

Gesundheitsziele Österreich: Analyse der Wirkungsziele- Indikatoren des Gesundheitsziels 5, „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit fördern“

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Gesundheitsziele Österreich: Analyse der Wirkungsziele- Indikatoren des Gesundheitsziels 5, „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit fördern“

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Jennifer Delcour
Gabriele Antony
Robert Griebler

Unter Mitarbeit von:

Jennifer Antosik
Sabine Haas
Petra Winkler

Fachliche Begleitung

Hannes Spreitzer
Nicole Sonnleitner
Anna Fox

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin wieder.

Wien, im Dezember 2021
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zitiervorschlag: Delcour, Jennifer; Antony Gabriele; Griebler, Robert (2021): Gesundheitsziele Österreich: Analyse der Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 5, „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit fördern“. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P3/1/46212

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 1, „Keine Armut“, 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, 5, „Geschlechtergleichstellung erreichen“, 8, „Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“, 10, „Weniger Ungleichheit zwischen Ländern“, 11, „Nachhaltige Städte und Gemeinden“ und 16, „Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.



Kurzfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

Im Sommer 2012 beschlossen die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat zehn Gesundheitsziele für Österreich. Nach und nach werden seither diese Gesundheitsziele (GZ) anhand von Strategie- und Maßnahmenkonzepten operationalisiert, indem sie durch je drei Wirkungsziele (WZ) präzisiert und mit Maßnahmen hinterlegt werden. Für jedes WZ werden Indikatoren definiert. Das Monitoringkonzept zu den Gesundheitszielen Österreich sieht vor, diese Indikatoren einer Machbarkeitsprüfung zu unterziehen, in der die Passung des Indikators zum Ziel beurteilt wird, die Daten und die Datengrundlage analysiert werden sowie eingeschätzt wird, wie ambitioniert die Zielvorgaben sind.

Im Rahmen einer sehr intensiven Indikatorendiskussion der Expertinnen und Experten der GÖG und der GZ-5-AG-Leitung wurden zum jeweiligen Wirkungsziel passende Indikatoren erarbeitet, die der Arbeitsgruppe vorgestellt und anschließend von dieser abgenommen wurden. Im vorliegenden Bericht liegt der Fokus auf der exakten Definition der ausgewählten WZ-Indikatoren, der Datenquellen sowie der verfügbaren Ergebnisse aus Erhebungen.

Ergebnisse

In Wirkungsziel 1 geht es darum, Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Teilnahme für alle auszubauen und dadurch Inklusion zu fördern. Hierfür wurden die Indikatoren „Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen“, „Häufigkeit sozialer Kontakte“, das allgemeine „soziale Vertrauen“ und der „Anteil wahlberechtigter Personen bei Nationalrats- bzw. Landtagswahlen in Österreich“ herangezogen.

Die Indikatoren „Ausmaß sozialer Unterstützung“ und „Freiwilligenarbeit“ eignen sich, um das Wirkungsziel 2, „Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen fördern, um den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken“, zu beschreiben.

Für das Wirkungsziel 3, in dem es um die Anerkennung von Vielfalt als Bereicherung und Herausforderung für die Gesellschaft sowie um die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Minderheiten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen und die Wahrung und Durchsetzung von deren Rechten geht, werden Indikatoren zu „Diskriminierungserfahrungen“, zur „Meinung bezüglich Zuwanderung und Kultur“ und die Zustimmung zur Aussage „Schwule, lesbische und bisexuelle Menschen sollten die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben“ herangezogen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Die ausgewählten Ergebnisindikatoren sind für das GZ-5-Monitoring gut geeignet. Die Daten stammen aus Routinestatistiken, bei denen aus heutiger Sicht davon auszugehen ist, dass die Datenbasis

auch zukünftig zur Verfügung stehen wird. Eine Ergänzung durch geeignete Policy-Indikatoren ist für die Zukunft angedacht. Zielwerte wurden für die WZ-Indikatoren des GZ 5 nicht definiert.

