

STATISTIK AUSTRIA

Glossar der Gesundheitsstatistik

Stand 01.02.2025

Impressum

Auskünfte

Für schriftliche oder telefonische Anfragen steht Ihnen bei Statistik Austria der Allgemeine Auskunftsdienst zur Verfügung:

Guglgasse 13
1110 Wien
Tel.: +43 1 711 28-7070
E-Mail: info@statistik.gv.at
Fax: +43 1 711 28-7728

Medieninhaberin, Herstellerin und Herausgeberin

STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
Guglgasse 13
1110 Wien

Für den Inhalt verantwortlich

Mag. Michaela Prammer-Waldhör
Tel.: +43 1 711 28-7263
E-Mail: michaela.prammer-waldhoer@statistik.gv.at

Petra Ihle, BA
Tel.: +43 1 711 28-7533
E-Mail: petra.ihle@statistik.gv.at

Das Produkt und die darin enthaltenen Daten sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind der Bundesanstalt Statistik Österreich (STATISTIK AUSTRIA) vorbehalten. Bei richtiger Wiedergabe und mit korrekter Quellenangabe „STATISTIK AUSTRIA“ ist es gestattet, die Inhalte zu vervielfältigen, verbreiten, öffentlich zugänglich zu machen und sie zu bearbeiten. Bei auszugsweiser Verwendung, Darstellung von Teilen oder sonstiger Veränderung von Dateninhalten wie Tabellen, Grafiken oder Texten ist an geeigneter Stelle ein Hinweis anzubringen, dass die verwendeten Inhalte bearbeitet wurden.

Die Bundesanstalt Statistik Österreich sowie alle Mitwirkenden an der Publikation haben deren Inhalte sorgfältig recherchiert und erstellt. Fehler können dennoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Genannten übernehmen daher keine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte, insbesondere übernehmen sie keinerlei Haftung für eventuelle unmittelbare oder mittelbare Schäden, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen. Korrekturhinweise senden Sie bitte an die Redaktion.

© STATISTIK AUSTRIA

Wien 2025

Definitionen von Massen, Maßzahlen und Merkmalen (alphabetisch)

Altersspezifische Sterbeziffer

Gestorbene nach Altersgruppen (und Geschlecht) auf 10 000 oder 100 000 Lebende (gleichen Geschlechts); im ersten Lebensjahr Gestorbene bezogen auf die entsprechende Zahl der Lebendgeborenen.

Altersstandardisierte Rate

Durch Altersstandardisierung erzeugte Rate. Die standardisierte Rate gibt an, wie viele Erkrankungs- bzw. Sterbefälle aufgrund der jeweils herrschenden Gesundheitsverhältnisse auf 100 000 Personen entfallen wären, wenn der Altersaufbau der Bevölkerung (gleichen Geschlechts) in der betreffenden Berichtsperiode dem der Standardbevölkerung entsprochen hätte. Der vergleichsstörende Einfluss der Besonderheiten des jeweiligen Altersaufbaues ist dadurch ausgeschaltet.

Altersstandardisierte Sterberate

Da die meisten Erkrankungen von Geschlecht und Alter abhängig sind, ist die Verwendung einer Standardbevölkerung für die Vergleichbarkeit über Zeit, Region und Geschlecht von Bedeutung. Bei der Berechnung der altersstandardisierten Raten wird bei Statistik Austria die Altersgruppe der Einjährigen und Jüngeren nicht auf die Bevölkerung der Einjährigen und Jüngeren, sondern auf die Anzahl der Lebendgeborenen bezogen.

Für die Berechnung von altersstandardisierten Raten wird die von Eurostat publizierte Standardbevölkerung 2013 (Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's Task Force, Publications Office of the European Union, 2013) verwendet. Für die Berechnung der Raten von Frauen bzw. Männern sowie für beide Geschlechter zusammen wird jeweils dieselbe Standardbevölkerung verwendet; es gibt keine geschlechtsspezifische Standardbevölkerung.

Der wesentliche Vorteil von altersstandardisierten Raten im Vergleich zur Lebenserwartung ist, dass standardisierte Sterberaten für die einzelnen Todesursachen berechnet werden können. Sie werden daher vor allem zur vergleichenden Beschreibung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit verwendet.

→ Siehe „Altersstandardisierte Rate“.

Ambulante Geburt

Geburten, bei denen die Aufenthaltsdauer in einer Krankenanstalt, in einem Entbindungsheim (das keine Krankenanstalt ist) oder in der Wohnung der Hebamme unter 24 Stunden beträgt.

→ Siehe „Stationäre Geburt“.

Anzeigepflichtige Krankheiten

Die Meldung von anzeigepflichtigen Krankheiten ist in Österreich durch das Epidemiegesetz, das Zoonosengesetz, das Tuberkulosegesetz, das Geschlechtskrankheitengesetz und das AIDS-Gesetz geregelt und dient der Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten. Je nach Krankheit sind Verdachts-, Erkrankungs- bzw. Todesfälle zu melden.

Die Meldung anzeigepflichtiger Krankheiten erfolgt durch Ärzt:innen und Labore in das Elektronische Meldesystem EMS. Die Validitätsprüfung und Auswertung der EMS-Daten erfolgt durch die AGES (Abteilung für Infektionsepidemiologie und Surveillance, Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).

