

Standard-Dokumentation Metainformationen

(Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität)

zur

Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Diese Dokumentation gilt für die Erhebung
2014

Diese Statistik war Gegenstand eines [Feedback-Gesprächs zur Qualität](#) am 15.11.2016

Bearbeitungsstand: **28.12.2016**



STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
A-1110 Wien, Guglgasse 13
Tel.: +43-1-71128-0
www.statistik.at

Direktion Bevölkerung
Bereich Demographie, Gesundheit, Arbeitsmarkt

Ansprechperson:
Mag. Jeannette Klimont
Tel. +43-1-71128-8277

E-Mail: jeannette.klimont@statistik.gv.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
1. Allgemeine Informationen.....	6
1.1 Ziel und Zweck, Geschichte	6
1.2 Auftraggeberinnen bzw. Auftraggeber.....	6
1.3 Nutzerinnen und Nutzer	6
1.4 Rechtsgrundlage(n)	7
2. Konzeption und Erstellung.....	7
2.1 Statistische Konzepte, Methodik.....	7
2.1.1 Gegenstand der Statistik.....	7
2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten.....	7
2.1.3 Datenquellen, Abdeckung	7
2.1.4 Meldeeinheit/Respondentinnen und Respondenten	7
2.1.5 Erhebungsform.....	7
2.1.6 Charakteristika der Stichprobe.....	8
2.1.7 Erhebungstechnik/Datenübermittlung	8
2.1.8 Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen)	8
2.1.9 Teilnahme an der Erhebung.....	9
2.1.10 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition	9
2.1.11 Verwendete Klassifikationen	10
2.1.12 Regionale Gliederung	10
2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen	10
2.2.1 Ablauf der Erhebung	10
2.2.2 Datenerfassung.....	11
2.2.3 Signierung (Codierung)	11
2.2.4 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen	11
2.2.5 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)	12
2.2.6 Hochrechnung (Gewichtung)	12
2.2.7 Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden	13
2.2.8 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen.....	13
2.3 Publikation (Zugänglichkeit)	13
2.3.1 Endgültige Ergebnisse	13
2.3.2 Publikationsmedien	13
2.3.3 Behandlung vertraulicher Daten.....	14
3. Qualität	14
3.1 Relevanz.....	14
3.2 Genauigkeit.....	14
3.2.1 Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität.....	14
3.2.2 Nicht-stichprobenbedingte Effekte	15
3.2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen.....	15
3.2.2.2 Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung)	15
3.2.2.3 Antwortausfall (Unit-Non Response, Item-Non Response)	17
3.2.2.4 Messfehler (Erfassungsfehler)	19
3.2.2.5 Aufarbeitungsfehler	19
3.2.2.6 Modellbedingte Effekte.....	19
3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit	19
3.4 Vergleichbarkeit	20
3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit	20
3.4.2 Internationale und regionale Vergleichbarkeit.....	20
3.4.3 Vergleichbarkeit nach anderen Kriterien	20
3.5 Kohärenz	20
4. Ausblick.....	22
Abkürzungsverzeichnis	22
Anlagen	23

Executive Summary

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

Bereits zum zweiten Mal führte Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesgesundheitsagentur eine auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basierende österreichweite Erhebung zum Thema Gesundheit durch. Die Teilnahme an der Erhebung war freiwillig. Von Oktober 2013 bis Mai 2015 nahmen sich 15.771 Personen, davon 6.986 Männer und 8.785 Frauen, im Alter von 15 und mehr Jahren die Zeit, im Rahmen eines telefonischen Interviews und eines schriftlichen Fragebogens Auskunft zu ihrem Gesundheitszustand zu geben. Die Schichtung der Stichprobe erfolgte nach Gesundheitsversorgungsregionen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,2 Mio. Personen). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese allein auf Selbstangaben der Befragten beruhen.

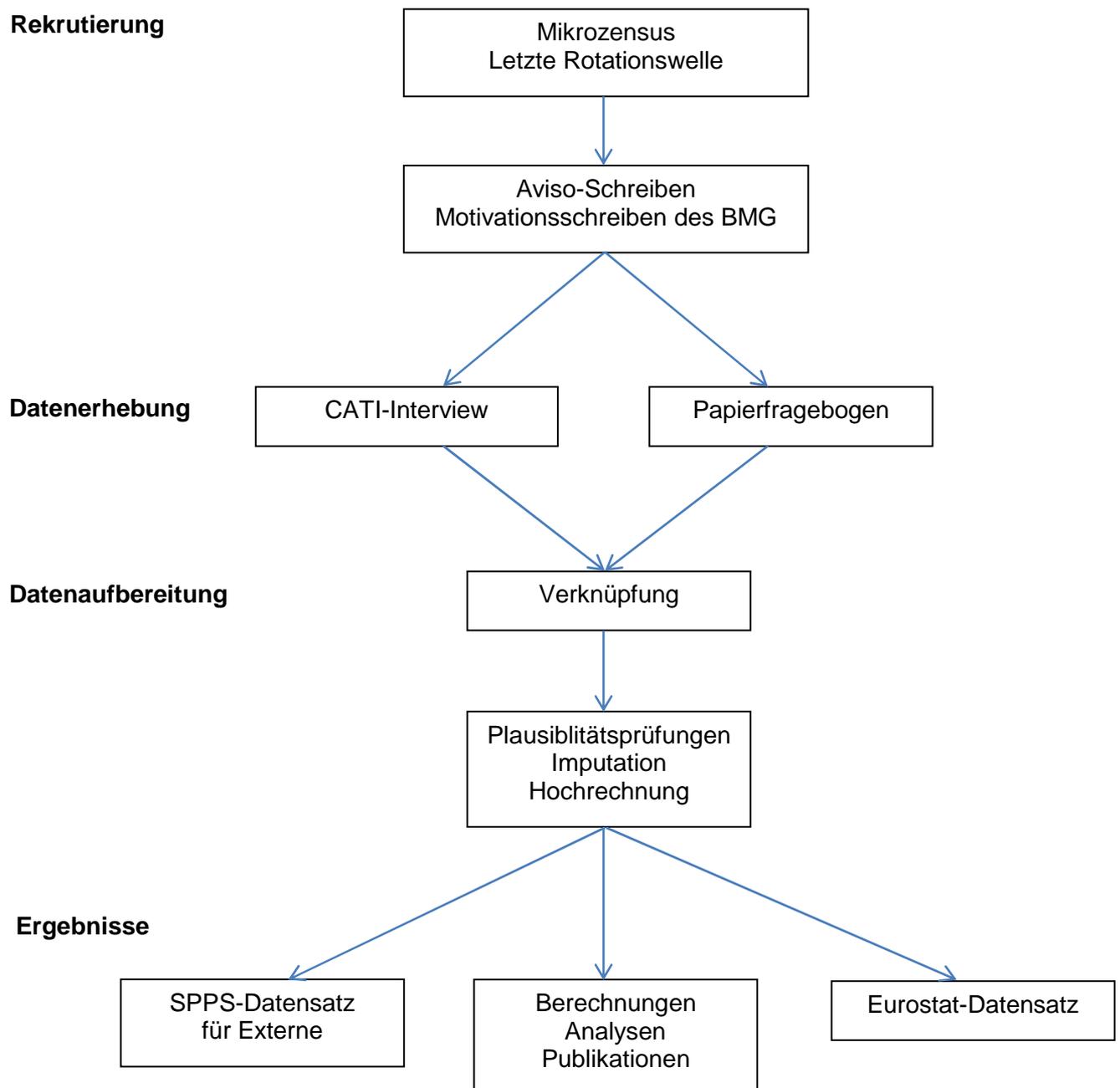
Vorlage für das Fragenprogramm der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS 2014) war die zweite Welle der Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS). Diese hatte mit den Verordnungen des Europäischen Parlaments und des Rates (EG) Nr. 1338/2008 sowie 141/2013 eine Rechtsgrundlage zur verpflichtenden Durchführung mit harmonisiertem Output. Der Fragenkatalog für die EHIS-Welle 2 fußte auf den Erfahrungen der ersten EHIS-Welle, die in Österreich und 16 anderen europäischen Ländern 2006/07 durchgeführt worden war. Er bestand aus Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten, zur Gesundheitsvorsorge und zu soziodemographischen und sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen. Daneben bot der ATHIS 2014 die Möglichkeit, auch spezifische nationale Informationsbedürfnisse abzudecken, die im Vorfeld der Erhebung mit den relevanten Stakeholdern abgestimmt wurden. Die nationalen Zusatzfragen befassten sich mit der Lebensqualität, dem Präsentismus (Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Einschränkung) sowie ausgewählten chronischen Krankheiten, ambulanter Gesundheitsversorgung und funktionalen Tätigkeiten. Erstmals wurden in der die Gesundheitsbefragung Informationen zum Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder erhoben.

