

VIENNA INSTITUTE OF DEMOGRAPHY

Working Papers

3 / 2009

Maike Wendland und Isabella Buber

Ein Vergleich der Ergebnisse der ersten Welle des Österreichischen „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) und der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ (ATHIS)



Vienna Institute of Demography
Austrian Academy of Sciences

Wohllebengasse 12-14
A-1040 Vienna · Austria

E-Mail: vid@oeaw.ac.at

Website: www.oeaw.ac.at/vid



Abstract

To anticipate future challenges that arise from the ageing society in Austria, it is necessary to analyse already today the health of elderly people. Currently, two datasets are available for this purpose, namely the *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) and the *Austrian Health Interview Survey* (ATHIS). In a first part, the present study depicts a qualitative comparison of both questionnaires concerning the coverage of the state of health, health behaviour and health care utilisation. In a second, it presents a comparison of descriptive findings for persons aged 50 years and more regarding the prevalence of various chronic diseases. A comparison of the included questions shows that both surveys are in different ways adaptive to the requirements of elderly people. Yet the benefit of SHARE is that it captures the socio-demographic circumstances of elderly people much more broadly than ATHIS. Moreover, SHARE allows a dynamic analysis of the ageing process due to its longitudinal design. The results of descriptive analyses reveal a higher prevalence for most diagnoses of chronic diseases in ATHIS. Certain diseases—like cancer or osteoporosis—tend to be underrepresented in SHARE. In general, the persons interviewed in SHARE tend to be healthier than those included in ATHIS. The higher level of education of the SHARE sample might only partly explain this discrepancy.

Keywords

Austrian health survey, SHARE, ATHIS, comparison of data, ageing, Austria, health

Authors

Maike Wendland is student in physical Anthropology at the Johannes Gutenberg-University of Mainz, Germany. She was an intern at the Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Sciences during the summer 2008. Email: maike.wendland@web.de

Isabella Buber is research scholar at the Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Sciences. Email: Isabella.Buber-Emnser@oeaw.ac.at

Acknowledgements

We want to thank Richard Gisser for helpful comments as well as Florian Pauer, Petra Schmutz and Werner Richter for editing.

Ein Vergleich der Ergebnisse der ersten Welle des Österreichischen „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) und der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ (ATHIS)

Maike Wendland und Isabella Buber

1. Einleitung

Die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung wird sich in den kommenden Jahrzehnten deutlich verändern. Einerseits erreichen die Österreicherinnen und Österreicher aufgrund der steigenden Lebenserwartung ein immer höheres Alter, andererseits hält sich seit einigen Jahrzehnten die Fertilität auf niedrigem Niveau, was zu einem Altern unserer Gesellschaft führen wird. Schließlich wird der zukünftige Pensionseintritt der Baby-Boomer - der stark besetzten Geburtenjahrgänge der 1950er und 1960er Jahre - eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft, deren Gesundheits- und Pensionssystem darstellen.

Die Menschen erreichen aufgrund der steigenden Lebenserwartung ein immer höheres Alter. So erhöhte sich die Lebenserwartung bei der Geburt von 66,9 (73,4) Jahren für Knaben (Mädchen) im Jahre 1966 auf 77,1 (82,7) im Jahr 2006 (Statistik Austria, 2008a). Für 2050 wird eine Lebenserwartung von 86 (90) Jahren prognostiziert (Statistik Austria, 2007b). Der Anteil der über 65-Jährigen wird von 17% im Jahr 2007 auf 25% im Jahr 2030 ansteigen (VID, 2008). Bis 2020 wird jeder vierte Österreicher über 60 Jahre alt sein (Statistik Austria, 2008b). Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich von 2007 bis 2030 um beinahe drei Prozentpunkte auf 7,4% erhöhen (VID, 2008), was einer Steigerung von fast 65% entspricht. Das Gesundheitssystem steht mit dieser steigenden Anzahl von älteren Menschen einer großen Herausforderung gegenüber. Um deren Ausmaß antizipieren zu können, ist es notwendig, sich vorzeitig einen Überblick über die gesundheitliche Situation älterer Menschen zu verschaffen. Wichtige Basis für die Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes und zukünftige Prognosen sind valide Daten.

2. Datenquellen – SHARE und ATHIS

Derzeit stehen zwei Datensätze zur Verfügung, welche detaillierte Angaben über den Gesundheitszustand und die Lebensumstände älterer Menschen beinhalten: der *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) und die *Österreichische Gesundheitsbefragung* (Austrian Health Interview Survey, ATHIS). In der vorliegenden Arbeit sollen die beiden Datensätze verglichen und die jeweiligen Stärken und Schwächen herausgearbeitet werden. Die Arbeit bezieht sich auf Personen im Alter von 50 und mehr Jahren, da in SHARE nur diese Altersgruppe befragt wird.

SHARE ist ein multidisziplinäres und internationales Panel, das in bislang 12 (vorrangig europäischen) Ländern durchgeführt wurde: in Dänemark, Schweden, Österreich, Frankreich, Deutschland, der Schweiz, Belgien, den Niederlanden, Spanien, Italien, Griechenland und Israel. Die erste Befragung wurde in den Jahren 2004/2005 durchgeführt¹, die zweite im Jahre 2006 – mit der Tschechischen Republik und Polen als neuen Teilnehmern. Die dritte Runde der Interviews begann Ende 2008, wobei Slowenien als weiteres neues Land in das Panel einsteigen wird. Weitere Befragungen sind in 2-Jahres-Abständen geplant. SHARE ist somit als Longitudinalstudie angelegt, deren erste Welle im Jahr 2004 durchgeführt wurde. In Summe werden somit 16 Länder an diesem internationalen Projekt teilnehmen. Darüber hinaus ermöglicht SHARE Vergleiche mit dem US-amerikanischen Alterspanel „Health and Retirement Survey“ (HRS) und dem „English Longitudinal Survey of Ageing“ (ELSA).

Im Zuge der ersten Befragungswelle von SHARE wurden über 30.000 Personen im Alter von 50 Jahren und älter über ihre Gesundheit, ihre beruflichen und sozioökonomischen Umstände sowie über ihre Einbettung in soziale und familiäre Netzwerke befragt (Buber et al., 2006). Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten stellen demnach in SHARE nur einen von mehreren Schwerpunkten dar. Durch die Erfassung von Personen 50+ ist es möglich, die Fragestellungen auf die Bedürfnisse dieser Altersgruppe einzustellen. Außerdem können durch die wiederholte Befragung derselben Personen im Abstand von jeweils zwei Jahren auch langzeitliche Veränderungen erfasst und Ursache und Wirkung von Veränderungen untersucht werden. Für den österreichischen SHARE beläuft sich die Größe der Stichprobe auf 1.839 Personen ab 50 Jahren, davon 1.063 Frauen und 776 Männer.² Die Daten der zweiten Welle (durchgeführt 2006) wurden Ende November 2008 veröffentlicht. Sie werden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, da es die Intention der vorliegenden Arbeit ist, einen Vergleich des Ausgangssamples von SHARE mit ATHIS zu erstellen.

ATHIS wurde von der Statistik Austria im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur von März 2006 bis Februar 2007 durchgeführt. Er orientiert sich an Modulen, die vom Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaft (EUROSTAT) für eine auf europäischer Ebene vergleichbare Gesundheitsstatistik entwickelt wurden. Diese Module wurden für Österreich zusätzlich in Zusammenarbeit von Vertretern der Politik, der Krankenversicherungen und der Wissenschaft um nationale Bedürfnisse erweitert. Bisher wurden im Rahmen des Mikrozensus mehrere solche Befragungen durchgeführt (zuletzt 1999). Eine rechtliche Grundlage für eine fünfjährige Befragung wurde unlängst von der EU geschaffen. Allerdings handelt es sich bei ATHIS nicht um ein Panel im Sinne von SHARE, da in einer nächsten Befragung nicht dieselben Personen wie 2006/07 interviewt werden würden.

¹ Israel startete etwas später mit SHARE, die zweite Welle wurde im Jahr 2006 durchgeführt, die weiteren Wellen erfolgen entsprechend später im 2-Jahres-Abstand.

² Der ursprüngliche SHARE-Datensatz für Österreich umfasst 1.869 Personen, da auch Partner – unabhängig von ihrem Alter – interviewt wurden. Partner unter 50 Jahren sind in der vorliegenden Arbeit exkludiert, wodurch sich die Fallzahl auf 1.839 verringert.

In ATHIS stehen Parameter der Gesundheit im Vordergrund, demographische und sozioökonomische Umstände werden nur in geringem Ausmaß erfasst. Befragt wurde eine für die gesamte Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren repräsentative Stichprobe. Eine Spezialisierung der Fragestellung auf eine bestimmte Altersgruppe ist folglich nicht möglich. Die Stichprobe umfasst ursprünglich 15.474 Personen, nach einer Einschränkung auf Personen ab dem Alter von 50 Jahren reduziert sich das Sample auf 6.984 Personen, davon 3.993 Frauen und 2.991 Männer. ATHIS umfasst damit in der Altersgruppe 50+ eine wesentlich größere Stichprobe als SHARE.

Die Volkszählung 2001 ergab, dass zwei Prozent der 50+ Jährigen in Anstalten lebten, unter den Personen mit 80 und mehr Jahren betrug der Anteil 12 Prozent (Statistik Austria 2005). SHARE war auf Privathaushalte beschränkt, Personen, die in Anstaltshaushalten leben, wurden nicht befragt. ATHIS hingegen enthält auch die Anstaltsbevölkerung (Klimont, 2008).

3. Demographischer Hintergrund

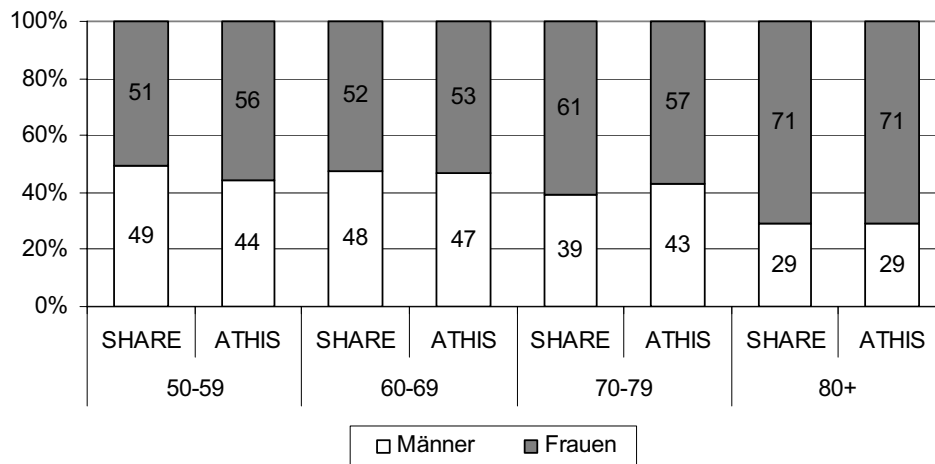
In diesem Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die Verteilung der sozio-demographischen Parameter Alter, Bildung und Familienstand in ATHIS sowie in der ersten Welle von SHARE angegeben werden.

3.1. Alter

In beiden Befragungen wurden die Daten nach Alter und Geschlecht gewichtet. Der Großteil der Befragten ist zwischen 50 und 65 Jahre alt (53% in SHARE, 49% in ATHIS). In SHARE ist das durchschnittliche Alter von Frauen 66 Jahre, das der Männer 64 Jahre. Der Median ist für beide Geschlechter etwa gleich, mit 63 Jahren bei den Männern und 64 bei den Frauen. Im Gesundheitssurvey ATHIS beträgt im betrachteten Sample (50+-Jährige) das Durchschnittsalter sowohl der Männer als auch der Frauen 67 Jahre, mit einem Median von 65 (67) Jahren für Männer (Frauen).

In beiden Befragungen ist der Anteil der Frauen in allen Altersgruppen höher als jener der Männer. Dies trifft insbesondere auf die Altersgruppe 80+ zu, wo in beiden Surveys sieben von zehn Befragten Frauen sind (Abb. 1).

Abbildung 1: Geschlechtsanteile in den Altersgruppen



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

3.2. Bildung

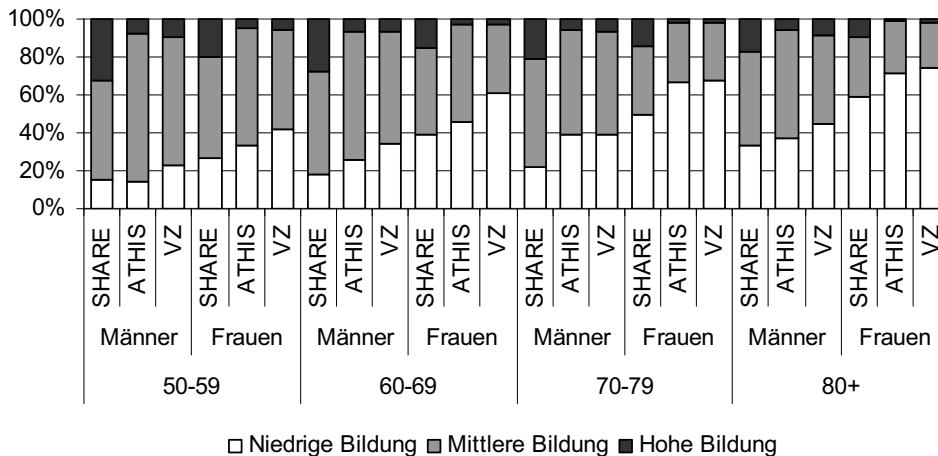
Der höchste Bildungsabschluss ist eine wichtige sozioökonomische Determinante. Bildung beeinflusst die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit direkt die Höhe des Einkommens sowie die Berufswahl und entscheidet damit mit über die körperlichen und gesundheitlichen Belastungen im arbeitsfähigen Alter (Statistik Austria, 2008a). Weiters zeigen sich für Österreich – wie für andere Länder – bildungsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit und der Lebenserwartung (Doblhammer, 1997).

Die Bildung wurde in beiden Surveys unterschiedlich abgefragt, jedoch jeweils basierend auf der *International Standard Classification of Education (ISCED)*. Durch einfache Umkodierung ist eine Einteilung in drei große Gruppen und damit ein Vergleich des Bildungsstandes in den beiden Surveys mit der Volkszählung von 2001 möglich. Die unterste Bildungsgruppe umfasst Personen mit Pflichtschulabschluss (ISCED 0-2), die mittlere Gruppe subsumiert Personen mit Abschluss einer Berufsschule, Fach- oder Handelsschule, mit Matura sowie mit einer an die Matura angeschlossene Ausbildung (ISCED 3 und 4). Schließlich sind Personen mit einem abgeschlossenen Studium an einer Universität oder an einer Fachhochschule in der höchsten Bildungsgruppe zusammengefasst (ISCED 5). Entsprechend der internationalen Zuordnung beinhaltet die höchste Bildungsgruppe nicht nur Personen mit einer tertiären Ausbildung (Abschluss eines Universitätsstudiums oder eines Fachhochschulstudiums), sondern auch Personen mit einer Meisterprüfung oder mit Abschluss an einer Fachakademie (z.B.: Sozialakademie, Pädagogische Akademie, Krankenpflegeausbildung).