Geschlechtskrankheiten und AIDS sind im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik nicht ausgewiesen. Für Geschlechtskrankheiten besteht eine beschränkte Meldepflicht, die Ärzte nur dann zur Erstattung einer Meldung verpflichtet, wenn eine Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheit zu befürchten ist oder sich der Kranke der ärztlichen Behandlung bzw. Beobachtung entzieht. Was AIDS anbelangt, sind nur manifeste Erkran-

kungen und Todesfälle zu melden, bei denen eine AIDS-Erkrankung zum Zeitpunkt des Todes festgestellt wurde. Eine anonymisierte HIV-Teststatistik wird seit dem Jahr 1995 vom Gesundheitsministerium publiziert.

Anstaltsgeburt

Vor 1988 wurde auf dem Zählblatt nur zwischen „Anstaltsgeburt“ (dazu zählten auch Geburten in von Hebammen geleiteten Entbindungsheimen) und „Hausgeburt“ unterschieden. Ab dem Berichtsjahr 1988 zählen nur Geburten in Krankenanstalten als Anstaltsgeburten, nicht mehr hingegen Geburten in Entbindungsheimen. Die ausgewiesenen Zahlen können aus diesem Grunde von den früher veröffentlichten Zahlen abweichen.

→ Siehe „Ambulante Geburt“, „Stationäre Geburt“.

Apgar (nur bei Lebendgeborenen)

Nach der Anästhesistin namens Apgar wurde ein Punkteschema zur Beurteilung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt benannt. Es werden Herzschlagfrequenz, Atmung, Muskeltonus, Reflexauslösbarkeit und Hautfarbe jeweils eine, fünf und zehn Minute(n) nach der Geburt gemessen und mit Punkten benotet. Für jede Eigenschaft, z. B. Atmung, werden zwei, ein oder null Punkt(e) vergeben. Da die einzelne Bestnote „Zwei“ ist, ergibt die Summierung zum Apgar-Wert eine Zahl von maximal zehn und minimal null.

→ Siehe „Lebendgeborene“.

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die plötzlich von außen her schädigend auf den Körper einwirken und sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der unfallversicherten Tätigkeit ereignet haben. Im Jahr 2009 wurde der Erfassungszeitraum der Versicherungsfälle erweitert; seit diesem Jahr sind in der Zeitreihe auch jene Unfälle mitberücksichtigt, die sich im Berichtsjahr ereignet haben, aber erst im ersten Quartal des Folgejahres (bis spätestens 31. März) als Arbeitsunfall anerkannt wurden.

Ärzt:innen

Es sind alle berufsausübenden Mediziner:innen gezählt – das sind jene, die in die Ärzteliste eingetragen sind. Alle Angaben beziehen sich auf Daten der Österreichischen Ärztekammer bzw. für die Zahnärzt:innen auf Daten der Zahnärztekammer. Basis für die Statistik ist die Kammermitgliedschaft bei der Österreichischen Ärztekammer, welche laut Ärztesgesetz bei Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit zwingend vorgeschrieben ist und bei „Nichtausübung“ der Tätigkeit erlischt. Das heißt, Personen, die eine Berufsberechtigung haben, den Beruf jedoch nicht ausüben, sind nicht in der Ärzteliste eingetragen und daher hier nicht erfasst. Die Zahlen enthalten keine österreichischen Ärzt:innen, die im Ausland arbeiten, jedoch ausländische Staatsangehörige, die in Österreich beschäftigt sind. Hinsichtlich der Berufsberechtigung sind keine Mehrfachzählungen möglich, die Anzahl der Mitglieder ist deckungsgleich mit physischen Personen. Ärzt:innen, die mit mehr als einer Berufsberechtigung eingetragen sind (z. B. Allgemeinmediziner:innen mit fachärztlicher Ausbildung) oder gleichzeitig in Ausbildung stehen (Allgemeinmediziner:in und Turnusärzt:in) werden nur einmal gezählt, und zwar nach der überwiegenden Tätigkeit. Mehrfachzählungen aufgrund von mehreren Tätigkeitsfeldern (Praxis und Spital) sind ebenfalls ausgeschlossen. Mehrfachzählungen gibt es auf Bundesebene dann, wenn ein:e Mediziner:in in mehreren Bundesländern gleichzeitig tätig ist, da hier eine zusätzliche Mitgliedschaft bei der regionalen Ärztekammer begründet wird.

Unerheblich für die Eintragung in die Ärzteliste ist das Beschäftigungsmaß. In Tabelle 3.3 werden bei Fachärzt:innen alle Fächer gezählt, für die sie sich qualifiziert haben. Deshalb kommt es hier zu Mehrfachzählungen, weshalb auf eine Gesamtsumme verzichtet wurde. Die Ärzt:innenzahlen der Tabelle 3.5 (ärztliches Gesundheitspersonal in Krankenanstalten) stammen aus der Krankenanstaltenstatistik des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer gibt die Zahl der Aufenthaltstage (Belagstage) an, die ein:e Patient:in in einer Krankenanstalt laut KAKuG verbracht hat. Als Aufenthaltstage werden dabei Nächte (Mitternachtsstände) gezählt.

- **Aufenthaltsdauer (Durchschnitt):**

Durchschnittliche Dauer (arithmetisches Mittel) eines vollstationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus. Nulltagesaufenthalte sind aus dieser Berechnung ausgenommen.