Der Fragenkatalog des ATHIS 2014 umfasste folgende Module:

- Gesundheitszustand:
 - subjektive Gesundheitswahrnehmung
 - chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme
 - Unfälle/Verletzungen
 - funktionelle Beeinträchtigungen
 - psychische Gesundheit
 - Lebensqualität
- Gesundheitsdeterminanten:
 - Risikofaktoren
 - gesundheitsrelevantes Verhalten

- Gesundheitsverhalten
 - Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
 - Vorsorgeverhalten
- Kindergesundheit
 - subjektive Gesundheitseinschätzung
 - gesundheitliche Beschwerden
 - Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder
 - Impfungen
- Soziodemographische Merkmale

Grafik 1: Der Datenproduktionsprozess im ATHIS 2014



Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 - Wichtigste Eckpunkte

Gegenstand der Statistik	Gesundheitszustand, Einflussfaktoren auf die Gesundheit und medizinische Versorgung
Grundgesamtheit	Österreichische Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (inkl. Proxy-Auskünfte für Kinder unter 18 Jahren)
Statistiktyp	Primärstatistische Stichprobenerhebung
Datenquellen/Erhebungsform	Primärstatistische Personenerhebung unter Einbeziehung von Daten aus dem Mikrozensus
Berichtszeitraum bzw. Stichtag	Oktober 2013 bis Juni 2015
Periodizität	Alle fünf Jahre
Teilnahme an der Erhebung (Primärstatistik)	Freiwillig
Zentrale Rechtsgrundlagen	Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS)
Tiefste regionale Gliederung	Gesundheitsversorgungsregionen
Verfügbarkeit der Ergebnisse	Endgültige Daten: t + 4 Monate
Sonstiges	Befragung von Personen, welche die Teilnahme am Mikrozensus abgeschlossen hatten. Alle erhobenen Informationen waren Selbstangaben der Befragten.

1. Allgemeine Informationen

1.1 Ziel und Zweck, Geschichte

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

In Österreich werden Gesundheitsbefragungen in unregelmäßigen Abständen bereits seit den 1970er Jahren durchgeführt. Während die Gesundheitsbefragungen der Jahre 1973, 1983, 1991 und 1999 sowie die Raucherbefragungen der Jahre 1972, 1979 und 1997 im Rahmen des Mikrozensus durchgeführt wurden, waren die im Jahr 2006/07 und 2014 angesetzten Befragungen eigenständige Erhebungen. Die beiden letzteren Erhebungen unterscheiden sich im Erhebungsdesign und Frageprogramm wesentlich von den früheren Erhebungen, weshalb längere Zeitreihen nur punktuell abgebildet werden können.

1.2 Auftraggeberinnen bzw. Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Bundesgesundheitsagentur

1.3 Nutzerinnen und Nutzer

Nationale Institutionen:

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

Internationale Institutionen:

- Europäische Kommission
- OECD
- UNO bzw. Suborganisationen
- WHO

Sonstige Nutzerinnen und Nutzer:

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

1.4 Rechtsgrundlage(n)

Die Gesundheitsbefragung 2014 wurde auf der Grundlage der [Verordnung \(EG\) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates](#) und [Verordnung \(EU\) Nr. 141/2013 der Kommission](#) durchgeführt. Diese legten fest, dass die Mitgliedsstaaten im Zeitrahmen von 2013 bis 2015 eine auf europäischer Ebene harmonisierte Gesundheitsbefragung durchzuführen hatten.

Bundesgesetz über die Bundesstatistik ([Bundesstatistikgesetz 2000](#)) idgF.

2. Konzeption und Erstellung

2.1 Statistische Konzepte, Methodik

2.1.1 Gegenstand der Statistik

Gegenstand der Gesundheitsbefragung 2014 waren der Gesundheitszustand, die Gesundheitsdeterminanten sowie die Gesundheitsversorgung der in Privathaushalten lebenden österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr. Eingeschlossen waren damit alle Personen ab 15 Jahren, die an Adressen leben, in denen mindestens eine Person laut Zentralem Melderegister (ZMR) ihren Hauptwohnsitz hatte. Ausgenommen waren Personen in sog. Anstaltshaushalten (u.a. Krankenhäuser, Wohnheime, Klöster, Pflegeeinrichtungen) bzw. Gemeinschaftsunterkünften und Personen ohne festen Wohnsitz.

Um auch Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern zu erheben, wurde zusätzlich ein Elternteil zum Gesundheitszustand seiner im selben Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren befragt. Die Ergebnisse dieser Erhebung wurden in einem gesonderten Datenbestand gespeichert.

2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten

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

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

Darstellungseinheit sind einerseits Personen ab 15 Jahren (Hauptfragebogen), andererseits Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Kinderfragebogen). Für jede Darstellungseinheit steht ein eigener Datensatz zur Verfügung.

2.1.3 Datenquellen, Abdeckung

Primärerhebung mit Einbeziehung von Daten aus dem Mikrozensus.

2.1.4 Meldeeinheit/Respondentinnen und Respondenten

Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten.

2.1.5 Erhebungsform

Stichprobenerhebung.

