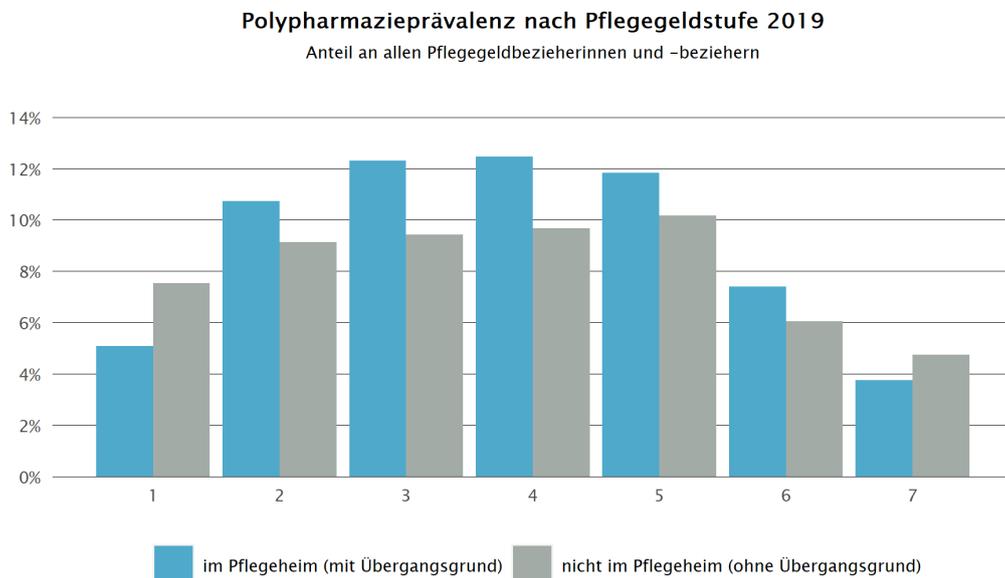
*Standardisierung, basierend auf der Alters- und Pflegegeldstufenverteilung der österreichischen Pflegegeldbezieher/-innen 2019

**Pearsons Chi-Quadrat-Test

Quelle: DSVS-Sonderauswertung (2020), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.45:

Polypharmazieprävalenz nach Übergangsgrund des Pflegegeldes (risikostandardisiert)



DVSV-Sonderauswertung (2020), Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Zeitraum 2016 bis 2019 lag die Polypharmazieprävalenz bei Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern in Österreich bei rund sieben Prozent bei Männern und bei rund zehn Prozent bei Frauen. Die Werte sind im Zeitverlauf konstant.
- » In beiden Geschlechtergruppen wiesen Personen im Pflegeheim im Jahr 2019 höhere Werte auf als die Vergleichsgruppe. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bei Frauen: Während im Pflegeheim 11,2 Prozent der Bewohnerinnen von Polymedikation betroffen waren, lag der Wert bei Frauen mit Pflegegeldbezug, die nicht im Pflegeheim betreut werden, bei 9,5 Prozent. Somit weisen Frauen im Pflegeheim eine um 18 Prozent höhere Polypharmazieprävalenz gegenüber der Vergleichsgruppe auf. Im Gegensatz dazu ist bei den Männern kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen zu erkennen.
- » Die Schwankungsbreite in den Bundesländern lag im Jahr 2019 zwischen sechs und 13 Prozent bei Personen im Pflegeheim, und zwischen sechs und elf Prozent bei Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern, die nicht im Pflegeheim leben.
- » In allen Pflegegeldstufen – außer in der höchsten Pflegestufe – weisen Personen im Pflegeheim höhere Polypharmazieprävalenzen auf als Personen mit Pflegegeld, die nicht im Heim betreut werden.

Limitationen

Als Limitation gilt, dass Arzneimittel unter der Rezeptgebührengrenze i. d. R. nicht erfasst sind, was zu einer Unterschätzung der Polypharmazieprävalenz führen könnte. Zudem besteht insbesondere bei hochaltrigen Menschen, die einen großen Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern im Pflegeheim ausmachen, eine hohe Tendenz zur Multimorbidität, welche die Einnahme zahlreicher Wirkstoffe nach sich zieht und nicht von (verfehlter) Polymedikation unterschieden werden kann. Weiters gilt, dass nur Personen erfasst werden, die Pflegegeld beziehen. Eine Limitation besteht somit in der Nichterfassung der Selbstzahler/-innen im Pflegeheim sowie der Nichterfassung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ohne Pflegegeldeinstufung. Beide Limitationen werden als mengenmäßig gering eingeschätzt (Wilbacher et al. 2017).

2.4.3 Vermeidbare stationäre Aufenthalte (ACSC) Pflegebedürftiger

Ungeplante Krankenhausaufenthalte können insbesondere für pflegebedürftige oder multimorbide Menschen eine große psychische Belastung darstellen bzw. erhöhen das Risiko nosokomialer Infektionen. In früheren Studien konnte gezeigt werden, dass inadäquate Transfers ins Krankenhaus das Risiko für Komplikationen, insbesondere bei älteren Menschen, erhöhen können (Rothschild et al. 2000; Wilber et al. 2010).

Manche stationäre Aufnahmen können durch Interventionen, speziell in der Primärversorgung, potenziell vermieden werden (Purdy et al. 2009). Diese werden als *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) zusammengefasst. Im Zuge der laufenden Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit wurde eine österreichische Definition der ACSC erarbeitet, die auf rund 270 ICD-10-Codes aufbaut³³. Die identifizierten ACSC-Krankheitsgruppen gliedern sich in zwölf Krankheitsgruppen, darunter Hypertonie, Diabetes mellitus mit Komplikationen, Herzinsuffizienz, Grippe und Pneumonie, Dehydratation, Erkrankungen der Atemwege, COPD, Osteoporose sowie Dekubitus und Ulcus der Haut (siehe vollständige Liste in Abschnitt 2.2.2). Ältere Menschen und solche mit Komorbiditäten haben – laut internationalen Erkenntnissen – ein höheres Risiko, von ACSC betroffen zu sein (Magán et al. 2008; Saver et al. 2013).

Der Indikator misst den Anteil der Personen mit Pflegegeld mit ACSC-Aufenthalten und unterscheidet zwischen Personen im Pflegeheim und Personen, die nicht im Pflegeheim leben (vgl. Abschnitt 2.4.2). Für jene Personen, die ihren Pflegeheimaufenthalt nicht selbst zahlen, ist in der Pflegegeld Datenbank des BMSGPK ein „Übergangsgrund“ angegeben, der befüllt wird, wenn das Pflegegeld zu 80 Prozent auf ein Heim übergeht. Die Personen mit einem Übergangsgrund sind daher jedenfalls Pflegeheimbewohner/-innen.

Für alle Berechnungen erfolgte eine Standardisierung basierend auf der Alters- und Pflegegeldstufenverteilung der österreichischen Pflegegeldbezieher/-innen im Jahr 2019, um den Unterschieden in der Altersstruktur und dem Grad der Pflegebedürftigkeit beider Gruppen (Pflegeheim vs. nicht im Pflegeheim) entsprechend Rechnung zu tragen.

33

Nähere Informationen können dem Grundlagenpapier „Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte – Ambulatory Care Sensitive Conditions – Analysen und Empfehlungen (BMG 2015a) entnommen werden (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Tabelle 2.31:

Anteil der Pflegegeldbezieher/-innen mit mindestens einem ACSC-Aufenthalt 2016–2018
risikostandardisiert*

2016–2018	M + F	M	F	Trend	Datenjahr
ACSC-Prävalenz bei Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern	9,1	10,1	8,2	konstant	2016
	9,1	10,1	8,2		2017
	9,1	9,9	8,2		2018
Pflegegeldbezieher/-innen in Alten- und Pflegeheimen (nach Übergangsgrund) 2018					
Pflegegeldbezieher/-in Pflegeheim (mit Übergangsgrund)	8,0	8,6	7,3	konstant	
Pflegegeldbezieher/-in nicht in Pflegeheim (ohne Übergangsgrund)	10,1	11,2	9,1	sinkend	
Differenz (in %)	-21,4	-22,6	-19,8	konstant	
p-Wert**	< 0,001	< 0,001	< 0,001	konstant	
regionale Schwankungsbreite 2018					
niedrigster Anteil – gesamt	7,2	7,9	6,6		
höchster Anteil – gesamt	11,8	12,8	10,8		
Alten- und Pflegeheime (mit Übergangsgrund):					
niedrigster Anteil	5,3	5,1	4,5		
höchster Anteil	11,7	12,5	10,9		
nicht im Alten- oder Pflegeheim (ohne Übergangsgrund)					
niedrigster Anteil	9,2	10,1	7,8		
höchster Anteil	11,8	13,0	10,6		

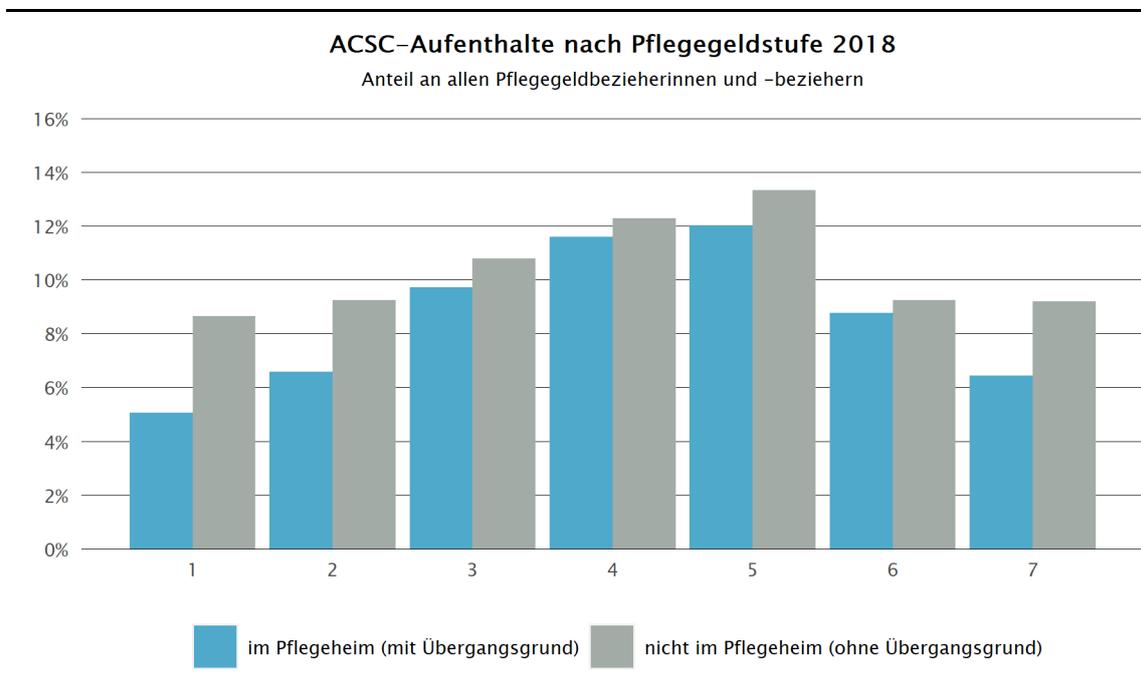
M = Männer, F = Frauen

*Standardisierung, basierend auf der Alters- und Pflegegeldstufenverteilung der österreichischen Pflegegeldbezieher/-innen 2019

**Pearsons Chi-Quadrat-Test

Quelle: DVSV-Sonderauswertung (2020), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.46:
ACSC-Aufenthalte nach Übergangsgrund



DVSV-Sonderauswertung (2020), Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Zeitraum 2016 bis 2018 lag der Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug in Österreich, die von einem vermeidbaren stationären Aufenthalt im Krankenhaus laut ACSC-Klassifikation betroffen waren, bei rund neun Prozent. Männer wiesen hier mit einem Wert von zehn Prozent höhere Raten auf als Frauen (ca. 8 %).
- » Für beide Geschlechter werden für Personen im Pflegeheim im Jahr 2018 signifikant geringere ACSC-Raten gegenüber der Vergleichsgruppe verzeichnet. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bei Männern, die im Pflegeheim eine um 23 Prozent geringere ACSC-Rate aufweisen.
- » Die regionale Schwankungsbreite lag im Jahr 2018 zwischen fünf und zwölf Prozent bei Personen im Pflegeheim und war damit größer als bei jenen Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern, die nicht im Pflegeheim lebten – mit einer Schwankungsbreite zwischen neun und zwölf Prozent.
- » Insgesamt geben die Ergebnisse Aufschluss darüber, dass Menschen im Alten- und Pflegeheim besser von der niedergelassenen ärztlichen Versorgung erreicht werden als Menschen (mit gleichem Pflegebedarf), die nicht in einem Heim leben.

Limitationen

Die Aussagekraft des Indikators ACSC wird durch die multifaktorielle Genese der entsprechenden Aufenthalte limitiert. Die Bündelung mehrerer Krankheitsgruppen zu einem Indikator kann nur

grobe Hinweise auf mögliche Problemlagen geben und ist stets im Zusammenhang mit der allgemeinen Krankenhaushäufigkeit zu interpretieren. Es empfiehlt sich daher insbesondere im regionalen Vergleich eine Detailanalyse auf Ebene einzelner Krankheitsgruppen. Unterschiedliche Kodiersysteme und Definitionen innerhalb Europas können die Vergleichbarkeit zusätzlich limitieren. Durch die österreichspezifische Definition ist zudem ein internationaler Vergleich der ACSC nur eingeschränkt möglich (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Weiters gilt, dass nur Personen erfasst werden, die Pflegegeld beziehen. Eine Limitation besteht somit in der Nichterfassung der Selbstzahler/-innen im Pflegeheim sowie der Nichterfassung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ohne Pflegegeldeinstufung. Beide Limitationen werden als mengenmäßig gering eingeschätzt (Wilbacher et al. 2017).