In der Gruppe der Menschen im Alter von 50 Jahren und mehr weist die männliche Bevölkerung einen relativ höheren Bildungsstand auf als die weibliche. Der Anteil von Frauen mit niedriger Bildung (ISCED 0-2) ist in allen Altersgruppen höher als bei den Männern (Abb.

2). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Personen mit hoher Bildung in beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ab. SHARE weist für beide Geschlechter und in allen Altersgruppen einen beträchtlich höheren Anteil von Personen in der höchsten Bildungsgruppe auf. Genauere Analysen zeigen, dass dies nicht durch tertiäre Bildungsabschlüsse an Universitäten, sondern durch Personen mit Meisterprüfung oder mit dem Abschluss einer Fachakademie bedingt ist. Obwohl der Vergleich von SHARE und ATHIS mit der Volkszählung von 2001 nur bedingt gültig ist, da SHARE 2004/2005 und ATHIS 2006/2007 durchgeführt wurde und somit die Kohorten nicht identisch sind, so ist er doch ein wichtiger Hinweis für die Repräsentativität der relevanten sozio-ökonomischen Variable „Bildung“. Höher Gebildete sind in (freiwilligen) Befragungen nicht selten überrepräsentiert, niedrig Gebildete unterrepräsentiert. Diese Beobachtung trifft auch auf die österreichischen SHARE-Daten zu.

Abbildung 2: Bildungsstatus nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung. Volkszählung 2001

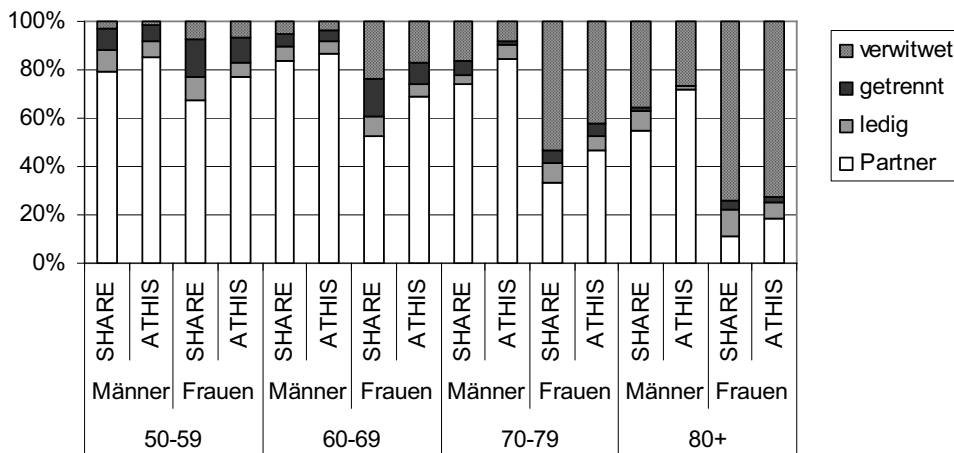
3.3. Familienstand

Studien zeigen, dass eine funktionierende Partnerschaft positive Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Partner hat (Goldmann et al., 1995). Da eine Partnerschaft in Bezug auf soziale und psychologische und damit gesundheitliche Auswirkungen interessant ist, werden Ehen und Lebensgemeinschaften zusammengefasst, ebenso Scheidungen und Trennungen. Verwitwete sowie allein lebende Personen, die nie in einer Partnerschaft gelebt haben, bilden zwei weitere Kategorien des Familienstandes.

Erwartungsgemäß nimmt die Anzahl der in einer Partnerschaft lebenden Personen in den höheren Altersgruppen ab, die Anzahl der verwitweten Personen zu. Aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen und der daraus resultierenden Geschlechter-Verteilung in den verschiedenen Altersgruppen sind Frauen über 80 Jahre größtenteils verwitwet (Abb. 3). Ein

Vergleich mit den Ergebnissen der Volkszählung aus dem Jahr 2001 zeigt, dass die Verteilung nach dem Familienstand in ATHIS weitgehend mit dem der Volkszählung 2001 übereinstimmt. Der Anteil der Personen, die in Partnerschaften leben, ist in SHARE niedriger als in ATHIS insbesondere unter den Frauen zwischen 60 und 69 Jahren und bei den Männern ab 80 Jahren.³ Diese Unterschiede in der Verteilung lassen sich nicht durch das generell höhere Bildungsniveau in SHARE erklären.

Abbildung 3: Familienstand nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

4. Qualitativer Vergleich

Im folgenden Abschnitt sollen der Aufbau und die Fragestellung der beiden Befragungen verglichen und jeweilige Stärken und Schwächen herausgestellt werden. Eine tabellarische Zusammenstellung findet sich im Anhang.

4.1. Physische Gesundheit

Für die Erfassung der Gesundheit ist die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit von zentraler Bedeutung. Sie wird in ATHIS und in SHARE zu Beginn des Fragenkatalogs zu Gesundheit und chronischen Krankheiten abgefragt.⁴ Zur Beantwortung dieser Frage existieren zwei Konzepte mit unterschiedlichen Antwortkategorien. Bei der europäischen Variante hat der Befragte aus einer symmetrischen Antwortskala auszuwählen (sehr gut; gut;

³ Zwar ist der Vergleich mit der Volkszählung 2001 nur beschränkt gültig, da die jeweiligen Altersgruppen anderen Kohorten entsprechen. Dennoch liegt ein Vergleich mit der Volkszählung 2001 nahe, da es sich dabei um eine Vollerhebung aller Österreicherinnen und Österreicher handelte.

⁴ Die Fragestellung lautet in ATHIS: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“, in SHARE: „Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...“

mittelmäßig; schlecht; sehr schlecht), bei der US-amerikanischen Variante aus einer asymmetrischen Einteilung (ausgezeichnet; sehr gut; gut; mittelmäßig; schlecht).

In ATHIS wird die europäische Version, in SHARE hingegen werden beide verwendet, randomisiert am Anfang und am Ende des Fragenblocks zur physischen Gesundheit. Das Vorgehen von SHARE bietet den Vorteil, dass überprüft werden kann, ob die Beschäftigung mit den eigenen chronischen Leiden die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit beeinflusst (für den Fall, dass die Einschätzung der Gesundheit am Ende des Fragenblocks über Krankheiten erfolgt und nicht zu Beginn des Fragenblocks). Weiters erlaubt die US-amerikanische Version einen direkten Vergleich mit dem US-amerikanischen Alterspanel HRS.

Chronische Krankheiten

In beiden Surveys wird nach chronischen (i.e. dauerhaften) Gesundheitsproblemen⁵ sowie nach Einschränkungen in alltäglichen Tätigkeiten in den letzten sechs Monaten gefragt.

Weiters werden durch einen Arzt diagnostizierte chronische Leiden erhoben. In SHARE wird nach einer ärztlichen Diagnose sowie nach dem Alter zur Zeit der Diagnose gefragt. In ATHIS geht es vor allem um die subjektive Einschätzung („Hatten Sie jemals...“) und um die Aktualität („Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem?“). Erst anschließend wird eine ärztliche Diagnose sowie eine eventuelle medikamentöse Behandlung erfragt. Die abgefragten chronischen Krankheiten sind in beiden Befragungen größtenteils identisch, mit jeweils unterschiedlichen Zusätzen (Anhang 1).

Schmerzen und Beschwerden

Schmerzen werden in SHARE explizit nicht abgefragt, jedoch werden spezifische Beschwerden⁶ innerhalb der letzten sechs Monate erfragt. ATHIS hingegen fragt nach Schmerzen innerhalb der letzten zwölf Monate, die in weiterer Folge an einem Schaubild lokalisiert werden. Im Anschluss werden ein eventueller Krankenstand und dessen Länge aufgrund dieser Schmerzen erfragt. Die Stärke der Schmerzen kann auf einer Likert-Skala von 1 bis 10 angegeben werden. Dabei bedeutet „10“ den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die Vorgehensweise des ATHIS ermöglicht ein genaues Lokalisieren des Schmerzes. Zusätzlich zur Erfassung ärztlicher Diagnosen spiegelt das Erfragen von Schmerzen einen wichtigen Aspekt des subjektiven Gesundheitszustandes wider.

Interessanterweise geht keiner der beiden Surveys explizit auf Beschwerden der Wechseljahre (auch Klimakterium) bei Frauen ein. In dieser Übergangszeit um die Menopause kann es infolge der Veränderung des Hormonhaushaltes zu körperlichen Beschwerden wie

⁵ SHARE: „Haben Sie selbst irgendwelche langwierigen gesundheitlichen Probleme, Krankheiten, Behinderungen oder Gebrechen?“, ATHIS: „Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?“

⁶ So werden beispielsweise in SHARE folgende Beschwerden abgefragt: Gelenkschmerzen, Herzschmerzen, Atemlosigkeit, anhaltender Husten, geschwollene Beine, Schlafprobleme, Stürze oder Furcht vor Stürzen, Schwindel, Ohnmacht oder Erinnerungslücken, Magen-Darm-Probleme.

Hitzewallungen, Blasenentzündung, Haarausfall etc. kommen. Zwar werden in ATHIS unter dem Punkt „Medikamente“ auch Hormone gegen die Menopause aufgeführt⁷, doch könnte eine Erfassung solcher Beschwerden (zumindest bei den 50- bis 60-jährigen Frauen) sinnvoll sein.

Physische Einschränkungen

SHARE und ATHIS enthalten Fragen zu physischen Einschränkungen und Einschränkungen der Sinneswahrnehmung. In SHARE ist ein zeitlicher Rahmen vorgegeben (Einschränkungen, die mindestens drei Monate andauern), in ATHIS aber nicht. Erfasst werden etwa das Sehvermögen, das Zurücklegen einer bestimmten Gehstrecke oder die Fähigkeit, Treppen zu steigen. Die konkreten Fragestellungen sind allerdings unterschiedlich. So wird in SHARE die Qualität von Sehen und Hören (inklusive Brille bzw. Hörgerät) erhoben, in ATHIS wird Hören und Sehen differenzierter in verschiedenen Situationen sowohl mit als auch ohne Hilfe abgefragt. Dagegen wird in SHARE differenzierter als in ATHIS auf die Fähigkeit des Treppensteigens eingegangen. Bei der Beurteilung der Fähigkeit, eine bestimmte Wegstrecke zurückzulegen, bezieht sich SHARE auf 100m, ATHIS auf 500m, was keinen Vergleich erlaubt. Schließlich werden noch einzelne unterschiedliche Einschränkungen im Alltag abgefragt (ATHIS: Aufdrehen eines Wasserhahnes, Aufschrauben des Deckels einer Dose. SHARE: Heben der Arme bis zur Schulter oder darüber; Ziehen und Schieben schwerer Gegenstände).

Persönliche Bedürfnisse und Führung des Haushalts

Fragen zu persönlichen Bedürfnissen und zur Führung des Haushalts stimmen in SHARE und ATHIS größtenteils überein. Während ATHIS zwischen leichter und schwerer Hausarbeit unterscheidet (z.B. Möbel verschieben, Fenster putzen), werden in SHARE im Besonderen auch Indikatoren für die Orientierung abgefragt (durch einen Raum durchgehen, sich mit einem Stadtplan an einem fremden Ort zurechtfinden). Die verschiedenen Fragen zur Erledigung der persönlichen Bedürfnisse und alltäglichen Verrichtungen erlauben auch Rückschlüsse auf das Zurechtkommen außerhalb des eigenen Haushaltes. In diesem Zusammenhang fehlen jedoch in beiden Befragungen Informationen über die Mobilität, wie z.B. das Zurechtkommen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, das Benutzen eines Fahrrades oder das Autofahren.

Unterstützung

Schließlich erfassen beide Surveys die Unterstützungssituation der Befragten. ATHIS erfragt, ob eine Person für einzelne, konkrete Tätigkeiten gewöhnlich Unterstützung erhält, ob diese Unterstützung für ihre Bedürfnisse ausreichend ist, und – wenn sie keine Unterstützung erhält – ob sie welche benötigen würde. In SHARE wird gewährte Unterstützung und deren Einschätzung als ausreichend im Allgemeinen erfragt, nicht jedoch für spezielle einzelne Tätigkeiten.

⁷ Allerdings ist anzumerken, dass die Menopause keine Krankheit ist und nicht durch Medikamente abgewendet werden kann, Beschwerden können aber durch eine Behandlung gelindert werden. Die natürliche Menopause tritt durchschnittlich im Alter von 51 Jahren ein, die Übergangsphase kann sich über einen längeren Zeitraum ziehen (Böni & Imthurna, 2004; Greendale et al., 1999).

4.2. Kognitive Funktion und mentale Gesundheit

Kognitive Fähigkeiten werden in SHARE, nicht aber in ATHIS abgefragt und getestet. Neben der Selbsteinschätzung der Lese- und Schreibfähigkeiten, Fragen zur zeitlichen Orientierung (genaues Datum, Monat, Jahr, Wochentag) werden einige einfache „Tests“ durchgeführt, die unter anderem das Erinnerungsvermögen und rechnerische Fähigkeiten einzuschätzen erlauben. SHARE ermöglicht somit, verschiedene kognitive Fähigkeiten zu analysieren und in multivariaten Analysen zu berücksichtigen.

Die mentale Gesundheit wird in ATHIS und in SHARE abgefragt, allerdings mit unterschiedlichen Verfahren. ATHIS orientiert sich bei den Fragen zur psychischen Gesundheit am European Health Status Module (EHSM) von EUROSTAT, wo die Häufigkeiten bestimmter psychischer Zustände (siehe Anhang 2) erfragt und nach einer 5-teiligen Skala eingeteilt⁸ werden. SHARE orientiert sich an den Fragestellungen der EUROS-Skala (siehe Anhang 2), welche in einem internationalen Konsortium entwickelt wurde (Prince et al., 1999), wobei 12 verschiedene depressive Symptome jeweils mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind (Buber & Engelhardt, 2008). Es ergibt sich hieraus die Anzahl depressiver Symptome, die von 0 bis 12 reicht. Zusätzlich finden sich in SHARE Fragen zur Diagnose und Behandlung von Depressionen. Während sich die Fragen in ATHIS immer auf die letzten vier Wochen beziehen, sind die Zeiteinheiten in SHARE für die verschiedenen Fragen weniger genau und beziehen sich auf den letzten Monat oder auf die letzte Zeit.