2.1.6 Charakteristika der Stichprobe

Bei der Stichprobe des ATHIS handelt es sich um eine Zufallsstichprobe von Personen. Die Rekrutierung von Stichprobenpersonen erfolgte im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung. Dabei wurden Personen nach Abschluss der letzten Mikrozensus-Befragungswelle gefragt, ob sie an der Gesundheitsbefragung teilnehmen wollten. Im Anschluss daran wurde ein Informationsbrief zugestellt, um die telefonisch gegebene Bereitschaft zu „festigen“. Die Rekrutierung unter (ehemaligen) Mikrozensus-Zielpersonen hat im Hinblick auf die Non-Response-Anpassung und damit für die Qualität der erhobenen Daten einige Vorteile.

Aus Gründen der Repräsentativität wurde die Bruttostichprobe räumlich geschichtet. Die Schichtung erfolgte nach den 32 Versorgungsregionen, wie sie im [Österreichischen Strukturplan Gesundheit](#) definiert wurden. Die Stichprobe wurde so gewählt, dass pro Versorgungsregion für netto 462 Personen (Wien: 560 Personen) direkt erhobene Befragungsergebnisse vorliegen bzw. für etwa 300 Personen in einigen dünnbesiedelten Versorgungsregionen. Daraus ergab sich eine Bruttostichprobe von 38.768 Personen. Für die Darstellung der Ergebnisse erfolgte eine Aggregation der Versorgungsregionen auf die Ebene der Bundesländer.

2.1.7 Erhebungstechnik/Datenübermittlung

Die primäre Erhebungsmethode war CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), also eine computerunterstützte telefonische Erhebung. Die Datenerfassung erfolgte im Telefonstudio zeitgleich mit der Erhebung.

Um die für Zielpersonen zumutbare Erhebungsdauer des Telefoninterviews nicht zu überschreiten bzw. wegen zum Teil komplexer und sensibler Fragen wurde ein Teil des Fragebogens als von den Respondent/-innen nach der telefonischen Befragung selbst auszufüllenden vierseitigen A4-Papierfragebogen konzipiert. Es handelte sich um die Themen „körperliche Aktivität“, „Lebensqualität“ und „Besuche bei ausgewählten Fachärzten“. Dieser sog. Selbstausfüller wurde von den Befragten retourniert und über einen Nummerncode mit dem telefonisch erhobenen Datensatz zusammengeführt.

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

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

2.1.8 Erhebungsbogen (inkl. Erläuterungen)

Nachdem der ATHIS 2014 eine CATI-Erhebung war, sind Erhebungsunterlagen nur insoweit vorhanden, als sie gemeinsam mit den Codebüchern und den vorgegebenen Plausibilitätschecks als Grundlage für die Programmierung dienen. Der Fragebogen wird in Blaise¹ programmiert und steht im Telefonstudio den externen Interviewerinnen und Interviewern zur Verfügung.

Die österreichische Gesundheitsbefragung basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und wurde um nationale Fragen zu gesundheitspolitisch wichtigen nationalen Themen erweitert. Die Durchführungsverordnung zur Europäischen Gesundheitsbefragung legte die an Eurostat zu übermittelnden Zielvariablen (inklusive Ausprägungen) fest. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zu erreichen, waren die Leitlinien für Methodik und Durchführung der Erhebung zu beachten sowie der im "Handbuch zur Europäischen Gesundheitsbefragung" enthaltene Musterfragebogen zu verwenden. Der EHIS bestand aus Modulen zum Gesundheitszustand, zu den Gesundheitsdeterminanten, zur Gesundheitsvorsorge und einem Modul zu sozio-demographischen Hintergrundmerkmalen.

¹ 11 Blaise ist eine Software für computergestützte Datenerhebung. Vgl. <http://blaise.com/products/general-information> (Stand April 2016).

Bei der Gestaltung des Fragebogens erfolgte eine Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut als für die Umsetzung von EHIS in Deutschland zuständiger Institution. Dabei wurde eine gemeinsame deutschsprachige Übersetzung des von Eurostat vorgegebenen englischen Musterfragebogens akkordiert. Zur Erarbeitung des endgültigen Fragenprogramms richtete Statistik Austria eine Arbeitsgruppe ATHIS ein, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen des Bundes, der Bundesländer, dem Bereich der Krankenversicherung sowie Experten und Expertinnen aus der Wissenschaft. Diese diskutierte in insgesamt zwei Sitzungen die vorgeschlagene deutschsprachige Übersetzung des Musterfragebogens und legte die Themen für einen zusätzlichen nationalen Teil der Gesundheitsbefragung sowie die zugehörigen Fragen fest. Zu beachten waren dabei allerdings die durch die maximale durchschnittliche Interviewzeit vorgegebenen Beschränkungen.

Die in der Durchführungsverordnung festgelegten Zielvariablen deckten folgende Themen ab (**verpflichtender Teil**):

- **Gesundheitszustand (EHSM)**: Selbst eingeschätzte Gesundheit, Chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, Krankenstände, Körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen, ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), Schmerzen, Psychische Gesundheit (Depression).
- **Gesundheitsversorgung (EHCM)**: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (stationärer und ambulanter Bereich), Medikamentenkonsum, Gesundheitsvorsorge, Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen (Unmet needs).
- **Gesundheitsfaktoren (EHDM)**: BMI (Körpergröße, -gewicht), Körperliche Aktivität, Ernährung (Obst und Gemüse), Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Soziale Unterstützung, Erbringung informeller Pflege- oder Unterstützungsleistungen.
- **Soziodemographische Merkmale (EBM)**: Geschlecht, Alter, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Familienstand de jure und de facto, Haushaltstyp, Wohnland, Wohnregion, Urbanisierungsgrad, Lebensunterhalt, Berufliche Stellung, Beruf, Wirtschaftszweig, Bildungsstand, Haushaltseinkommen.

Nationale Themen bzw. Zusatzfragen zu verpflichtenden Themen:

- Lebensqualität
- Zusatzfragen zu Chronische Krankheit, Präsentismus, ambulante Gesundheitsversorgung, ADL/IADL, Schmerzen, Rauchen.
- Kindergesundheit: allgemeiner Gesundheitszustand, gesundheitliche Beschwerden, Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder, Impfungen.

Die Befragung umfasste somit zwei Teile:

1. CATI-[Fragebogen](#) (inklusive Kinderfragen; Proxy-Fragen sind im Fragebogen in der Spalte „Proxy“ mit „Ja“ gekennzeichnet)
2. [Selbstaufüller-Papierfragebogen](#) (SAF)

2.1.9 Teilnahme an der Erhebung

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

2.1.10 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen; inkl. Definition

Der Berichtszeitraum ist von Merkmal zu Merkmal unterschiedlich und variiert zwischen

- den letzten zwölf Monaten (z.B. chronische Krankheiten, Verletzung aufgrund eines Unfalls, ambulante und stationäre Versorgung)
- den letzten vier Wochen (z.B. Schmerzen, Alkoholkonsum, ambulante Versorgung)
- den letzten zwei Wochen (z.B. psychische Gesundheit, Medikamentenkonsum)

- den letzten sieben Tagen (z.B. Schmerzen)
- bis hin zu punktuellen Ereignissen (z.B. Körpergröße, -gewicht, Raucherstatus, Lebensqualität).