2.4.4 Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen

Der Indikator „Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen“ gibt an, inwiefern die aktuelle Pflege- und Betreuungssituation den Vorstellungen der pflegebedürftigen Personen entspricht. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege, die im Rahmen von Hausbesuchen von pflegegeldbeziehenden Personen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erhoben werden. Neben der Einschätzung der Ist-Versorgungssituation dienen die Hausbesuche auch der Information und Beratung, um die Versorgungssituation gegebenenfalls zu verbessern.

Das herangezogene Erhebungsinstrument wurde vom Institut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien für die Anwendung in Österreich adaptiert und adressiert die folgenden sechs Lebensbereiche (Domänen) (Trukeschitz et al. 2019):

- » funktionale Wohnsituation
- » Körperpflege
- » medizinisch-pflegerische Versorgung
- » Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr
- » hygienische Wohnsituation
- » Aktivitäten/Beschäftigung/Sozialleben

Die Bewertung der Ist-Versorgungssituation erfolgt für jede Domäne unabhängig anhand der folgenden vier Bewertungsstufen:

- » **A:** Die vorgefundene Versorgungssituation ist in Ordnung (Betreuungs- und Pflegebedarf ist vollständig und zuverlässig abgedeckt oder es liegt in dieser Domäne kein Pflege- und/oder Betreuungsbedarf vor).
- » **B:** Der Pflege- und Betreuungsbedarf ist nicht vollständig und/oder zuverlässig abgedeckt (die Lebensqualität erscheint zumindest geringfügig beeinträchtigt, jedoch ist nicht von einer Bedrohung/Gefährdung der mentalen und/oder physischen Gesundheit auszugehen).
- » **C:** Die vorgefundene Versorgungssituation weist Anzeichen auf, dass der Pflege- und Betreuungsbedarf nicht abgedeckt ist.
 - » **C+:** Es gibt Anzeichen, dass die mentale/physische Gesundheit beeinträchtigt wird, wenn die Versorgung nicht verbessert wird.
 - » **C-:** Es gibt Anzeichen, dass die mentale/physische Gesundheit aufgrund der Versorgungslage bereits beeinträchtigt ist.

Basierend auf den Präferenzen der pflegebedürftigen Menschen in Österreich soll zukünftig eine Gesamtbewertung der sechs Domänen dargestellt werden.³⁴ Zudem wird eine Darstellung der Lebensqualität im stationären Setting angestrebt, sobald eine entsprechende Datenbasis vorliegt.

34

Aufgrund fehlender Daten ist derzeit noch keine Präferenzgewichtung möglich.

Tabelle 2.32:

Bewertung der Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen nach Lebensbereich (in %),
2016–2019

Bewertung	Funkt. Wohns.	Körperpflege	Med.-pfleg. Vers.	Ernährung	Hyg. Wohns.	Aktivitäten	Mittelwert
Gesamt (n=76.204)							
A	85,2	98,8	97,6	99,1	97,7	97,6	96,0
B	14,5	1,1	2,3	0,8	2,1	2,3	3,9
C+	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
C-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Frauen (n=47.254; 62,0 %)							
A	84,9	98,9	97,5	99,1	98,0	97,7	96,0
B	14,8	1,0	2,4	0,8	1,9	2,2	3,9
C+	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
C-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Männer (n=28.950; 38,0 %)							
A	85,7	98,6	97,6	99,1	97,2	97,5	95,9
B	13,9	1,3	2,1	0,8	2,5	2,4	3,9
C+	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
C-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Ohne demenzielle Erkrankung (n=59.572; 78,2 %)¹							
A	85,6	99,0	98,0	99,2	97,8	97,9	96,3
B	14,3	0,9	1,9	0,7	2,0	2,0	3,6
C+	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
C-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mit demenzieller Erkrankung (n=12.583; 16,4 %)¹							
A	85,8	98,4	96,3	99,0	98,2	97,3	95,8
B	13,9	1,5	3,4	0,9	1,6	2,6	4,1
C+	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
C-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer² (höchste Bewertung³)							
A	93,4	99,4	98,5	99,6	98,6	99,3	98,1
B	6,5	0,6	1,3	0,3	1,3	0,5	1,8
C+	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
C-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Regionale Schwankungsbreite der Bundesländer² (niedrigste Bewertung³)							
A	69,5	98,5	95,8	98,7	96,8	98,0	92,9
B	30,3	1,4	4,0	1,3	2,9	1,9	6,9
C+	0,2	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2
C-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen:

Für das Jahr 2019 wurden auch Daten von Personen erhoben, die sich zum Erhebungszeitpunkt im Pflegegeldzuerkennungsverfahren befanden. Da keine endgültige Aussage über den tatsächlichen Zustand dieser Personen getroffen werden kann, wurden diese vom Sample exkludiert (1,3 % aller Hausbesuche).

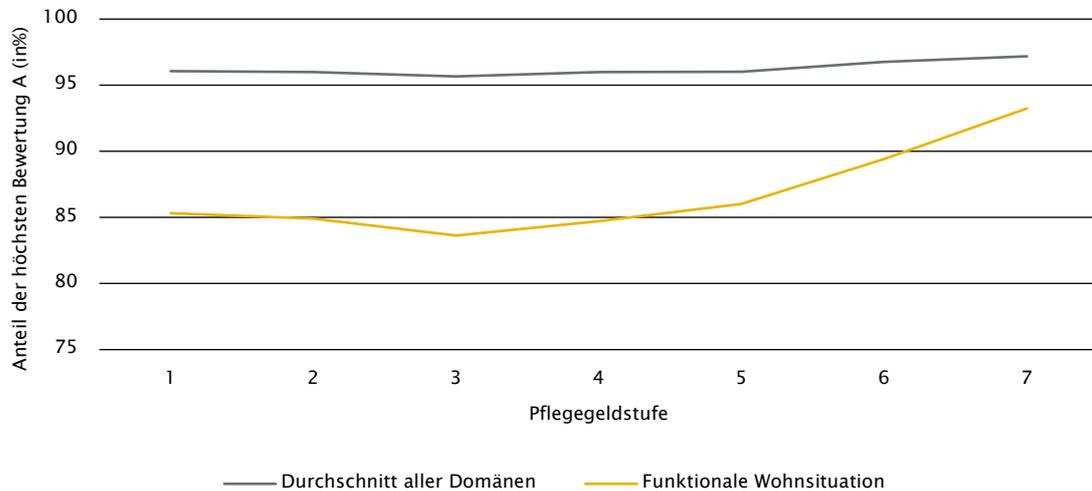
¹ für 5,4 % des Samples liegt keine Information bezüglich der Diagnose einer demenziellen Erkrankung vor

² alters- und geschlechtsstandardisiert anhand der Alters- und Geschlechtsverteilung des gesamten Samples

³ in Bezug auf den Mittelwert der Kategorie A

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

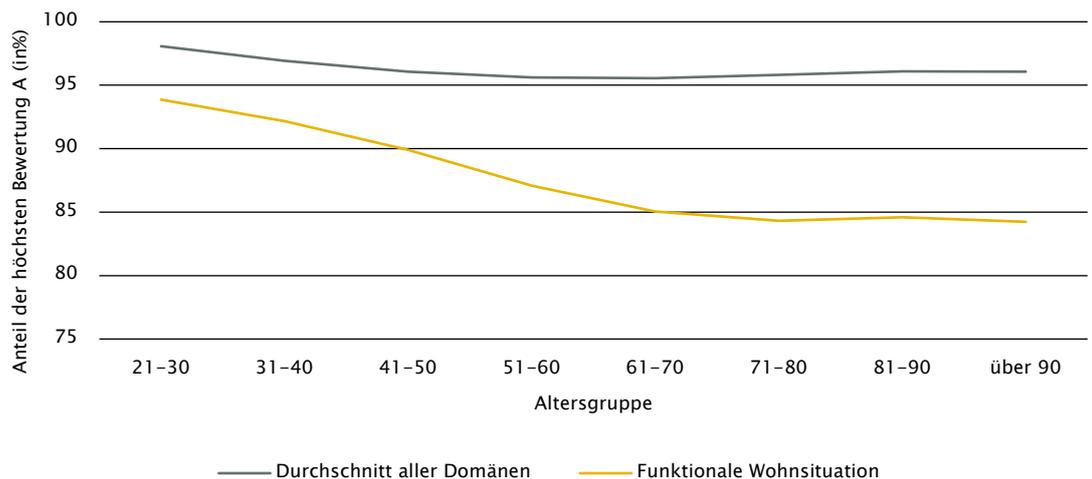
Abbildung 2.47:
Anteil der höchsten Bewertung A (in %) und Pflegegeldstufe, 2016–2019



Für das Jahr 2019 wurden auch Daten von Personen erhoben, die sich zum Erhebungszeitpunkt im Pflegegeldzuerkennungsverfahren befanden. Da keine endgültige Aussage über den tatsächlichen Zustand dieser Personen getroffen werden kann, wurden diese vom Sample exkludiert (1,3 % aller Hausbesuche).

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.48:
Anteil der höchsten Bewertung A (in %) und Alter der zu Hause betreuten Person, 2016–2019



Für das Jahr 2019 wurden auch Daten von Personen erhoben, die sich zum Erhebungszeitpunkt im Pflegegeldzuerkennungsverfahren befanden. Da keine endgültige Aussage über den tatsächlichen Zustand dieser Personen getroffen werden kann, wurden diese vom Sample exkludiert (1,3 % aller Hausbesuche).

Quelle: Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege (2016–2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Basierend auf den Hausbesuchsdaten zeigt sich ein sehr positives Bild der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in Österreich. Bei Heranziehen des Durchschnittswerts aller sechs Domänen zeigt sich, dass die Versorgungssituation in 96,0 Prozent als adäquat wahrgenommen wird. Bei 3,9 Prozent der Hausbesuche wird ein nicht vollständig und/oder nicht zuverlässig abgedeckter Pflege- und Betreuungsbedarf attestiert, wobei jedoch von keiner Gefährdung der Gesundheit ausgegangen werden muss. Bei 0,1 Prozent wird eine gesundheitlich problematische Unterversorgung vorgefunden. Die Geschlechterunterschiede sind marginal, wobei Frauen im Durchschnitt eine minimal höhere Zufriedenheit aufweisen.
- » Als Domäne mit dem größten Verbesserungsbedarf wird die funktionale Wohnsituation identifiziert, bei der in 14,5 Prozent der Fälle Verbesserungsbedarf besteht und bei 0,3 Prozent (C+ und C-) eine gesundheitlich problematische Unterversorgung festgestellt wird. Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr stellt den Lebensbereich mit der höchsten Zufriedenheit in Bezug auf die Versorgungssituation dar. In 99,1 Prozent der Fälle ist die Versorgungssituation in Ordnung.
- » Die Diagnose einer demenziellen Erkrankung ist über beinahe alle Domänen hinweg mit einer etwas schlechteren Bewertung verbunden. Die größte Differenz zeigt sich im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung mit einer A-Bewertung von 98,0 Prozent in der Gruppe ohne demenzielle Erkrankung im Gegensatz zu 96,3 Prozent in der Gruppe mit demenzieller Erkrankung.
- » Regionale Unterschiede sind insbesondere im Bereich der funktionalen Wohnsituation zu beobachten, die im Bundesland mit der höchsten Bewertung für 93,4 Prozent und im Bundesland mit der niedrigsten Bewertung für 69,5 Prozent als adäquat eingestuft wird.³⁵
- » Der durchschnittliche Anteil der höchsten Bewertung A über alle Domänen verändert sich über die Pflegegeldstufen hinweg kaum, jedoch ist er für die Pflegegeldstufe 7 am höchsten. Für die funktionale Wohnsituation hingegen zeigt sich ein heterogenes Bild. Der Anteil liegt für die Pflegegeldstufen 1 bis 4 etwa bei 85 Prozent und steigt bis zur Pflegegeldstufe 7 auf knapp unter 95 Prozent. Über die Altersgruppen hinweg sinkt der Anteil mit der höchsten Bewertung A für ältere Personen, wobei dies erneut bei der funktionalen Wohnsituation deutlicher ist als beim Durchschnitt über alle Domänen (siehe Abbildung 2.47 und Abbildung 2.48).³⁶

Limitationen

- » Aufgrund der aktuellen Datenlage ist eine umfassende und systematische Analyse der Lebensqualität im Setting der stationären Langzeitpflege nicht möglich.

35

Als Limitation regionaler Vergleiche ist die subjektive Einschätzung der Versorgungssituation durch das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal anzuführen.

36

Aufgrund der geringen Anzahl an Beobachtungen im Sample werden Personen im Alter von 20 oder jünger nicht dargestellt.

- » Der sehr hohe Anteil der besten Bewertungskategorie in allen Domänen mit Ausnahme der Domäne funktionale Wohnsituation ist vor dem Hintergrund der freiwilligen Teilnahme kritisch zu hinterfragen. Es ist davon auszugehen, dass Haushalte mit einer guten Versorgungssituation den Hausbesuchen eher zustimmen als jene mit einer suboptimalen Versorgungssituation und somit eine Verzerrung hin zu positiven Ergebnissen (*selection bias*) entsteht. Im Jahr 2019 konnten etwa 28 Prozent der geplanten Hausbesuche nicht durchgeführt werden (16 % vor Ort, 12 % nach telefonischem Erstkontakt), wobei rund 11 Prozent der Pflegegeldbezieher/-innen nicht angetroffen wurden und rund 6 Prozent einen Hausbesuch verweigerten (SVS 2020).
- » Internationale Vergleiche sind aufgrund unterschiedlicher Definitionen der Erhebungsinstrumente derzeit noch nicht möglich.

2.4.5 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM) stellen aufgrund des fundamentalen Eingriffs in die Grund- und Menschenrechte eine besonders sensible Ausnahmesituation in der Pflege dar und sind daher stets zu hinterfragen und nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig. Bei FM wird in das Grundrecht der „persönlichen Freiheit“ eingegriffen, in welches nur unter (verfassungs)gesetzlichen Voraussetzungen – sie sollen so selten wie möglich die Ultima Ratio bilden – eingegriffen werden darf. Laut § 4 des Heimaufenthaltsgesetzes darf eine Freiheitsbeschränkung nur dann vorgenommen werden, wenn das Leben und die Gesundheit der Bewohnerin / des Bewohners oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet sind, die Freiheitsbeschränkung zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist und wenn diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewandt werden kann. Zudem besteht eine Dokumentationspflicht in Bezug auf Grund, Art, Beginn und Dauer der Freiheitsbeschränkung (§ 6 HeimAufG) sowie eine Aufklärungspflicht gegenüber der Bewohnerin / dem Bewohner und eine Verständigungspflicht gegenüber der Bewohnervertretung (§ 7 HeimAufG).

