

## 1 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG – AUFGABEN UND ZIELE

### Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung schließt zwei große Bereiche ein: die Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner Gefährdung sowie die Analyse der Gesundheitssysteme.

Das Hauptziel der Gesundheitsberichterstattung stellt die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung der Bevölkerung dar. Dies soll durch das Erreichen folgender Teilziele realisiert werden: 1. Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen. 2. Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit. 3. Sachgerechte Information der BürgerInnen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.

Grundsätzlich kann zwischen zwei Arten von Gesundheitsberichtstypen unterschieden werden: Überblicksberichte und Spezialberichte.

### Summary: Health monitoring goals

*Reporting on health is divided into two major fields of activities: surveillance of the state of health of a country and the analysis of that country's health care system.*

*The main goal of health reporting is to improve a country's state of health and its health care system. This is best achieved in the following ways: 1. By providing decision makers in politics, administration and health care with the data required to establish planning and control systems. This will enable them to set workable measures. 2. By motivating decision makers and citizens to increasingly regard their own health and health care their own responsibility. This will give full information to people about the general state of health of the country and the main factors influencing it.*

*In principle, there are two types of reports, overviews and detailed*

### 1.1 Historischer Rückblick

„Moderne“ Gesundheitsberichterstattung ist eine relativ neue Disziplin, die in den 80er Jahren entstand. Die Ursachen für das Forcieren einer „neuen“ Gesundheitsberichterstattung lagen:

- in der Diskussion um die Kosten und die Steuerung des Gesundheitswesens: Im Rahmen der Debatte im Gesundheitswesen wurden Fragen der Effektivität und Effizienz des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen diskutiert. Dabei wurde offensichtlich, dass das Gesundheitswesen erhebliche Mängel aufweist. Um diese Mängel zu beheben und eine bedarfsgerechte Verteilung beschränkter Ressourcen zu erreichen, wurden verlässliche Orientierungsdaten über die vordringlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und über die Versorgungsstrukturen gefordert. Diese Daten sollten kontinuierlich in der Verfügung stehen, damit die Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen bewertet werden können.
- in der Renaissance des bevölkerungsmedizinischen Gedankens (z. B. Public Health, Gesundheitsförderung in Regionen): Ausgehend von der „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation gewann das Konzept der Gesundheitsförderung an Bedeutung. Dabei gerieten die vielfältigen Einflüsse der sozialen und ökologischen Umwelt des Menschen und seiner Gesundheit in den Fokus.

es kam zu einer Renaissance bevölkerungsmedizinischer Sichtweisen. Hier steht die Gesundheit der Bevölkerungsgruppen statt jener von Individuen im Mittelpunkt. Es entstand ein Bedarf an Gesundheitsdiagnosen und an Indikatoren für eine gesunde Stadt. Auf kommunaler Ebene wurden diese in den „Healthy Cities“-Projekten aufgegriffen. Die Bevölkerung soll informiert, aber auch zur Beteiligung an der gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Lebensweisen motiviert werden. Gesundheitsberichterstattung soll durch geeignete Themenwahl, Darstellungsformen und „Vermarktungsstrategien“ die Öffentlichkeit für die Belange der Gesundheit sensibilisieren und so deren Gewicht im politischen Zusammenspiel erhöhen.

- im Unbehagen an der überkommenen Medizinalstatistik: Der dritte Anstoß kam von den öffentlichen Einrichtungen, die bis dahin Medizinalstatistik betrieben hatten. Es wurde ersichtlich, dass die angebotenen Statistiken fast ausschließlich Daten über Leistungsvolumina des öffentlichen Gesundheitswesens enthielten, die zudem großteils unkommentiert und in Tabellenform präsentiert wurden.<sup>1</sup>

Die „neuen“ Gesundheitsberichte sind dadurch gekennzeichnet, dass

- Informationen aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragen werden und damit ein volleres Bild der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung entsteht,
- die Daten nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet werden,
- die Ergebnisse gesundheitspolitisch bewertet werden und
- die Ergebnisse in verständlicher Form der Zielgruppe vermittelt werden.<sup>2</sup>

## 1.2 Definition „Gesundheitsberichterstattung“

Gesundheitsberichterstattung kann als „eine systematische Darstellung und Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung einschließlich ihrer Sicherung, strukturiert nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten“<sup>3</sup> definiert werden. Die gesundheitliche Lage umfasst hierbei nicht nur den Gesundheitszustand, sondern auch seine Gefährdungen und die gesellschaftlichen Institutionen der Sicherung (Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung). Damit schließt die Gesundheitsberichterstattung zwei große Bereiche ein: die Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und seiner Gefährdung sowie die Analyse des Gesundheitssystems.