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

2.1.11 Verwendete Klassifikationen

Wirtschaftszweig: Systematik der Wirtschaftstätigkeiten [ÖNACE 2008](#); Kodierung im Viersteller.

Beruf: [Ö-ISCO-08](#), Kodierung im Viersteller.

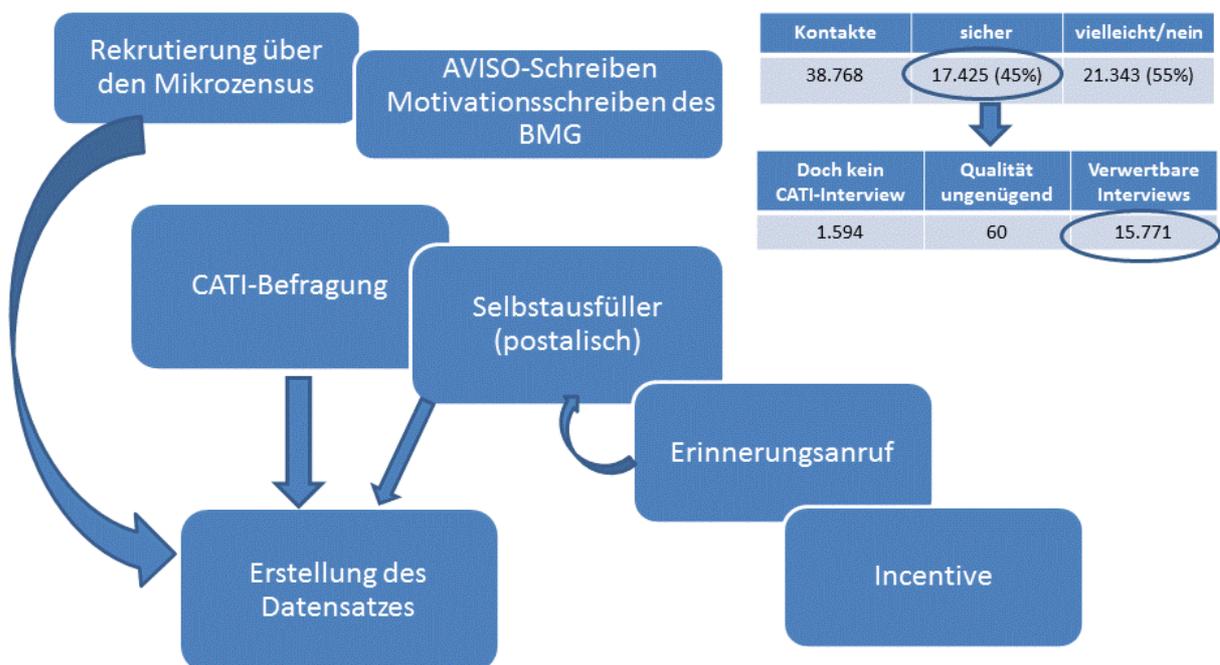
Bildungsebene und Ausbildungsfeld: [ISCED 2011](#).

2.1.12 Regionale Gliederung

Bundesländer sowie Gesundheitsversorgungsregionen.

2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen

2.2.1 Ablauf der Erhebung



2.2.2 Datenerfassung

Die Datenerfassung erfolgte elektronisch unmittelbar während der Interviewführung (CATI).

Die Fragen zur körperlichen Aktivität, Besuche bei ausgewählten Fachärzten sowie zur Lebensqualität wurden als selbstauszufüllender Papierfragebogen (Selbstaussfüller - SAF) durchgeführt. Nach abgeschlossenem Telefoninterview erhielten die Respondentinnen und Respondenten diesen an die angegebene Adresse zugeschickt. Ein frankiertes und voradressiertes Kuvert für die Rücksendung lag bei. Der vierseitige A4-Fragebogen wurde nach Ausfüllen von den Befragten an die Statistik Austria retourniert. Dort wurde er eingescannt und anschließend über einen Nummerncode mit dem telefonischer erhobenen Datensatz zusammengeführt.

2.2.3 Signierung (Codierung)

Beruf und Wirtschaftsklasse sowie Ausbildungszweig werden bei der Datenerfassung im Rahmen einer Dialogsignierung mittels Alphabetikum („Lookup“) vercodet.

2.2.4 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen

Die Datenerfassung erfolgte im Telefonstudio zeitgleich mit der Erhebung. Aufgrund der Möglichkeiten, die die Software Blaise bietet, wurden Plausibilitätskontrollen schon während des Telefoninterviews durchgeführt. Eingebaute Überprüfungen gliedern sich in Fehler und Warnings. Bei einer Fehlermeldung (z.B. Alter bei Rauchbeginn über 99 Jahre) musste ein plausibler Wert eingegeben werden. Somit konnten Eingabefehler erkannt und noch im Laufe des Interviews behoben werden. Bei Warnungen (z.B. Alter bei Rauchbeginn unter 10 Jahren) bestand die Möglichkeit, nach Prüfung der Umstände den zunächst als unplausibel angesehenen Wert zu bestätigen oder gegebenenfalls zu korrigieren. Da diese Prüfschritte bereits während des Interviews stattfinden, liegen zum Umfang dieser durchgeführten Korrekturen keine Daten vor. Fehler durch falsche Filterführung sind ausgeschlossen, da diese in den elektronischen Fragebogen eingearbeitet und umfangreich überprüft wurden. Die Filterführung sowie gültige Wertebereiche (wenn sinnvoll) konnten bei der telefonischen Erhebung unmittelbar nachvollzogen werden. Beim Papierfragebogen war diese Möglichkeit nicht gegeben, wodurch eine Kontrolle erst nach der Datenerfassung möglich war.

Eine zweite Phase der Plausibilitätsprüfung war in den Prozess der Datenaufarbeitung mittels SPSS eingebaut. Sie umfasste die

- Prüfung der Daten auf richtige Filterführung und gültige Wertebereiche. Falls Personen einen gültigen Wert bei einer Frage aufwiesen, welche sie nicht bekommen sollten, bzw. einen Wert außerhalb des Wertebereiches aufwiesen, wurden sie auf einen Filter gesetzt.
- Prüfung auf inhaltliche Konsistenz bzw. fehlende Angaben. Variablen, die inkonsistente bzw. fehlende Werte aufwiesen, wurden mit einer eigenen Ausprägung (-9) versehen. Diese Werte wurden anschließend imputiert (z.B. Körpergröße oder Körpergewicht oder Anzahl der Arztbesuche).

Beim Papierfragebogen wurden folgende Plausibilitätskontrollen durchgeführt:

Arztbesuche

- Geschlecht und Frauenarztbesuch
- Ausreißer bei der Anzahl der Arztbesuche innerhalb der letzten vier Wochen, Häufung bestimmter Zahlen -> händische Nachkontrolle der Scans
- Prüfung auf Konsistenz von Anzahl der Arztbesuche innerhalb von vier Wochen und Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs.