Der Indikator „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ ermöglicht es, Aussagen über das Ausmaß und die Art der Freiheitsbeschränkung zu treffen. Er gibt an, wie viele Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen bzw. wie viele in Krankenhäusern behandelte Patientinnen/Patienten im Beobachtungszeitraum von FM betroffen sind, wobei zwischen folgenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmenarten (FMA) differenziert wird³⁷:

37

Unter den hier verwendeten Begriff „Freiheitsbeschränkungen“ fallen sowohl Freiheitsbeschränkungen (ohne Zustimmung der Betroffenen) als auch Freiheitseinschränkungen (mit Zustimmung der Betroffenen), wobei jene mit Zustimmung der Betroffenen eher einen untergeordneten Anteil einnehmen (im Jahr 2019: 3.837 von 35.508 FM).

- » Hindern am Verlassen eines Bereiches (z. B. durch versperrtes Zimmer oder versperrten Bereich)
- » Hindern am Verlassen des Bettes (z. B. durch Hand-, Fuß-, Bauchgurt oder Seitenteile)
- » Medikation (Einzelfallmedikation oder Dauermedikation)
- » Hindern am Verlassen der Sitzgelegenheit / des Rollstuhls (z. B. durch Hand-, Fuß-, Bauch- oder Brustgurt)

Ähnliche Indikatoren werden auch in Deutschland und der Schweiz zur Beurteilung der Pflegequalität regelmäßig ausgewertet (Curaviva 2018, MDS 2017). Aktuelle Entwicklungen wie etwa die Zunahme demenzieller Erkrankungen untermauern die Relevanz dieses Bereiches.

Die Grundlage der folgenden Auswertungen bilden die Rohdaten von VertretungsNetz. Für sechs Bundesländer liegen vollständige Daten vor, für zwei weitere Bundesländer stehen Daten für einzelne Bezirke zur Verfügung. Insgesamt wird der relevante Personenkreis in Österreich zu rund 75 Prozent abgebildet.

Tabelle 2.33:

Von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffene Personen in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenanstalten 2019

Alten und Pflegeheime							
2019	M + F		M		F		Datenjahr
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	2019
keine FM gemeldet	—	78,1	—	74,1	—	79,7	
Anwendung 1 FMA	10.662	15,3	3.416	17,2	7.246	14,6	
Anwendung > 1 FMA	4.592	6,6	1.735	8,7	2.857	5,8	
Summe	15.254	100,0	5.151	100,0	10.103	100,0	

regionale Schwankungsbreite der Bundesländer	niedrigste Ausprägung		höchste Ausprägung		2019
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	
keine FM gemeldet	—	86,9	—	66,2	
Anwendung 1 FMA	446	9,1	2.656	21,8	
Anwendung > 1 FMA	181	4,0	1.140	12,0	

Krankenanstalten				
2019	M + F	M	F	2019
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Anwendung 1 FMA	3.364	1.584	1.780	
Anwendung > 1 FMA	3.302	1.708	1.594	
Summe	6.666	3.292	3.374	

Anmerkung: Im Bereich der Alten- und Pflegeheime werden für den Nenner alle betreuten/gepflegten Personen im Bereich der stationären Betreuungs- und Pflegedienste sowie der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen zum Jahresende 2019 herangezogen. Dabei werden nur jene acht Bundesländer für den Nenner berücksichtigt, für die auch Daten zu den von FM betroffenen Personen (Zähler) zur Verfügung stehen. Die dargestellten Zahlen im Bereich der Krankenanstalten umfassen nur stationär behandelten Patientinnen und Patienten des personenbezogenen Anwendungsbereichs lt. HeimAufG, d. h. jene Patientinnen/Patienten, bei denen eine psychische Erkrankung oder intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt und bei denen deshalb ständige Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit bereits bei der Aufnahme besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt.

Quelle: Rohdaten VertretungsNetz;
 Statistik Austria – Betreute/Gepflegte Personen Jahresende 2019, Pflegedienstleistungsstatistik;
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.49:

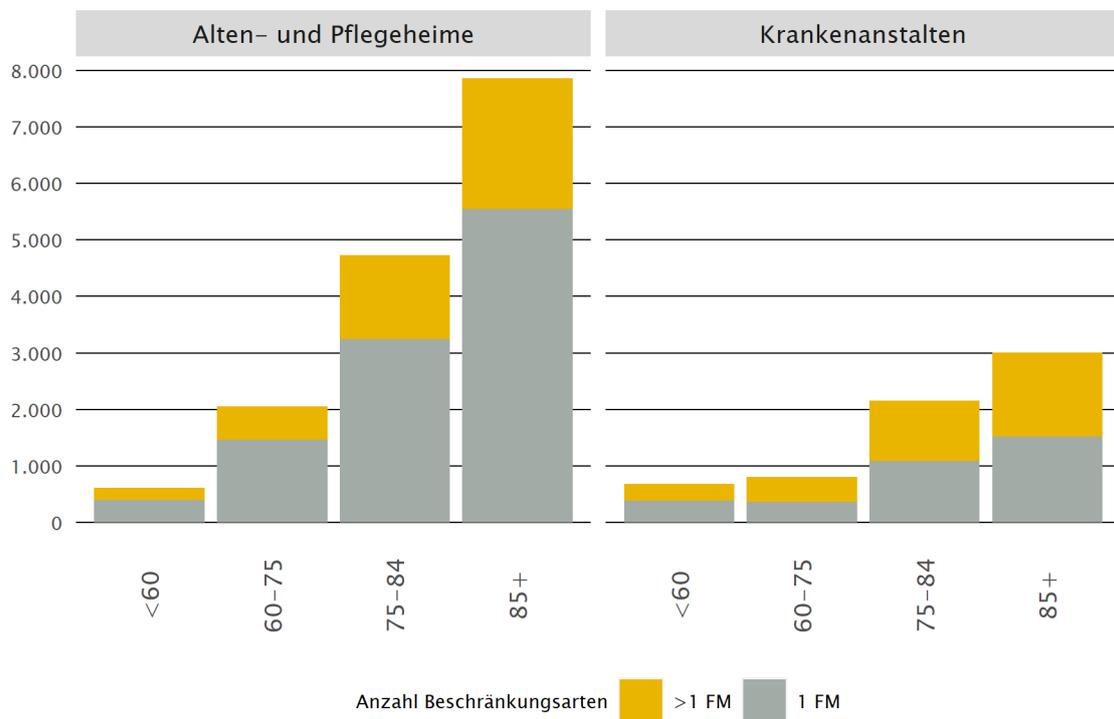
Anteil der jeweiligen Beschränkungsarten bei den betroffenen Personen zwischen 75 und 84 Jahren in Alten- und Pflegeheimen und Krankenanstalten 2019



Quellen: Rohdaten VertretungsNetz; BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.50:

Von Freiheitsbeschränkungen betroffene Personen nach Alter und Setting 2019



Quellen: Rohdaten VertretungsNetz; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Im Jahr 2019 wurde in Alten- und Pflegeheimen bei 15.254 Personen bzw. rund 22 Prozent der Bewohner/-innen die Anwendung zumindest einer FMA dokumentiert. Frauen sind hier, absolut gesehen, mit 10.103 Betroffenen deutlich stärker vertreten als Männer. In Relation zu der Zahl der Bewohner/-innen werden jedoch bei Männern (26 %) häufiger FM dokumentiert als bei Frauen (20 %).
- » Bei diesen Personen verteilt sich die Anwendung von FMA wie folgt: Bei 15 Prozent der Bewohner/-innen (Männer: 17 %; Frauen: 15 %) wurde die Anwendung einer FMA dokumentiert. Bei sieben Prozent der Bewohner/-innen (Männer: 9 %; Frauen: 6 %) wurde mehr als eine FMA dokumentiert.
- » Die Häufigkeit der Anwendung von FM schwankt im regionalen Vergleich. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime waren im Jahr 2019 zwischen 13 und 34 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von zumindest einer FMA betroffen.
- » Im Bereich der Akutkrankenanstalten waren im Jahr 2019 in absoluten Zahlen 6.666 Personen von FM betroffen (Männer: 3.292, Frauen: 3.374).
- » Im Bereich der Beschränkungsarten sind Unterschiede zwischen den Settings zu verzeichnen. Während in Alten- und Pflegeheimen bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen Beschränkungen mittels Medikamenten den größten Anteil (44 %) einnehmen, bezieht sich in Akutkrankenanstalten der größte Anteil der Beschränkungen – genauer: etwas weniger als die Hälfte – (47 %) auf die Kategorie Bett (siehe Abbildung 2.46).
- » Die Analyse der dokumentierten FM nach Setting und Alter zeigt, dass sowohl in Alten- und Pflegeheimen als auch in den Krankenanstalten die Anzahl der von FM betroffenen Personen mit dem Alter steigt. In den Krankenanstalten ist ein besonders deutlicher Anstieg ab der Gruppe der 75-Jährigen zu beobachten.
- » Aktuell ist der internationale Vergleich aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit nur eingeschränkt möglich. In Deutschland wurde zwischen 2013 und 2017 in Alten- und Pflegeheimen ein Rückgang der Zahl von FM betroffener Personen von 13 auf neun Prozent beobachtet. Die gesetzlich vorgeschriebene Genehmigung oder Einwilligung lag in mehr als neun von zehn Fällen der einbezogenen Bewohner/-innen (93 %) vor. Zudem wurde bei den von FM betroffenen Personen die Notwendigkeit großteils (88 %) regelmäßig überprüft (MDS 2017).

Limitationen

Es können nur jene FM im Bericht dargestellt werden, die der Bewohnervertretung von VertretungsNetz gemeldet wurden. Nach § 6 des Heimaufenthaltsgesetzes besteht eine Meldepflicht im Falle von FM, der zumeist – aber nicht immer – nachgekommen wird. Somit sind die dargestellten Indikatoren jedenfalls vor dem Hintergrund der Meldedisziplin der Einrichtungen zu interpretieren.

Im internationalen Vergleich ist limitierend zu erwähnen, dass es keine einheitliche Erhebung bzw. Definition bezüglich der Arten der vorgenommenen FM gibt. So werden beispielsweise in Deutschland nach Information von VertretungsNetz Medikationen in geringerem Ausmaß als zu genehmigende FM gewertet.

Neben dem Faktum, dass zwar die meisten, aber nicht alle FM gemeldet werden, kann aktuell keine Aussage über das gesamte Bundesgebiet getroffen werden. Es stehen Daten für acht Bundesländer zur Verfügung: Sechs Bundesländer werden vollständig abgebildet, in zwei Bundesländern liegen Daten einzelner Bezirke vor.

2.5 Gesamtsystem

2.5.1 Lebenserwartung bei Geburt

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

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

Tabelle 2.34:
Lebenserwartung (in Jahren), 2019

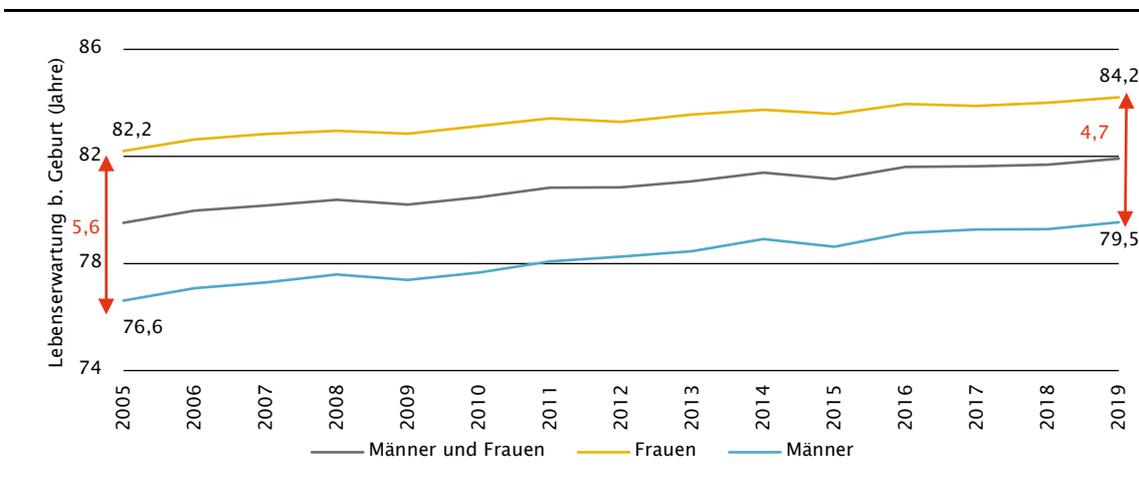
Österreich	M + F	M	F	Hohe Bildung*	Geringe Bildung**	Trend
bei der Geburt	81,9	79,5	84,2	M: 83,2 F: 86,4	M: 76,7 F: 82,7	steigend
25-Jährige	57,5	55,2	59,6	M: 58,9 F: 61,8	M: 52,3 F: 58,0	steigend
65-Jährige	20,2	18,5	21,7	M: 21,0 F: 23,3	M: 17,0 F: 20,8	steigend

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
bei der Geburt	81,8	82,1	81,6	82,2	82,7	82,1	82,7	83,0	81,1
M	79,3	79,5	79,4	79,9	80,4	79,5	80,5	80,9	78,6
F	84,3	84,7	83,8	84,4	84,8	84,7	84,9	85,1	83,4
25-Jährige	57,1	57,6	57,1	57,7	58,2	57,6	58,2	58,6	56,8
M	54,7	54,9	55,0	55,5	56,0	55,2	56,1	56,4	54,4
F	59,5	60,1	59,2	59,8	60,2	60,0	60,2	60,6	58,9
65-Jährige	19,6	20,5	19,8	20,2	20,8	20,4	20,9	21,0	19,8
M	17,9	18,7	18,3	18,6	19,2	18,6	19,2	19,5	18,0
F	21,1	22,1	21,2	21,7	22,1	22,0	22,3	22,4	21,2