- **Aufenthaltsdauer (Median):**

Ausgewiesen wird der Median für klassierte Daten. Der Median für klassierte Daten ist ein Lageparameter für die Aufenthaltsdauer von vollstationären Aufenthalten in einem Krankenhaus. Nulltagesaufenthalte sind aus dieser Berechnung ausgenommen.

→ Siehe „Vollstationäre Spitalsaufenthalte“, „Nulltagesaufenthalte“.

Aufenthaltstage

Als Aufenthaltstage (Belagstage) werden Nächte (Mitternachtsstände) gezählt, die ein:e Patient:in im Spital verbringt.

Ausbildungsstätten für nichtärztliche Gesundheitsberufe

Ausbildungsstätten für nichtärztliche Gesundheitsberufe sind Fachhochschulen (Bachelor-Studiengänge: Physiotherapie, medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, radiologisch-technischer Dienst, diät- und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, ergotherapeutischer Dienst, logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst, orthoptischer Dienst, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflege), (medizinisch-technische) Akademien im Gesundheitswesen (Physiotherapie), Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Sonderausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe, Weiterbildungen), Schulen für medizinische Assistenzberufe (Basismodul medizinische Assistenzberufe, medizinische Fachassistenz, Desinfektionsassis-

tenz, Gipsassistenz, Laborassistenz, Obduktionsassistenz, Operationsassistenz, Ordinationsassistenz, Röntgenassistenz, zahnärztliche Assistenz, Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz), Schulen für sonstige Ausbildungen im Gesundheitsbereich (Rettungs- und Notfallsanitätsdienst, allgemeine Notfallkompetenzen, besondere Notfallkompetenzen, Berufsmodul für Sanitätsdienst, medizinische Masseur:innen, Heilmasseur:innen, Spezialqualifikationsausbildungen für Masseur:innen).

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind als Schädigungen der Gesundheit durch die versicherte Erwerbstätigkeit definiert. Berufskrankheiten müssen nachweisbar berufsbedingt sein und durch schädigende Stoffe oder Strahlen hervorgerufen werden oder in der „Liste der Berufskrankheiten“ des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) gelistet sein.

Betten in Krankenanstalten

→ Siehe „Systemisierte (normierte) Betten“, „Tatsächlich aufgestellte Betten“.

Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI bezieht das Körpergewicht in Kilogramm auf das Quadrat der Körpergröße in Metern. Nach einer WHO-Klassifikation unterscheidet man beim Erwachsenen je nach BMI zwischen Untergewicht (BMI < 18,5), Normalgewicht (18,5 bis < 25,0), Übergewicht (25,0 bis < 30,0) und Adipositas (BMI ≥ 30,0).

CIS-Fälle (carcinoma in situ)

Karzinome im Vorstadium, das heißt präinvasive bzw. Oberflächenkarzinome, welche die Basalmembran noch nicht durchbrochen haben.

→ Siehe „Tumorstadium“.

DCO-Fälle (Death Certificate Only)

Wenn eine Krebserkrankung nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Krebsregistermeldung an das Krebsregister gemeldet wurde, die Person an der Erkrankung verstarb und diese Erkrankung auf dem amtlichen Totenschein vermerkt wurde, wird im Krebsregister eine Ersatzmeldung angelegt. Darüber hinaus erfolgt eine

Kontaktaufnahme mit der Krankenanstalt, die den Totenschein ausgestellt hat. Können auf diesem Weg weitere Informationen zum Krebsfall gewonnen werden (z. B. Diagnosedatum, Morphologie oder Tumorstadium bei Diagnosestellung), wird die Ersatzmeldung um diese Erkenntnisse ergänzt. Kann keine weitere Information ermittelt werden, bleibt die Ersatzmeldung als DCO-Fall (Death Certificate Only) im Register und geht mit unvollständigen Informationen in die Krebsstatistik ein.

→ Siehe „Krebsinzidenz“, „Tumorstadium“.

Disseminiertes Tumorstadium

Bösartiger Tumor mit nachgewiesenen Fernmetastasen.

→ Siehe „Tumorstadium“.

Durchschnittsalter der Mutter

Arithmetisches Mittel des Alters der Frauen zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes. Im Gegensatz zum durchschnittlichen Fertilitätsalter erfolgt keine Standardisierung der Altersverteilung.

Entbindungsart

Bei der Art der Entbindung wird zwischen Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zangen- geburt und Manualhilfe unterschieden. Ab dem Berichtsjahr 2015 ist eine Unterteilung der Kaiserschnitte in primär und sekundär möglich.

→ Siehe „Kaiserschnitt“.

Entlassungsdiagnose

Für jeden stationären Krankenhausaufenthalt wird eine Entlassungsdiagnose (Hauptdiagnose) angegeben.

→ Siehe „Hauptdiagnose“.

Fertilitätsalter (Durchschnitt)

Arithmetisches Mittel der Altersverteilung der Fertilitätsraten für einjährige Altersgruppen.

Frühgeburten

Geborene bei einer Schwangerschaftsdauer unter 37+0 Wochen (weniger als 259 Tage). Definition der Frühgeburten entsprechend WHO-Richtlinien.

→ Siehe „Untergewichtige Geborene“.

Geborene

Summe der Lebendgeborenen und Totgeborenen.