Körperliche Aktivität

- Ungültige Wertebereiche wurden auf -9 gesetzt und anschließend imputiert.
- Falsche Filterführung wurde korrigiert.

Lebensqualität

- Falls bei einer Frage mehrere Antworten angekreuzt wurden, wurde eine Antwort nach einer bestimmten Rangfolge ausgewählt.

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

2.2.5 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)

Imputationen wurden bei Item-Non-Response, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal, durchgeführt. Nach grundlegender Analyse der Item-Non-Response wurden Richtlinien für die Imputation erarbeitet. Bei den meisten Antworten gab es nur wenig Verweigerung oder "Ich weiß nicht"-Antworten. Einzig bei der Frage zum monatlichen Haushaltseinkommen gab es bei 9,4% keine Angabe. Ebenso wurde beim Fehlen des Selbstausfüllers eine Imputation der fehlenden Fälle vorgenommen (7,1%) bzw. bei Proxy-Befragungen anhand des Antwortverhaltens im verkürzten Fragebogen auch eine Imputation der nicht beantworteten Fragen.

Imputiert wurde mit dem k-NN Verfahren (k-Nearest-Neighbor)², wobei die Distanzvariablen³ für jede zu imputierende Variable vom Fachbereich Gesundheitsstatistik vorgegeben wurden. Für die fehlenden Werte bei der Variable „Einkommen exakt“ wurde eine Fallunterscheidung vorgenommen, da bei der Hälfte der Fälle das „Einkommen in Kategorien“ bekannt war. Dieses konnte dann als zusätzliche Distanzvariable mit sehr hohem Gewicht verwendet werden.

Da bei den Impfungen eine "ich weiß nicht" –Antwort eine wichtige Aussage ist, wurde in diesen Fällen nicht imputiert.

2.2.6 Hochrechnung (Gewichtung)

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

Die Hochrechnung der Daten erfolgte in mehreren Schritten. Der erste Schritt war die Ermittlung des Basisgewichts, welches dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushalts im Mikrozensus entspricht. Danach erfolgte mit Hilfe eines logistischen Modells die Schätzung der Response-Wahrscheinlichkeit welche zur Non-Response Anpassung verwendet wurde. Hierfür konnte auf Variablen aus dem Mikrozensus-Frageprogramm zurückgegriffen werden. Der letzte Schritt war die Kalibrierung der Gewichte an bekannte Eckzahlen der Grundgesamtheit:

- Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen nach Geschlecht
- Personenzahl gegliedert nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht
- Personenzahl gegliedert nach Geschlecht und ob die Person zumindest ein Kind hat
- Personenzahl gegliedert nach Geschlecht, Österr. Staatsbürgerschaft und drei Bildungskategorien

² Mit Hilfe des k-NN Imputationsverfahrens werden fehlende Werte einer Variable durch Werte derselben Variable aus anderen Datenzeilen, in denen die Variable vollständig vorhanden ist, imputiert. Dafür durchsucht der k-NN-Algorithmus den gesamten Datensatz nach den k "ähnlichsten" Datenzeilen, in denen die entsprechende Variable vollständig vorhanden ist, und imputiert dann beispielsweise den Mittelwert aus diesen k Werten.

³ Als Distanzvariablen werden jene Variablen bezeichnet, die bestimmen, welche Datenzeilen der Datenzeile mit dem zu imputierenden Variablenwert „ähnlich“ sind. Umso kleiner die berechnete Distanz zwischen den Variablen, umso „ähnlicher“ sind sie. Je nach Art der Variable (kontinuierlich, kategoriell,...) werden unterschiedliche Distanzfunktionen verwendet.

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

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

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

Die auf Plausibilität und Vollzähligkeit geprüften individuellen Datenbestände wurden in SPSS-Format gespeichert. Jede Datenzeile stellt die Ergebnisse eines Interviews dar.

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

2.2.8 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen

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

2.3 Publikation (Zugänglichkeit)

2.3.1 Endgültige Ergebnisse

November 2015.

2.3.2 Publikationsmedien

Publikationen

[Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey \(ATHIS\) und methodische Dokumentation.](#)

[Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey \(ATHIS\) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.](#)

Beide Publikationen sind als Download im Internet verfügbar.

Statistische Nachrichten

04/2016: Lebenserwartung in Gesundheit, Zeitliche Entwicklung 1978 bis 2014

09/2016: Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung, Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014

Internet

Auf der Internetseite der Statistik Austria stehen im Zweig Statistiken ([Gesundheit](#)) zahlreiche Tabellen zur Verfügung.

Abgabe anonymisierter Einzeldaten

Die anonymisierten Einzeldaten (SPSS-File) stehen auf Anfrage inklusive Metainformationen kostenfrei zur Verfügung. Siehe dazu „[Mikrodaten für Forschung und Lehre](#)“.

Internationale Datenbanken

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

[Eurostat](#)

[OECD](#) (Health Data System)

2.3.3 Behandlung vertraulicher Daten

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

3. Qualität

3.1 Relevanz

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung bilden eine empirische Basis für wichtige Entscheidungen im Bereich der Gesundheits- aber auch der Jugendpolitik. Statistische Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sowie über die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungserbringer des Gesundheitswesens bilden damit eine unverzichtbare Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung und eine zielgerichtete Gesundheitspolitik. Zunehmende Bedeutung erlangt auch der europäische Vergleich gesundheitsrelevanter Sachverhalte, der es ermöglicht, Stärken und Schwächen unseres Gesundheitswesens besser zu erkennen. Durch das Erhebungsdesign ist ein Vergleich auf Ebene der Versorgungsregionen möglich.

3.2 Genauigkeit

3.2.1 Stichprobenbedingte Effekte, Repräsentativität

Die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Merkmale sind qualitativer bzw. diskreter Natur. Die Auswertung der Merkmale erfolgt überwiegend durch Berechnung von absoluten Häufigkeiten oder relativen Anteilen von Personen. Da der Auswertung die Daten einer Stichprobenerhebung zu Grunde liegen, sind die ausgewiesenen Werte mit einem Stichprobenfehler behaftet, der entweder mit Hilfe der „Generalised Variance Function“ insgesamt abgeschätzt werden kann (siehe Publikation „Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation) oder für jeden Schätzer individuell ermittelt werden kann.

Bei der Gesundheitsbefragung wurden Replikationsgewichte mit einem Bootstrapverfahren⁴ generiert, es wurden 1.000 (kalibrierte) Bootstrapgewichte erstellt. Für die Fehlerrechnung wird mit diesen 1.000 Bootstrapgewichten ein Schätzer berechnet und im Anschluss die Standardabweichung dieser 1.000 Werte berechnet. Diese entspricht dem geschätzten Stichprobenfehler. Der Variationskoeffizient wird als Quotient aus Stichprobenfehler und Schätzer berechnet.