Nach Ansicht des Sachverständigenrates, der 1985 in Deutschland durch den Bundesminister für Gesundheit und Sozialordnung einberufen wurde und zwölf Jahre lang an einem adäquaten Weg der Gesundheitsberichterstattung arbeitete, liefert die Gesundheitsberichterstattung „Informationen zur Erarbeitung einer gesundheitspolitischen Orientierung und ist dadurch zugleich die Grundlage für die Beurteilung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.“ Allerdings würden auch die besten Orientierungsinformationen von PolitikerInnen und der Verwaltung das Setzen von Prioritäten erfordern und die Beteiligten nicht von ihrer Verantwortung entlassen.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Vgl. KELLERHOF, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

<sup>2</sup> Vgl. KELLERHOF, M.: Berichtstypen. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

<sup>3</sup> Vgl. SCHNEIDER, M.: Elemente einer Gesundheitsberichterstattung in den Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheitsberichterstattung. In: STREICH, W. et al.: Berichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 1998.

<sup>4</sup> Ebd.

### 1.3 Aufgaben und Ziele

Das allgemeinste Ziel der Gesundheitsberichterstattung besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies soll durch das Erreichen von Teilzielen realisiert werden:

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen.
- Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung.
- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.<sup>5</sup>

In Schlagworten zusammengefasst soll Gesundheitsberichterstattung

- Informieren,
- Orientieren,
- Motivieren,
- Evaluieren und
- Koordinieren.<sup>6</sup>

Gesundheitsberichte können in verschiedenster Hinsicht von Nutzen sein (z. B. Außenblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, etc.). Ihren eigentlichen Zweck erfüllen sie erst dann, wenn sie gesundheitspolitisch relevant werden, d. h. wenn sie der Unterstützung von Entscheidungen dienen, die sich auf die Steuerung des Gesundheitswesens beziehen. Dabei kann es um Entscheidungen der Verwaltung als auch der Krankenkassen handeln.

Gesundheitspolitische Relevanz besitzen Gesundheitsberichte nur dann, wenn folgende Informationen vermittelt werden:

- **quantitative Indikatoren** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und gesundheitsverhaltensweisen. Aus dieser Information lassen sich Entscheidungen über **Schwerpunkte der Gesundheitspolitik** rational begründen.
- **Problemanalysen**, in welchen diese Zahlen interpretiert werden, Handlungsbedarf und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Durch diese Information lassen sich Entscheidungen über **Strategien** ableiten.
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis alternativer Vorgehensweisen. Diese Informationen bilden die Grundlage für konkrete, erfolgversprechende **Maßnahmen**, jedoch sind diese nicht immer im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden müssen auch nicht unbedingt im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden.

### 1.4 Berichtstypen

Grundsätzlich werden zwei Arten von Gesundheitsberichtstypen unterschieden:

- Überblicksberichte und
- Spezialberichte.

<sup>5</sup> Vgl. KELLERHOF, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.): Handbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

<sup>6</sup> Ebd.

<sup>7</sup> WEBER, I.: Gesundheitspolitische Relevanz ausgewählter Gesundheitsberichte der Länder. In: STREICH, W. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 1998.

### 1.4.1 Überblicksberichte

Überblicksberichte werden zumeist als „Gesundheit in ...“ oder „Gesundheitsbericht ...“ bezeichnet. Überlicherweise stellt er die gesundheitliche Lage und Versorgung einer Region insgesamt, also im Überblick dar. Eine solche Überblicksdarstellung sollte vordringliche Probleme im Gesundheitswesen der Region sichtbar machen. Als Beispiele können der jährlich erscheinende Wiener Gesundheitsbericht und der Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen angeführt werden.