→ Siehe „Lebendgeborene“, „Totgeborene“.

Gesamtfertilitätsrate (GFR)

Die Gesamtfertilitätsrate eines Kalenderjahres gibt an, wie viele lebendgeborene Kinder eine am Beginn des gebärfähigen Alters stehende Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsraten herrschten wie in dem betreffenden Kalenderjahr und wenn von der Sterblichkeit der Frau abgesehen würde.

Die Gesamtfertilitätsrate wird als Summe der altersspezifischen Fertilitätsraten berechnet. In erster Linie stellt sie einen zusammenfassenden Indikator der Fertilitätsverhältnisse eines Kalenderjahres dar, womit sie eine ähnliche Funktion erfüllt wie die Lebenserwartung auf dem Gebiet der Sterblichkeit. Als Prognosewert für die endgültige Kinderzahl einer am Beginn des gebärfähigen Alters stehenden Frau eignet sie sich nur dann, wenn in den nachfolgenden 40 Kalenderjahren die altersspezifischen Fertilitätsraten unverändert bleiben.

Gestorbene

Alle in Österreich verstorbenen Personen. Die Ergebnisse enthalten ab Berichtsjahr 2009 Sterbefälle von in Österreich (mit Hauptwohnsitz) wohnhaften Personen, die im Ausland stattgefunden haben. Personen, die im Ausland leben und in Österreich versterben, werden zwar erhoben und erfasst, sind in den publizierten Daten jedoch nicht enthalten. Die Zahl der Totgeborenen ist ebenfalls nicht in der Anzahl der Gestorbenen enthalten.

→ Siehe „Totgeborene“.

Gestorbene nach Region

Die regionale Zuordnung der Sterbefälle erfolgt nach dem Wohnort der verstorbenen Person.

Gestorbene Säuglinge

Im ersten Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene).

→ Siehe „Totgeborene“.

Geburtenfolge insgesamt

Diese Ordnungszahl der Geburt gibt an, um das wievielte Kind der Frau es sich handelt, unter Berücksichtigung vorangegangener Lebend- und Totgeburten.

Geburtseinleitung

Unter der Geburtseinleitung wird die künstliche Auslösung einer Geburt vor dem natürlichen Einsetzen der Wehen durch die Gabe von hormonell wirksamen Substanzen (medikamentös) oder mechanische Manipulation (Amniotomie, künstliche Fruchtblasensprengung verstanden).

Hauptdiagnose

Pro stationären Krankenhausaufenthalt wird exakt eine Hauptdiagnose (Entlassungsdiagnose) angegeben. Die Hauptdiagnose ist eine endgültig abgeklärte Diagnose, die jene Gesundheitsstörung beschreibt, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausgestellt hat. Ist eine endgültige Abklärung nicht möglich, dann wird das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose angegeben. Demnach muss die Hauptdiagnose nicht die Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose und auch nicht immer jene Diagnose sein, mit der ein:e Patient:in zur Weiterbehandlung entlassen wird (oder an welcher ein:e Patient:in nach der Entlassung leidet); sie muss auch nicht unbedingt eine für die entlassende Fachabteilung typische Diagnose sein.

Eine während des Krankenhausaufenthalts neu erworbene Erkrankung oder neu aufgetretene Komplikation kann keine Hauptdiagnose sein. Bei Sterbefällen ist darauf zu achten, dass die Hauptdiagnose nicht in jedem Fall mit der Todesursache ident sein muss.

Als Diagnosesystematik wird seit dem Berichtsjahr 2001 die ICD-10-Klassifikation in einer

eigenen Version des Gesundheitsministeriums verwendet (aktuelle Fassung: BMSGPK 2022). Die Daten sind nach der aktuell gültigen „International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation“ (ISHMT, Fassung 01.01.2021) tabelliert.

→ Siehe „ICD (International Classification of Diseases)“, „Todesursache“.

Hebammen

Der Beruf der Hebamme ist in einem Bundesgesetz geregelt. Die Ausbildung erfolgte bis 2006 an Hebammenakademien (Abschluss mit Diplom). Seit 2007 ist die Hebammenausbildung ein dreijähriges Bachelorstudium, welches an derzeit sieben Fachhochschulen in Österreich möglich ist. Seit 1994 sind erstmals auch Männer für den Hebammenberuf zugelassen.

ICD (International Classification of Diseases)

Als ICD wird die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ bezeichnet. Die ICD kann als eine Systematik von Krankheitsgruppen definiert werden, der Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden. Zweck der ICD ist das Ermöglichen von systematischen Aufzeichnungen, Analysen, Interpretationen und Vergleichen von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten verschiedener Länder, Gebiete und Zeiträume. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene 10. Revision (ICD-10) wird derzeit international als Diagnosenklassifikation eingesetzt. Die deutschsprachigen Versionen der ICD-Klassifikationen werden vom deutschen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben und online zugänglich gemacht.

ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

Die ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation) ist eine von Eurostat, der OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) und der WHO ausgearbeitete ICD-Gliederung, in der ICD-3- bzw. ICD-4-Steller international standardisiert zu Gruppen und

Kapiteln zusammengefasst werden (aktuelle Fassung: 01.01.2021).

→ Siehe „ICD (International Classification of Diseases)“.