Die Daten in diesem Bericht wurden vor der COVID-19-Pandemie erhoben. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Pandemie auf die Ergebnisse der nächsten Befragungswellen auswirken wird.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele; Gesundheit und sozialer Zusammenhalt; Indikatoren; Monitoring; Österreich

Summary

Background/Subject/Research Question

The 10 Austrian health targets were approved by the Federal Health Commission of Austria and the Council of Ministers in summer 2012. Since then, the individual health targets have been operationalised by setting up working groups to define three sub-targets, indicators to measure their development and describe actions to contribute to the implementation. The monitoring concept provides for a feasibility study of these indicators by checking three criteria: Are the proposed indicators appropriate to monitor the defined sub-targets? Is the data basis secured for the long-term and how does the data develop? How ambitious are the defined target values in relation to observable trends?

In the course of an intensive discussion of indicators by the working group leaders and the GÖG experts, appropriate indicators were developed, presented to the working group and finally approved by it. This report focuses on the exact definition of the selected indicators, the data sources, and the available results.

Results/Findings

Sub-target 1 concentrates on expanding opportunities for social participation for all and thereby promoting inclusion. To monitor this, the indicators “satisfaction with personal relationships”, “frequency of social contacts”, “social trust” and the “proportion of persons eligible to vote in national and provincial elections in Austria” were used.

The indicators “extent of social support” and “voluntary work” are suitable for describing sub-target 2, promoting respect and solidarity between and for people and social groups in order to strengthen social cohesion in society.

Indicators on “experiences of discrimination”, “opinions on immigration and culture” and “agreement that gay, lesbian and bisexual people should have the same rights as heterosexual people” are used to describe sub-target 3, which is about recognising diversity as an enrichment and challenge for society as well as taking into account the needs of minorities and disadvantaged groups and safeguarding and enforcing their rights.

Discussion/Conclusion/Recommendations

The selected outcome indicators are well suited for monitoring health goal 5. The data comes from routine statistics for which, from today’s perspective, it can be assumed that the data basis will also be available in the future. Supplementation with suitable policy indicators is planned for the future. Target values were not defined for any sub-targets in health goal 5.

Data used in this report was collected before the Covid-19 pandemic. It cannot be ruled out that the pandemic will have an impact on the results of the next survey waves.

Keywords

health targets; health and social cohesion; indicators; monitoring; Austria

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	VIII
Abkürzungen.....	X
1 Hintergrund und Aufgabenstellung	1
2 Überblick über die Wirkungsziele-Indikatoren.....	4
3 Wirkungsziel 1: Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Teilnahme für alle ausbauen und dadurch Inklusion fördern.....	6
3.1 Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen	6
3.2 Soziales Vertrauen (0 [-] bis 10 [+] ; Mittelwert).....	10
3.3 Häufigkeit persönlicher Kontakte (einmal im Monat oder seltener; in Prozent).....	15
3.4 Anteil wahlberechtigter Personen bei Nationalratswahlen in Österreich	18
4 Wirkungsziel 2: Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen fördern, um den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken	22
4.1 Freiwilligenarbeit (in Prozent).....	22
4.2 Ausmaß sozialer Unterstützung (hoch; in Prozent).....	25
5 Wirkungsziel 3: Vielfalt als Bereicherung und Herausforderung für die Gesellschaft anerkennen, die Bedürfnisse von Minderheiten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen sowie deren Rechte wahren und durchsetzen	29
5.1 Diskriminierungserfahrungen.....	29
5.2 Zustimmung zu Zuwanderung als kultureller Bereicherung (Mittelwert und in Prozent).....	33
5.3 Zustimmung, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben sollten (in Prozent)	36
6 Resümee	39
Literatur	40
Anhang 1: Zehn Gesundheitsziele Österreich	42
Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren	43
Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren	45