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

Quellen: Statistik Austria – Demographische Indikatoren, Zeitreihen 1961–2019;
Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2014; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.51:
Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Österreich, 2005–2019



Quelle: Statistik Austria – Demographische Indikatoren, Zeitreihen 1961–2019; Darstellung: GÖG

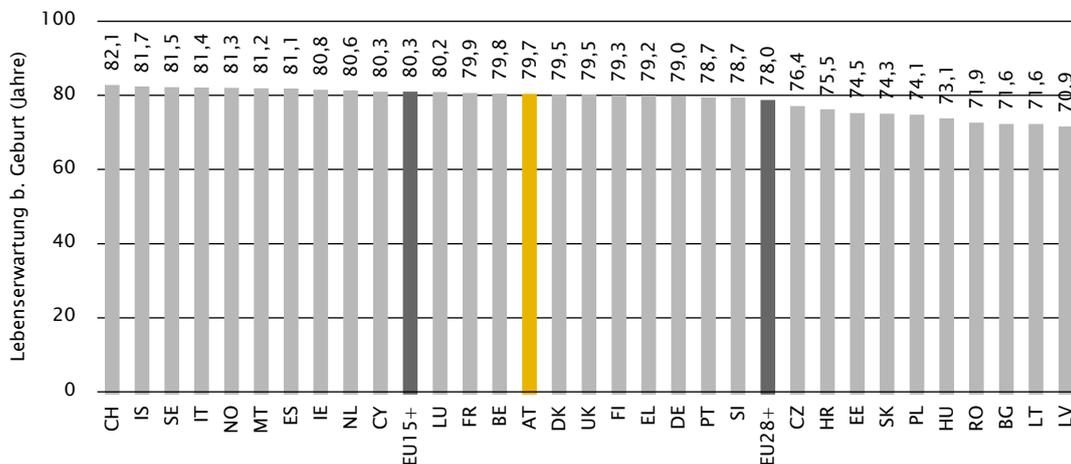
Analyse

- » Die Lebenserwartung in Österreich – wie auch im Rest Europas – steigt kontinuierlich.
- » Im Jahr 2019 lag sie für Frauen bei 84,2 und für Männer bei 79,5 Jahren.
- » Frauen weisen eine deutlich höhere Lebenserwartung auf als Männer. Im Jahr 2005 betrug die Differenz in Österreich 5,6 Jahre, 2019 waren es noch 4,7 Jahre, was auf eine moderate Annäherung der Geschlechter schließen lässt.
- » Bildungsvergleiche aus 2019 verdeutlichen, dass Männer und Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit einem Pflichtschulabschluss. Dieser Unterschied ist bei Männern deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen (Männer bei der Geburt: 6,5 Jahre, Frauen bei der Geburt: 3,7 Jahre). Der Bildungsunterschied in der Lebenserwartung ist bei Frauen seit 2014 deutlich gestiegen.
- » Regionale Vergleiche zeichnen ein West-Ost-Gefälle. Im Jahr 2019 betrug die Spannweite 1,9 Jahre. Die höchste Lebenserwartung bei der Geburt konnte 2019 in Vorarlberg (83,0 Jahre), Tirol und Salzburg (jeweils 82,7 Jahre) verzeichnet werden, wohingegen Wien mit 81,1 Jahren am unteren Ende der Skala rangierte.
- » Frauen bzw. Männer in Österreich hatten 2019 eine um 0,5 bzw. um 0,6 Jahre niedrigere Lebenserwartung als der Durchschnitt der EU-15+ Länder. Die Differenz zur höchsten Lebenserwartung in den dargestellten Ländern betrug bei österreichischen Frauen 2,5 Jahre (im Vergleich zu Spanien), bei Männern 2,4 Jahre (im Vergleich zur Schweiz).

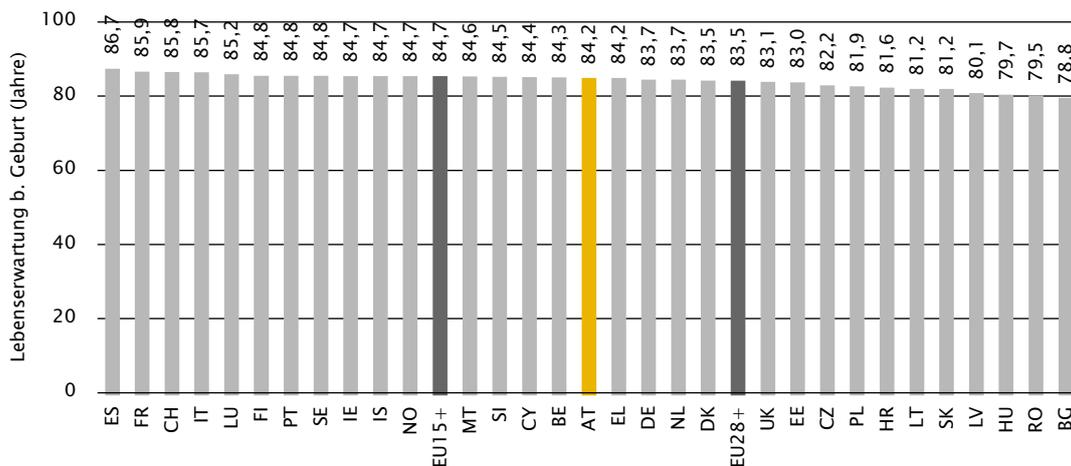
Abbildung 2.52:

Lebenserwartung bei Geburt im europäischen Vergleich nach Geschlecht, 2019

Männer



Frauen



Referenzjahr 2019, Referenzjahr Vereinigtes Königreich 2018

Quelle: (Eurostat 2021d) Darstellung: GÖG

Limitationen

Da sowohl die Lebenserwartung bei der Geburt als auch die fernere Lebenserwartung zusammenfassende Indikatoren der Sterblichkeitsverhältnisse eines Kalenderjahres darstellen, wären diese als Prognosewerte nur dann gültig, wenn sich die altersspezifischen Sterberaten auch in den nachfolgenden Dekaden nicht ändern. Seit 2009 werden auch Auslandssterbefälle erfasst. Die Werte der Lebenserwartung werden dadurch allerdings nur geringfügig beeinflusst. Die auf Basis von Eurostat berechneten Werte für Österreich weichen aufgrund von unterschiedlichen Definitionen der zugrundeliegenden Wohnbevölkerung von den Werten der Statistik Austria ab.

2.5.2 Gesunde Lebensjahre

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

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

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

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

Tabelle 2.35:
Gesunde Lebensjahre (in Jahren), 2019

Österreich	M	F	Hohe Bildung*		Geringe Bildung**		Trend
Bei der Geburt	63,1	64,7	M: 71,6	F: 70,9	M: 54,1	F: 56,0	schwankend
Mit 25 Jahren	39,1	40,9	M: 47,7	F: 47,1	M: 30,1	F: 32,1	schwankend
Mit 65 Jahren	9,3	10,2	M: 13,4	F: 12,8	M: 6,4	F: 7,4	schwankend

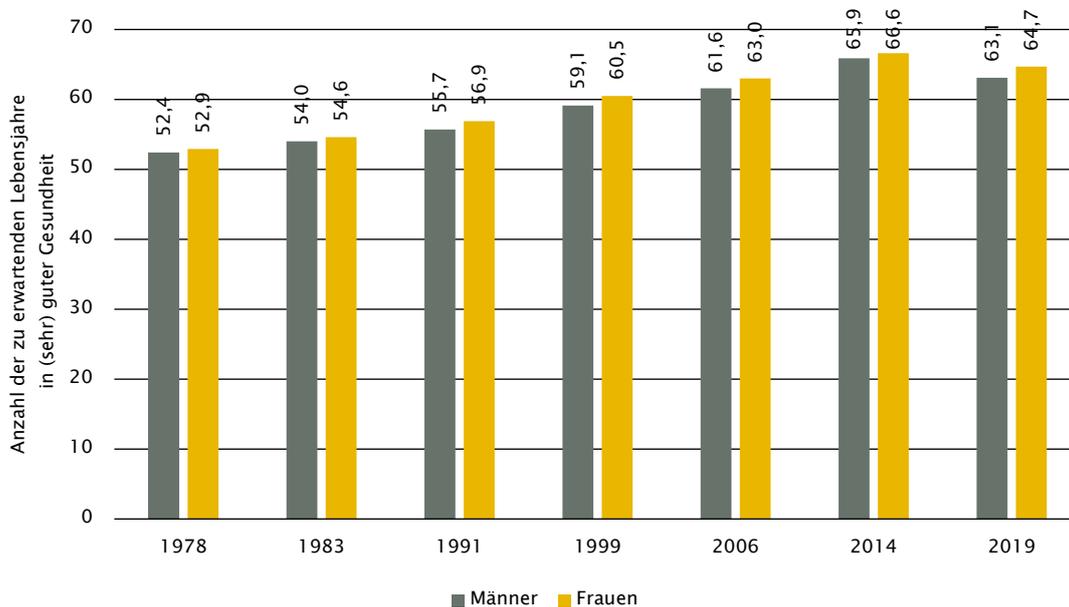
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Bei der Geburt									
M	60,4	63,3	61,9	63,1	67,5	61,9	67,3	65,3	61,8
F	64,6	66,0	63,5	63,5	68,7	63,1	71,5	69,9	62,6
Mit 65 Jahren									
M	8,9	9,0	8,7	9,2	11,6	8,3	11,2	11,2	9,1
F	9,7	11,3	9,8	8,7	11,5	8,7	13,9	13,7	10,3

M = Männer, F = Frauen

*Hochschule; ** Pflichtschule

Quelle: Statistik Austria - Sterbetafeln und Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999;
Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung - 2006/07, 2014, 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

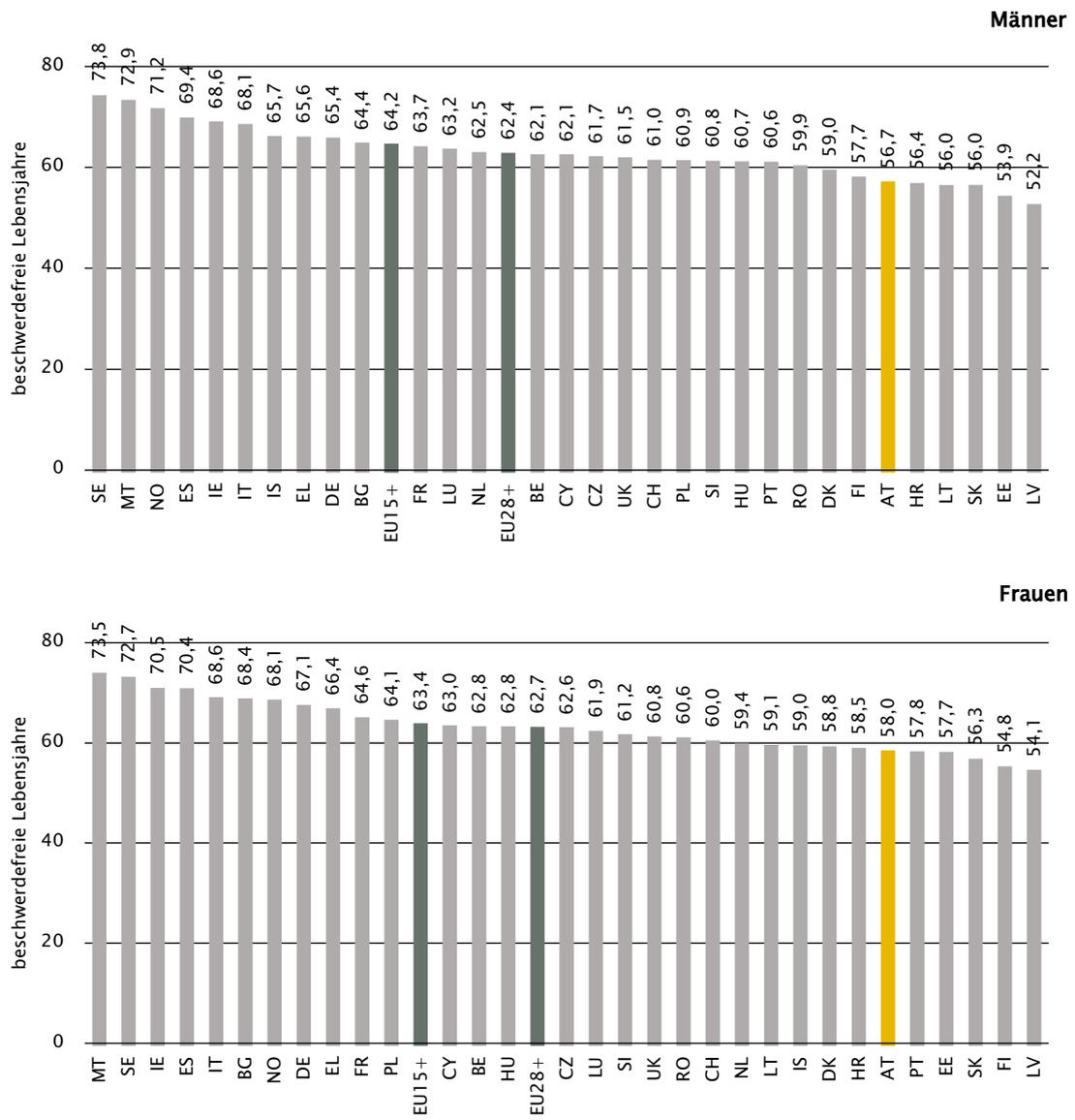
Abbildung 2.53:
Entwicklung der gesunden Lebensjahre, 1978-2019



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

Quelle: Statistik Austria - Sterbetafeln und Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999;
Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07, 2014, 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.54:
Anzahl beschwerdefreier Lebensjahre zum Zeitpunkt der Geburt im europäischen Vergleich
(Frauen und Männer), 2019