Kaiserschnitt

Ab dem Berichtsjahr 2015 ist eine Unterteilung der Kaiserschnitte in primär und sekundär möglich. Bei einem primären oder geplanten Kaiserschnitt hat die Geburt noch nicht begonnen. Das heißt, es gab weder einen Blasensprung noch haben muttermundwirksame Wehen eingesetzt. Er beinhaltet den Wunschkaiserschnitt sowie den Kaiserschnitt mit einer absoluten (unbedingt nötigen) und relativen (situationsabhängigen) Indikation. Von einem sekundären Kaiserschnitt oder Notkaiserschnitt spricht man, wenn die Geburt bereits begonnen hat, das heißt, wenn die Fruchtblase gesprungen oder es zu muttermundwirksamen Wehen gekommen ist, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer.

Krankenanstalten

Krankenanstalten gemäß dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 idGF.

Krankenstände

In der Krankenstandsstatistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstands-fälle erfasst, die den Versicherungsträgern bis spätestens Februar des folgenden Kalenderjahres bekannt wurden (das heißt, für die eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit ausgestellt wurde). Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Die Daten beruhen auf den Jahresstatistiken der ASVG-Krankenversicherungsträger, die die Krankenstände von Arbeiter:innen und Angestellten, nicht jedoch die Krankenstände von über Krankenfürsorgeanstalten versicherten pragmatisierten Bediensteten enthalten. Der erfasste Personenkreis der Beschäftigten wird für Arbeiter:innen und Angestellte nach dem ASVG sowie für Vertragsbedienstete der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter nach den Kriterien der neuen Beschäftigten-

statistiken berechnet, das heißt Präsenzdiener und Kinderbetreuungsgeldbeziehende sind nicht mehr erfasst (rückwirkende Bereinigung ab 2000). Ebenfalls nicht erfasst sind die beitragsfrei mitversicherten Angehörigen, da sie den Versicherungsträger:innen nicht gemeldet werden müssen.

Krankenstandstage

Als Krankenstandstage werden Kalendertage und nicht Arbeitstage gezählt.

→ Siehe „Krankenstände“.

Krebserkrankungen nach Region

Die regionale Zuordnung der Krebserkrankungen erfolgt nach dem Wohnort der erkrankten Person.

Krebsinzidenz

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen einschließlich der Sterbefälle an Krebs, die zuvor nicht dem Krebsregister gemeldet wurden (DCO-Fälle, Death Certificate Only). Diese Definition entspricht den internationalen Vorgaben. Fälle von „nichtmelanotischen Hautkrebsen“ sowie Vorstadien (CIS-Fälle, carcinoma in situ) gehen nicht in die Ergebnistabellen ein. Die Erfassung der Krebsneuerkrankungen erfolgt gemäß dem Krebsstatistikgesetz, BGBl. Nr. 138/1969, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 425/1969 und der Krebsstatistikverordnung, BGBl. Nr. 124/2019. Die Informationen zu den DCO-Fällen entstammen ausschließlich den Totenscheinen.

→ Siehe „CIS-Fälle (carcinoma in situ)“, „DCO-Fälle (Death Certificate Only)“.

Lage des Kindes bei der Geburt

Die Lage des Kindes bei der Geburt bezeichnet das Verhältnis der Längsachse des Kindes zur Längsachse der Mutter bzw. des Uterus. Unterschieden werden dabei regelrechte Schädellage, regelwidrige Schädellage, Beckenendlage, Querlage und unbekannte/nicht bestimmbare Lage.

Langzeitpflege System of Health Accounts (SHA)

Unter Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts (SHA) werden pflegerische Tätigkeiten sowie Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (wie sich bewegen, essen und trinken, sich waschen oder ankleiden) verstanden. Haushaltshilfe oder betreutes Wohnen sind nicht inkludiert.

Lebendgeborene

Bis 31.12.1976 galt ein Kind als lebend geboren, wenn nach der Entbindung die natürliche Lungenatmung eingesetzt hatte. Zwischen 01.01.1977 und 31.12.1994 galt ein Kind als lebend geboren, wenn entweder die natürliche Lungenatmung eingesetzt, das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert hat. Seit 01.01.1995 ist die derzeit verwendete Definition gültig, wonach unabhängig von der Schwangerschaftsdauer eine Leibesfrucht dann als lebend geboren gilt, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht (Definition entsprechend den WHO-Richtlinien). Siehe auch Hebammengesetz (HebG) vom 28.04.1884, § 8.
→ Siehe „Totgeborene“.

Lebendgeborene nach Region

Die regionale Zuordnung der Lebendgeborenen erfolgt nach dem Wohnort der Mutter.

Lokalisiertes Tumorstadium

Bösartiger Tumor, der auf das Ursprungsorgan beschränkt ist.

→ Siehe „Tumorstadium“.

Medizinische Leistungen (MEL)

Die medizinischen Leistungen werden seit dem Jahr 1997 im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) erfasst. Die Codierung erfolgt entlang eines Leistungskataloges, der alle abrechnungsrelevanten medizinischen Einzelleistungen enthält und sie

einheitlich zu (Unter-)Kapiteln zusammenfasst. Dieser Katalog wird jährlich gewartet und adaptiert (es gilt die Fassung des aktuellen Berichtsjahres). Um eine konsistente Darstellung über die gesamte Zeitreihe zu ermöglichen, ist die Liste der ausgewiesenen Leistungen über die Jahre kumulativ. In der Spitalsentlassungsstatistik sind ausschließlich stationäre, verpflichtend zu codierende Leistungen erfasst.