Überblicksberichte sollten möglichst über folgende Themenbereiche Aussagen machen:

- Gesundheitszustand der Bevölkerung: Darunter fallen wichtige Basisdaten wie Lebenserwartung und Geburtenziffer, aber auch Daten zur Häufigkeit wichtiger Krankheiten.
- Rahmenbedingungen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen. Dazu zählen die demographische Entwicklung, die soziale Lage (Armut, Obdachlosigkeit, ...), die natürliche und technische Umwelt (Trinkwasserqualität, Luftverschmutzung, ...), der Lebensstil der Bevölkerung (Alkoholkonsum, körperliche Bewegung, ...).
- Einrichtungen des Gesundheitswesens: Z. B. stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen; medizinische, psychotherapeutische und pflegerische Einrichtungen; Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen; Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitswesens: Für die oben genannten Einrichtungen wird untersucht, wie stark sie von welchen Bevölkerungsgruppen mit welchen Gesundheitsproblemen in Anspruch genommen werden und welche Leistungen dabei in welchem Umfang erbracht werden.
- Personal im Gesundheitswesen: In diesem Kapitel können z. B. die Entwicklung der Ärztezahlen in der beschriebenen Region, ihre Verteilung auf Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Tätigkeiten, oder die Ausbildungszahlen in den Krankenpflegeberufen dargestellt werden.
- Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Dieser Berichtsteil zielt darauf ab, die Kosten der regionalen gesundheitlichen Versorgung insgesamt zu beziffern, aber auch die Kosten von einzelnen Krankheiten, Einrichtungsformen und Leistungsbereichen zu ermitteln. Schließlich wird darauf geachtet, wie diese Kosten finanziert werden (z. B. über Krankenversicherung, Sozialhilfe, Eigenleistung der Betroffenen).
- Gesundheitspolitische Zielsetzungen der Region: Für die Öffentlichkeit sollte transparent gemacht werden, welche Zielsetzungen in den vergangenen Jahren von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen verfolgt wurden, ob diese Ziele verwirklicht werden konnten oder ob diese Ziele durch veränderte gesellschaftlichen Problemüberblick verändert werden müssen.

### 1.4.2 Spezialberichte

Mit Spezialberichten können Überblicksberichte, die notwendigerweise oberflächlich bleiben müssen, vertieft werden. Es können zwei Arten von Spezialberichten unterschieden werden:

- Zielgruppenspezifische Berichterstattung: Thematisiert wird die gesundheitliche Lage und Versorgung spezieller Bevölkerungsgruppen (z. B. Frauengesundheitsbericht, Seniorengesundheitsbericht, Jugendgesundheitsbericht, Obdachlosenbericht).
- Sektorenspezifische Berichterstattung: Hier wird die Entwicklung in speziellen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung beschrieben (z. B. Krankenhausbericht, Psychiatriebericht).

Darüber hinaus ist auch eine Spezialisierung auf ausgewählte Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme möglich wie Krebsbericht, Bericht zu Umwelt und Gesundheit, etc.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Vgl. KELLERHOF, M.: Berichtstypen. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: Praxishandbuch der Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

### 1.3 Aufgaben und Ziele

Das allgemeinste Ziel der Gesundheitsberichterstattung besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies soll durch das Erreichen von Teilzielen realisiert werden:

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen.
- Motivierung von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung.
- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.<sup>5</sup>

In Schlagworten zusammengefasst soll Gesundheitsberichterstattung

- Informieren,
- Orientieren,
- Motivieren,
- Evaluieren und
- Koordinieren.<sup>6</sup>

Gesundheitsberichte können in verschiedenster Hinsicht von Nutzen sein (z. B. Außenblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, etc.). Ihren eigentlichen Zweck erfüllen sie erst dann, wenn sie gesundheitspolitisch relevant werden, d. h. wenn sie der Unterstützung von Entscheidungen dienen, die sich auf die Steuerung des Gesundheitswesens beziehen. Dabei kann es um Entscheidungen der Verwaltung als auch der Krankenkassen handeln.