4.3. Gesundheitsverhalten

Die Erfassung von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten ist für die Bewertung von Gesundheit äußerst wichtig, da es sich auf die Prävalenz bestimmter Krankheiten auswirken kann. So begünstigt etwa der Nikotinkonsum das Auftreten einer chronischen Bronchitis (Firlei et al., 2007), mangelnde körperliche Aktivität hingegen Osteoporose (Smala et al., 2001).

Rauchverhalten

ATHIS und SHARE widmen eine Reihe von Fragen dem Rauchverhalten, dessen Erfassung unterschiedlich ist. ATHIS erfragt, ob die befragte Person in ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten oder andere Tabakwaren geraucht hat, ob sie jemals täglich geraucht hat und in welchem Alter sie mit dem Rauchen angefangen hat. Auch gelegentlicher Nikotinkonsum wird erfasst. SHARE fragt, ob eine Person jemals mindestens ein Jahr lang täglich Zigaretten oder andere Tabakwaren geraucht hat und wie viele Jahre sie insgesamt geraucht hat. Gleich ist in beiden Surveys die Frage nach der durchschnittlich pro Tag gerauchten Menge an Zigaretten oder anderen Tabakwaren. In ATHIS wird gefragt, inwieweit der/die Befragte zu Hause oder an der Arbeitsstelle Tabakrauch ausgesetzt ist, bei ehemaligen Rauchern interessiert auch die eventuell in Anspruch genommene Hilfe (Arzt, Therapeut, Medikamente) beim Beenden des Rauchens.

⁸ Antwortkategorien: „Immer“, „meistens“, „ziemlich oft“, „manchmal“, „nie“.

Alkoholkonsum

Auch die Erfassung des Alkoholkonsums gestaltet sich in beiden Befragungen unterschiedlich. SHARE erfragt, wie häufig in den letzten sechs Monaten alkoholische Getränke konsumiert wurden. In ATHIS werden der Alkoholkonsum der letzten zwölf Monate sowie das momentane Trinkverhalten erfragt (Anzahl von Tagen innerhalb der letzten vier Wochen, an denen Alkohol getrunken wurde, Menge des Alkoholkonsums am vorangegangenen Tag und am vorangegangenen Wochenende).

Der Alkoholkonsum wird in ATHIS umfassender erfragt als in SHARE, was teilweise dadurch bedingt ist, dass bestimmte Fragen vor allem auf jüngere Personen abzielen (z.B. explizite Frage nach dem Konsum von Alkopops, i.e. in Flaschen abgefüllte alkoholhaltige Mischgetränke; Trinkverhalten am vorangegangenen Wochenende). Auch enthält ATHIS Fragen zur subjektiven Einstellung des eigenen Alkoholkonsums⁹ sowie weitere Parameter für Alkoholismus¹⁰. Die Kategorien für Alkoholkonsum innerhalb des letzten Jahres sind in ATHIS eher grob („nie“, „maximal viermal“, „öfter als viermal“), in SHARE wird Alkoholkonsum innerhalb der vorangegangenen sechs Monate feiner untergliedert abgefragt¹¹.

Drogenkonsum

ATHIS erfragt den Konsum von Haschisch und Marihuana, in SHARE wurde dies nicht erhoben.

Körperliche Betätigung

Das Ausmaß körperlicher Betätigung wird in ATHIS umfangreicher erfasst als in SHARE. Letzterer fragt nach der Häufigkeit der Ausübung „körperlich sehr anstrengender Tätigkeiten“ und von solchen, die „nicht ganz so anstrengend sind, wie z.B. normale Gartenarbeit, Auto waschen oder spazieren gehen“¹². In ATHIS wird neben „intensiver körperlicher“ und „mäßig anstrengender Betätigung“ und der dafür aufgewendeten Zeitdauer auch nach der Zeit gefragt, die für das Gehen aufgewendet wird, sowie wie oft eine Person innerhalb einer Woche in ihrer Freizeit „durch körperliche Betätigung ins Schwitzen“ kommt.

ATHIS enthält außerdem Fragen zu Schlafstörungen und Ernährungsgewohnheiten. Erstere finden sich auch in SHARE, Zweitere allerdings nicht.

⁹ „Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie ihren Alkoholkonsum verringern sollten?“, „Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?“

¹⁰ „Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?“, „Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“

¹¹ Mögliche Antworten: „Täglich“, „Fünf- oder sechsmal pro Woche“, „Drei- oder viermal pro Woche“, „Ein- oder zweimal pro Woche“, „Ein- oder zweimal pro Monat“, „Weniger als einmal pro Monat“, „Kein einziges Mal in den letzten sechs Monaten“.

¹² Mögliche Antworten: „Mehr als einmal pro Woche“, „einmal pro Woche“, „ein- bis dreimal pro Monat“, „kaum oder nie.“

4.4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Beide Surveys erfassen haus- oder fachärztliche Konsultationen, Zahnarztbesuche sowie stationäre Krankenhausaufenthalte.

Ärztliche Betreuung

SHARE und ATHIS erheben die Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr. Die Vorgangsweise ist leicht unterschiedlich. In SHARE wird erfragt, wie oft in den letzten zwölf Monaten ein Arzt und wie häufig davon ein praktischer Arzt aufgesucht worden ist.¹³ ATHIS fragt, wie oft in den letzten zwölf Monaten und wann zuletzt jeder von verschiedenen aufgelisteten Fachärzten aufgesucht wurde.¹⁴ Die Aufzählung der Fachärzte (Anhang 3) in den Befragungen unterscheidet sich nur geringfügig. Die Liste von SHARE ist besser an die Bedürfnisse alter Menschen angepasst und beinhaltet beispielsweise Rheumatologen oder Fachärzte für Geriatrie. Allerdings bezieht sich in SHARE die Frage nach dem speziellen Facharzt nur auf die letzte Konsultation eines Spezialisten.

In SHARE sind Wartezeiten für ärztliche Untersuchungen enthalten. Dieser Aspekt der medizinischen Versorgung ist ein bedeutender, der auch interessante internationale Vergleiche erlaubt. Allerdings wird nur für die letzte Konsultation eines Facharztes die Wartezeit erfasst.

Zahnärztliche Behandlung

Zahnarztbesuche sind in beiden Surveys enthalten, bei der Erfassung der Ursache für den Zahnarztbesuch ist ATHIS etwas genauer, was auf das breitere Altersspektrum der Zielgruppe zurückzuführen ist (vgl. etwa „Zahnspange“).

Sonstige Gesundheitsdienstleistungen

ATHIS erfragt Gesundheitsdienstleistungen, wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Homöopathie, Akupunktur, Ernährungsberatung, Hauskrankenpflege und komplementäre Behandlungsmethoden wie z.B. traditionelle chinesische Medizin. Aufgrund eines wachsenden Marktes dieser fachärztlichen und alternativmedizinischen Bereiche scheint das Erfassen solcher Behandlungsmethoden sinnvoll. In SHARE sind Physiotherapeuten in der Liste der Fachärzte enthalten, die übrigen medizinischen Dienstleistungen kommen allerdings nicht vor. Des Weiteren inkludiert ATHIS Gesundheitsdienstleistungen, die im Ausland in Anspruch genommen wurden.

¹³ „Wie oft haben Sie während der letzten zwölf Monate [...] mit einem Arzt über Ihre Gesundheit gesprochen? Bitte zählen Sie Zahnarztbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte nicht mit, berücksichtigen Sie aber Behandlungen in der Notaufnahme oder Krankenhausambulanz.“ „Wie viele dieser Besuche waren bei einem praktischen Arzt bzw. Ihrem Hausarzt?“ „Haben Sie während der letzten zwölf Monate einen der [...] genannten Fachärzte aufgesucht? Welchen dieser Fachärzte haben Sie zuletzt aufgesucht?“

¹⁴ „Die nächsten Fragen betreffen Arztbesuche. Bitte inkludieren Sie Besuche in der Ordination, Hausbesuche sowie telefonische Beratungen. Inkludieren Sie bitte auch Besuche in Spitals- oder Unfallambulanzen, jedoch nicht Spitalsaufenthalte.“ „Wann haben Sie das letzte Mal einen (Arzt aus Liste [...]) aufgesucht?“ (Mögliche Antworten: „Vor weniger als 12 Monaten“, „vor mehr als 12 Monaten“, „nie“), „Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen [...] einen (Arzt aus Liste [...]) konsultiert?“

Stationäre Behandlung

Beide Surveys erheben die Anzahl stationärer Aufenthalte sowie der Nächtingungen in Spitälern innerhalb der letzten zwölf Monate. SHARE erfragt außerdem die Gründe für stationäre Behandlungen und geht detaillierter auf Operationen ein. So wird die Anzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Operationen erhoben und eine sehr umfangreiche Liste möglicher Operationen vorgelegt, die mehr an die gesundheitlichen Probleme älterer Menschen angepasst ist (Anhang 4). ATHIS geht nur auf geplante Operationen ein, die Auswahlliste ist kürzer. Ähnlich wie bei der Konsultation von Fachärzten wird in SHARE allerdings nur die letzte Operation genauer erfasst, bei ATHIS werden alle Operationen der letzten zwölf Monate erfragt.

Beide Surveys erfragen die Wartezeit für Operationen, entsprechend der jeweiligen Vorgangsweise nur für die letzte Operation (SHARE) bzw. für alle Operationen im letzten Jahr (ATHIS). In SHARE wird zusätzlich erfragt, ob die Person lieber einen früheren OP-Termin gehabt hätte, in ATHIS wird zusätzlich nach der Art der Krankenversicherung gefragt (privat oder sozial), über welche die Operation abgerechnet wurde. Die Fragen zu den Wartezeiten sind ein interessanter und wichtiger Aspekt für die objektive und subjektiv wahrgenommene Qualität der Gesundheitsversorgung. Zusätzlich zu den stationären Krankenhausaufenthalten werden in ATHIS ambulante Aufenthalte, in SHARE nur ambulante Operationen erfasst, wobei SHARE wieder detailliert auf die Operation eingeht.

Aufenthalte in Pflegeheimen und häusliche Betreuung

Angaben zu möglichen stationären Aufenthalten in Pflegeheimen finden sich in SHARE. Die Fragen zur häuslichen Betreuung sind hier umfangreicher und werden damit der Erfassung der Betreuungssituation von alten Menschen eher gerecht. ATHIS erfragt nur die generelle Pflegesituation. So wird erfasst, von wem der/die Befragte im Falle einer kürzeren oder längeren Krankheit betreut wird. Professionelle Hilfe taucht nur als eine von mehreren Optionen („Soziale Dienste“) auf. Bei SHARE liegt der Schwerpunkt gerade in der professionellen Hilfe.

Medikamentation

Beide Surveys beinhalten Fragen zu Medikamenten, welche zum Zeitpunkt der Befragung bzw. in den letzten beiden Wochen eingenommen wurden. Die Listen der dafür ausschlaggebenden Krankheiten oder Beschwerden sind größtenteils identisch. Während SHARE nur generell nach eingenommenen Medikamenten fragt, unterscheidet ATHIS zwischen verordneten und nichtverordneten (i.e. rezeptfreien) Medikamenten und inkludiert so beispielsweise auch explizit Vitamine oder Mineralstoffe.

Finanzierung von und Ausgaben für Gesundheitsleistungen

Die Art der Krankenversicherung und die Finanzierung von gesundheitlichen Leistungen werden in ATHIS nicht erfasst. SHARE widmet einen Fragenblock der Krankenversicherung und den finanziellen Ausgaben für verschiedene Gesundheitsleistungen. So fragt SHARE nach dem Namen des Sozialversicherungsträgers, nach einer privaten Versicherung und einer privaten Zusatzversicherung. Erfasst wird, welche Leistungen durch private

Krankenversicherungen oder private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. SHARE geht auch detailliert auf Gesundheitsausgaben ein, wie anfallende Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen, für ambulante Behandlungen, rezeptpflichtige Medikamente, Pflegeleistungen in Pflegeheimen und für häusliche Pflege sowie Ausgaben für private zusätzliche Versicherungen. Zudem wird erfasst, ob ältere Menschen aufgrund fehlender finanzieller Mittel oder Nichtverfügbarkeit auf notwendige Gesundheitsleistungen verzichten mussten oder ob sie Leistungen selbst finanzieren mussten, weil sie diese vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht ausreichend bekamen oder zu lange warten mussten.

4.5. Gesundheitsvorsorge

Beide Erhebungen gehen auf die Gesundheitsvorsorge ein. ATHIS inkludiert dabei Fragen nach einem aufrechten Impfschutz für eine Reihe von Krankheiten und fragt, wann das letzte Mal verschiedene Untersuchungen durchgeführt wurden. Dazu zählen Blutdruck, Cholesterin, Mammographie, Krebsabstrich, Darmspiegelung und kostenlose Gesundenuntersuchung.

SHARE enthält im Zusammenhang mit Gesundheitsvorsorge die Frage nach einer Grippeimpfung sowie einen ausführlichen Fragenkatalog zur Beratung durch den praktischen Arzt (Gewichtskontrolle, Gleichgewichtskontrolle, Erkundigung nach körperlicher Betätigung und rezeptfreien Medikamenten). Auch enthalten sind Fragen nach Augenuntersuchung, Mammographie, Endoskopie und Bluttest. Der Bereich Gesundheitsvorsorge wurde nicht durch die Interviewer per Computer abgefragt, sondern in einem Papier-Fragebogen, der vom Respondenten auszufüllen war. Da nicht alle interviewten Personen diesen Fragebogen ausgefüllt haben, ist dieses Sample etwas kleiner. In Österreich haben insgesamt 1.655 Personen diesen zusätzlichen Fragebogen ausgefüllt (697 Männer und 958 Frauen).

4.6. Weitere Fragenkomplexe

Als Gesundheitssurvey zielt ATHIS auf gesundheitsrelevante Fragen ab, enthält aber auch eine Reihe von Hintergrundvariablen wie Familienstand, Staatsbürgerschaft, Schulbildung, Einkommen und Beruf einschließlich detaillierter Fragen zur Arbeitszeit.

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist SHARE ein multidisziplinäres Panel, in dem Gesundheit nur einer der Schwerpunkte ist. Aus Gesundheitsperspektive ist die Erfassung der Handkraft in SHARE erwähnenswert. Es hat sich gezeigt, dass die Handkraft sehr stark mit der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit korreliert und als alternatives Maß für Gesundheit angesehen werden kann (Hank et al., 2008). Dazu wird der/die Befragte aufgefordert, die Griffe eines Handkraftmessers für einige Sekunden so fest wie möglich zu drücken. Es wurden abwechselnd zwei Messungen von der Kraft in der linken und in der rechten Hand genommen.