Meldepflichtige Krankheiten

→ Siehe „Anzeigepflichtige Krankheiten“.

Müttersterbefall

Jeder Sterbefall einer Frau während ihrer Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft, unabhängig von Dauer und Sitz der Schwangerschaft. Als Todesursache gilt jede Ursache, die in Beziehung zur Schwangerschaft und zu deren Behandlung steht oder durch diese verschlechtert wird, nicht aber Unfälle oder zufällige Ereignisse.

Nabelschnur-ph-Wert (nur bei Lebendgeborenen)

Der Gesundheitszustand unmittelbar nach der Geburt kann mit Hilfe des Nabelschnur-ph-Wertes eingeschätzt werden. Er gilt als wichtiges Qualitätsmerkmal für die Geburtshilfe. Azidotische Werte werden als Beweis für einen erlittenen Sauerstoffmangel angesehen. Bei einem Neugeborenen liegt der angestrebte Nabelschnur-ph-Wert bei mindestens 7,2. Bei ph-Werten zwischen 7,19 und 7,10 spricht man von einer leichten Azidose, bei Werten zwischen 7,09 und 7,0 von einer mittelschweren und bei einem Wert unter 7,0 von einer schweren Azidose.

→ Siehe „Lebendgeborene“.

Neonatale Sterblichkeit

In den ersten 28 Lebenstagen Gestorbene.

Nettoreproduktionsrate (NRR)

Sie gibt an, wie viele lebendgeborene Töchter eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitäts- und Sterblichkeitsverhältnisse herrschen würden wie in dem betreffenden Kalenderjahr. Sie unterscheidet sich von der Bruttoreproduk-

tionsrate (BRR) dadurch, dass hier auch die weibliche Sterblichkeit vom Zeitpunkt der Geburt bis zum Alter der Mutter berücksichtigt wird.

Die Nettofortpflanzungsrate gibt an, in welchem Ausmaß eine Müttergeneration durch die Töchtergeneration ersetzt wird, wenn die im Kalenderjahr beobachteten Fertilitäts- und Sterblichkeitsverhältnisse sich in Zukunft nicht mehr ändern würden; der Wert 1 bedeutet dabei vollen Ersatz, das heißt im Wesentlichen, dass die Fertilität ausreicht, um die Müttergeneration zahlenmäßig vollständig durch die Töchtergeneration zu ersetzen; ein Wert von 0,7 bedeutet beispielsweise, dass ein Bevölkerungsrückgang zu erwarten ist und nur 70% der Müttergeneration durch die Töchtergeneration ersetzt werden.

Nulltagesaufenthalte

Die Zahl der Nulltagesaufenthalte (Synonym: tagesklinische Aufenthalte) bezieht sich auf die Zahl der Entlassungen aus stationären Aufenthalten in Krankenanstalten, bei denen die Entlassung am selben Tag wie die Aufnahme (noch vor Mitternacht) erfolgt.

→ Siehe „Stationäre Spitalsaufenthalte“.

Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit

Für die Zuerkennung von Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit ist das Vorhandensein von Invalidität Bedingung. Ab dem Jahr 2010 werden Invaliditätspensionen (Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen) nur noch bis zum 60. Lebensjahr (Frauen) bzw. bis zum 65. Lebensjahr (Männer) als solche gezählt, danach werden sie in reguläre Alterspensionen umgewandelt. Seit dem 01.01.2014 beziehen Personen ab dem 50. Lebensjahr Rehabilitationsgeld anstelle der bis dahin ausbezahlten befristeten Invaliditätspensionen. Ausgewiesen ist jeweils die Zahl der im Monat Dezember ausbezahlten Pensionen, wobei Pensionen der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates nicht inkludiert sind.

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene und in der ersten Lebenswoche Gestorbene. Von der per 01.01.1995 erfolgten Definitionsänderung der Totgeborenen war naturgemäß auch die Perinatalsterblichkeit betroffen, da der Bruch in der Zeitreihe zu einer definitiven Erhöhung der Perinatalsterblichkeit führte.

→ Siehe „Totgeborene“.

Personal in den Krankenanstalten

Ärzt:innen sowie nichtärztliche Gesundheitsberufe (Hebammen, gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege, gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technische Fachdienste, Pflegehilfe, medizinische Assistenz, Sanitäter:innen, Masseur:innen, Notfallkompetenz).

Postneonatale Sterblichkeit

Nach dem 28. Lebenstag bis zum Ende des ersten Lebensjahres Gestorbene.

Regionalisiertes Tumorstadium

Tumorausbreitung eines bösartigen Tumors in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen.

→ Siehe „Tumorstadium“.

Säuglingssterblichkeitsrate

Im ersten Lebensjahr Gestorbene, bezogen auf die Zahl der Lebendgeborenen desselben Kalenderjahres.

Schwangerschaftsdauer

Schwangerschaftsdauer in vollendeten Wochen plus Tagen (der nächsten angefangenen Woche).

Später Müttersterbefall

Tod einer Frau aufgrund direkter und indirekter gestationsbedingter Ursachen, der später als 42 Tage nach dem Ende der Schwangerschaft, aber noch vor Ablauf eines Jahres nach dem Ende der Schwangerschaft eintritt.