Abbildungen

Abbildung 1.1: Ebenen des Gesundheitsziele-Monitorings	2
Abbildung 3.1: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen 2019.....	7
Abbildung 3.2: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen im Trend 2006, 2014 und 2019.....	8
Abbildung 3.3: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) nach Erwerbsstatus im Trend 2006, 2014 und 2019	9
Abbildung 3.4: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen nach Einkommen 2019	10
Abbildung 3.5: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach sozialem Vertrauen 2018.....	12
Abbildung 3.6: Lebenszufriedenheit nach sozialem Vertrauen 2018	12
Abbildung 3.7: Soziales Vertrauen nach Bildungsabschluss bei über 30-Jährigen 2018	13
Abbildung 3.8: Soziales Vertrauen im Trend (Mittelwert) 2002–2018	14
Abbildung 3.9: Soziales Vertrauen im Trend (Anteile) 2002–2018.....	14
Abbildung 3.10: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte 2018.....	16
Abbildung 3.11: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschluss bei über 30-Jährigen 2018	17
Abbildung 3.12: Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte im Trend, 2002-2018	18
Abbildung 3.13: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Österreich nach Staatsbürgerschaft bei den über 16-Jährigen 2008, 2013, 2017 und 2019	20
Abbildung 3.14: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Staatsbürgerschaft und Bundesländern bei den über 16-Jährigen 2008 und 2019.....	21
Abbildung 4.1: Beteiligungsquote an der Freiwilligenarbeit nach Bildungsabschluss; 2016.....	24
Abbildung 4.2: Freiwilligenarbeit im Trend nach Art der Freiwilligenarbeit 2006, 2012, 2016	25
Abbildung 4.3: Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Geschlecht bei Personen ab 30 Jahren 2019	27
Abbildung 4.4: Soziale Unterstützung (hoch) nach dem Einkommen bei Personen ab 30 Jahren 2019.....	28
Abbildung 5.1: Diskriminierungserfahrungen im Trend 2009, 2012, 2015, 2019.....	31
Abbildung 5.2: Diskriminierungserfahrungen nach Personenmerkmalen und nach Geschlecht 2019	32

Abbildung 5.3: Zustimmung zu Zuwanderung als kultureller Bereicherung im Trend (Mittelwert) 2002–2018*	34
Abbildung 5.4: Meinung zum Einfluss von Zuwanderung auf unsere Kultur im Trend 2002–2018*	35
Abbildung 5.5: Meinung zum Einfluss von Zuwanderung auf unsere Kultur nach formaler Bildung bei Personen ab 30 Jahren 2018	36
Abbildung 5.6: Zustimmung zu gleichen Rechten für schwule, lesbische und bisexuelle Menschen nach Alter 2019.....	38

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
ESS	European Social Survey
EU	Europäische Union
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitsziel(e)
HiAP	Health in All Policies
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
MZ	Mikrozensus
NAP	Nationaler Aktionsplan
SDG(s)	Sustainable Development Goal(s)
UN	United Nations
WZ	Wirkungsziel

1 Hintergrund und Aufgabenstellung

Ab Mai 2011 wurden unter Federführung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und mit fachlicher Begleitung durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die Gesundheitsziele Österreich erarbeitet (BMGF 2017). Sie sind das Ergebnis eines intersektoralen Prozesses und wurden im Sommer 2012 sowohl von der Bundesgesundheitskommission als auch vom Ministerrat beschlossen.

Die Gesundheitsziele gelten als zentraler Umsetzungsprozess für die Agenda 2030 und die darin definierten Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals; SDGs) in Österreich. Durch ihre Health-in-All-Policies-Ausrichtung unterstützen sie mehrere SDGs. Das Gesundheitsziel 5 trägt vorrangig zu den nachstehend gelisteten SDGs (UN 2015) bei:

- » Ziel 1: Keine Armut
- » Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen
- » Ziel 5: Geschlechtergleichstellung erreichen
- » Ziel 8: Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum
- » Ziel 10: Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern
- » Ziel 11: Nachhaltige Städte und Gemeinden
- » Ziel 16: Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen

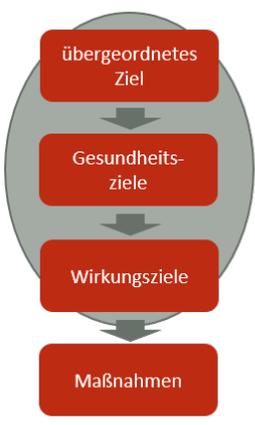
Der Gesundheitsziele-Prozess sieht die Konkretisierung der 10 Gesundheitsziele anhand sogenannter Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor. Die einzelnen Gesundheitsziele (GZ) werden mittels priorisierter Wirkungsziele (WZ) präzisiert und mit spezifischen Maßnahmen hinterlegt. Diese Strategie- und Maßnahmenkonzepte werden von intersektoralen Arbeitsgruppen entwickelt, die neben den Wirkungszielen und Maßnahmen auch Indikatoren, Messgrößen und Zielvorgaben zu deren Beobachtung vorschlagen.