Referenzjahr 2019, Referenzjahr Island und Vereinigtes Königreich 2018

Quelle: (Eurostat 2021b); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Anzahl an gesunden Lebensjahren steigt in Österreich seit der ersten Erhebung im Jahr 1978 kontinuierlich bis 2014 und sinkt danach leicht bis 2019. Insgesamt ist ein klarer ansteigender Trend erkennbar.
- » Im Jahr 2006 konnten Frauen mit 63,0, Männer mit 61,6 gesunden Lebensjahren rechnen, im Jahr 2019 betrug dieser Wert 64,7 bzw. 63,1 Jahre.
- » Bildungsvergleiche vom Jahr 2019 verdeutlichen, dass Männer und Frauen mit höherem Bildungsabschluss eine größere Anzahl gesunder Lebensjahre aufweisen als Personen mit einem Pflichtschulabschluss. Die Diskrepanz zwischen Hochqualifizierten und Niedrigqualifizierten in der zu erwartenden Lebenserwartung in guter Gesundheit betrug im Jahr 2019 17,5 Jahre bei Männern (bei der Geburt), und 14,9 Jahre bei Frauen (bei der Geburt). Der Unterschied hat sich bei beiden Geschlechtern seit 2014 vergrößert.
- » Regionale Vergleiche zeichnen ein deutliches West-Ost-Gefälle. Im Jahr 2019 betrug die Spannweite gesunder Lebensjahre bei Geburt 8,9 Jahre bei Frauen und 7,1 Jahre bei Männern. Frauen konnten in Tirol und Männer in Salzburg mit der höchsten Anzahl an gesunden Lebensjahren bei Geburt rechnen (71,5 bei Frauen; 67,5 bei Männern). Am unteren Ende der Skala liegt Wien bei den Frauen und das Burgenland bei den Männern (62,6 bei Frauen; 60,4 bei Männern).
- » Im internationalen Vergleich lag die Zahl der beschwerdefreien Lebensjahre bei Geburt bei Frauen und Männern in Österreich im Jahr 2019 um 4,7 bzw. um 5,7 Jahre unter dem Durchschnitt der EU-28+. Die Differenz zwischen der LE in Österreich und der höchsten LE in den dargestellten Ländern betrug bei Frauen 15,5 (im Vergleich zu Malta), bei Männern 17,1 (im Vergleich zu Schweden) gesunde Lebensjahre.

Limitationen

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

2.5.3 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

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

Die folgenden Daten stammten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand wird gemäß internationaler Empfehlung mit der Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ erfasst. Zur Beantwortung steht eine fünfstufige Skala zur Verfügung (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) (Bruin et al. 1996). Für die Berechnung des (sehr) guten selbsteingeschätzten Gesundheitszustands wird der Anteil an Befragten zusammengefasst, die einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand angeben.

Tabelle 2.36:
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (in %)

2019	M + F	M	F	Niedrige/– hohe Bil- dung*	Niedriges/ hohes Ein- kommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend
(Sehr) guter Gesundheits- zustand insgesamt	74	76	73	46/84	53/88	75/74	nicht eindeutig
(Sehr) guter Gesundheits- zustand 15- bis 60-Jäh- rige	82	83	82	57/88	62/90	80/83	
(Sehr) guter Gesundheits- zustand über 60-Jährige	56	56	55	38/70	45/77	47/57	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
(Sehr) guter Gesundheits- zustand insgesamt	71	74	72	74	80	72	82	79	74

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

M = Männer, F = Frauen

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

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

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Rund 74 Prozent der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre +) schätzt ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein.
- » Mit zunehmendem Alter nimmt die positive Wahrnehmung der Gesundheit ab. Die 15-bis 60-Jährigen geben erwartungsgemäß einen besseren Gesundheitszustand an als die über 60-jährige Bevölkerung.
- » Personen aus den oberen Bildungs- und Einkommensgruppen berichten häufiger über einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand als Personen aus den unteren Bildungs- und Einkommensgruppen.
- » Im Bundesländervergleich stechen vor allem Salzburg, Tirol und Vorarlberg mit höheren Werten hervor.
- » Im Vergleich zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006 und 2014 ist kein eindeutiger Trend erkennbar.

Limitationen

Aufgrund der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes können sich kulturelle Faktoren in den Ergebnissen widerspiegeln. Die Daten stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Der europäische Vergleich der aktuellen Erhebungsrunde des European Health Interview Surveys (EHIS) ist derzeit nicht möglich. Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand wird zwar auch im Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) gestellt und wäre damit jährlich im EU-Kontext vergleichbar, allerdings unterscheidet sich die Erhebung in Punkto Zuverlässigkeit und Repräsentativität (Stichprobengröße, Befragungsmethode, etc.) von der EHIS-Erhebung. Es sind daher die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung zu bevorzugen.

2.5.4 Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen

Neben dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand ist auch die selbsteingeschätzte Lebensqualität ein entscheidender Faktor zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Lebensqualität ist ein multidimensionales *Konstrukt* aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch die Befragten.³⁸

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

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

Demnach definiert sich Lebensqualität als individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Der WHOQOL gliedert sich in zwei Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden und in weitere 24 Fragen zu anderen Lebensbereichen. Hieraus können Mittelwerte für nachstehende Dimensionen errechnet werden: Körper, Psyche, Soziales und Umwelt (Angermeyer 2000). Je näher diese bei 100 liegen, desto besser ist die Lebensqualität einzustufen.

38

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

Tabelle 2.37:

Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen (Mittelwerte)

2019	M + F	M	F	Keine chron. Erkrankung	Migrationshintergrund ja/nein*	Trend
Allgemeine Lebensqualität	68,1	68,4	67,8	83,1	63,6/69,2	steigend**
Körperliche Dimension	69,5	71,4	67,8	86,2	67,5/70,0	
Psychische Dimension	74,5	75,9	73,2	83,0	72,1/75,1	
Soziale Dimension	73,6	73,6	73,6	79,5	72,3/73,9	
Umweltbezogene Dimension	77,6	78,4	77,0	83,2	74,2/78,5	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Allgemeine Lebensqualität	66,7	69,5	66,5	68,7	71,4	67,8	72,0	71,1	66,3
Körperliche Dimension	70,8	68,9	68,5	70,8	72,0	68,4	72,0	70,2	68,4
Psychische Dimension	76,7	73,1	73,9	75,5	74,4	74,5	77,8	75,4	72,7
Soziale Dimension	74,4	74,0	73,2	74,6	73,0	75,4	76,7	76,6	70,1
Umweltbezogene Dimension	79,4	77,9	76,1	79,8	79,6	77,2	80,0	79,8	75,4

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

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

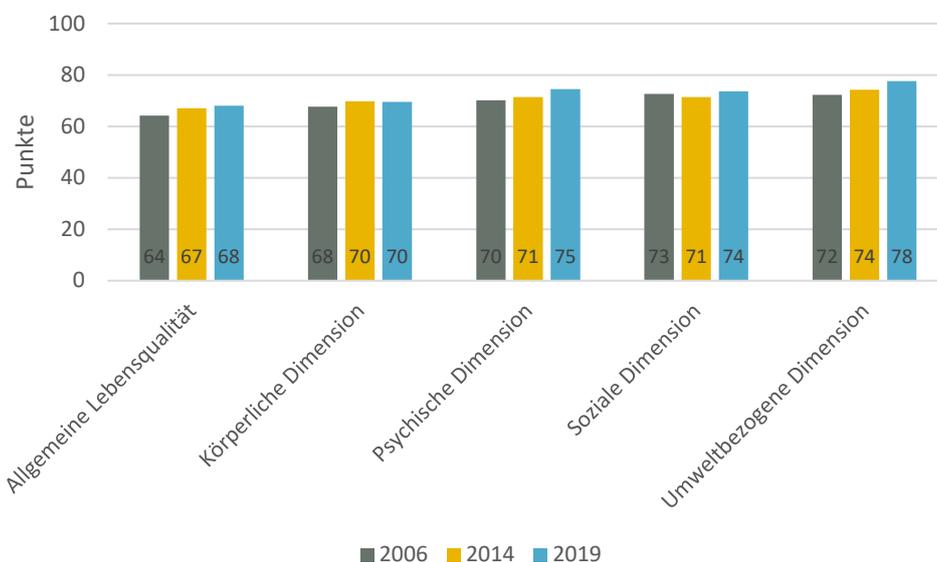
* Personen mit Migrationshintergrund: beide Elternteile wurden im Ausland geboren

** Ausnahme: in der sozialen Dimension zeigt sich kein eindeutiger Trend

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.55:

Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen im Zeitverlauf, 2006–2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Chronisch erkrankte Personen stufen ihre Lebensqualität in allen Bereichen schlechter ein als Personen ohne chronische Erkrankung. Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.
- » Am geringsten fallen die Unterschiede in der umweltbezogenen Dimension aus (5,6 Punkte), am stärksten in der körperlichen Dimension (16,7 Punkte).
- » Mit steigender Bildung steigt auch die Lebensqualität chronisch kranker Menschen. Die allgemeine Lebensqualität liegt bei chronisch kranken Menschen mit höherer Bildung im Durchschnitt bei 73,3 Punkten und bei jenen mit maximal Pflichtschulabschluss bei 59,3 Punkten.
- » Auch hinsichtlich des Einkommens ist zu beobachten, dass die allgemeine Lebensqualität chronisch kranker Personen im obersten Einkommensfünftel deutlich höher ausgeprägt ist, als im untersten (60,5 vs. 72,2 Punkte).
- » Menschen mit Migrationshintergrund und einer chronischen Erkrankung beurteilten ihre Lebensqualität schlechter als chronisch kranke Menschen ohne Migrationserfahrung.
- » Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006 bzw. 2014 ist ein kontinuierlicher Anstieg in der Lebensqualität chronisch kranker Personen ersichtlich (Abbildung 2.55). Lediglich beim körperlichen Wohlbefinden hat es seit 2014 keine Veränderung gegeben. Im Jahr 2006 lag die allgemeine Lebensqualität noch bei einem Mittelwert von 64,2 Punkten, während sie im Jahr 2019 bei 68,1 Punkte lag.
- » Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich kein eindeutiges Muster.

Limitationen

Aufgrund der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität können sich kulturelle Faktoren in den Ergebnissen widerspiegeln. Die Daten stammten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Internationale Vergleiche sind derzeit nicht möglich, da dieses Frageprogramm derzeit nur in Österreich zur Anwendung gelangt.

2.5.5 Depressive Symptomatik

Zur Abschätzung der Krankheitslast depressiver Störungen wurden in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zwei Ansätze gewählt. Einerseits wurde nach selbstberichteten bzw. ärztlich diagnostizierten Depressionen gefragt, andererseits wurde die aktuell bestehende Symptomlast³⁹ erhoben (mit Hilfe des Patient Health Questionnaire, PHQ-8) (Klimont 2020).

Ergebnisse zur depressiven Symptomatik geben sowohl Aufschluss über Personen, die eine moderate bis schwere Symptomatik aufweisen, jedoch von keiner Depression berichten (selbstberichtet oder ärztlich diagnostiziert), als auch über Personen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde oder selbst von einer Depression ausgehen und moderate bis schwere Symptome aufweisen. Damit können sowohl Fragen der Früherkennung als auch der Versorgung ins Visier genommen werden.

Tabelle 2.38:
Depressive Symptomatik (in %)

2019	M + F	M	F	Niedrige/– hohe Bil- dung*	Niedriges/ Hohes Ein- kommen**	Migrations- hintergrund ja/nein***	Trend
Moderate bis schwere de- pressive Symptomatik	5,6	4,4	6,8	12,3/3,7	10,9/2,5	7,4/5,1	steigend
bei Personen, die in den letzten 12 Monaten eine Depression hatten (selbstberichtet oder ärztlich diagnostiziert)	3,0	2,2	3,7	6,0/2,3	6,5/1,3	4,0/2,7	
bei Personen, die in den letzten 12 Monaten keine Depression hatten	2,7	2,2	3,1	6,3/1,4	4,4/1,3	3,5/2,4	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Moderate bis schwere de- pressive Symptomatik	6,5	5,8	5,7	4,8	2,7	4,7	3,8	4,7	8,4

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

M = Männer, F = Frauen

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

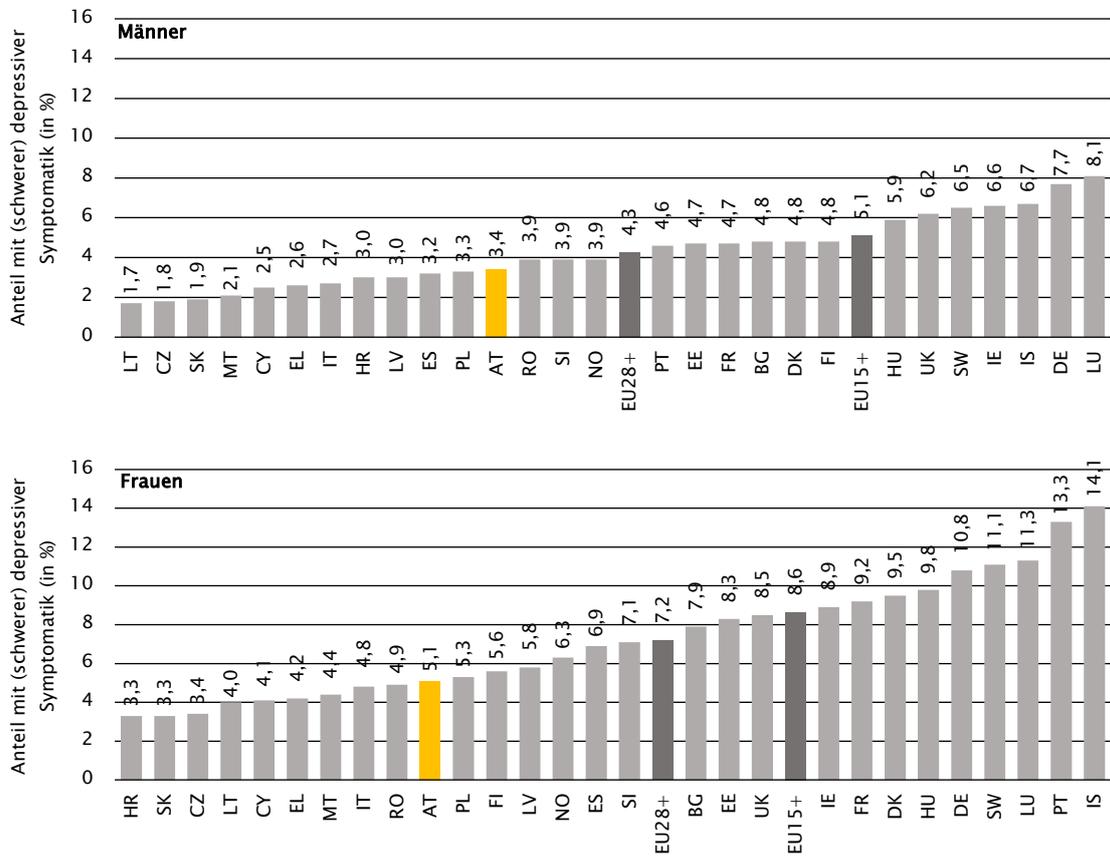
** Nur über 30-Jährige; Personen im unteren/oberen Einkommensfünftel (monatliches Nettoäquivalenzeinkommen Haushalt)