Ein eigener Fragenkomplex ist in SHARE der sozialen Unterstützung gewidmet, wo es um gegebene und erhaltene Hilfe innerhalb des Haushalts sowie von Personen außerhalb des

Haushalts geht, insbesondere auch um die Mithilfe der Großeltern bei der Betreuung der Enkelkinder (vgl. dazu Hank und Buber, 2009). Weitere Module erfassen beispielsweise finanzielle Transfers, die Wohnsituation, Haushaltseinkommen, Konsum, Kapital und Vermögen, Freizeitaktivitäten und Freiwilligenarbeit oder das persönliche Wohlbefinden (Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, Konflikte innerhalb der Familie und im Freundeskreis, Einstellungen zum Alter). Für eine tabellarische Zusammenstellung des österreichischen Datensatzes verweisen wir auf Buber et al. (2006).

5. Quantitativer Vergleich

Da für eine Interpretation der Ergebnisse die Repräsentativität und Reliabilität des vorliegenden Instrumentes von großer Wichtigkeit ist, sollen im Folgenden die Ergebnisse der beiden Befragungen bezüglich chronischer Erkrankungen verglichen werden. Der Vergleich der beiden Datensätze ist einerseits von Bedeutung, um einen Einblick in die Verteilung der erhobenen Variablen und somit in den Gesundheitszustand der Bevölkerung 50+ zu erhalten. Andererseits ist ein derartiger Vergleich methodisch problematisch, da eben zwei Stichproben verglichen werden, nicht aber eine Stichprobe mit der Grundgesamtheit. Das Fehlen der Grundgesamtheit als Referenz mag Zweifel an der Aussagekraft eines derartigen Vergleichs aufkommen lassen, nichtsdestoweniger ist für potenzielle Nutzer der Daten ein derartiger Vergleich von großem Nutzen, da er Informationen zur möglichen Unter- oder Überrepräsentanz einzelner Merkmale oder Krankheiten geben kann.

5.1. Subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit

Gesundheit wird von der WHO nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1964). Für eine Einschätzung der Gesundheit ist folglich die Erhebung diagnostizierter körperlicher Leiden nicht ausreichend. Eine subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes ist ein weit besserer Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Person, da hier auch psychische und soziale Einflüsse berücksichtigt werden. Für den Vergleich der Angaben zur Gesundheit wurden folglich sowohl die subjektive Einschätzung der Gesundheit als auch eine Reihe von chronischen Krankheiten einbezogen.

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass in beiden Befragungen Frauen unter 60 Jahren ihre Gesundheit positiver einschätzen als Männer. In höherem Alter (ab 70 Jahren) ist der Anteil jener, die ihre Gesundheit „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, unter den Männern höher als unter den Frauen. So beurteilten in SHARE in der Altersgruppe 70-79 Jahre 45% der Frauen ihre Gesundheit mit „sehr gut“ oder „gut“ gegenüber 56% der Männer. In der Altersklasse 80+ waren es nur noch 26% der Frauen, aber 52% der Männer. In der Altersgruppe 80+ war somit der Anteil derer, die ihre Gesundheit als gut einschätzen, unter den Männern doppelt so hoch wie unter den Frauen. Der Vergleich von SHARE und ATHIS zeigt weitgehende Übereinstimmung im Antwortverhalten, allerdings fällt auf, dass Männer ab 70 Jahren in

SHARE ihre Gesundheit besser einschätzen als in ATHIS (70-79 Jahre: 56% bzw. 47%; 80+ Jahre: 51% bzw. 41%).

Tabelle 1: Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter und Geschlecht, Prozentangaben

Altersgruppe			gut /sehr gut	geringer als gut
50-59	Männer	SHARE	68	32
		ATHIS	64	36
	Frauen	SHARE	74	26
		ATHIS	68	32
60-69	Männer	SHARE	67	33
		ATHIS	63	37
	Frauen	SHARE	63	37
		ATHIS	63	37
70-79	Männer	SHARE	56	44
		ATHIS	47	53
	Frauen	SHARE	45	55
		ATHIS	43	57
80+	Männer	SHARE	51	49
		ATHIS	41	59
	Frauen	SHARE	26	74
		ATHIS	34	66

Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Anmerkung: Die zugrunde liegende Variable ist die europäische Variante der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit mit symmetrischer Antwortskala (sehr gut; gut; mittelmäßig; schlecht; sehr schlecht).

5.2. Chronische Krankheiten

Das Vorhandensein von chronischen Krankheiten ist ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität.

Gesundheitsbedingte Einschränkungen

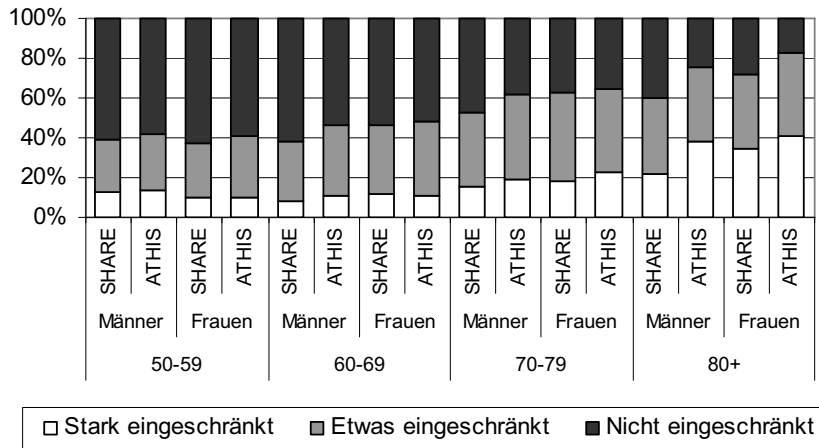
Erwartungsgemäß nehmen wahrgenommene Einschränkungen bei den Tätigkeiten des Alltags in beiden Befragungen mit steigendem Alter zu. Generell berichten Frauen ab dem Alter von 60 Jahren öfter über gesundheitsbedingte Einschränkungen als Männer. Die Differenz nimmt mit steigendem Alter zu, wobei in SHARE die geschlechts-spezifischen Unterschiede größer sind.

Die Angaben von starken Beeinträchtigungen sind in den beiden Surveys ähnlich, nur bei den Männern mit 80 und mehr Jahren werden starke Beeinträchtigungen in SHARE vergleichsweise selten genannt.¹⁵ Diese Gruppe dürfte unterrepräsentiert sein. Betrachtet man

¹⁵ In der Altersgruppe 80+ fühlen sich in SHARE nur 22% „stark eingeschränkt“ gegenüber 38% in ATHIS sowie 40% „nicht eingeschränkt“ gegenüber 25% in ATHIS.

den Anteil derer, die keine Einschränkungen angaben, so ist dieser in SHARE generell etwas höher als in ATHIS, wobei die Unterschiede in den höheren Altersgruppen zunehmen (Abb. 3).

Abbildung 4: Einschränkungen im Alltag nach Alter und Geschlecht

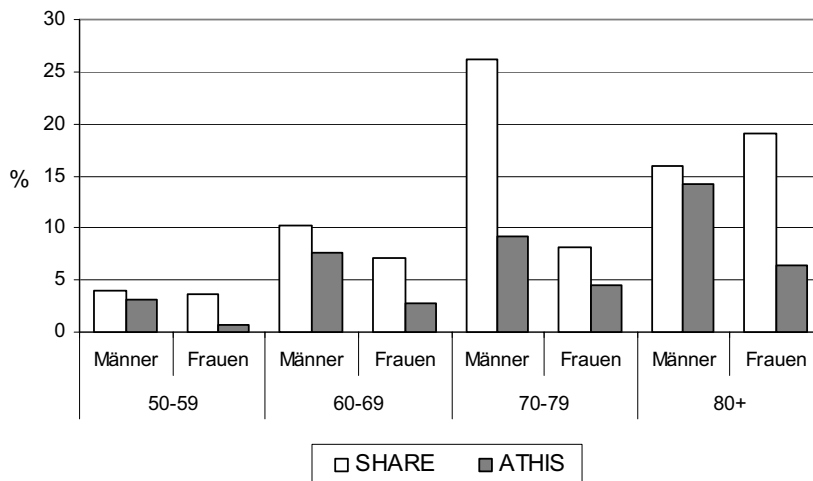


Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Herzkrankheiten

Herzkrankheiten werden in den beiden Befragungen unterschiedlich erfasst. ATHIS fragt nur nach der Diagnose eines Herzinfarkts, während SHARE unter dem Punkt „Herzinfarkt“ auch Koronartherombiose oder eine andere Herzkrankheit einschließlich Herzinsuffizienz inkludiert.

Abbildung 5: Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

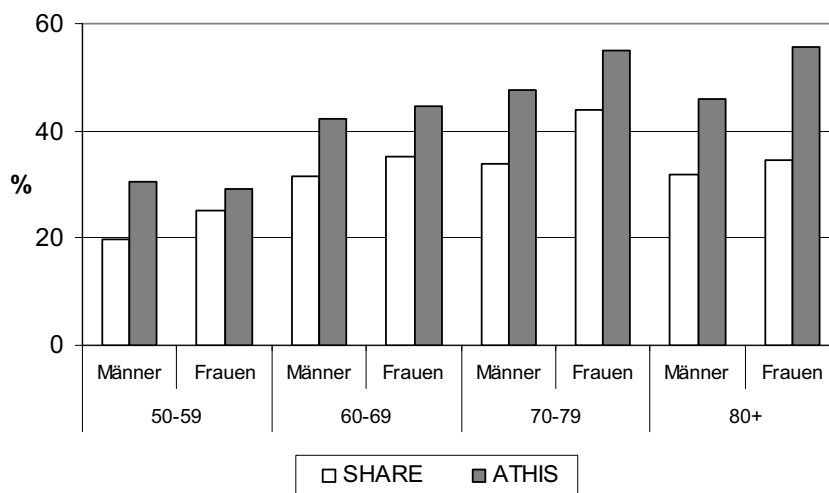
Das Risiko einer Herzerkrankung steigt mit zunehmendem Alter (Rickenbacher, 2001). Während das Risiko einer koronaren Herzerkrankung oder eines Herzinfarkts für Männer höher ist als für gleichaltrige Frauen (Löwel et al., 2006), ist das Risiko einer Herzinsuffizienz bei Frauen höher (Rieder, 2004). In der europäischen Bevölkerung leiden rund 3% der über 75-Jährigen an Herzinsuffizienz.

Die Prävalenzen für Herzkrankheiten sind in beiden Datensätzen bei Männern höher als bei Frauen (Abb. 5). Sie sind in SHARE durchgehend höher als in ATHIS, was wohl auf die umfassendere Definition in SHARE zurückzuführen ist. Die größten Unterschiede finden sich in den höchsten Altersgruppen. In der Altersgruppe 70-79 (80+) geben in SHARE dreimal so viele Männer (Frauen) eine Diagnose von Herzkrankheiten an wie in ATHIS. Auffallend sind die vergleichsweise hohen Nennungen in SHARE für Männer zwischen 70 und 80 Jahren und Frauen ab 80 Jahren. Hier dürfte eine Überrepräsentanz vorliegen.

Bluthochdruck

Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) ist eine altersspezifische Krankheit und stellt den wichtigsten Risikofaktor für einen Schlaganfall dar. Die Prävalenz von arterieller Hypertonie liegt in der Gesamtbevölkerung der Industrieländer bei 10-20%, bei den über 60-Jährigen bei 65% (Kwan, 2001). ATHIS weist für beide Geschlechter in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen auf als SHARE, die generelle Verteilung ist jedoch ähnlich (Abb. 6). Allerdings liegen die Werte beider Befragungen deutlich unter den erwarteten Werten. Frauen aller Altersgruppen sind in höherem Maße von Bluthochdruck betroffen als Männer.

Abbildung 6: Bluthochdruck nach Alter und Geschlecht



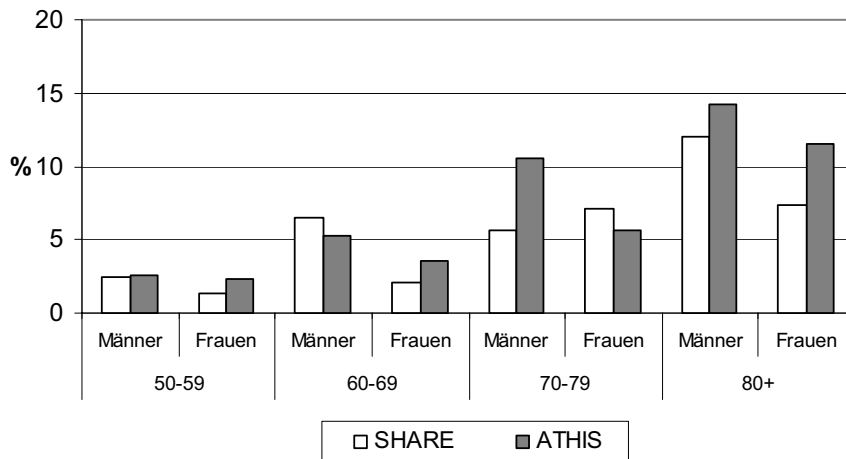
Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Schlaganfall oder Gehirnblutung

Schlaganfall ist eine klinische Diagnose, die verschiedene Symptome erfasst, welche vaskulären Ursprungs sind und länger als 24 Stunden anhalten. Diese Diagnose umfasst

sowohl einen Infarkt als auch verschiedene Formen von Hirnblutungen (Kwan, 2001). Schlaganfall ist, trennt man Krebs in die verschiedenen Lokationen auf, weltweit die zweithäufigste Todesursache. Frauen weisen höhere Prävalenzen auf als Männer (Rieder, 2004). Generell finden sich keine bemerkenswerten Unterschiede zwischen den beiden Befragungen, es zeigen sich mit dem Alter steigende Prävalenzen (Abb. 7).

Abbildung 7: Schlaganfall oder Gehirnblutung nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Krebs

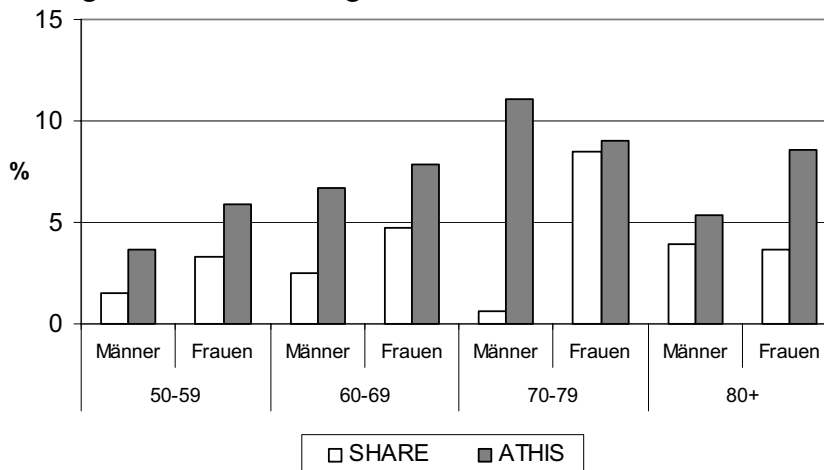
Krebs ist in Österreich nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache, sowohl für Männer als auch für Frauen (Statistik Austria, 2008c). Eine absolute Zunahme der Krebserkrankungen lässt sich vor allem auf den höheren Altersdurchschnitt der Bevölkerung sowie auf eine verbesserte Früherkennung zurückführen (Vutuc, 2002).