Aktuell liegen derartige Strategie- und Maßnahmenkonzepte für GZ 1, GZ 2, GZ 3, GZ 4, GZ 6, GZ 7, GZ 8 und GZ 9 vor.

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird von einem umfassenden Monitoring begleitet (Winkler et al. 2014), das sich auf drei respektive vier Ebenen (s. Abbildung 1.1) konzentriert. Anhand von Metaindikatoren werden Entwicklungen in Hinblick auf (a) das übergeordnete Ziel und (b) die zehn Gesundheitsziele beobachtet.

- » Für jedes Wirkungsziel werden ein bis drei Indikatoren definiert, um seinen Erreichungsgrad zu messen. **Um diese Wirkungsziele-Indikatoren geht es im vorliegenden Bericht.**
- » Für jede Maßnahme wird eine Messgröße zur Beobachtung der Umsetzungsfortschritte festgelegt.

Abbildung 1.1:
Ebenen des Gesundheitsziele-Monitorings



Das Diagramm zeigt vier Ebenen in einem vertikalen Fluss: übergeordnetes Ziel, Gesundheitsziele, Wirkungsziele und Maßnahmen. Pfeile weisen von oben nach unten aufeinander hin.

Ebene	Indikatoren	Festlegungen
Gesundheitsziele insgesamt	übergeordnete Ergebnis-Indikatoren ¹ übergeordnete Prozess-Indikatoren ²	übergeordnete Meta-Indikatoren, nicht GZ-spezifisch GÖG-Vorschlag, mit Expertinnen/Experten ³ diskutiert und ergänzt und mit GZ-Plenum abgestimmt
einzelne Gesundheitsziele	Ergebnis-Indikatoren pro Gesundheitsziel Policy-Indikatoren ³ pro Gesundheitsziel	2-6 Meta-Indikatoren ⁵ für die einzelnen GZ GÖG-Vorschlag, mit Expertinnen/Experten diskutiert und ergänzt ³ und mit GZ-Plenum abgestimmt
Wirkungsziele	Ergebnis-Indikatoren pro Wirkungsziel Prozess-Indikatoren pro Wirkungsziel	1-3 Wirkungsziele-Indikatoren von der jeweiligen Arbeitsgruppe festgelegt Beratung und Machbarkeitsprüfung ⁶ durch die GÖG
Maßnahmen	Messgrößen ⁴ zum Umsetzungsstand	Mindestens eine Messgröße pro Maßnahme von Maßnahmenverantwortlichen festgelegt Beratung und Machbarkeitsprüfung durch die GÖG

³ Bundesministerium für Gesundheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria
¹ quantitative Kennzahlen auf der Outcome-Ebene: Ergebnisse aus bestehenden Statistiken und Befragungen
² messen Prozessfortschritte (z. B. Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Netzwerks zur gesundheitsfördernden Bewegung)
³ messen politisch relevante Aspekte (z. B. die rechtliche Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit)
⁴ Kennzahl, um den Umsetzungsgrad einer Maßnahme zu erfassen
⁵ breit bzw. global definierte Indikatoren, die das Themenspektrum des Gesundheitsziels gut abdecken
⁶ prüft die Passung des Indikators zum Wirkungsziel bzw. den Eignungsgrad der Messgröße für die Erhebung des Umsetzungsstands der Maßnahme sowie die diesbezüglichen Datengrundlagen

Quelle und Darstellung: GÖG

Das Monitoring der österreichischen Gesundheitsziele sieht eine Analyse aller Wirkungsziele-Indikatoren (WZ-Indikatoren) vor, im Zuge deren grundsätzlich folgende Punkte geprüft werden:

1. Passung der Indikatoren: Sind die vorgeschlagenen Indikatoren dazu geeignet, die Wirkungsziele zu beobachten?
2. Datengrundlagen: Gibt es eine adäquate Datenbasis, um Entwicklungen im Bereich der Wirkungsziele kontinuierlich beobachten zu können?
3. Zielvorgaben: Wie ambitioniert sind die Zielvorgaben der Arbeitsgruppe vor dem Hintergrund bisheriger Entwicklungen?