In Tabelle 1 finden sich die Variationskoeffizienten für die geschätzten Personenzahlen mit einem bestimmten subjektiven Gesundheitszustand sowie die Konfidenzintervalle der entsprechenden Anteile.

⁴ Es wurde ein Bootstrapverfahren analog zum Mikrozensus angewandt. Für nähere Informationen siehe [„Weighting Procedure of the Austrian Microcensus using Administrative Data“](#), Austrian Journal of Statistics, September 2016, Volume 45, 3{14.

Tabelle 1:

Subjektiver Gesundheitszustand	Personenzahl		Variationskoeffizient	95%	95%
	absolut	in %		Konfidenzintervalls -	Konfidenzintervalls -
Männer					
Sehr gut	1.297.545	36,9	2,01	35,5	38,33
Gut	1.537.978	43,7	1,77	42,12	45,17
Mittelmäßig	539.401	15,3	3,56	14,3	16,45
Schlecht	121.463	3,5	10,51	2,72	4,14
Sehr schlecht	22.461	0,6	18,37	0,41	0,86
Frauen					
Sehr gut	1.285.561	34,6	1,71	33,46	35,72
Gut	1.565.931	42,1	1,66	40,78	43,53
Mittelmäßig	679.575	18,3	3,08	17,18	19,4
Schlecht	153.926	4,1	8,84	3,37	4,82
Sehr schlecht	31.576	0,9	16,24	0,58	1,12
insgesamt					
Sehr gut	2.583.106	35,7	1,33	34,8	36,63
Gut	3.103.909	42,9	1,21	41,89	43,91
Mittelmäßig	1.218.976	16,85	2,3	16,1	17,61
Schlecht	275.389	3,81	6,77	3,28	4,28
Sehr schlecht	54.037	0,75	12,33	0,58	0,93

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014.

3.2.2 Nicht-stichprobenbedingte Effekte

3.2.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Mikrozensus: Eurostat werden jährlich Qualitätsberichte übermittelt. Diese sind Ausgangsbasis für die periodischen Darstellungen der nationalen Arbeitskräfteerhebungen durch Eurostat und für die alle drei Jahre stattfindende Berichterstattung über die Implementierung der Verordnung (EG) Nr. 577/98 an den Rat und das Europäische Parlament.

3.2.2.2 Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung)

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

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

Da die Rekrutierung über den Mikrozensus erfolgte, liegen Informationen aus dieser Erhebung für eine Non-Response-Analyse vor. Untenstehende Tabelle 2 zeigt die Non-Response nach Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Schulbildung, Lebensunterhalt, Urbanisierungsgrad sowie Haushaltsgröße.

Tabelle 2:

Merkmale	Bevölkerung		Bruttostichprobe		Nettostichprobe		Non-response	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Number	in Prozent	Number	in Prozent
Insgesamt	7.235.423	100,0	38.768	100,0	15.771,0	40,7	22.997	59,3
Frauen								
Insgesamt	3.716.571	51,4	20.413	52,7	8.786,0	43,0	11.627	57,0
15-24	485.974	13,1	1.901	9,3	773,0	40,7	1.128	59,3
25-34	567.132	15,3	2.560	12,5	1.264,0	49,4	1.296	50,6
35-44	576.151	15,5	3.307	16,2	1.637,0	49,5	1.670	50,5
45-54	692.531	18,6	4.449	21,8	2.072,0	46,6	2.377	53,4
55-64	536.583	14,4	3.591	17,6	1.640,0	45,7	1.951	54,3
65-74	450.815	12,1	2.717	13,3	1.002,0	36,9	1.715	63,1
75-84	285.757	7,7	1.464	7,2	333,0	22,7	1.131	77,3
85+	121.628	3,3	424	2,1	65,0	15,3	359	84,7
Männer								
insgesamt	3.518.852	48,6	18.355	47,3	6.985,0	38,1	11.370	61,9
15-24	507.368	14,4	1.968	10,7	635,0	32,3	1.333	67,7
25-34	573.263	16,3	2.556	13,9	1.021,0	39,9	1.535	60,1
35-44	571.004	16,2	3.093	16,9	1.282,0	41,4	1.811	58,6
45-54	697.410	19,8	4.078	22,2	1.626,0	39,9	2.452	60,1
55-64	510.107	14,5	3.190	17,4	1.260,0	39,5	1.930	60,5
65-74	390.922	11,1	2.234	12,2	842,0	37,7	1.392	62,3
75-84	210.888	6,0	1.011	5,5	284,0	28,1	727	71,9
85+	57.890	1,6	225	1,2	35,0	15,6	190	84,4
Höchste abgeschlossene Schulbildung (nach ISCED)								
ISCED 0-2	1.683.465	23,3	8.344	21,5	2.460,0	29,5	5.884	70,5
ISCED 3-4	3.782.866	52,3	21.608	55,7	8.921,0	41,3	12.687	58,7
ISCED 5-8	1.769.089	24,5	8.816	22,7	4.390,0	49,8	4.426	50,2
Lebensunterhalt								
Erwerbstätig	3.785.461	52,3	21.572	55,6	9.247,0	42,9	12.325	57,1
Arbeitslos	371.039	5,1	1.333	3,4	595,0	44,6	738	55,4
Pensionist	1.974.766	27,3	10.507	27,1	3.863,0	36,8	6.644	63,2
Student	581.617	8,0	1.930	5,0	810,0	42,0	1.120	58,0
sonstiges	522.536	7,2	3.426	8,8	1.256,0	36,7	2.170	63,3
Urbanisierungsgrad								
Hohe Bevölkerungsdichte	2.542.505	35,1	9.443	24,4	3.972,0	42,1	5.471	57,9
Mittlere Bevölkerungsdichte	1.935.274	26,7	10.484	27,0	4.349,0	41,5	6.135	58,5
Niedrige Bevölkerungsdichte	2.757.641	38,1	18.841	48,6	7.450,0	39,5	11.391	60,5
Haushaltsgröße (Anzahl der Personen im Haushalt)								
1	1.418.859	19,6	7.269	18,8	2.660,0	36,6	4.609	63,4
2	2.359.256	32,6	13.379	34,5	5.210,0	38,9	8.169	61,1
3	1.510.204	20,9	7.780	20,1	3.259,0	41,9	4.521	58,1
4	1.293.182	17,9	6.818	17,6	3.076,0	45,1	3.742	54,9
5+	653.919	9,0	3.522	9,1	1.566,0	44,5	1.956	55,5

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014.

Auf Grundlage eines kontinuierlichen Monitorings wurde der Feldverlauf beobachtet und an der Umsetzung der Planwerte gearbeitet. Temporär stand das Erreichen der Zielwerte in einzelnen Versorgungsregionen in Frage. Die Herausforderung lag in der Tatsache, dass der Mikrozensus eine nach Bundesland, nicht jedoch nach den Versorgungsregionen innerhalb der Bundesländer, geschichtete Stichprobe ist. In einigen Versorgungsregionen mit geringer Einwohnerzahl reichte das Potential an Personen aus dem Mikrozensus daher nicht aus, um die festgelegte Netto-Stichprobenzahl an Befragungen zu erreichen (462 Personen bzw. 300 Personen in Versorgungsregionen mit geringer Einwohnerzahl). In den betroffenen Versorgungsregionen wurden Maßnahmen zur Gegensteuerung gesetzt, wie zum Beispiel der zusätzliche Versand von Motivationsbriefen nach anfänglicher Verweigerung und fallweise eine Erhöhung des Incentive-Wertes. Um die Rücksendung des ausgefüllten Papierfragebogens in entsprechender Höhe zu gewährleisten, wurden außerdem „Motivations- bzw. Reminder-Calls“ durchgeführt.