Der Anteil der befragten Personen, die an Krebs leiden, nimmt bis zum Alter von 79 Jahren zu (Abb. 8). Unter den Frauen finden sich zumeist höhere Nennungen als unter den Männern. ATHIS weist generell für beide Geschlechter und in allen Altersgruppen eine etwas höhere Krebsprävalenz auf als SHARE. Auffallend ist die niedrige Nennung von Krebserkrankungen bei Männern der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre im Alterssurvey SHARE. Hier dürfte eine Unterrepräsentanz von Krebserkrankten vorliegen.

In SHARE wird Krebs zusätzlich zur generellen Diagnose nach 22 verschiedenen Lokalisationen unterschieden, was eine differenzierte Analyse ermöglicht. Nach Angaben von Statistik Austria (2007c) ist Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebserkrankung. So zeigt sich auch in SHARE, dass bei den Frauen Brustkrebs einen großen Anteil der Krebserkrankungen ausmacht. Von den insgesamt 54 Frauen im österreichischen SHARE-Datensatz, die eine Krebserkrankung angaben, waren 21 an Brustkrebs erkrankt. Dies entspricht 39% der angegebenen Krebsfälle. Unter den Männern ist Prostatakrebs heute mit 30% etwa genauso häufig wie Brustkrebs bei Frauen mit 28% (Statistik Austria, 2007c). Von

den 13 Männern, die in SHARE Krebs als Diagnose angaben, gaben jedoch nur zwei Prostatakrebs an. Es kann somit angenommen werden, dass die Prävalenz von Prostatakrebs in SHARE unterrepräsentiert ist. Da die genaue Lokalisation von Krebs in ATHIS nicht abgefragt wird, ist ein direkter Vergleich hier nicht möglich.

Abbildung 8: Krebserkrankungen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Diabetes mellitus

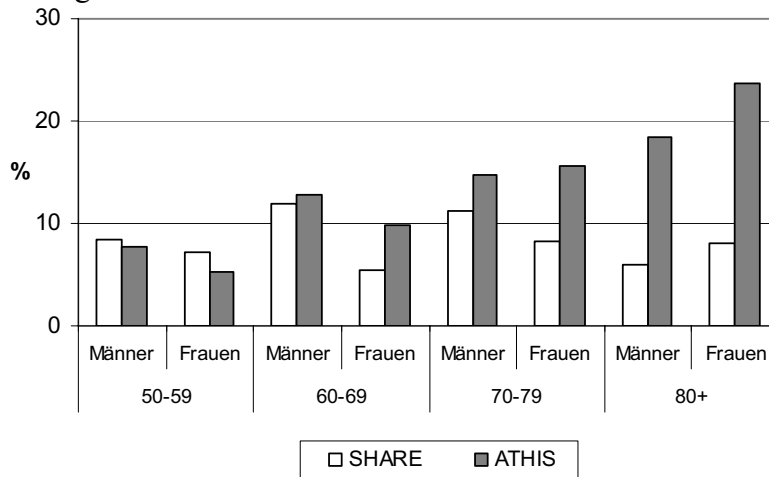
Diabetes (in der Alltagssprache „Zuckerkrankheit“ genannt) zieht eine Reihe von Folgeerkrankungen nach sich, die das Herz-Kreislauf-System, die Nierenfunktion, das Nervensystem und die Augen betreffen, und bewirkt dadurch eine erhöhte Sterblichkeit. Eine für Diabetes charakteristische Komplikation stellt zudem das diabetische Fußsyndrom dar, welches eine kostspielige Behandlung erfordert (Rieder et al., 2004). Diabetes hat daher eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung.

In beiden Surveys wird nach Diabetes allgemein gefragt, nicht speziell nach Diabetes Typ II. Anders als bei Diabetes Typ I, der einen absoluten Insulinmangel aufgrund der Zerstörung von Insulin produzierenden Zellen darstellt, entwickelt sich Diabetes Typ II, eine Insulinresistenz, gewöhnlich erst im fortgeschrittenen Alter. Das Lebensalter stellt einen wichtigen Risikofaktor für Diabetes mellitus Typ II (in der Alltagssprache daher auch „Altersdiabetes“ genannt) dar, d.h. die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter an. Im Mikrozensus von 1999 gaben von den unter 60-jährigen österreichischen Männern 3% (Frauen 2%), von den über 75-jährigen 6% (Frauen 7%) die Diagnose Diabetes an (Rieder et al., 2004).

In den beiden Befragungen ist die Prävalenz von Diabetes für die unteren Altersgruppen etwa gleich (Abb. 9). Ab dem Alter von 70 Jahren nehmen die Unterschiede zu. Vor allem in der Altersgruppe 80+ finden sich in ATHIS anteilmäßig weit mehr Personen mit einer Diabeteserkrankung als in SHARE. Dort findet sich keine Zunahme der Prävalenz mit

steigendem Alter, jedoch erscheint die Prävalenz von 24% für die über 80-jährigen Frauen in ATHIS unerwartet hoch.

Abbildung 9: Diabetes nach Alter und Geschlecht



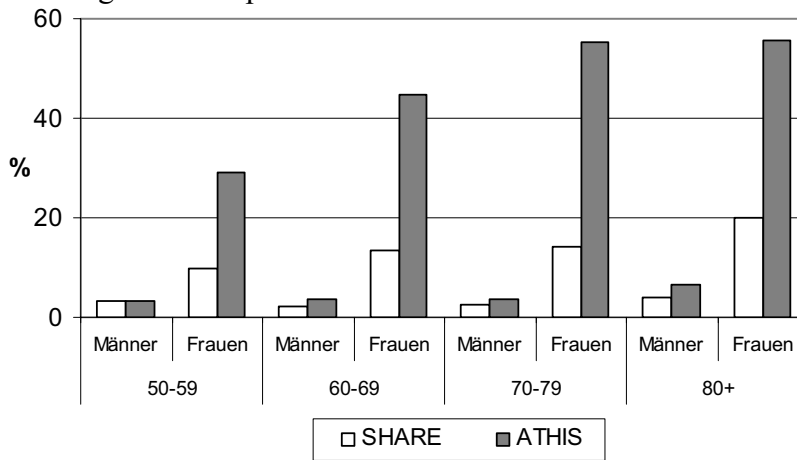
Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Osteoporose

Osteoporose beschreibt eine Atrophie (Verminderung von Masse im Verhältnis zum Volumen) vor allem des schwammigen Knochengewebes. Durch die geringere Dichte ist der Knochen weniger widerstandsfähig und anfällig für Brüche. Eine Osteoporose kann verschiedene Ursachen haben, z.B. Vitamin D- oder Kalziummangel, tritt aber gehäuft im Alter auf (senile Osteoporose, Typ II). Bei Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren kommt es zur postmenopausalen Osteoporose (Typ I) (Liebchen, 2004). Hier kommt es in Folge von Östrogenmangel zu einem raschen Knochenabbau vor allem im Bereich von Wirbelsäule, Brust und Becken (Adler, 2005). Körperliche Inaktivität begünstigt das Entstehen einer Osteoporose (Smala et al., 2001). Die Prävalenz von Osteoporose liegt bei über 50-jährigen Männern bei 10%, bei gleichaltrigen Frauen bei 30% (Liebchen, 2004).

Der entsprechende Trend spiegelt sich auch in den Ergebnissen der beiden Befragungen wider. Osteoporose findet sich vor allem bei Frauen und nimmt mit steigendem Alter zu (Abb. 10). Allerdings weist ATHIS bei den Frauen in allen Altersgruppen weit höhere Prävalenzen auf als SHARE, die drei- bis viermal höher sind. Jedoch fallen nicht nur die Prävalenzen in SHARE niedriger aus als erwartet, sondern die in ATHIS mit 45% bis 56% weit höher als erwartet. Es liegt die Vermutung nahe, dass Osteoporose in SHARE unterrepräsentiert, in ATHIS überrepräsentiert ist.

Abbildung 10: Osteoporose nach Alter und Geschlecht

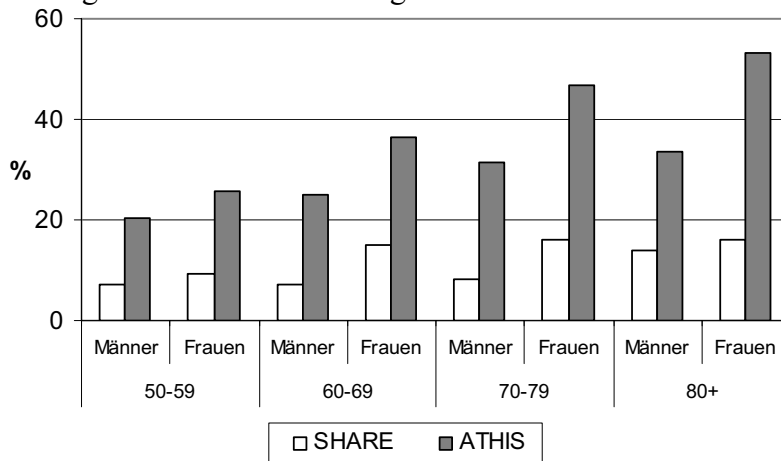


Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Arthrose, Arthritis und Gelenkrheumatismus

Gelenkserkrankungen weisen generell eine sehr hohe Prävalenz auf, wobei mit dem Alter sowohl der Schweregrad als auch die Anzahl der betroffenen Gelenke zunehmen (Adler, 2005). Von den über 65-Jährigen sind bis zu 90% von Gelenkserkrankungen betroffen. Des Weiteren bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede, ab dem 55. Lebensjahr sind Frauen häufiger und schwerer betroffen als Männer (Theiler, 2002).

Abbildung 11: Gelenkserkrankungen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der beiden Befragungen wider (Abb. 11). In beiden sind Frauen aller Altersgruppen häufiger von Gelenksbeschwerden betroffen als Männer. Für beide Geschlechter steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter. Der Vergleich von SHARE und ATHIS zeigt, dass in ATHIS die Prävalenz für beide Geschlechter und alle Altersgruppen

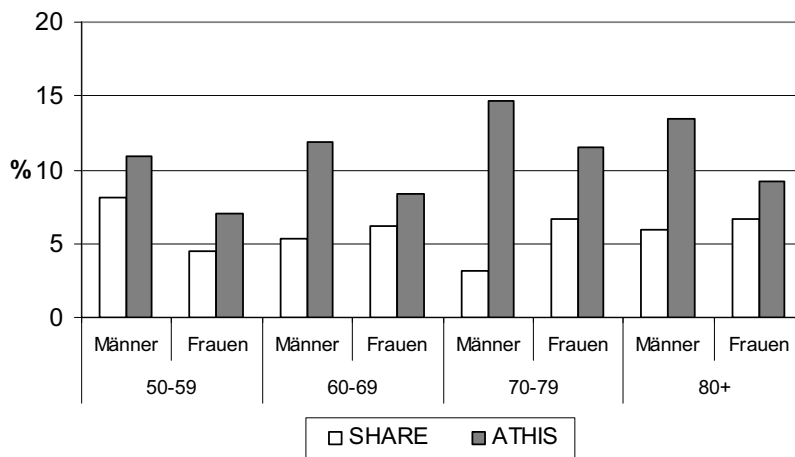
höher ist, vor allem bei den Frauen. Die Differenz zwischen den Befragungen beträgt zwischen 13 und 31 Prozentpunkten, bei den Frauen der Altersgruppe 80+ sogar 37 Prozentpunkte. Die Fragestellung beider Surveys ist identisch. Aus einem Vergleich mit den oben genannten Prävalenzen kann gefolgert werden, dass in SHARE die Prävalenz von Gelenkserkrankungen unterrepräsentiert ist.

Magen- oder Darmgeschwür

Die häufigste Ursache eines Magen- oder Darmgeschwürs ist eine bakterielle Entzündung der Magenschleimhaut (Gastritis) (Metzger et al., 2001). Eine Erkrankung wird aber auch durch eine längere Einnahme von Medikamenten begünstigt (Steuerwald & Meier, 2003). Die Prävalenz von gastrointestinalen Geschwüren nimmt mit dem Alter zu, jedoch im Vergleich zu oben besprochenen Krankheiten eher moderat. Die sogenannte „Lifetime-prevalence“ liegt bei etwa 10% (Steuerwald & Meier, 2003). Männer sind jedoch etwa zweimal so häufig betroffen wie Frauen (Hawkey et. al, 2002).

Das erwartete Ergebnis zeigt sich vor allem in ATHIS (Abb. 12). In allen Altersgruppen ist die Prävalenz bei Männern höher als bei Frauen. In SHARE findet sich dieses Bild nicht, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dort gering, und Frauen ab 60 Jahren sind sogar häufiger betroffen als Männer.

Abbildung 12: Magen- und Darmgeschwüre nach Alter und Geschlecht

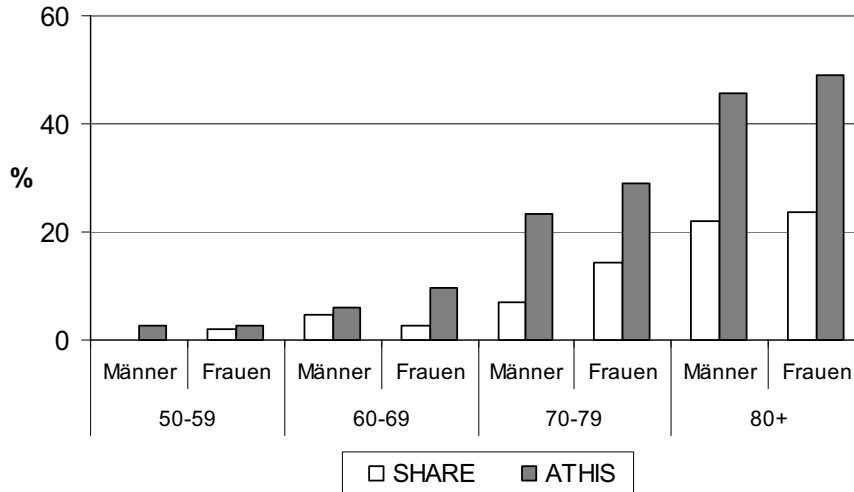


Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Grauer Star

Beim Grauen Star – oder Katarakt – handelt es sich um eine Linsentrübung mit zunehmender Empfindlichkeit gegenüber Licht sowie mit nahe beieinanderliegenden Doppelbildern (Gloor & Sarra, 2004). Ein Großteil der Menschen im höheren Lebensalter entwickelt einen Grauen Star, im Alter zwischen 65 und 75 Jahren leiden 14% der Männer und 24% der Frauen daran, im Alter von über 75 Jahren bereits 39% der Männer und 46% der Frauen (BVA, 1998). Übermäßiger Genuss von Alkohol und Nikotin, aber auch Diabetes begünstigen die Entwicklung eines Grauen Stars (Gloor & Sarra, 2004).