Diese Analyse wird von der GÖG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der Wirkungsziele sicherstellen. Mit dem vorliegenden Bericht werden die WZ-Indikatoren des GZ 5 näher beleuchtet (Hintergründe für die Auswahl, Datenquellen und Ergebnisse).

Zielwerte wurden für die WZ-Indikatoren des GZ 5 nicht definiert.

Da die GÖG bereits in die Festlegung der WZ-Indikatoren involviert gewesen war und es diesbezüglich Beratungen mit der AG-Leitung sowie auch eine Rückkoppelung mit der Arbeitsgruppe gegeben hatte, wurde die Passung der Indikatoren zu den Wirkungszielen bereits in dieser Phase hinreichend geprüft.

Um den Erreichungsgrad des Gesundheitsziels 5 insgesamt zu beobachten, wurden bislang vier Meta-Indikatoren festgelegt:

- » Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen
- » Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen
- » soziales Vertrauen
- » Freiwilligenarbeit

Drei dieser vier Meta-Indikatoren wurden auch zur Beobachtung der Wirkungsziele 1 und 2 herangezogen.

2 Überblick über die Wirkungsziele-Indikatoren

Gesundheitsziel 5, „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“, wurde – laut Arbeitsgruppenbericht (BMSGPK in Arbeit) – anhand der nachstehenden Wirkungsziele (WZ) operationalisiert. Die Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern von über vierzig Organisationen, setzte sich mit Anknüpfungspunkten ihrer Institutionen zum Thema sozialer Zusammenhalt auseinander. Aus den daraus resultierenden Handlungsfeldern entstanden die drei Wirkungsziele ganz im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes.

Der Grad der Zielerreichung soll langfristig mit den nachstehenden Outcome-Indikatoren überprüft werden. Policy-Indikatoren könnten noch zu einem späteren Zeitpunkt in Abstimmung mit der AG ergänzt werden.

» **WZ 1: Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Teilnahme für alle ausbauen und dadurch Inklusion fördern**

Die Maßnahmen von Wirkungsziel 1 sollen langfristig zur Entwicklung eines positiven Sozialklimas beitragen. Dazu sollen Maßnahmen wie Community Nursing, Projekte gegen Alters- einsamkeit, unterstützende Maßnahmen für Personen mit chronischen Erkrankungen oder für armutsgefährdete Personen und niederschwellige Vernetzungsmöglichkeiten beitragen.

» **Indikatoren:**

- » Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden oder zufrieden; in %)
- » soziales Vertrauen (0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert und Anteile in % für die Kategorien gering, mittelmäßig, hoch)
- » Häufigkeit persönlicher Kontakte (einmal im Monat oder seltener; in Prozent)
- » wahlberechtigte Personen bei Nationalratswahlen (Anteil Wahlberechtigter in Österreich; in %)

» **WZ 2: Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen fördern, um den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken**

Bei Wirkungsziel 2 ist ein besonderer Fokus der Maßnahmen auf die Unterstützung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen gerichtet – darunter auch benachteiligte bzw. vulnerable Gruppen – durch den Erhalt und Ausbau bestehender Angebote und Incentives zur Entwicklung neuer Angebote (z. B. Gesundheitsförderung in Pflege und Betreuung sowie Fördercall Gesundheit für Generationen). Die Maßnahmen, die unter anderem Lernhilfen, Social Prescribing und psychosoziale Begleitung umfassen, sind meist niederschwellig.

» **Indikatoren:**

- » Freiwilligenarbeit (Anteile in %)
- » Ausmaß sozialer Unterstützung (hoch; in %)

» **WZ 3: Vielfalt als Bereicherung und Herausforderung für die Gesellschaft anerkennen, die Bedürfnisse von Minderheiten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen sowie deren Rechte wahren und durchsetzen**

Der Schwerpunkt der Maßnahmen im Rahmen des Wirkungsziels 3 liegt auf der Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich Diversität (zum Beispiel anhand von Lehrgängen) sowie auf

Expertengruppen/Kompetenzgruppen zum Wissensaustausch bezüglich Entstigmatisierungsthemen.