Gesundheitspolitische Relevanz besitzen Gesundheitsberichte nur dann, wenn folgende Informationen vermittelt werden:

- **quantitative Indikatoren** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und gesundheitspolitischer Handlungsweisen. Aus dieser Information lassen sich Entscheidungen über **Schwerpunkte der Gesundheitspolitik** rational begründen.
- **Problemanalysen**, in welchen diese Zahlen interpretiert werden, Handlungsbedarf und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Durch diese Information lassen sich Entscheidungen über **Strategien** ableiten.
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis alternativer Vorgehensweisen. Diese Informationen bilden die Grundlage für konkrete, erfolgversprechende **Maßnahmen**, jedoch sind diese nicht immer im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden müssen auch nicht unbedingt im Rahmen von Gesundheitsberichten dargestellt werden.

### 1.4 Berichtstypen

Grundsätzlich werden zwei Arten von Gesundheitsberichtstypen unterschieden:

- Überblicksberichte und
- Spezialberichte.

<sup>5</sup> Vgl. KELLERHOF, M.: Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.): Handbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf, 1998.

<sup>6</sup> Ebd.

<sup>7</sup> WEBER, I.: Gesundheitspolitische Relevanz ausgewählter Gesundheitsberichte der Länder. In: STREICH, W. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim/München, 1998.

## 1.5 Lokale Gesundheitsberichterstattung

Städte und Gemeinden sind die Orte, an denen mehr als anderswo Gesundheit gefährdet, gar zerstört, zugleich aber auch erhalten, gefördert und wiederhergestellt wird. Aus dieser Perspektive sind in den letzten beiden Jahrzehnten die Kommune als vorrangiger Ort öffentlicher Gesundheitsförderung und Prävention entdeckt bzw. wiederentdeckt.

Wirksames öffentliches Gesundheitshandeln setzt mindestens dreierlei voraus:

- eine über Gesundheitsfragen gut informierte Öffentlichkeit,
- eine aktive Lobby für Gesundheit
- sowie reformorientierte Kontaktstellen im etablierten System.<sup>9</sup>

Hinzukommen müssen selbstverständlich engagierte und kompetente Träger kommunaler Gesundheitsprogramme oder -maßnahmen, seien es Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeprojekte oder professionell von Experten geleitete kommunale Gesundheitsprojekte.

Um die angesprochenen Gesundheitsprogramme oder -maßnahmen durchführen zu können, bedarf es einer Darstellung der gesundheitlichen Lage. Dabei müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie ist die gesundheitliche Situation, was sind die gesundheitlichen Probleme der interessierten Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen (Gemeindediagnose)?
- Wie hat sich die gesundheitliche Situation in den letzten Jahren verändert (Trendbeurteilung)?
- Sind die vorgesehenen Strategien und Maßnahmen geeignet, die Situation in der gewünschten Richtung zu verändern (Prozess- und Ergebnisevaluation)?

Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es relevanter, das heißt entscheidungs- und handlungsrelevanter sowie zuverlässiger Gesundheitsinformationen über die betreffende Kommune und ihre Bevölkerung. Diese Einsicht hat in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion und in dem von dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten „Gesunde-Städte“-Projekt zeitig zu der Forderung nach geeigneten Gesundheits- und Gesundheitsförderungs-Indikatoren geführt. Diese sind nach einer problemorientierten Gesundheitsberichterstattung und nach Programmen im Bereich der Gesundheitsförderung in diesem Gebiet.

Eine wichtige und häufig nicht gegebene Voraussetzung kommunaler Gesundheitsberichterstattung sind geeignete Datenquellen. Dabei sind dreierlei Quellen von Interesse:

- routinemäßig von Behörden und Institutionen des Gesundheitswesens erhobene Daten und Krankheitsdaten;
- für spezifische Zwecke erhobene Daten, z. B. Daten aus Bevölkerungsbefragungen oder aus Untersuchungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens;
- auf Erfahrungen und Beobachtungen basierende Fallberichte oder Fallstudien (z. B. Erfahrungen über Pflegeeinrichtungen oder über kommunale Gesundheitsförderungsprogramme).<sup>11</sup>

<sup>9</sup> KICKBUSCH, I.: Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. Internationaler AOK-/WHO-Kongress Hamburg 1989, Gesundheit als Herausforderung. AOK Hamburg, 1989. In: THIELE, W. et al.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin, 1990.