Abbildung 13: Grauer Star nach Alter und Geschlecht



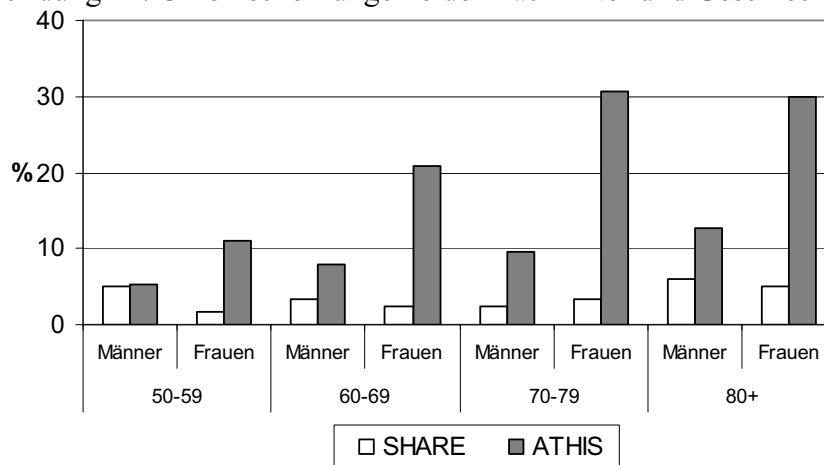
Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

Beide Befragungen weisen entsprechende, mit dem Alter zunehmende Prävalenzen von Grauem Star auf (Abb. 13). Die Frauen weisen in beiden Befragungen vor allem in den höheren Altersgruppen geringfügig höhere Prävalenzen auf als die Männer. Grauer Star wird in ATHIS häufiger angegeben als in SHARE, die Unterschiede nehmen mit dem Alter zu und betragen in der Altersgruppe 70-79 Jahre etwa 15 Prozentpunkte, bei den über 80-Jährigen 24 Prozentpunkte. Damit ist die Prävalenz in ATHIS in beiden Altersgruppen doppelt so hoch wie in SHARE. Vergleicht man die Ergebnisse mit den oben genannten Prävalenzen, ist davon auszugehen, dass der Graue Star in SHARE unterrepräsentiert ist.

Bronchitis oder Emphysem

Chronische Bronchitis und Lungenemphyseme werden unter dem Begriff COPD für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (*chronic obstructive pulmonary disease*) zusammengefasst und gehören zu den häufigsten Erkrankungen in den Industrieländern (Russi & Anderhub, 2002). Etwa 26% der über 40-jährigen österreichischen Bevölkerung waren in den Jahren 2004 und 2005 davon betroffen, die Prävalenz ist mit zunehmendem Alter steigend (Firlei et al., 2007). Männer waren ursprünglich häufiger betroffen als Frauen, jedoch konnten Firlei et al. (2007) zeigen, dass Frauen in den letzten 20 Jahren zunehmend häufiger betroffen sind, was auf den gesteigerten Nikotinkonsum zurückgeführt wird. Rauchen gilt als wichtigster Faktor in der Entstehung einer chronischen Lungenerkrankung.

Abbildung 14: Chronische Lungenleiden nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

In ATHIS zeigen sich mit dem Alter steigende Prävalenzen von chronischen Lungenkrankheiten, vor allem bei Frauen (Abb. 14). Nach den Ergebnissen des ATHIS wären Frauen damit mehr als doppelt so häufig von diesem Leiden betroffen als Männer. In SHARE finden sich keine entsprechenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die Prävalenzen liegen dort für beide Geschlechter in allen Altersgruppen unter 10% und damit deutlich unter den zu erwartenden Prävalenzraten für chronische Lungenerkrankungen.

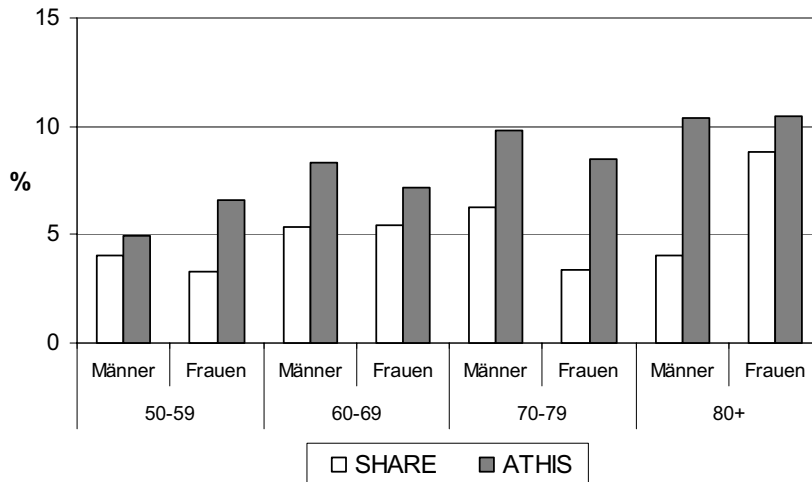
Asthma

Asthma ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, die sich in einer Hyperreaktion auf allergische und nichtallergische Auslöser und einem Anfall von Atemnot äußert (Aigner et al., 2004). Asthma ist einer chronischen Lungenerkrankung in vielen Aspekten ähnlich, muss jedoch als eigene Krankheit begriffen werden (Russi & Anderhub, 2002). Asthmaerkrankungen haben meist viele Ursachen, häufig spielen allergene Substanzen (Gräser, Milben, Haustiere) eine Rolle. Aber auch eine einfache Erkältung, Nikotin, Luftverschmutzung, Nebenwirkungen von Medikamenten, bestimmte Nahrungsmittel, körperliche Überbelastung oder psychischer Stress können eine (nicht-allergische) asthmatische Reaktion hervorrufen (Brändli & Braun-Fahländer, 2002; Dorner et al., 2006). Im österreichischen Mikrozensus von 1999 zeigten sich zwei Altersgipfel in der Prävalenz von Asthma, einer bei den 15- bis 29-Jährigen, der andere im höheren Alter. Von den über 75-Jährigen gaben 4% der Männer und 2% der Frauen eine Asthmaerkrankung an (Dorner et al., 2006).

In ATHIS wird zwischen „allergischem Asthma“ und „anderen Formen von Asthma“ unterschieden. Für den Vergleich mit SHARE wurden daher die beiden Variablen zu einer zusammengefasst. In ATHIS finden sich bei allen Geschlechtern und Altersgruppen etwas höhere Prävalenzen als in SHARE, die Unterschiede sind jedoch gering und liegen zwischen einem und sechs Prozentpunkten (Abb. 15). In ATHIS lässt sich zudem eine leichte Zunahme mit dem Alter beobachten. Im Vergleich mit den in der Literatur angegebenen Prävalenzen

sind die der beiden Befragungen jedoch unerwartet hoch. In SHARE liegt die Prävalenz von Asthma noch eher im erwarteten Bereich.

Abbildung 15: Asthma nach Alter und Geschlecht



Quelle: SHARE Release 2.0.1, ATHIS; gewichtete Daten; eigene Berechnung

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei aktuelle Datensätze verglichen, welche detaillierte Angaben über den Gesundheitszustand und die Lebensumstände älterer Menschen beinhalten: der *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) und die *Österreichische Gesundheitsbefragung* (Austrian Health Interview Survey, ATHIS). Die Arbeit konzentriert sich auf Personen im Alter von 50 und mehr Jahren. Der Vergleich erfolgte in Bezug auf die erhobenen Fragen als auch hinsichtlich der deskriptiven Ergebnisse.

ATHIS umfasst in der Altersgruppe 50+ eine wesentlich größere Stichprobe als SHARE. SHARE ist ein multidisziplinäres Panel, Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt, weitere Schwerpunkte bilden die ökonomische Situation, die soziale Unterstützung und Einbettung. Der longitudinale Aspekt und die Interdisziplinarität sind die wesentlichen Stärken von SHARE, eine internationale Vergleichbarkeit ist mit beiden Datensätzen gegeben.

Eine eindeutige Feststellung, welche der Befragungen die gesundheitliche Situation von älteren Menschen über 50 besser beschreibt, ist nicht möglich. Beide Befragungen haben ihre jeweiligen Stärken.

ATHIS ist detaillierter in der Erfassung von Schmerzen, des Gesundheitsverhaltens und der Erfragung der Gründe für Arztbesuche. Weiters werden rezeptfreie Medikamente und die Inanspruchnahme komplementärer Medizin erfasst, was in SHARE nicht erfolgt. Bei den chronischen Krankheiten liegt der Schwerpunkt in SHARE bei der ärztlichen Diagnose. In

ATHIS liegt dieser dagegen bei der subjektiven Bewertung von Gesundheit und erst in zweiter Linie auf einer ärztlichen Diagnose. Damit werden in ATHIS stärker psychische und soziale Einflüsse berücksichtigt, die für die subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes bedeutend sind.

SHARE geht genauer auf Krebserkrankungen, die Unterstützungs- und Pflegesituation sowie die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ein und erfasst auch die kognitiven Fähigkeiten anhand von Tests. Aufgrund der Eingrenzung der Stichprobe auf die Altersgruppe 50+ in SHARE ist eine Anpassung der Fragestellung an die Situation älterer Menschen möglich. Dies wird besonders bei der Aufzählung der Fachärzte sowie ambulanter und stationärer Krankenhausaufenthalte und Operationen genutzt.

Nach dem Vergleich der abgefragten Items wurden auch deskriptive Ergebnisse bezüglich chronischer Krankheiten verglichen. Das Fehlen der Grundgesamtheit als Referenz mag Zweifel an der Aussagekraft eines derartigen Vergleichs zweier Stichproben aufkommen lassen, nichtsdestoweniger ist für potenzielle Nutzer der Daten ein derartiger Vergleich von großem Nutzen.

Es zeigt sich, dass ATHIS bei den hier untersuchten Diagnosen jeweils höhere Prävalenzen aufweist als SHARE. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die SHARE-Stichprobe „gesünder“ ist als die ATHIS Stichprobe. Die einzige Ausnahme sind die Herzkrankheiten. Die höheren Prävalenzen in SHARE für diese Diagnose werden durch die umfassendere Fragestellung nach „Herzproblemen“ erklärt.

Bei den übrigen Diagnosen ist die Fragestellung in beiden Surveys identisch, sodass die Erklärung unterschiedlicher Prävalenzen schwierig ist. Hier ist eine Unter- bzw. Überrepräsentation durch einen der beiden Surveys wahrscheinlich. Für einige der erhobenen Diagnosen finden sich in der Literatur Angaben über die Prävalenzen in der österreichischen Bevölkerung, so dass hier entsprechende Aussagen getroffen werden können. Die Diagnosen von Krebs, Gelenkserkrankungen, Grauem Star, Osteoporose, Magen- und Darmgeschwüren und chronischen Lungenleiden dürften in SHARE unterrepräsentiert sein. Bei den Diagnosen Osteoporose, Asthma und Diabetes scheint dagegen eine Überrepräsentation durch ATHIS wahrscheinlich. In anderen Fällen, z.B. beim Schlaganfall, kann keine solche Beurteilung getroffen werden.

Die Tatsache einer Über- oder Unterrepräsentation kann sich jedoch nicht selbst erklären. Eventuell lassen sich die Unterschiede in den Ergebnissen auf andere Unterschiede zwischen den Befragungen zurückführen. So findet sich in SHARE ein größerer Anteil von höher Gebildeten. Bildung kovariert mit dem sozioökonomischen Status und dieser wiederum, über finanzielle Mittel, aber auch Ernährungsverhalten, mit Gesundheit. In Folge kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit einem niedrigeren Bildungsniveau im Vergleich zu solchen mit einem höheren Bildungslevel bei Krankheiten, die stark vom Gesundheitsverhalten abhängig sind, höhere Prävalenzen aufweisen. Folglich ist in den Analysen der beiden Datensätze Bildung eine wichtige Variable, die zu berücksichtigen ist.

Literatur

- Adler, C.-P. (2005). Knochenkrankheiten. Diagnostik makroskopischer, histologischer und radiologischer Strukturveränderungen des Skeletts. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Aigner, K., Forche, G., Kneussl, M., Pohl, W., Schlick, W. (2004). Österreichische Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose: Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Asthma bronchiale bei Erwachsenen. *Wiener Klinische Wochenschrift* 116/9-10:339-345.
- Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG) (1998). Leitlinie Nr. 19 – Katarakt (Grauer Star) im Erwachsenenalter. (<http://www.augeninfo.de/leit/leit19.htm>).
- Böni, R., Imthurn, B. (2004). Haut, Menopause und Hormone. *Schweizerisches Medizin-Forum* 4:953-957.
- Brändli, O., Braun-Fahrländer, C. (2002). Asthma bronchiale: Die Bedeutung von Umwelt und Familie. *Schweizerisches Medizin-Forum* 18:424-429.
- Buber, I. (2008). *SHARE Codebook. Release 3*. Wien: Vienna Institute of Demography.
- Buber, I., Engelhardt, H. (2008). Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Journal of Ageing* 5:31-45.
- Buber, I., Prskawetz, A., Engelhardt, H., Schwarz, F., Winter-Ebmer, R. (2006). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE. First Results for Austria. Research Report 31. Wien: Vienna Institute of Demography.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2006). Gesundheitsbericht 2006 der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an den Nationalrat. Berichtszeitraum 2002-2004. BMGF.
- Doblhammer, G. (1997). Socioeconomic differentials in Austrian adult mortality. A study based on linked census and death records for the years 1981/82. Dissertation, Wien.
- Dorner, T., Rieder, A., Lawrence, K., Kunze, M. (2006). Österreichischer Allergiebericht. Wien, Verein Altern mit Zukunft.
- Firlei, N., Lamprecht, B., Schirnhöfer, L., Kaiser, B., Studnicka, M. (2007). Die Prävalenz der COPD in Österreich – die erwartete Entwicklung bis 2020. *Wiener Klinische Wochenschrift* 119/17-18:513-518.
- Gloor, B.P., Sarra, G.-M. (2004). Visusverlust und Sehstörung (2. Teil). Langsamer Verlust des Sehvermögens. *Schweizerisches Medizin-Forum* 4:276-280.
- Greendale, G.A., Lee, N.P., Arriola, E.R. (1999). The menopause. *Lancet* 353(9152):571-580.
- Goldmann, N., Korenman, S. & Weinstein, R. (1995). Marital Status and Health among the Elderly. *Social Science & Medicine* 40(12):1717-1730.
- Hank, K., Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren. Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues* 30(1):53-73.