» **Indikatoren**

- » Diskriminierungserfahrungen (insgesamt und nach Personenmerkmalen; in %)
- » Zustimmung zur Aussage „Zuwanderung führt zu einer kulturellen Bereicherung“ (0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert und Anteile in % für die 5 Kategorien von „sehr untergraben“ bis „sehr bereichert“)
- » Zustimmung zur Aussage „Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle/Transgender und Intersexuelle sollten die gleichen Rechte wie Heterosexuelle haben“ (Zustimmung in %)

Daten

Die Daten in diesem Bericht wurden vor der COVID-19-Pandemie erhoben. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Pandemie auf die Ergebnisse der nächsten Befragungswellen auswirken wird.

3 Wirkungsziel 1: Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Teilnahme für alle ausbauen und dadurch Inklusion fördern

Soziale Teilhabe und Teilnahme hat viele Dimensionen. Für den einzelnen Menschen geht es dabei zunächst häufig darum, in ein stützendes soziales Umfeld eingebettet zu sein, in dem ausreichend sozialer Rückhalt und positive Beziehungen zur Verfügung stehen, damit Einsamkeit und soziale Isolation vermieden werden. Es geht aber auch darum, Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen und Prozessen zu haben und sich einer Gemeinschaft oder der ganzen Gesellschaft zugehörig fühlen zu können. Die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen und auch die Häufigkeit persönlicher Kontakte sinken mit zunehmendem Alter und sind bei sozial benachteiligten Menschen geringer. Menschen, die mit ihren sozialen Beziehungen sehr zufrieden sind, schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich besser ein als jene, die diesbezüglich sehr unzufrieden sind (Griebler et al. 2020).

3.1 Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen

Soziale Beziehungen und Netzwerke haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Sie beeinflussen den Erhalt von Gesundheit und deren Förderung sowie die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheiten (Holt-Lunstad et al. 2015). Obwohl soziale Beziehungen gesundheitsfördernde und -abträgliche Potenziale besitzen, werden ihnen primär positive Eigenschaften zugeschrieben. Sie repräsentieren damit eine zentrale Widerstandsressource in der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner sozialen und physischen Umwelt.

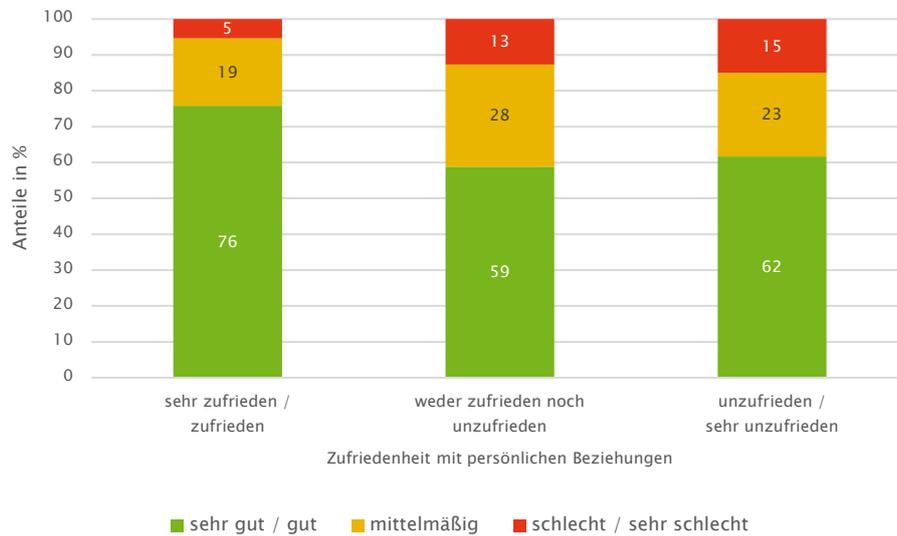
Datengrundlage

Datengrundlage für den Indikator Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen ist die *Österreichische Gesundheitsbefragung* (Austrian Health Interview Survey – ATHIS; Klimont 2020). Im Rahmen des ATHIS werden Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren befragt, wie zufrieden sie – bezogen auf die vergangenen zwei Wochen – mit ihren persönlichen Beziehungen sind. Die Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. **Entsprechende Daten liegen derzeit für die Jahre 2006, 2014 und 2019 vor und werden auch für den nächsten ATHIS (in etwa fünf Jahren) in Aussicht gestellt.**