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

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.56:

Bevölkerungsanteil mit depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014



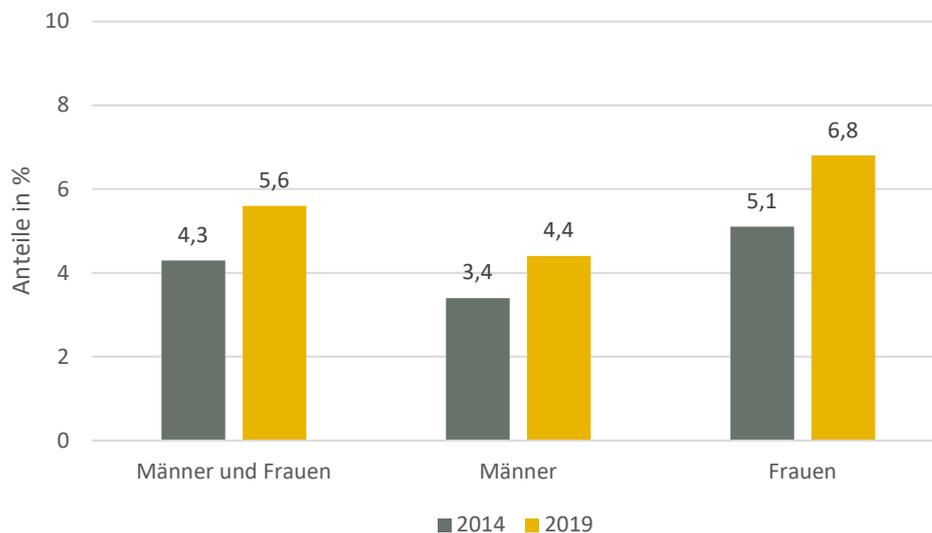
Bevölkerung ab 15 Jahren

Keine Daten für NL, BE und CH verfügbar

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

Abbildung 2.57:

Prävalenz moderater bis schwerer depressiver Symptomatik (Frauen und Männer), 2014–2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Rund 6 Prozent der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre +) weist eine moderate bis schwere depressive Symptomatik auf, Frauen – gemessen an den abgefragten Symptomen – häufiger als Männer.
- » Deutlich häufiger von einer depressiven Symptomatik mit diesem Schweregrad sind Personen mit niedrigem Bildungsabschluss und einem geringen Einkommen betroffen.
- » Unterschiede sind zudem nach Migrationshintergrund zu Ungunsten von Menschen mit Migrationserfahrung erkennbar.
- » Der Anteil an von moderaten bis schweren depressiven Symptomen betroffenen Personen variiert zwischen den Bundesländern zwischen 2,7 (Salzburg) und 8,4 Prozent (Wien).
- » Rund 3 Prozent der Österreicher/-innen geben an, in den letzten 12 Monaten an keiner Depression gelitten zu haben, weisen jedoch moderate bis schwere depressive Symptome auf. Auf 3 Prozent trifft eine Kombination von beiden Merkmalen zu (an einer Depression gelitten + eine moderate bis schwere depressive Symptomatik). In beiden Fällen sind Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, geringem Einkommen und mit Migrationshintergrund häufiger davon betroffen.
- » Vergleicht man die Ergebnisse aus dem Jahr 2019 mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, so ist ein Anstieg in der Prävalenz moderater bis schwerer Depressionssymptome erkennbar, insbesondere bei Frauen von 5,1 Prozent auf 6,1 Prozent (Abbildung 2.57).

- » Im internationalen Vergleich verzeichneten österreichische Männer um 0,9 Prozentpunkte weniger häufig eine depressive Symptomatik als der Durchschnitt der EU-28+, und österreichische Frauen um 2,1 Prozentpunkte weniger. Die niedrigsten Werte weisen Litauen (1,7 Prozent bei Männern) und Kroatien (3,3 Prozent bei Frauen) auf.

Limitationen

Die präsentierten Ergebnisse beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 und beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (Klimont 2020). Zudem gilt es zu beachten, dass bei Angaben zu psychischen Erkrankungen Befragungsphänomene (z. B. soziale Erwünschtheit) zum Tragen kommen können, die sich in den Ergebnissen widerspiegeln können.

2.5.6 Vorzeitige Mortalität

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

Tabelle 2.39:
Vorzeitige Mortalität (<70 Jahren), 2019

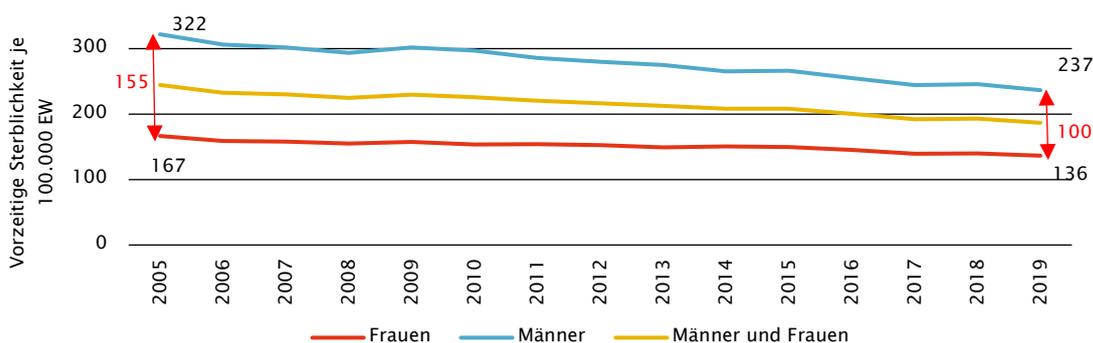
2019	M + F	M	F	Trend
Vorzeitige Mortalität je 100.000 EW	233	296	169	sinkend
Vorzeitige Mortalität je 100.000 EW (altersstandardisiert)	187	237	136	

Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	182	187	188	172	176	185	173	162	216
M	239	246	233	218	224	240	213	206	272
F	124	127	142	126	127	129	133	118	159

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

Quelle: Statistik Austria (2021 c)- Todesursachenstatistik 2005–2019; Statistik Austria (2021 a)- Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.58:
Entwicklung der vorzeitigen Mortalität in Österreich, 2005–2019

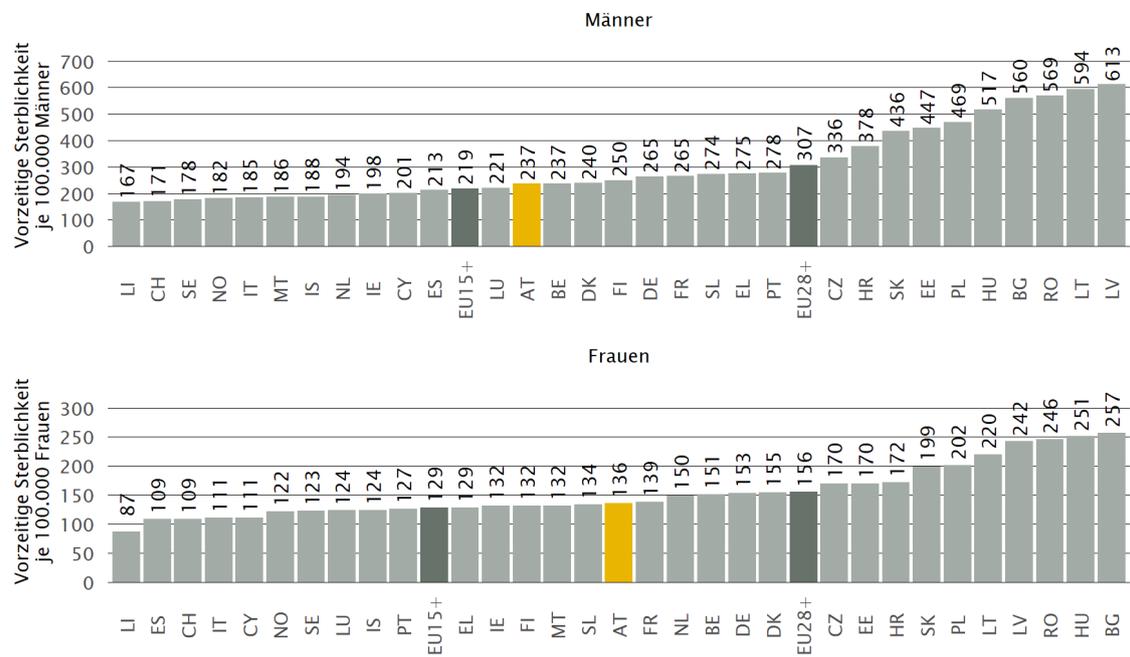


Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria (2021 c)- Todesursachenstatistik 2005–2019; Statistik Austria (2021 a)- Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.59:

Vorzeitige Mortalität im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2019



Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung

Quelle: (Eurostat 2021e; Eurostat 2021a); Berechnung und Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die vorzeitige Mortalität sinkt kontinuierlich. Im Jahr 2005 lag die vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/-innen in Österreich noch bei 245, während sie 2019 bei 187 lag.
- » Der Rückgang der vorzeitigen Mortalität entwickelt sich parallel zur Gesamtsterblichkeit sowohl in Österreich als auch im übrigen Europa.
- » Frauen sind deutlich weniger von vorzeitiger Sterblichkeit betroffen als Männer. Im Jahr 2019 lag die altersstandardisierte Rate für Frauen bei 136, für Männer bei 237. In der Periode 2005 bis 2019 konnte eine Verringerung dieses Abstandes beobachtet werden.
- » Innerhalb Österreichs zeigen sich regionale Unterschiede bei der vorzeitigen Sterblichkeit. Die niedrigste Ausprägung konnte 2019 in Vorarlberg mit einer altersstandardisierten Rate von 162 (M: 206, F: 118) identifiziert werden. Die höchste Ausprägung wies Wien mit 216 vorzeitigen Sterbefällen (M: 272, F: 159) auf.
- » Im europäischen Vergleich liegen österreichische Männer im Jahr 2019 mit 237 vorzeitigen Todesfällen je 100.000 Einwohner zwischen dem Durchschnitt der EU-15 von 219 und der EU-28 von 307. Österreichische Frauen lagen im selben Jahr mit 136 vorzeitigen Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen ebenfalls zwischen dem EU-15-Schnitt von 129 und EU-28-Schnitt von 156.
- » Bei beiden Geschlechtern zeigen sich im europäischen Vergleich tendenziell höhere Raten innerhalb der neuen EU-Mitgliedsländer. Liechtenstein weist mit einer Rate von 167 bei den Männern und 87 bei den Frauen den besten Wert auf.

Limitationen

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

2.5.7 Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)

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

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

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

Tabelle 2.40:
Potenziell verlorene Lebensjahre, 2019

2019	M + F	M	F	Trend
Potenziell verlorene Lebensjahre je 1.000 EW	27	35	19	sinkend
Potenziell verlorene Lebensjahre je 1.000 EW (altersstandardisiert)	26	33	18	

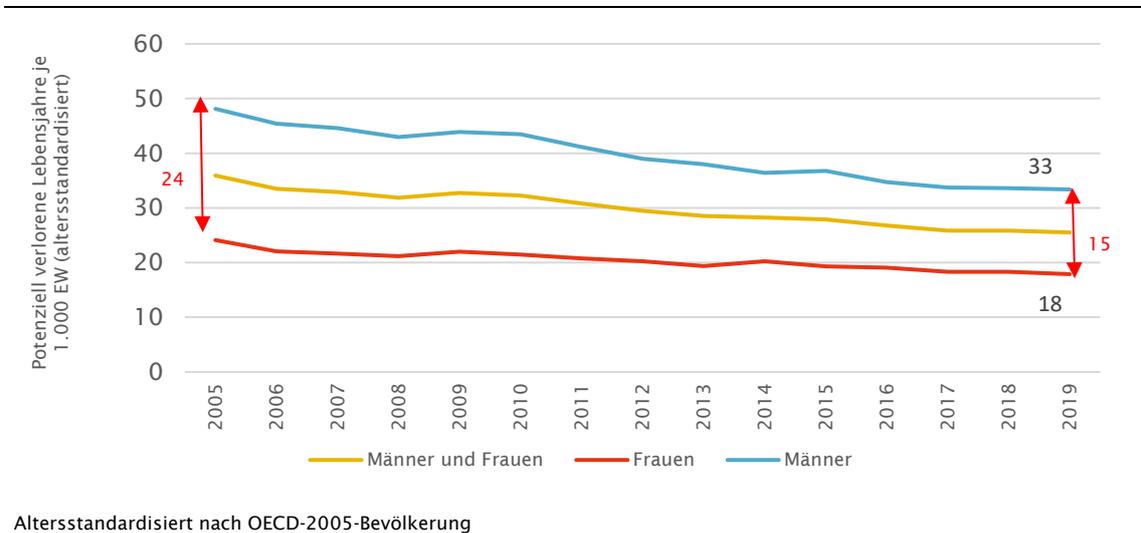
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
M + F	21	26	25	24	24	25	24	23	30
Männer	29	36	32	31	32	34	31	29	38
Frauen	13	17	18	16	17	17	17	17	21