<sup>10</sup> WHO Healthy Cities Project, KICKBUSCH, 1989

<sup>11</sup> NOACK, H.: Gesundheitsinformation für gesunde Städte: Voraussetzung lokaler Gesundheitsberichterstattung. In: THIELE, W. et al.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin, 1990.

## 1.6 Bisherige Publikationen

Die Wiener Gesundheitsberichterstattung ist Teil der Wiener Gesundheitsplanung. Sie liefert die Grundlagen für die Bereiche Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung.

Im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes erfolgt die Herausgabe der Publikationen des Dezernats für Gesundheitsplanung ohne Unterteilung in die Fachbereiche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung. Durch das Übergreifen der Themenbereiche ist eine strikte Abstimmung zwischen den einzelnen Bereichen nicht immer möglich.

In den Jahren 1995–1999 wurden vom Dezernat für Gesundheitsplanung folgende Berichte veröffentlicht:

### Laufende Publikationen:

- Gesundheitsbericht für Wien (jährlich): Seit dem Gesundheitsbericht für Wien 1996 werden den Standardmodulen (Demographie, Epidemiologie, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung) Schwerpunktthemen in die Gesundheitsberichte aufgenommen. Folgende Themenbereiche wurden bisher ausführlich dargestellt:
  - 1996: Unfälle und Gewalt
  - 1997: Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen; Arbeit und Gesundheit
  - 1998: Arzneimittelversorgung; Komplementärmedizin; Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems
- Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien (zweimal jährlich): Die bisherigen Ausgaben der statistischen Mitteilungen zur Gesundheit in Wien hatten folgende Themen zum Inhalt:
  - Heft 1996/1–2: Die Relevanz von Gesundheitssurveys für gegenwärtige Gesellschaften
  - Heft 1997/1: Einrichtungen und Leistungen der MA 15 – Gesundheitswesen
  - Heft 1997/2: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes von SeniorInnen in Wien
  - Heft 1998/1: Einrichtungen und Leistungen der MA 15 – Gesundheitswesen
  - Heft 1998/2: Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Gesundheit
  - Heft 1999/1: Sozioökonomische Lage und Gesundheit in Wien
  - Heft 1999/2: Gesundheit der Wiener Bevölkerung im regionalen Vergleich
  - Heft 2000/1: Entwicklungsverlauf risikogeborener Kinder

### Spezialberichte:

- Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996
- Ernährung älterer Menschen in Wien, 1996
- Sexualität und AIDS, 1996
- Wiener MigrantInnenbericht 1997
- Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997
- Grundlagen für einen Gesundheitsförderungsplan in Wien, 1997
- Wiener Männergesundheitsbericht 1999
- Dokumentation: Enquete Akutgeriatrie, 1999
- Wiener Kindergesundheitsbericht 2000

II.  
DEMOGR

*DEMOGR*



### 2 DEMOGRAPHIE

#### 2.1 Bevölkerungsstruktur

- 2.1.1 Allgemeine demographische Entwicklung
- 2.1.2 Bevölkerung nach Bezirken
- 2.1.3 Ausländische Bevölkerung

#### 2.2 Bevölkerungsbewegung

- 2.2.1 Natürliche Bevölkerungsbewegung
  - 2.2.1.1 Fruchtbarkeit
  - 2.2.1.2 Sterblichkeit
    - Sterberate
    - Sterblichkeitsentwicklung
    - Säuglingssterblichkeit

- 2.2.2 Wanderungen

#### 2.3 Lebenserwartung

#### 2.4 Bevölkerungsprognose

- 2.4.1 Prognoseannahmen und EinwohnerInnenentwicklung
- 2.4.2 Prognose der Altersverteilung