Ergebnisse

Personen mit einer hohen Zufriedenheit mit ihren persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) schätzen ihre Gesundheit deutlich häufiger als sehr gut oder gut ein (76 %) als jene, die mit ihren persönlichen Beziehungen nur mittelmäßig zufrieden oder (sehr) unzufrieden sind (≈60 %; siehe Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach der Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen
2019

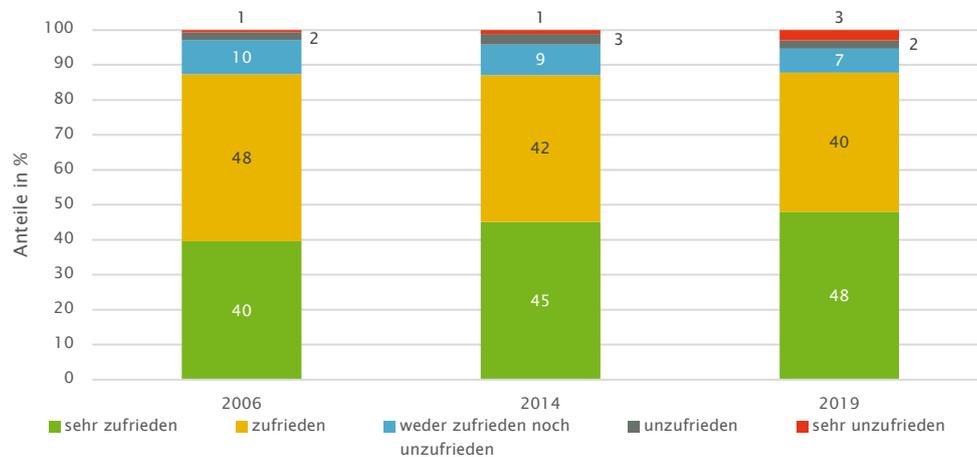


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Trend zeigt sich, dass der Anteil der Österreicher:innen (ab 15 Jahren), die mit ihren persönlichen Beziehungen sehr zufrieden sind, seit 2006 von 40 Prozent auf 48 Prozent (2019) gestiegen ist (siehe Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:

Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen im Trend 2006, 2014 und 2019