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

Quelle: Statistik Austria (2021c)– Todesursachenstatistik 2005–2019; Statistik Austria (2021a)– Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.60:

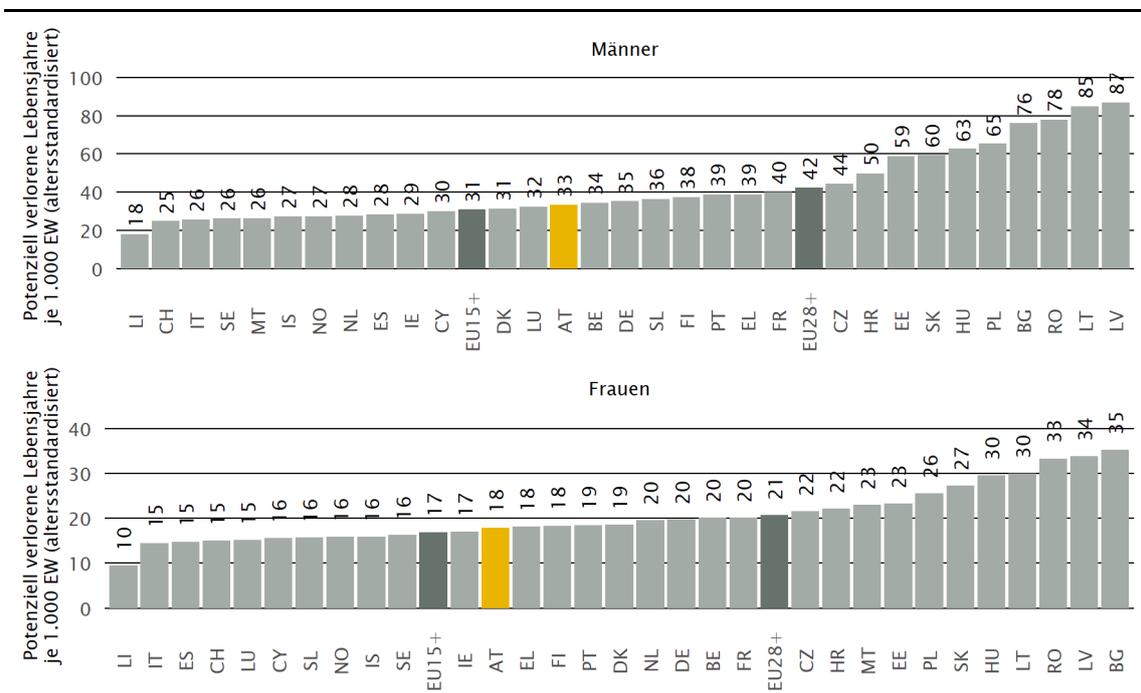
Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre in Österreich, 2005–2019



Quelle: Statistik Austria (2021c)- Todesursachenstatistik 2005–2019; Statistik Austria (2021a)- Statistik des Bevölkerungsstandes 2005–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.61:

Potenziell verlorene Lebensjahre im europäischen Vergleich (Männer und Frauen), 2019



Altersstandardisierte Raten nach OECD-Bevölkerung 2005 Referenzjahr 2019

Quelle: (Eurostat 2021e; Eurostat 2021a), Berechnung und_ Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die potenziell verlorenen Lebensjahre vor einem Alter von 70 Jahren sinken kontinuierlich. Dies kann mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit sowie mit dem Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und tödlichen Unfällen in Zusammenhang gebracht werden.
- » Im Jahr 2019 wurden für österreichische Frauen 18, für Männer 33 PYLL je 1.000 EW identifiziert.
- » Über den Betrachtungszeitraum 2005–2019 wiesen Frauen stets geringere PYLL-Werte auf. Die Differenz zwischen je 1.000 Frauen und Männern betrug 24 Jahre im Jahr 2005 und reduzierte sich auf 15 im Jahr 2019.
- » Im regionalen Vergleich zeigen sich Schwankungen zwischen den Bundesländern: Die niedrigsten PYLL-Raten verzeichneten im Jahr 2019 das Burgenland mit 21 PYLL je 1.000 EW, die höchste Rate wurde in Wien mit 30 PYLL je 1.000 EW festgestellt. Die Spannweite zwischen den Bundesländern blieb über den Betrachtungszeitraum relativ konstant. Während 2003 die PYLL in Wien (46 PYLL) um rund 44 Prozent über dem Tiroler Wert (32 PYLL) lagen, befand sich 2019 Wien mit 30 PYLL je 1.000 EW rund 43 Prozent über dem Burgenländischen Niveau (21 PYLL).
- » Der europäische Vergleich zeigt ebenso durchgängig geringere PYLL-Raten für Frauen als für Männer innerhalb der betrachteten EU-Länder. Die geringsten Ausprägungen der PYLL-Raten fanden sich dabei 2017 in Liechtenstein (F: 10, M: 18).
- » Österreich liegt sowohl bei den Frauen (18 PYLL) als auch bei den Männern (33 PYLL) knapp über dem EU-15+ Durchschnitt (F: 17 PYLL, M: 31 PYLL), jedoch deutlich unter dem EU-28+ Niveau (F: 21 PYLL, M: 42 PYLL).
- » Die höchsten Raten wiesen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf.

Limitationen

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

2.5.8 Säuglingssterblichkeit

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

Neben den sozialen Bedingungen und dem Lebensstil sind auch das zunehmende Alter von Gebärenden und vermehrte Mehrlingsgeburten durch Fruchtbarkeitsbehandlungen als Einflussfaktoren identifiziert worden. Dies hat in einigen europäischen Ländern zu einer Stagnation des Rückgangs der Säuglingssterblichkeit geführt (OECD 2016).

Tabelle 2.41:

Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene, 1972–2019

Österreich	Insgesamt	Hohe Bildung*	Geringe Bildung**	Trend
Im 1. Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene				
1972	25,2			seit Mitte der 1990er Jahre sinkend
1982	12,8	8,7 (1985)	13,0 (1985)	
1992	7,5			
2002	4,1			
2012	3,2	2,6	4,6	
2019	2,9			
Durchschnitt 2015-2019	2,9			

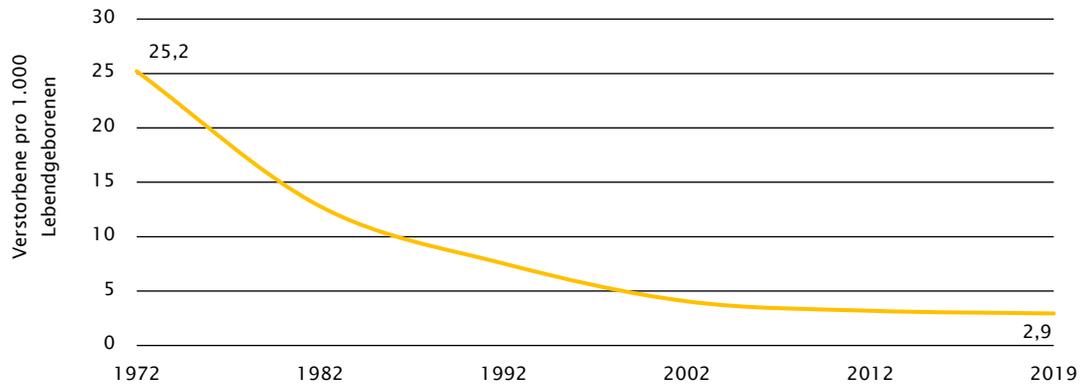
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
1972	24,4	24,9	23,8	26,7	25,9	25,7	23,2	26,0	25,6
1982	9,6	11,1	14,1	11,5	10,0	13,8	11,5	14,0	14,9
1992	7,6	7,3	6,2	8,4	5,0	6,4	7,6	7,6	9,9
2002	2,3	2,5	3,9	3,7	4,4	2,9	3,9	4,7	5,7
2012	2,3	2,8	3,1	2,9	2,6	3,2	2,0	3,1	4,3
2019	1,8	1,1	3,1	2,8	1,6	2,6	1,7	2,3	4,7
Durchschnitt 2015-2019	3,1	2,0	2,8	2,7	2,7	2,6	2,2	2,4	4,2

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

Quelle: Statistik Austria (2021c); Darstellung: GÖG

Abbildung 2.62:

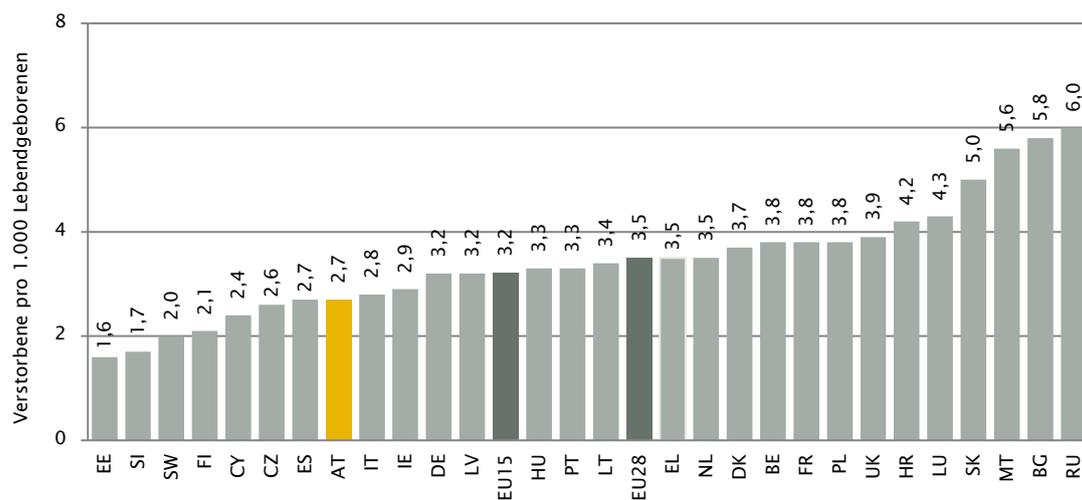
Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt, 1972-2019



Quelle: Statistik Austria (2021c) - Todesursachenstatistik 1972-2019; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.63:

Säuglingssterblichkeit im europäischen Vergleich, 2018



Quelle: Eurostat (2021c); Darstellung: GÖG

Analyse

- » Die Säuglingssterblichkeit war in Österreich bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre stark rückläufig und sinkt nach einer mehrjährigen Stagnation seit 2016 wieder.
- » In den meisten Ländern treten rund zwei Drittel der Todesfälle im ersten Lebensjahr während der ersten vier Lebenswochen (neonatal) ein.
- » Im Jahr 2019 kamen auf 1.000 Lebendgeburten 2,9 Säuglinge, die im ersten Lebensjahr verstarben (250 Säuglinge). Mehr als die Hälfte der Fälle ereignete sich in der ersten Lebenswoche.
- » Es gibt kein eindeutiges regionales Muster in der Säuglingssterblichkeit: Im Jahr 2019 war sie in Wien (4,7) am höchsten und in Kärnten am niedrigsten (1,1). Allerdings schwanken die jährlichen Werte aufgrund der geringen Fallzahlen, daher wird auch ein 5-Jahres-Durchschnitt dargestellt. Im Zeitraum 2015–2019 lag die Säuglingssterblichkeit in Österreich gesamt bei 2,9 verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeburten. Regional war im 5-Jahres-Durchschnitt die Säuglingssterblichkeit in Wien (4,2) am höchsten, während Kärnten (2,0) auf den niedrigsten Wert kam.
- » Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bildung und Säuglingssterblichkeit: Im Jahr 2012 lag die Rate der betroffenen Frauen mit maximal einem Pflichtschulabschluss bei 4,6 Promille, jene der Frauen mit Hochschulabschluss bei 2,6 Promille.
- » Österreich liegt bei der Säuglingssterblichkeit unter dem Durchschnitt der EU-28+ von 3,5.
- » Die niedrigste Säuglingssterblichkeitsrate gab es 2018 in Estland (1,6 Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborene), Slowenien (1,7) und Schweden (2,0). Im europäischen Vergleich zeichnet sich ein Ost-West-Gefälle zu Ungunsten der neuen osteuropäischen Mitgliedstaaten ab, die eine deutlich höhere Säuglingssterblichkeit aufweisen als der Rest Europas.