Kinderfragebogen

Eltern wurden zum Gesundheitszustand ihrer eigenen, im selben Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren befragt. Insgesamt wurden 5.277 Kinderfragebögen beantwortet (Alters- und Geschlechtsverteilung ist in Tabelle 3 ersichtlich).

Tabelle 3:

Kinder nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Bub	Mädchen	Insgesamt
ungewichtet			
0 - 2 Jahre	437	392	829
3 - 6 Jahre	550	537	1.087
7 - 10 Jahre	585	579	1.164
11 - 13 Jahre	481	440	921
14 - 17 Jahre	677	599	1.276
Gesamt	2.730	2.547	5.277
gewichtet			
0 - 2 Jahre	132.754	126.016	258.770
3 - 6 Jahre	159.476	148.551	308.027
7 - 10 Jahre	168.219	163.610	331.829
11 - 13 Jahre	124.248	125.238	249.486
14 - 17 Jahre	178.177	165.107	343.284
Gesamt	762.874	728.522	1.491.396

Q: STATISTIK AUSTRIA, „Gesundheitsbefragung 2014.“

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

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

Insgesamt wurden 38.768 Personen kontaktiert, von denen 17.425 (45%) „sicher“ zusagten. 21.343 Personen (55%) verweigerten die Teilnahme an der Gesundheitsbefragung. 1.594 Zielpersonen, die ihre Teilnahme zunächst zugesagt hatten, konnten trotz mehrmaligen Kontaktversuchen nicht erreicht werden bzw. verweigerten das Telefoninterview. 25 Personen brachen während der Erhebung das Interview ab. Bei 35 Personen waren die erhobenen Daten qualitativ unzureichend. Die österreichweite Ausschöpfung liegt damit bei 15.771 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsquote von 40,7%.

Untenstehende Tabelle 4 zeigt die Unterschiede in der Verteilung der Ausfälle und der kompletten Interviews nach Bundesland, Alter und Geschlecht. Der Anteil der kompletten Interviews ist in Vorarlberg und Salzburg am niedrigsten (38,1% bzw. 38,2%), im Burgenland am höchsten. Die Bereitschaft, an der Gesundheitsbefragung mitzuwirken, war im Alter von 25 bis 64 Jahre höher als bei der Bevölkerung unter 25 bzw. ab 65 Jahren.

Tabelle 4:

Merkmal	Bruttostichprobe	Ausfälle	Komplette Interviews	
			absolut	in %
Österreich	38.768	22.997	15.771	40,7
Bundesland				
Burgenland	2.192	1.236	956	43,6
Kärnten	2.559	1.462	1.097	42,9
Niederösterreich	5.986	3.536	2.450	40,9
Oberösterreich	7.362	4.465	2.897	39,4
Salzburg	2.624	1.621	1.003	38,2
Steiermark	6.832	4.062	2.770	40,5
Tirol	4.538	2.693	1.845	40,7
Vorarlberg	2.674	1.655	1.019	38,1
Wien	4.001	2.267	1.734	43,3
Alter				
15-19	1.680	1.121	559	33,3
20-24	2.189	1.340	849	38,8
25-29	2.441	1.393	1.048	42,9
30-34	2.675	1.438	1.237	46,2
35-39	2.799	1.480	1.319	47,1
40-44	3.601	2.001	1.600	44,4
45-49	4.329	2.451	1.878	43,4
50-54	4.198	2.378	1.820	43,4
55-59	3.780	2.106	1.674	44,3
60-64	3.001	1.775	1.226	40,9
65-69	2.523	1.546	977	38,7
70-74	2.428	1.561	867	35,7
75-79	1.514	1.108	406	26,8
80-84	961	750	211	22,0
85+	649	549	100	15,4
Geschlecht				
Männer	18.355	11.370	6.985	38,1
Frauen	20.413	11.627	8.786	43,0

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014.

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

Bei den meisten Fragen gab es nur wenig Verweigerungen oder „Ich weiß nicht“-Antworten (< 1%), einzig bei der Frage zum Einkommen lag die Verweigerungsrate bei etwa 9,4%. Auch beim Selbstausfüller wurde eine Imputation der fehlenden Fälle (7,1%) vorgenommen.

Falls die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Erhebung mitwirken konnte, wurde versucht, eine Auskunftsperson für den (verkürzten) Proxy-Fragebogen zu ermitteln. Proxy-Fragebögen wurden in 70 Fällen beantwortet. 46% der Proxy-Befragungen wurden bei Zielpersonen ab 75 Jahren durchgeführt. Anhand der Antworten im Proxy-Fragebogen wurde für diese Fälle eine Imputation des Hauptfragebogens durchgeführt.

3.2.2.4 Messfehler (Erfassungsfehler)

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

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zum Body-Mass-Index beruhen auf Selbstangaben der Befragten zu ihrem Körpergewicht sowie zu ihrer Körpergröße. Dabei ist zu beachten, dass bei Selbstangabe das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße hingegen überschätzt wird.

Auch ist die Messung des individuellen Alkoholkonsums mit mehreren potentiell verzerrenden Einflussfaktoren behaftet. In der Gesundheitsbefragung sind Informationen zum Alkoholkonsum von den Selbstangaben der Befragten abhängig und unterliegen mehr als andere Gesundheitsindikatoren dem sozial erwünschten Antwortverhalten. Aber auch das Erinnerungsvermögen und die richtige Einschätzung von konsumierten Alkoholmengen können die Ergebnisse beeinflussen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass eine auf Umfragedaten basierende Schätzung des Alkoholkonsums das Problem systematisch unterschätzt.

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

3.2.2.5 Aufarbeitungsfehler

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

3.2.2.6 Modellbedingte Effekte

Keine bekannt.

3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit

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

Die Rekrutierung von Stichprobenpersonen erfolgte ab Jänner 2013 im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung. Dabei wurden Personen nach Abschluss der letzten Mikrozensus-Befragungswelle gefragt, ob sie an der Gesundheitsbefragung teilnehmen wollten. Im Falle einer Zusage zur Teilnahme an der Erhebung übermittelte Statistik Austria einen Informationsbrief, um über die Zielsetzung der Erhebung und den Ablauf zu informieren. Dieser führte die wichtigsten zu erhebenden Merkmale an, um durch diese Vorabinformation Überraschungs- oder Prüfungseffekte zu minimieren und somit ein angenehmes Gesprächsklima zu ermöglichen. Ein zusätzlicher Informationsbrief des Auftraggebers (BMG) mit persönlicher Anrede wurde von den Zielpersonen überwiegend positiv aufgenommen.