Spitalsaufenthalte

→ Siehe „Spitalsentlassungen“.

Spitalsentlassungen

In der Spitalsentlassungsstatistik sind Entlassungsfälle mit den Hauptdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt dokumentiert.

→ Siehe „ICD (International Classification of Diseases)“, „Hauptdiagnose“.

Jahresübergreifende Fälle werden dem Jahr zugerechnet, in dem die Entlassung stattgefunden hat. Es handelt sich bei der Spitalsentlassungsstatistik nicht um eine personenbezogene, sondern um eine fallbezogene Statistik. Das bedeutet, dass eine Person, die im Verlauf eines Kalenderjahres mehrmals ein Krankenhaus aufgesucht hat (auch wegen derselben Diagnose), auch mehrmals in der Statistik aufscheint, ohne dass erkennbar ist, dass es sich um dieselbe Person gehandelt hat.

Staatsangehörigkeit der Geborenen

Uneheliche Kinder erhalten die Staatsangehörigkeit der Mutter. Eheliche Kinder haben bis 31.08.1983 die Staatsangehörigkeit des Vaters erhalten, ab 01.09.1983 erhalten sie die österreichische Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil die österreichische Staatsbürgerschaft hat.

→ Siehe „Geborene“.

Stationäre Spitalsaufenthalte

Die Zahl der stationären Aufenthalte entspricht der Zahl der Spitalsentlassungen aus vollstationären oder Nulltagesaufenthalten in einer österreichischen Krankenanstalt. Aufenthalte, die sich über einen Jahreswechsel erstrecken, werden für jenes Jahr ausgewiesen, in dem die Entlassung stattgefunden hat.

→ Siehe „Spitalsentlassungen“, „Nulltagesaufenthalte“, „Vollstationäre Spitalsaufenthalte“.

Stationäre Geburt

Geburten, bei denen die Aufenthaltsdauer in einer Krankenanstalt, in einem Entbindungsheim (das keine Krankenanstalt ist) oder in der Wohnung der Hebamme „24 Stunden und mehr“ beträgt.

→ Siehe „Ambulante Geburt“.

Stellungsergebnisse

Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen der Stellungspflichtigen für die Aufnahme in das Bundesheer.

Sterbefall während der Gestation

Tod einer Frau, der während ihrer Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach dem Ende der Schwangerschaft eintritt, wobei die Todesursache nicht in Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt stehen muss.

→ Siehe „Müttersterbefall“.

System of Health Accounts (SHA)

Die Gesundheitsausgabenrechnung folgt den Regeln des „System of Health Accounts“ (SHA) und wird seit 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erstellt. Das SHA basiert auf umfassenden, konsistenten und international vergleichbaren Gesundheitskonten und wurde im Mai 2000 erstmals von der OECD in Form des Manuals „A System of Health Accounts“ veröffentlicht. Inzwischen liegt eine von OECD, Eurostat und WHO revidierte Fassung des Manuals vor (A System of Health Accounts, 2011 Edition). Für alle Darstellungsformen der österreichischen Gesundheitsausgaben gilt, dass die Ergebnisse bis inklusive des Jahres 2003 nach den Konzepten und Methoden des SHA 1.0 Manuals berechnet wurden; ab dem Jahr 2004 bildet das SHA 2011 Manual die methodische Grundlage.

Systemisierte (normierte) Betten

Anzahl der Betten einer Krankenanstalt, die durch eine sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist (Stand per 31.12. des Berichtsjahres).

→ Siehe „Tatsächlich aufgestellte Betten“.

Tagesklinische Spitalsaufenthalte

Die Zahl der tagesklinischen Aufenthalte (Nulltagesaufenthalte) bezieht sich auf stationäre Spitalsaufenthalte in Krankenanstalten, bei denen die Aufnahme und Entlassung am selben Kalendertag erfolgt (Entlassung noch vor Mitternacht).

→ Siehe „Nulltagesaufenthalte“, „Stationäre Spitalsaufenthalte“.

Tatsächlich aufgestellte Betten

Anzahl der Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die einer Abteilung/Fachstation einer Krankenanstalt mindestens sechs Monate im Jahr zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob sie belegt werden oder nicht. Funktionsbetten zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten (z. B. Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten in der Geburtshilfe).

→ Siehe „Systemisierte (normierte) Betten“.

TNM-Klassifizierung maligner Tumoren

Tumorstadieneinteilung entsprechend der Union International Contre le Cancer: TNM-Klassifizierung der malignen Tumore und allgemeine Regeln zur Anwendung des TNM-Systems.

→ Siehe „Tumorstadium“.