Limitationen

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

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

Literatur

- Abilleira, S.; Ribera, A.; Permanyer-Miralda, G.; Tresserras, R.; Gallofre, M. (2012): Noncompliance with certain quality indicators is associated with risk-adjusted mortality after stroke. In: *Stroke* 43/4:1094–1100
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000): WHOQOL, WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Leipzig
- Aust, Birgit (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. In: *WZB Discussion Paper WZB p 94–201* (1994), 46 p:
- Bachner, F.; Bobek, J.; Haindl, A.; Rainer, L.; Zuba, M. (2020): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit, Berichtsjahr 2019. Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Haindl, Anita; Rainer, Lukas; Zuba, Martin (2019): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. . Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Stadler, Isabel; Habl, Claudia (2013): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Gesundheit Österreich GmbH,
- Bausewein, Claudia; Daveson, Barbara A.; Currow, David C.; Downing, Julia; Deliens, Luc; Radbruch, Lukas; Defilippi, Kath; Lopes Ferreira, Pedro; Costantini, Massimo; Harding, Richard; Higginson, Irene J. (2016): EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. In: *Palliative Medicine* 30/1:6–22
- Berkman, Nancy D; Sheridan, Stacey L; Donahue, Katrina E; Halpern, David J; Crotty, Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: *Annals of internal medicine* 155/2:97–107
- Blot, William J.; Tarone, Robert E. (2015): Doll and Peto's Quantitative Estimates of Cancer Risks: Holding Generally True for 35 Years. In: *Journal of the National Cancer Institute* 107/4:
- BMASGK (2019): HPV-Impfung [Online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Krankheiten_und_Impfen/Impfen/HPV_Impfung [Zugriff am 16.09.2019]
- BMASK (2015): Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2015. BMASK, Wien

- BMG (2013): NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014): Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (Hg.) (2015a): Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte. Ambulatory Care Sensitive Conditions Analysen und Empfehlungen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMG (Hg.) (2015b): Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMG (Hg.) (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Hg. v. Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Gesundheit, Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMSGPK (2021): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Bongue, B.; Laroche, M. L.; Gutton, S.; Colvez, A.; Gueguen, R.; Moulin, J. J.; Merle, L. (2011): Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. In: Eur J Clin Pharmacol 67/12:1291–1299
- Börsch-Supan, Axel (2017): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 4. Wave 6. Release version: 6.0.0. SHARE-ERIC. Data set
- Börsch-Supan, Axel; Brandt, Martina; Hunkler, Christian; Kneip, Thorsten; Korbmacher, Julie; Malter, Frederic; Schaan, Barbara; Stuck, Stephanie; Zuber, Sabrina (2013): Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: International journal of epidemiology 42/4:992–1001
- Brach, C; Dreyer, BP; Schyve, P; Hernandez, LM; Baur, C; Lemerise, AJ; Parker, RM (2012): Attributes of a Health Literate Organization. In: Inst Med:

- Bradley, E. H.; Herrin, J.; Elbel, B.; McNamara, R. L.; Magid, D. J.; Nallamotheu, B. K.; Wang, Y.; Normand, S. L.; Spertus, J. A.; Krumholz, H. M. (2006): Hospital quality for acute myocardial infarction: correlation among process measures and relationship with short-term mortality. In: *Jama* 296/1:72–78
- Bruin, A. de; Picavet, H. S. J.; Nossikov, Anatoly; World Health Organization. Regional Office for Europe. (1996): Health interview surveys : towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publications European series. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Bürgisser, Titus (2008): Schulklima und Schulkultur. In: *Praxishandbuch Gesunde Schule Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Hg. v. Wicki, Werner; Bürgisser, Titus. Haupt, Bern. S. 159–S. 141
- Colditz, G. A.; Atwood, K. A.; Emmons, K.; Monson, R. R.; Willett, W. C.; Trichopoulos, D.; Hunter, D. J. (2000): Harvard Report on Cancer Prevention Volume 4: Harvard Cancer Risk Index. In: *Cancer Causes & Control* 11/6:477–488
- Colditz, G.; Dejong, W.; Hunter, D.; Trichopoulos, D.; Willett, W. (1996): Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1: Causes of human cancer. In: *Cancer Causes Control* 7 Suppl 1/:S3–59
- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon; McGuire, Alistair (2011): Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms*. In: *The Economic Journal* 121/554:F228–F260
- Curaviva, Universität Basel (2018): Schlussbericht zur Auswertung des Pilots zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeinstitutionen. Version 1.2. Hg. v. Institut für Pflegewissenschaft, Departement Public Health. Bundesamt für Gesundheit
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, No 6. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Czypionka, T.; Röhrling, G.; Ulinski, S. (2014): Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): Einflussfaktoren international und in Österreich Institut für Höhere Studien, Wien
- De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 59/8:619–627
- Deutsche Krebsgesellschaft; Deutsche Krebshilfe; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015): Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1 [Online]. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> [Zugriff am 13. Februar 2019]

- Doll, R.; Peto, R. (1981): The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. In: J Natl Cancer Inst 66/6:1191–1308
- ECIS (2021a): Data availability, coverage and method of estimation [Online]. European Cancer Information System [Zugriff am 12.03.2021]
- ECIS (2021b): European Cancer Information System. Estimated incidence by country [Online]. European Union. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/> [Zugriff am 12.03.2021]
- EUCAN (2015): WHO International Agency for Research on Cancer [Online] [Zugriff am 22.05.2015]
- European Commission (o.J.): Healthy Life Years (HLY) [Online]
- Eurostat (2014): European Health Interview Survey 2014 [Online]. Eurostat – Statistical Office of the European Union [Zugriff am 09.02.2017]
- Eurostat (2017): EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [Online]. Eurostat – Statistical Office of the European Union
- Eurostat (2021a): Deaths by age and sex [Online] [Zugriff am 25.02.2021]
- Eurostat (2021b): Gesunde Lebensjahre nach Geschlecht (ab 2004) [HLTH_HLYE] Abruf: 16.03.2021 [Online]
- Eurostat (2021c): Kindersterblichkeitsraten [Online]. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en [Zugriff am 12.03.2021]
- Eurostat (2021d): Lebenserwartung nach Alter, Geschlecht und NUTS 2 Regionen [DEMO_R_MLIFEXP], Abruf: 16.03.2021. [Online]
- Eurostat (2021e): Population on 1 January by age and sex [Online] [Zugriff am 25.02.2021]
- Eurostat (2021f): Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex [hlth_cd_apr] [Online] [Zugriff am 05.03.2021]
- EZWF (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren. PROGRESS Programme of DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- Ferlay, J.; Steliarova-Foucher, E.; Lortet-Tieulent, J.; Rosso, S.; Coebergh, J. W.; Comber, H.; Forman, D.; Bray, F. (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. In: European Journal of Cancer 49/6:1374–1403
- Fonds Gesundes Österreich (2020): Österreichische Bewegungsempfehlungen. Wissensband 17. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Gaber, Elisabeth; Wildner, Manfred (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Gay, Juan; Devaux, Marion; de Looper, Michael; Paris, Valérie (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and Methodological Issues. In: OECD Health Working Papers, 55:
- Green, Francis; Mostafa, Tarek (2012): Trends in job quality in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Eisenmann, Alexander (2015): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Hg. v. Gesundheit, Bundesministerium für. Wien
- Hackl, Monika; Hanika, Alexander; Klotz, Johannes; Leitner, Barbara; Zielonke, Nadine (2015): Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Hartley, Louise; Igbinedion, Ewemade; Holmes, Jennifer; Flowers, Nadine; Thorogood, Margaret; Clarke, Aileen; Stranges, Saverio; Hooper, Lee; Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: The Cochrane Library:
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project
- Jagger, Carol; Gillies, Clare; Moscone, Francesco; Cambois, Emmanuelle; Van Oyen, Herman; Nusselder, Wilma; Robine, Jean-Marie (2008): Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. In: The Lancet 372/9656:2124–2131
- Jha, P. (2009): Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. In: Nature Reviews Cancer 9/9:655–664
- Joumard, Isabelle; Chatal, Olivier; André, Christophe; Nicq, Chantal (2008): Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. Workingpapers. Hg. v. OECD Economics Department. OECD
- Karasek, Robert A.; Theorell, Tores (1990): Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books

- Kessler, Daniel P; Geppert, Jeffrey J (2005): The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. In: *Journal of Economics & Management Strategy* 14/3:575–589
- Keuerleber, S.; Sauermaun, R. (2016): Polypharmazie – Aktivitäten der österreichischen Sozialversicherung. *Wien Med. In: Wochenschr* 166/:173–178
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health literacy. The solid facts. Hg. v. World Health Organization. Kopenhagen
- Klimont, J. (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Klimont, J.; Balaszti, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Kopetsch, Thomas (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur. Hg. v. Bundesvereinigung, Kassenärztliche. Berlin
- Li, Min; Fan, Yingli; Zhang, Xiaowei; Hou, Wenshang; Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: *BMJ open* 4/11:e005497
- Magán, P.; Otero, A.; Alberquilla, A.; Ribera, J. (2008): Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. In: *BMC Health Service Research* 8/42:
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermaun, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6:399–405
- Mann, Eva; Böhmendorfer, Birgit; Frühwald, Thomas; Roller–Wirnsberger, Regina E; Dovjak, Peter; Dückelmann–Hofer, Christine; Fischer, Peter; Rabady, Susanne; Iglseder, Bernhard (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 124/5–6:160–169
- Morin, L.; Fastbom, J.; Laroche, M. L.; Johnell, K. (2015): Potentially inappropriate drug use in older people: a nationwide comparison of different explicit criteria for population–based estimates. In: *Br J Clin Pharmacol* 80/2:315–324
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3:179–187
- Nagl–Cupal, Martin; ; Kolland, Franz; ; Zartler, Ulrike; ; Mayer, Hanna; ; Bittner, Marc; ; Koller, Martina; ; Parisot, Viktoria; ; Stöhr, Doreen (2018): Angehörigenpflege in Österreich.

Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. BMASGK. In:

- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/1:58-71
- Nyqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: Aging and Mental Health 17/4:394-410
- Öberg, M.; Jaakkola, M.S.; Woodward, A.; Peruga, A.; Prüss-Ustün, A. (2011): Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. In: The Lancet 377/9760:139-146
- OECD (2011): Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 1 Aufl., OECD, Paris
- OECD (2012): Säuglingssterblichkeit. In: Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012. OECD. 268-269
- OECD (2015): Health at a Glance 2015. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris
- OECD (2016): OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics. OECD Publishing,
- OECD (2018): Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2018-19 Data Collection. OECD Publishing, Paris
- OECD (2020): Health Statistics. Health Care Quality Indicators. [Online]. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI [Zugriff am 13.02.2020]
- OECD; European Union (2014): Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing,
- Or, Zeynep (2000): Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries. OECD Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 98-S. 91
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (Hg.) (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC
- Purdy, S.; Griffin, T.; Salisbury, C.; Sharp, D. (2009): Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. In: Public Health 123/2:169-173
- Raaschou-Nielsen, Ole; Andersen, Zorana J.; Beelen, Rob; Samoli, Evangelia; Stafoggia, Massimo; Weinmayr, Gudrun; et al (2013): Air pollution and lung cancer incidence in 17 European

- cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). In: *The Lancet Oncology* 14/9:813–822
- Ramelow, Daniela; Deutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder–Puig, Rosemarie (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder–Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2010*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Unterweger, Katrin; Gugglberger, Lisa; Felder–Puig, Rosemarie (2013): *Die Bedeutung des Schulklimas für die Gesundheit von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n*. Ludwig Boltzmann Institut, Wien
- Reich, O.; Rosemann, T.; Rapold, R.; Blozik, E.; Senn, O. (2014): Potentially inappropriate medication use in older patients in Swiss managed care plans: prevalence, determinants and association with hospitalization. In: *PLoS One* 9/8:e105425
- Robert Koch–Institut (Hg.) (2012): *Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 – Subjektive Gesundheit*. In: *Faktenblatt zu GEDA 2012*. Robert Koch–Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- Rothschild, J.M.; Bates, D.W.; Leape, L.L. (2000): Preventable medical injuries in older patients. In: *Arch Intern Med* 160/18:2717–2718
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: *Current Opinion in Psychiatry* 16/SUPPL. 2:S101–S105
- Saver, B.G.; Wang, C.Y.; Dobie, S.A.; Green, P.K.; Baldwin, L.M. (2013): The central role of comorbidity in predicting ambulatory care sensitive hospitalizations. In: *Eur J Public Health* 1/:66–72
- Schubert, I.; Kupper–Nybelen, J.; Ihle, P.; Thurmann, P. (2013): Prescribing potentially inappropriate medication (PIM) in Germany's elderly as indicated by the PRISCUS list. An analysis based on regional claims data. In: *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 22/7:719–727
- Services, US Department of Health and Human (2004): *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*, Atlanta, GA
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high–effort/low–reward conditions. In: *Journal of occupational health psychology* 1/1:27–41
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS–EU) Consortium (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12/80:–

- Statistik Austria (2015): Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich – Eine Prognose bis 2030 [Online].
https://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailView§ionName=Gesundheit&publd=700
- Statistik Austria (2016): Information zur Umstellung auf den elektronischen Totenschein sowie auf die neue Publikationsliste und Standardbevölkerung von EUROSTAT [Online].
http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=108418 [Zugriff am 4.09.2019]
- Statistik Austria (2021a): Bevölkerung [Online] [Zugriff am 12.03.2021]
- Statistik Austria (2021b): Krebserkrankungen [Online] [Zugriff am 12.03.2021]
- Statistik Austria (2021c): Todesursachen [Online] [Zugriff am 12.03.2021]
- Stein, C. J.; Colditz, G. A. (2004): Modifiable risk factors for cancer. In: *Br J Cancer* 90/2:299–303
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: *Health and Place* 13/2:324–334
- SVS (2020): Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum Jänner bis Dezember 2019. Bundespflegegeldgesetz Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Sozialversicherung der Selbständigen, Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege,
- Trukeschitz, Birgit; Harrach, Bettina; Jung, Reinhard; Schneider, Ulrike (2019): Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Handbuch zum Erhebungsinstrument (v5, Stand: 01.09.2019). Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, Wien
- Van der Doef, M.; Maes, S. (1999): The Job Demand–Control(–Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. In: *Work and Stress* 13/2:87–114
- Van Vegchel, N.; De Jonge, J.; Bosma, H.; Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. In: *Social Science and Medicine* 60/5:1117–1131
- Wagner, Melanie; ; Brandt, Martina (2018): Long-term Care Provision and the Well-Being of Spousal Caregivers. An Analysis of 138 European Regions. In: *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 73/4:e24–e34
- Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. In: *Bmj* 349/:g4490
- WHO (2009): Global Database on Body Mass Index of the World Health Organization 24.02.2012. World Health Organization, Genf

- WHO (2010): Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke, Geneva
- WHO (2014): Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization, Genf
- WHO (2016): Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- WHO (2019): European Tobacco Use. Trends Report 2019. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Wilbacher, I.; Scheffel, S.; Glock, B.; Zechmeister, M. (2017): Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Wilber, S.T.; Blanda, M.; Gerson, L.W.; Allen, K.R. (2010): Short-term functional decline and service use in older emergency department patients with blunt injuries. In: Acad Emerg Med 17/7:679–686
- Wolf, Michael S; Gazmararian, Julie A; Baker, David W (2005): Health literacy and functional health status among older adults. In: Archives of Internal Medicine 165/17:1946–1952
- Zielonke, Nadine; Hackl, Monika; Baldaszi, Erika (2014): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich 2014. Statistik Austria, Wien