- Hank, K., Jürges, H., Schupp, J., Wagner, G. (2008). Isometrische Greifkraft und sozialgerontologische Forschung: Ergebnisse und Analysepotentiale des SHARE und SOEP, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, forthcoming.
- Hawkey, C.J., Wilson, I., Næsdal, J., Långström, G., Swannell, A.J., Yeomans, N.D. (2002). Influence of sex and *Helicobacter pylori* on development and healing of gastroduodenal lesions in non-steroidal anti-inflammatory drug users. *Gut* 51:344-350.
- King, H., Aubert, R.E., Hermann, W.H. (1998). Global burden of diabetes, 1995–2002: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 21:1414-1431.
- Klimont, J. (2008). Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ergebnisse zum Gesundheitszustand. *Statistische Nachrichten* 1/2008: 30-39.
- Kwan, J. (2001). Clinical epidemiology of stroke. *CME Journal Geriatric Medicine* 3(3):94-98.
- Liebchen, A. (2004). Die Wirkung von Bisphosphonaten auf den Verlauf der Knochendichte bei postmenopausalen Frauen mit Osteoporose unter Berücksichtigung nutritiver Aspekte und körperlicher Aktivität, Dissertation. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Löwel, H., Meisinger, C., Schneider, A., Döring, A. (2006). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den kardiovaskulären Risikofaktoren. Ausgewählte Ergebnisse aus der MONICA/KORA Kohortenstudie 1984 bis 2002. *Vasomed* 18/6:216-220.
- Metzger, J., Styger, S., Sieber, C., Flüe, M., Vogelbach, P., Herder, F. (2001). Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer perforations. *Swiss Medical Weekly* 131:99-103.
- Prince, M.J., Reischies, F., Beekman, A.T.F., Fuhrer, R., Jonker, C., Lively, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., Van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., Copeland, J.R.M. (1999). Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 174:330-38.
- Rieder, A. (2004). Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. *Journal für Kardiologie* 11:3-4.
- Rieder, A., Rathmanner, T., Kiefer, I., Dorner, T., Kunze, M., Schwarz, F. (2004). Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien.
- Rickenbacher, P. (2001). Herzinsuffizienz: Epidemiologie, Pathophysiologie. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 1(01):4-9.
- Russi, E.W., Anderhub, H.P. (2002). Asthma und COPD. *Schweizerisches Medizin-Forum* 20:487-489.
- Smala, A., Beeler, I., Szucs, T.D. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. München (MERG - Forschungsgruppe Medizinische Ökonomie), Zürich (Abteilung für Medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals).
- Statistik Austria (2005). Volkszählung. Haushalte und Personen. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2007a). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2007b). Bevölkerungsvorausschätzung 2007-2050 für Österreich (mittlere Variante). Schnellbericht 8.2. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.

- Statistik Austria (2007c). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2008a). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2008b). Demographische Indikatoren für Österreich 1961-2007. Schnellbericht 8.1. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2008c). Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Steuerwald, M., Meier, R. (2003). Peptische Störungen. Teil II: Peptische Ulcera. *Schweizerisches Medizin-Forum* 3(42):1008-1012.
- Theiler, R. (2002). Arthrose. Epidemiologie, Diagnose und Differentialdiagnose, Abklärung und Dokumentation. *Swiss Medical Forum*, 2(23):555-561.
- VID (2008). European Demographic Data Sheet 2008. Vienna Institute of Demography, IIASA and PRB.
- Vutuc, C. (2002). Tumorepidemiologie – eine Standortbestimmung. *Onkologie* 25:44-47.
- WHO (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946. New York. Deutsche Übersetzung vom 7. April 1948. Genf. Stand: 7. März 2006. Quelle:
<http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

Anhang 1: Diagnosen chronischer Erkrankungen

SHARE (Frage ph006)

„Falls Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt hat, dass Sie unter einer der in Karte 6 angeführten Krankheiten leiden, nennen Sie mir bitte die entsprechende Nummer bzw. Nummern.“

Karte 6:

1. Herzanfall, einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit einschließlich Herzinsuffizienz
2. Bluthochdruck oder Hypertonie
3. Hoher Cholesterinspiegel
4. Schlaganfall oder Gehirngefäßerkrankung
5. Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel
6. Chronische Lungenerkrankung wie chronische Bronchitis oder Lungenaufblähung (Emphysem)
7. Asthma
8. Arthritis, einschließlich Osteoarthritis oder Rheuma
9. Osteoporose
10. Krebs oder Malignom, auch Leukämie oder Lymphome, ausgenommen jedoch leichtere Formen von Hautkrebs
11. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, sonstige gutartige Geschwüre des Verdauungstraktes
12. Parkinson'sche Krankheit
13. Grauer Star
14. Oberschenkelhalsbruch
96. Keine
97. Andere, hier nicht erwähnte Krankheiten

ATHIS (Fragenblock S4)

„Hatten Sie jemals ...“

- allergisches Asthma
- andere Form von Asthma
- Allergien (ausgenommen allergisches Asthma, z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Nesselsucht, allergisches Kontaktekzem)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Grauer Star (Katarakt)
- Tinnitus (Ohrensausen)
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall oder eine Gehirnblutung
- Chronische Bronchitis oder ein Emphysem (Lungenblähung)
- Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Osteoporose
- Harninkontinenz
- Magen- oder Darmgeschwür
- Krebs (Bösartiger Tumor einschließlich Leukämie und Lymphome)
- Migräne oder häufige Kopfschmerzen
- Angstzustände oder Depression
- sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme

Anhang 2: Mentale Gesundheit

SHARE (Fragen mh002 bis mh017) (zugrunde liegendes Depressionsmaß: EUROD-Scale)

Depression: „Haben Sie sich im letzten Monat traurig oder niedergeschlagen gefühlt?“ (mh002)

Pessimismus: „Was erhoffen Sie sich von der Zukunft?“ (mh003)

Todeswunsch: „Haben Sie sich im letzten Monat jemals gewünscht, lieber tot zu sein?“ (mh004)

Schuld: „Neigen Sie zu Selbstvorwürfen oder Schuldgefühlen?“ (mh005) „Weshalb machen Sie sich Vorwürfe?“ (mh006)

Schlaf: „Hatten Sie in letzter Zeit Schlafstörungen?“ (mh007)

Interesse: „Wie hat sich in den letzten Wochen Ihr Interessen an Ihrer Umgebung, an Aktivitäten entwickelt?“ (mh008) „Ist das Interesse an Ihrer Umwelt gleichgeblieben?“ (mh009)

Reizbarkeit: „Waren Sie in letzter Zeit reizbarer?“ (mh010)

Appetit: „Wie war Ihr Appetit?“ (mh011) „Haben Sie also mehr oder weniger als üblich gegessen?“ (mh012)

Ermattung: „Haben Sie sich im letzten Monat zu kraftlos gefühlt, um Dinge zu tun, die Sie gerne getan hätten?“ (mh013)

Konzentration: „Wie steht es bei Ihnen mit der Konzentration? Können Sie sich beispielsweise auf einen Film, eine Fernseh- oder Radiosendung konzentrieren?“ (mh014) „Können Sie sich beim Lesen konzentrieren?“ (mh015)

Freude: „Was haben Sie in der letzten Zeit gerne gemacht?“ (mh016)

Traurigkeit: „Haben Sie im letzten Monat einmal geweint?“ (mh017)

ATHIS (Fragenblock S9) (zugrunde liegender Modul: EHSM)

„Bitte stufen Sie Ihr Befinden und Ihre Stimmungslage während des letzten Monats der Häufigkeit nach mit Hilfe der vorliegenden Skala ein.“

Antwortkategorien: 1 = Immer, 2 = Meistens, 3 = Ziemlich oft, 4 = Manchmal, 5 = Nie

1. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen sehr nervös?“
2. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?“
3. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen ruhig und gelassen?“
4. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen bedrückt und traurig?“
5. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen glücklich?“
6. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Schwung?“
7. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Energie?“
8. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen erschöpft?“
9. „Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen müde?“

Anhang 3: Liste der Fachärzte

SHARE (Frage hc005)

„Bitte sehen Sie sich Karte 12 an. Welchen dieser Fachärzte haben Sie zuletzt aufgesucht?“

Karte 12:

1. Internist, Spezialist für Herz- oder Lungenkrankheiten, Magen-Darm-Leiden, Diabetes, usw.
2. Hautarzt
3. Neurologe
4. Augenarzt
5. Hals-Nasen-Ohrenarzt
6. Rheumatologe oder Physiotherapeut
7. Orthopäde
8. Chirurg
9. Psychiater/Therapeut
10. Gynäkologe
11. Urologe
12. Onkologe
13. Facharzt für Geriatrie

ATHIS (Frage C2.2)

„Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen [...] eine(n) (Arzt der Liste C2.A) konsultiert?“

Liste C2.A:

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (praktischer Arzt/Ärztin)¹⁶
- Spitals- oder Unfallambulanz
- Betriebsarzt/ärztin (nur an Erwerbstätige)
- Gynäkologe/in (nur bei Frauen)
- Urologe/in
- Hautarzt/ärztin
- Augenarzt/ärztin
- Internist/in
- Orthopäde/in
- HNO-Arzt/Ärztin
- Sonstiger Facharzt/ärztin (ausgenommen Zahnarzt/ärztin)

¹⁶ Besuche beim Praktischen, bzw. Hausarzt, werden bei SHARE unter einem eigenen Punkt erfragt

Anhang 4: Liste der Operationen

SHARE - Stationäre Operationen (Frage hc018)

„Bitte sehen Sie sich Karte 14 an. Welche von diesen war Ihre letzte Operation?“

Karte 14:

1. Legen eines Herzkatheters, auch Entfernung der Arterienverstopfung, Gefäßprothese
2. Herz-Bypass-Transplantation
3. Einsetzen, Ersetzen oder Entfernen eines Herzschrittmachers
4. HNO-Operation
5. Jede Form der Biopsie (Gewebeuntersuchung)
6. Hüftgelenksersatz
7. Kniegelenksersatz
8. Operation nach Knochenbruch oder orthopädischer Verletzung
9. Operation nach Leistenbruch
10. Entfernung der Gallenblase
11. Entfernung der Prostata
12. Entfernung der Gebärmutter
13. Operation wegen Grauen Stars
97. Andere stationäre Operation

SHARE - Ambulante Operationen (Frage hc025)

„Bitte sehen Sie sich [...] Karte 15 an. Was war Ihre letzte ambulante Operation, einschließlich Operationen in einer Tagesklinik?“

1. Kniegelenksspiegelung
2. Operation eines Grauen Stars
3. Leistenbruchoperation
4. Gewebeentnahme oder Entfernung einer Zyste
5. Operation an der Hand
6. Venen ziehen
7. Afterchirurgie
8. Arteriographie oder Angiographie mit Kontrastmittel
97. Andere ambulante Operation

ATHIS - Stationäre Operationen (Frage C1.6)

„Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten [...] eine geplante Operation?“ Liste C1 vorlegen.

Liste C1:

- Linsenoperation am Auge (bei Grauem Star)
- Hüftgelenksersatz
- Kniegelenksersatz
- Operation an den Herzkranzgefäßen (Bypass)
- Herzkatheteruntersuchungen
- Sonstiges, nämlich (Klartextangabe)

Anhang 5: Tabellarische Gegenüberstellung der Befragungsmodule

Variable	SHARE	ATHIS
Demographie	DN	B3-B5 + B8
Geburtsdatum	Jahr, Monat	
Demographische Daten	Geburtsland, Staatsbürgerschaft, Datum des Zuzugs	
Schulbildung	Volksschule, Hauptschule, Gymnasium (öffentlich/privat) mit Matura, Berufsbildende Schule (mit/ohne) Matura, kein Abschluss, anderer	Pflichtschule, Lehre mit Berufsschule, Fach-/Handelsschule mit Matura, Höhere Schule mit Matura
Weitere Ausbildung	Meisterprüfung, Fachakademie, Fachhochschule, Universität	Kolleg, Universitätslehrgang
	Lehrabschlussprüfung, kein Berufsabschluss	
Haushaltsgröße	alle Haushaltsmitglieder 50+ werden befragt, auch jüngere Partner oder Witwer/n	Anzahl Personen, davon Kinder <14
Familienstand	verheiratet und zusammenlebend / getrennt, ledig, geschieden, verwitwet, Lebensgemeinschaft	
	Jahr geheiratet, geschieden, verwitwet	
	Bildungsdaten des (Ex-) Partners	
Eltern	lebend/verstorben, Alter (als verstorben), Schulbildung und Beruf, wie weit entfernt, Kontakt-häufigkeit, Gesundheitszustand	
Geschwister	Geburtenreihenfolge, lebend/verstorben	
Nachkommen	CH	
Kinder	Anzahl, Name, Geschlecht, Schulbildung, Beschäftigung, wann ausgezogen, Entfernung, Familienstatus, Kontakthäufigkeit	
Enkel	für jedes Kind Anzahl dessen Kinder und Alter des jüngsten Enkelkinds	
Physische Gesundheit	PH	S

Variable	SHARE	ATHIS
Gesundheitszustand	sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht	
	zwei Variablen, randomisiert (Anfang oder Ende des Blocks)	
Chronische Krankheiten	Einschränkung in den letzten 6 Monaten	
Diagnose	nur ärztliche Diagnose	ärztliche Diagnose und subjektive Bewertung
	Herzkrankheit, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Bronchitis, Asthma, Osteoporose, Magen- / Darmgeschwür, Grauer Star, Angstzustände oder Depression (bei SHARE unter MH), Inkontinenz	
	Cholesterin, Arthritis, Parkinson, Oberschenkelhalsbruch	Tinnitus, Wirbelsäulenbeschwerden, Migräne
	Alter bei der ärztlichen Diagnose	
Krebs	Angabe 22 verschiedener Lokalisationen	nur generelle Angabe bei chronischen Krankheiten
Ges. Beschwerden	in den letzten 6 Monaten	in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 7 Tagen
	Gelenksschmerzen, Herz- oder Atembeschwerden, chronischer Husten, geschwollene Beine, Stürze, Furcht vor Stürzen, Schwindel (Ohnmacht oder Erinnerungslücken), Magen-Darm-Probleme	Schmerzen (anhand körperlicher Darstellung anzeigen) und Dauer (länger als 3 Monate), Stärke (Lickert-Skala), Krankenstand
Phys. Einschränkungen	Generell	jeweils mit und ohne Hilfe
	Sehhilfe, Hörgerät, Zahnprothese	
Bewegung und Motorik	100 Meter Gehen	500 Meter Gehen
	Stiegensteigen: ein und mehrere Stockwerke	Stiegensteigen (hinauf oder hinunter)
	Feinmotorik, hinknien, bücken, Gewichte über 5 Kilo heben oder tragen	
	Heben der Arme auf Schulterhöhe, Ziehen oder Schieben von großen Gegenständen	
Persönliche Bedürfnisse und Haushalt	Essen zubereiten, langes Sitzen und anschließendes Aufstehen, An- und Ausziehen, Gang zur Toilette, Einkaufen, Telefonieren, Haus- und Gartenarbeit, finanzielle Angelegenheiten	
	baden oder duschen, ins Bett legen und wieder aufstehen, Medikamente einnehmen	Hand heben zum Hände schütteln, Dose oder Wasserhahn aufdrehen