Todesursache

Basis für die Erstellung der Todesursachenstatistik ist der sogenannte „Totenschein“ (Anzeige des Todes – Formblatt 2a). Dieser wird bei jedem Todesfall von einem Arzt bzw. einer Ärztin im Zuge einer Totenbeschau oder Obduktion ausgefüllt. Der Totenschein wird in der Folge über das Zentrale Personenstandsregister (ZPR) an Statistik Austria weitergeleitet. Auf dem Totenschein sind die medizinischen Angaben in einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegten Form anzugeben. In Abschnitt 1 des Totenscheins wird eine Kausalkette von der den Tod auslösenden Krankheit (Grundleiden) bis hin zur unmittelbaren Todesursache vermerkt, in Abschnitt 2 Begleiterkrankungen und in Abschnitt 3 externe Ursachen wie z. B. „Verkehrsunfall“. Darüber hinaus werden noch Fragen zur Müttersterblichkeit und zu einer eventuell durchgeführten Obduktion beantwortet. Die medizinischen Angaben auf dem Totenschein werden gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) der Weltgesundheitsorganisation für die Todesursachenstatistik codiert. Im Sinne des Setzens von Präventionsmaßnahmen des

öffentlichen Gesundheitswesens zur Verhütung von Todesfällen besteht in erster Linie Interesse daran, die ursprüngliche Krankheit zu erfassen, welche die Kausalkette bis hin zum Tod auslöste (sogenannte Grunderkrankung oder Grundleiden). Zahlreiche Codierregeln der ICD sorgen daher dafür, die dominante Grunderkrankung als Todesursache festzulegen und in der „unikausalen Todesursachenstatistik“ zu codieren.

→ Siehe „ICD (International Classification of Diseases)“.

Totgeborene

Bis 31.12.1976 galt ein Kind als totgeboren, wenn es mindestens 35 cm lang war und die natürliche Lungenatmung nicht eingesetzt hatte. Zwischen 01.01.1977 und 31.12.1994 (alte Definition) galt ein Kind als totgeboren oder in der Geburt verstorben, wenn es mindestens 35 cm lang war und weder die natürliche Lungenatmung eingesetzt noch das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert hat. Totgeborene Leibesfrüchte, die weniger als 35 cm lang sind, galten als Fehlgeburten und wurden nicht beurkundet. Ab 01.01.1995 (neue Definition entsprechend den WHO-Richtlinien) gilt eine Leibesfrucht dann als totgeboren oder in der Geburt verstorben, wenn keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von mindestens 500 g aufweist. Es gibt aber auch seltene Fälle von Spätaborten (z. B. durch medizinische Indikation), bei denen die Föten 500 g oder mehr Gewicht hatten. Diese werden ebenfalls normal beurkundet. Totgeborene Leibesfrüchte, deren Geburtsgewicht weniger als 500 g aufweisen, gelten als Fehlgeburten und werden nicht beurkundet. Da die alte Definition mit 35 cm Körperlänge einem durchschnittlichen Geburtsgewicht von etwa 1 000 g entspricht, bedeutet der Übergang zur neuen Definition eine definitorische Erhöhung der Totgeburtenhäufigkeit um etwa ein Drittel. Dieser Bruch in der Zeitreihe ist bei einem Zeitvergleich daher unbedingt zu beachten. Die gesetzliche Regelung bezüglich Tot- und Fehlgeburt findet sich im Hebammengesetz § 8.

→ Siehe „Geborene“, „Lebendgeborene“.

Tumorstadium

Im österreichischen Krebsregister wird die Einteilung der Tumorstadien nach dem TNM-System vorgenommen (Union International Contre le Cancer: TNM-Klassifizierung der malignen Tumore und allgemeine Regeln zur Anwendung des TNM-Systems, 8. Auflage, Springer-Verlag Berlin – Heidelberg – New York, 2017).

Folgende Stadien werden unterschieden (im Klammersymbol befindet sich die Zuordnung nach dem TNM-System):

- **CIS (carcinoma in situ):**
Vorstadium (TIS)
- **Lokalisiertes Tumorstadium:**
Tumor auf das Ursprungsorgan beschränkt (T0–2, N0, M0)
- **Regionalisiertes Tumorstadium:**
Tumorausbreitung in unmittelbar benachbartes Gewebe und/oder in regionale Lymphknoten, jedoch keine Fernmetastasen (T0–2, N1–4, M0; T3–4, N0–4, M0; TX, N1–4, M0)
- **Disseminiertes Tumorstadium:**
Nachgewiesene Fernmetastasen (T0–X, N0–X, M1).

Für DCO-Fälle (Death Certificate Only) ist keine Stadieneinteilung möglich.

→ Siehe „DCO-Fälle (Death Certificate Only)“.

Untergewichtige Geborene

Geburtsgewicht unter 2 500 g (Definition entsprechend den WHO-Richtlinien).

→ Siehe „Geborene“, „Lebendgeborene“, „Totgeborene“.

Vollstationäre Spitalsaufenthalte

Die Zahl der vollstationären Aufenthalte bezieht sich auf die Zahl der Entlassungen aus stationären Aufenthalten in Krankenanstalten, bei denen ein:e Patient:in zumindest eine Nacht im Spital verbracht hat (Zahl der vollstationären Spitalsaufenthalte = Zahl der Aufenthalte um Mitternacht).

→ Siehe „Stationäre Spitalsaufenthalte“.

Vorsorgeuntersuchungen

„Gesundenuntersuchungen“ im Rahmen des „Gesundheitschecks“ stehen allen in Österreich wohnhaften Personen ab 18 Jahren, auch allen Nichtversicherten, einmal jährlich kostenlos zur Verfügung. Die Untersuchungen werden von Vertragsärzt:innen nach einem standardisierten Programm durchgeführt. Bezugnahme auf das allgemeine Basisprogramm ohne gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und ohne Zusatzuntersuchungen für bestimmte Zielgruppen.