Die Telefonbefragungen selbst wurden von Oktober 2013 bis Juni 2015 durchgeführt. In die Analyse flossen jene Selbstausfüller-Papierfragebögen ein, die bis Ende Juli 2015 an Statistik Austria übermittelt wurden.

Im Zuge der Aufarbeitung der Gesundheitsbefragung wurden nach Erhalt des Datensatzes Plausibilitätskontrollen, Zusammenführung des Hauptdatensatzes mit dem Selbstausfüller sowie Imputation fehlender Angaben durchgeführt. Der plausibilisierte, imputierte und gewichtete Datensatz war Anfang August 2015 vorhanden. Der Abgabetermin für den Bericht über die Hauptergebnisse an das BMG war lt. Vertrag am 31. Oktober 2015. Nach Absprache mit dem Ministerbüro wurde der 12. November 2015 für eine gemeinsame Pressekonferenz festgelegt. Daher wurden die Ergebnisse erst am 5. November 2015 an das BMG übermittelt.

3.4 Vergleichbarkeit

3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit

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

Die 2006/07 durchgeführte Gesundheitsbefragung war erstmals eine eigenständige Befragung und basierte auf computerunterstützten, persönlichen Interviews. Im Gegensatz zur Untersuchung 2014 war die Anstaltsbevölkerung bei der Stichprobenziehung nicht ausgeschlossen. Für Zeitvergleiche sind daher bei den Auswertungen aus dem ATHIS 2006/07 nur Informationen von Personen in Privathaushalten heranzuziehen.

Weitere Unterschiede zwischen ATHIS 2014 und ATHIS 2006/07:

- Unterschiedliche Stichprobenziehung (2014: Rekrutierung über Mikrozensus, 2006/07: eigene Stichprobe aus dem ZMR)
- geändertes Erhebungsdesign (2014: CATI, 2006/07: CAPI)
- einige Themen wurden 2014 neu bzw. nicht mehr aufgenommen
- punktuell geänderte Fragestellungen und/oder Antwortkategorien

3.4.2 Internationale und regionale Vergleichbarkeit

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

Vorteil der Output-Harmonisierung ist die größere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten, Nachteil ist eine mögliche Einschränkung der Vergleichbarkeit.

3.4.3 Vergleichbarkeit nach anderen Kriterien

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

3.5 Kohärenz

Bedingt auch durch die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Mikrozensus ergibt sich eine hohe Kohärenz bei soziodemographischen und sozioökonomischen Variablen mit den Ergebnissen aus dem Mikrozensus.

Für die meisten Themen, die in der Gesundheitsbefragung behandelt werden, stehen keine (administrativen) Daten für einen Vergleich zur Verfügung. Die GAP-DRG-Datenbank⁵ des Hauptverbandes ist lediglich bei einigen bestimmten Diagnosen für Morbiditätsberechnungen geeignet (Frakturen, Herzinfarkt, Schlaganfall). Sie beinhaltet derzeit aber nur die Daten der

⁵ Die Abrechnungsdaten aller Krankenversicherungsträger der Jahre 2006 und 2007 wurden mit indirektem Personenbezug an den Hauptverband übermittelt und in der GAP-DRG-Datenbank zusammengeführt. Berücksichtigt wurden die Leistungsdaten der Vertragspartner, der Spitäler, die Medikamente und die Krankenstanddaten; diese Datenquellen wurden über die jeweiligen Stammdaten verknüpft.

Jahre 2006 und 2007. Eine umfangreiche Bestandsaufnahme der Datenlage zu ausgewählten Krankheiten in Österreich ist im Bericht für das EUROSTAT-Projekt „[Morbidity Statistics Inventory Project](#)“ enthalten.

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

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

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

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

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

Die veröffentlichten Auswertungen aus EU-SILC zum Äquivalenzeinkommen dagegen basieren auf dem verfügbaren Nettajahreshaushaltseinkommen⁶. und sind daher nicht mit dem Äquivalenzeinkommen aus dem ATHIS vergleichbar:

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

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

⁶ In EU-SILC berechnet sich das verfügbare Haushaltseinkommen als Summe der Erwerbseinkommen, Kapitalerträge, Pensionen und allfälliger Sozialtransfers im Haushalt. Anschließend werden Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen. Das verfügbare Haushaltseinkommen ergibt sich schließlich durch Abzug und Hinzurechnung von Unterhaltsleistungen und sonstigen Privattransfers zwischen Haushalten.

4. Ausblick

Die Modernisierung von sozialstatistischen Erhebungen wird derzeit im breiteren Rahmen der europäischen Sozialstatistik diskutiert. Ziel ist eine Rahmenverordnung für die Sozialstatistik ("Integrated European Social Statistics - IESS") bis 2019. Diese Rahmenverordnung sieht eine Durchführung des EHIS alle sechs Jahre vor.

Die nächste Welle (EHIS Welle 3) wird wie Welle 2 auf Basis der Rahmenverordnung des Europäischen Parlaments und des Rates der EU VO (EG) Nr. 1338/2008 stattfinden. Alle inhaltlichen Fragen betreffend EHIS Welle 3 werden derzeit in einer Task Force, in der auch Statistik Austria vertreten ist, bearbeitet und dann entsprechend dem Europäischen Statistischen System in die übergeordneten Gremien weitergetragen. Die Durchführungsverordnung soll bis Ende 2017 politisch beschlossen werden, die Feldphase der Erhebung wird 2019 stattfinden.

Im Hinblick auf die UN Behindertenkonvention (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – UNCRPD (2008)), welche das Sammeln geeigneter Informationen, einschließlich statistischer und wissenschaftlicher Daten zum Monitoring der Implementierung der UNCRPD beinhaltet, soll im EHIS Welle 3 ein Modul zu Behinderungen inkludiert werden (zunächst auf freiwilliger Basis, für weitere Wellen jedoch verpflichtend).

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
AKE	Arbeitskräfteerhebung
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
EG	Europäische Gemeinschaft
EHCM	European Health Care Module
EHDM	European Health Determinants Module
EHIS	European Health Interview Survey
EHSM	European Health Status Module
EU	Europäische Union
Eurostat	Europäisches Statistisches Amt
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ILO	International Labour Organization
ISCED	International Standard Classification of Education
ISCO	International Standard Classification of Occupations
LFS	Labour Force Survey
MEHM	Minimum European Health Module
MZ	Mikrozensus
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistique
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHQ	Patient Health Questionnaire
SAF	Selbstaussfüller
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
WHO	World Health Organisation
WHOQOL-BREF	World Health Organisation Quality of Life-Kurzversion
ZMR	Zentrales Melderegister

Anlagen

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

[CATI-Fragebogen](#)

[Selbstaussfüller-Papierfragebogen \(SAF\)](#)

[Erhebungs- und Darstellungsmerkmale](#)

[Morbidity Statistics Inventory Project](#)