Variable	SHARE	ATHIS
	in einem Raum gehen, Orientierung mit Stadtplan	
Unterstützung	generell	bei den jeweiligen Tätigkeiten
	entspricht Unterstützung den Bedürfnissen	
Physik. Messungen	GS + WS	
	Handgreifkraft	
	Schrittgeschwindigkeit	
Risikoverhalten	BR	D
BMI	Körperhöhe und Körpergewicht	
Rauchverhalten	Rauchen derzeit: Produkt, durchschnittliche Menge pro Tag	
	jemals ein Jahr lang täglich geraucht	jemals mehr als 100 Zigaretten
	Jahre insgesamt, wann aufgehört (Alter)	wann angefangen (Alter) / aufgehört (Zeitangabe)
		in Anspruch genommene Hilfe
		Zuhause / an der Arbeitsstelle Tabakrauch ausgesetzt
Alkoholkonsum	Häufigkeit in den letzten 6 Monaten (pro Woche / Monat)	in den letzten 12 Monaten (mehr / weniger als viermal)
	letzte 6 Monate: mehr als zwei Gläser pro Tag	jemals mehr als viermal in 12 Monaten
		Tage in der letzten Woche, Menge gestern / letztes Wochenende
		Kritik oder Schuldgefühle wegen Alkoholkonsum
Drogenkonsum		Haschisch und Marihuana
Körperliche Betätigung (intensive vs. mäßig anstrengende Tätigkeit)	Häufigkeit generell	in den letzten 7 Tagen, durchschnittliche Dauer (nur ab 10 min ohne Unterbrechung), insgesamt in einer üblichen Woche
Gehen		in den letzten 7 Tagen, insgesamt an einem Tag, insgesamt in einer Woche
Sport in Freizeit		an wie vielen Tagen pro Woche Schwitzen
Schlafprobleme	in den letzten 6 Monaten	in den letzten 2 Wochen, stark oder gering
Ernährung		Ess- und Trinkgewohnheiten
Kognitive Funktion	CF	

Variable	SHARE	ATHIS
	Lese- und Schreibkönnen (subjektive Einschätzung)	
	Kognitive Tests	
Psych. Gesundheit	MH	S9
	verschiedene Zeitangaben	in den letzten 4 Wochen
	Fragen entsprechend dem EUROD	Fragen entsprechend dem EHSM
Ges. Betreuung	HC	C
Gesundheitsleistungen	Häufigkeit Arztbesuche in den letzten 12 Monaten, davon praktischer Arzt / Hausarzt	Arztbesuch in den letzten 12 Monaten (je Facharzt)
Facharzt	zuletzt besuchter Facharzt	Anzahl der Facharztbesuche in den letzten 4 Wochen
Liste	Internist, Hautarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Orthopäde, Gynäkologe, Urologe	praktischer Arzt, Betriebsarzt
	Chirurg, Rheumatologe/ Physiotherapeut, Onkologe, Facharzt für Geriatrie, Neurologe, Psychiater	
Gründe	Notfall, Behandlung eines neuen Gesundheitsproblems, geplante Routineuntersuchung, z.B. Vorsorge	Nachuntersuchung, Kontrolle, Verschreibung von Medikamenten, administrative Gründe
Wartezeit	Tage und Wochen gerne früheren Termin bekommen	
Zahnarztbesuch	letzte 12 Monate	letzte 12 Monate und letzte 4 Wochen
Gründe	Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung, Behandlung	Schmerzen, Behandlung nach Kontrolle, Fortsetzung einer Behandlung, Zahnspange, Zahnprothese, Mundhygiene, sonstiges
Sonstige Leistungen		Ergotherapie, Logopädie, Homöopathie, Akupunktur, Ernährungsberatung, komplementäre Behandlungsmethoden

Variable	SHARE	ATHIS
	Physio- und Psychotherapie (bei SHARE unter HC005), Hauskrankenpflege (bei SHARE unter HC032-HC037)	
Ausland		Häufigkeit, Art, Land, eigene Kosten
Medikamentation	derzeit wöchentlich	in den letzten beiden Wochen
Ärztlich verordnete Medikamente	hoher Cholesterinspiegel, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetes, Gelenkschmerzen oder -entzündungen, Sonstige Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen), Asthma, Chronische Bronchitis, Depression, Angstzustände, Schlafmittel, Hormone gegen Osteoporose	
	Probleme der Hirndurchblutung, nicht-hormonelle Osteoporose, Sodbrennen	Migräne, Allergien, Verdauungsbeschwerden, Antibiotika, Pille, Hormone wegen Menopause
Nicht verordnete Medikamente		Gelenks- und andere Schmerzen, Migräne, Erkältung, Allergien, Verdauungsbeschwerden, Vitamine oder Mineralstoffe, Sonstige
Stationäre Behandlung	in den letzten zwölf Monaten, Häufigkeit, wie viele Nächte insgesamt	
Gründe	Operation, medizinische Tests, Behandlung ohne Operation, psychische Probleme	nur geplante Operationen
Operationen	Häufigkeit in den letzten 12 Monaten	
	nur die letzte	alle
	Operation wegen Grauen Stars, Hüftgelenkersatz, Kniegelenkersatz, Herz-Bypass-Transplantation, Herzkatheteruntersuchung	
	Legen eines Herzkatheters (Entfernung der Arterienverstopfung, Gefäßprothese), OP wegen Herzschrittmachers, HNO- Operation, Biopsie, OP nach Knochenbruch oder orthopädischer Verletzung, nach Leistenbruch, Entfernung von Gallenblase, Prostata oder Gebärmutter	
Gründe	geplanter Eingriff oder Notfall	

Variable	SHARE	ATHIS
Wartezeit	in Monaten	in Tagen, Wochen und Monaten
	Operation lieber früher gehabt	
Versicherung		sozial oder privat
Ambulante Operationen	während der letzten 12 Monate + Häufigkeit	
	im Krankenhaus oder beim Facharzt	Tagespatient im Krankenhaus (s.o.)
Operationen	Kniegelenksspiegelung, Grauer Star, Leistenbruch, Entfernung von Gewebe oder Zyste, Hand-OP, Venen ziehen, Afterchirurgie, Arteriographie oder Angiographie mit Kontrastmittel, andere	
Wartezeit	in Monaten	
	Termin lieber früher gehabt	
Aufenthalt in Pflegeheimen	in den letzten zwölf Monaten, Häufigkeit und Zeit insgesamt	
Häusliche Betreuung	Wochen in den letzten zwölf Monaten und durchschnittlich Stunden pro Woche	generell: eine Woche versus längere Pflegebedürftigkeit
	professionelle oder bezahlte Pflege, persönliche Betreuung, Hilfe bei Hausarbeiten, Essen auf Rädern	Lebensgefährte, Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, soziale Dienste, sonstige bezahlte Hilfe, niemand
Finanzierung und Versicherung		
Verzicht auf Leistungen, da nicht übernommen oder schwer verfügbar oder eigene Ausgaben	in den letzten 12 Monaten	
	Operation, ärztliche Betreuung, Medikamente, Zahnbehandlung oder -ersatz, Rehabilitation, Hilfsmittel, Betreuung im Pflegeheim, Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, andere	
Sozialversicherung	Sozialversicherungsträger, Höhe des Selbstbehalts, Überweisung	

Variable	SHARE	ATHIS
	vom Hausarzt nötig, Beschränkung der freien Arztwahl	
Zusätzliche Leistungen durch private Krankenversicherung	direkter Zugang zu Fach-ärzten, uneingeschränkte Arztwahl, Zahnbehandlung, volle / teilweise Kostenerstattung für Medikamente, Krankenhauswahl, Langzeitaufenthalt im Pflegeheim, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe	
	Ausgaben insgesamt pro Jahr	
Gesundheitsvorsorge	(Selbstaussfüller)	C3
	Impfschutz, Messen von Blutdruck und Cholesterin, Mammographie, Darmspiegelung	
	Augenuntersuchung, Stuhlprobe	Prostatatakrebsuntersuchung, Krebsabstrich
Lebensunterhalt	EP	B6
Berufliche Tätigkeit	zur Zeit oder zuletzt ausgeübter Beruf	
Beschäftigungssituation	Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbstständig (einschl. Familienbetrieb)	
	Pension, arbeitslos, dauerhaft krank / arbeitsunfähig, Hausfrau / Hausmann, sonstiges	Vertragsbediensteter, freier Dienstleister
	Branche	nähere Definition der Tätigkeit (Hilfstätigkeit, mittlere, höhere Tätigkeit etc.)
	in welchem Jahr Tätigkeit aufgenommen	
	in den letzten 4 Wochen bezahlte Arbeit, vorübergehend nicht beschäftigt (saisonale Gründe), jemals berufstätig, z.Z. mehr als eine Beschäftigung, befristeter / unbefristeter Vertrag	jemals berufstätig, kurze Gelegenheitsjobs
	notwendige Ausbildung, Qualifikationen, Kenntnisse	
	Personenanzahl in Betriebsstätte	
	verantwortlich für die Aufsicht über andere Mitarbeiter, wie viele	führende Tätigkeit (bei näherer Definition, s.o.)

Variable	SHARE	ATHIS
Bezahlung	Häufigkeit der Bezahlung, Höhe des letzten Brutto- und Nettobezugs, Zusatzzahlungen oder Prämien	
Arbeitszeit	vertragliche und tatsächliche Arbeitszeit pro Woche, wie viele Monate im Jahr beschäftigt	normale Arbeitszeit pro Woche, Teilzeit oder Vollzeit (subjektiv), wie oft in den letzten vier Wochen Nacharbeit, Schichtarbeit
Arbeitszufriedenheit	physische Anstrengung, Zeitdruck, Erwerb neuer Fertigkeiten, Selbstbestimmung, Unterstützung, Anerkennung, angemessenes Gehalt, Aufstiegschancen, Gefährdung des Arbeitsplatzes	
Pension	Erwartungen bzgl. Pensionierung	
	in welchem Jahr endete letzte Beschäftigung, Jahre im letzten Job, Jahr erstmals Pension	
	Grund für Pensionierung, Gefühle	
Arbeitslosigkeit	Gründe für Arbeitslosigkeit	
Einkommen	eigenes Einkommen im Jahr 2003	Haushaltseinkommen netto pro Monat
	Einkommensquelle	
	Einkommen durch Pension (Monate insgesamt in 2003, wie oft), weitere Einmalzahlungen, Pflegeversicherung	
Lebenszufriedenheit	Zufriedenheit mit Leben allgemein	Einschätzung der Lebensqualität
	Gelenksschmerzen und ärztliche Betreuung	
Behinderung durch...	Alter, Familie, ungenügende finanzielle Mittel	Schmerzen, medizinische Behandlung, Finanzen
Selbsteinschätzung	Lebenssinn, Energie, Depression	
	Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit, Optimismus,	Gesundheit, Arbeits-fähigkeit, Konzentration, Aussehen, Selbstbewertung, Zugang zu Informationen, Mögl. zu Freizeitaktivitäten, Sicherheit,

Variable	SHARE	ATHIS
		Schlaf
Beziehungen	Partnerschaft, Verantwortungen und Aufgaben, Anerkennung, familiäre Pflichten, Konflikte	persönliche Beziehungen, Sexualeben, Unterstützung durch Freunde
Wohnungsmerkmale	eigenes Bad / Dusche, WC, Zentralheizung, Klima-anlage, Aufzug, Garten, Balkon / Terrasse, Haustier	
Bewertung	Größe, Kosten, Lichtverhältnisse, Heizung	Zufriedenheit mit Wohnbedingungen
Umgebung	Gesundheitsdienste, öffentlicher Verkehr, Umweltbedingungen	
	Lebensmittelgeschäfte in angenehmer Entfernung, Lärm, Kriminalität	
Religion	Bekenntnis, religiöse Erziehung, Betverhalten	
Politik	politisches Bekenntnis, Unterstützung als Aufgabe des Staates oder der Familie	

VIENNA INSTITUTE OF DEMOGRAPHY

Working Papers

Thomson, Elizabeth, Maria Winkler-Dworak, Martin Spielauer, and Alexia Prskawetz, *Union Instability as an Engine of Fertility*, VID Working Paper 02/2009.

Grafeneder-Weissteiner, Theresa and Klaus Prettnner, *Agglomeration and population ageing in a two region model of exogenous growth*, VID Working Paper 01/2009.

Skirbekk, Vegard, Anne Goujon, and Eric Kaufmann, *Secularism or Catholicism? The Religious Composition of the United States to 2043*, VID Working Paper 04/2008.

Ediev, Dalkhat M., *Extrapolative Projections of Mortality: Towards a More Consistent Method*, VID Working Paper 03/2008.

Schwarz, Franz, Christian Korbel, and Johannes Klotz, *Alcohol-Related Mortality among Men in Austria 1981–2002 and the Importance of Qualification and Employment*, VID Working Paper 02/2008.

Buber, Isabella and Henriette Engelhardt, *The Relation Between Depressive Symptoms and Age Among Older Europeans. Findings from SHARE*, VID Working Paper 01/2008.

Aparicio Diaz, Belinda, Thomas Fent, Alexia Prskawetz, and Laura Bernardi, *Transition to Parenthood: The role of Social Interaction and Endogenous Networks*, VID Working Paper 05/2007.

Ediev, Dalkhat M, *On Projecting the Distribution of Private Households by Size*, VID Working Paper 04/2007.

Biehl, Kai und Thomas Fent, *Vorausschätzungen für die Entwicklung der Gesamtbevölkerung und der Beschäftigung in Österreich bis 2035*, VID Working Paper 03/2007.

Feichtinger, Gustav, Maria Winkler-Dworak, Inga Freund, and Alexia Prskawetz, *On the Age Dynamics of Learned Societies: Taking the Example of the Austrian Academy of Sciences*, VID Working Paper 02/2007.

Winkler-Dworak, Maria and Laurent Toulemon, *Gender Differences in the Transition to Adulthood in France: Is There Convergence Over the Recent Period?* VID Working Paper 01/2007.

The Vienna Institute of Demography Working Paper Series receives only limited review. Views or opinions expressed herein are entirely those of the authors.