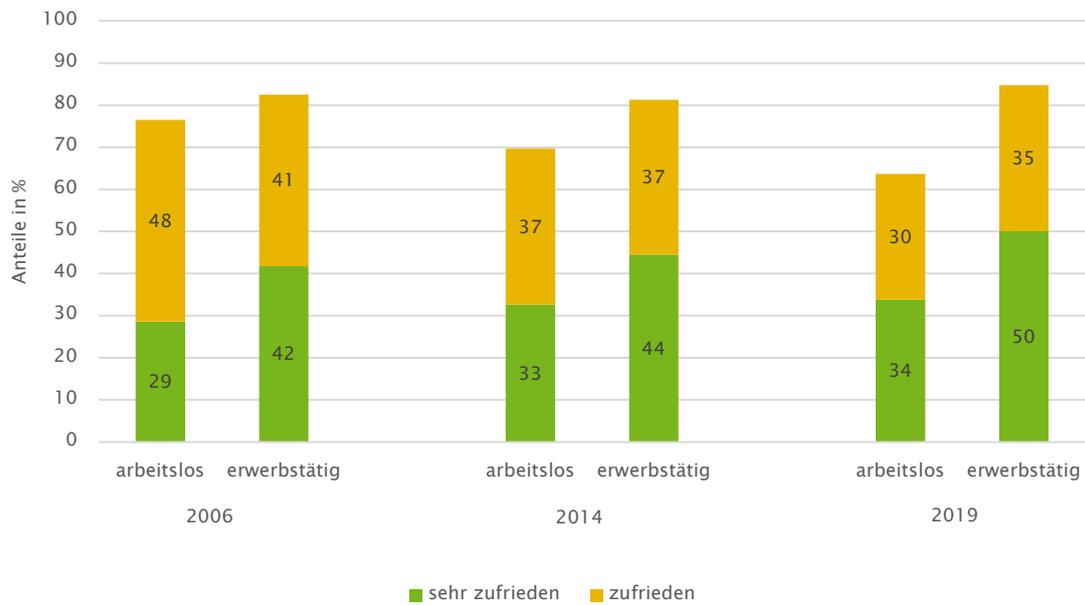


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006, 2014, 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Während es in puncto Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen kaum Unterschiede nach Alter, Geschlecht und höchstem Bildungsabschluss gibt, ist hier ein klarer Unterschied zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Personen zu erkennen. War dieser Unterschied 2006 noch relativ gering (82 % vs. 76 %), ist er seither stark angewachsen (auf 85 % vs. 64 %). Während erwerbstätige Personen also häufiger zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen sind, ist der entsprechende Anteil bei Menschen auf Arbeitssuche deutlich gesunken (siehe Abbildung 3.3). Unterschiede sind auch nach dem Einkommen erkennbar: Während 92 Prozent aller Personen aus Haushalten mit dem höchsten Einkommen angeben, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen zu sein, trifft dies auf 83 Prozent der Personen aus Haushalten mit dem niedrigsten Einkommen zu (siehe Abbildung 3.4).

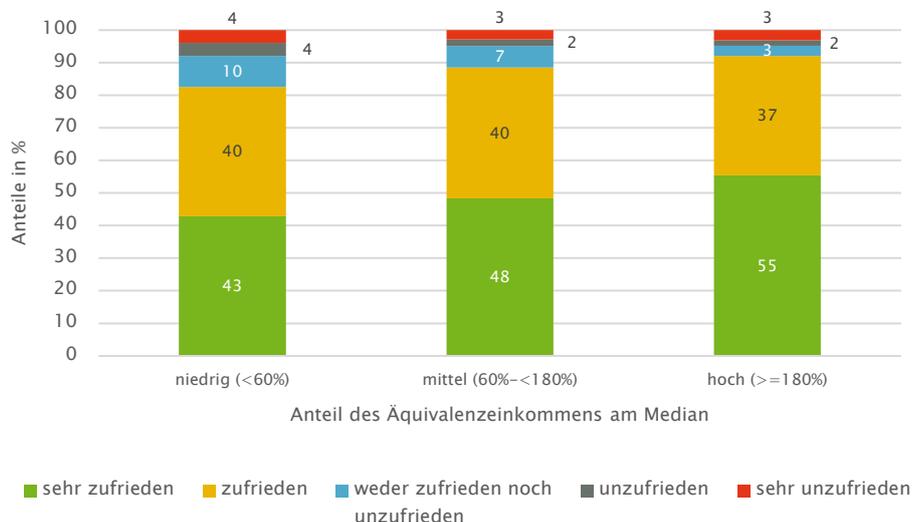
Abbildung 3.3:

Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden / zufrieden) nach Erwerbsstatus im Trend 2006, 2014 und 2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006, 2014, 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.4:
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen nach Einkommen 2019



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

3.2 Soziales Vertrauen (0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert)

Obwohl im Alltag unterschiedliche Handlungen und Haltungen das Vertrauen zu anderen Menschen erkennen lassen, ist es schwierig, diesbezüglich aussagekräftige Daten zu finden, die zugleich zeit- und länderübergreifend eine Bewertungsgrundlage für das Vertrauen in einer Gesellschaft bieten. Ein – vor allem in soziologischen Studien und Umfragen verwendeter – Indikator dafür ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Dieser Indikator sagt etwas über das Gesellschaftssystem aus, da er nicht das Vertrauen zu einzelnen Personen, sondern das Vertrauen in gesellschaftliche Normen und ungeschriebene Verhaltensregeln in den Blick nimmt. Das soziale Vertrauen bringt damit zum Ausdruck, ob eine Person glaubt, dass Mitmenschen grundsätzlich gute Absichten hegen und dass man sich auf sie verlassen bzw. ihnen vertrauen kann (Griebler et al. 2020).

Datengrundlage

Daten zum sozialen Vertrauen werden seit 2002 alle zwei Jahre im Zuge des European Social Survey (ESS) erhoben, in dessen Rahmen europaweit pro Land mindestens 1.500 Personen ab 15 Jahren befragt werden (ESS 2018).

Das Ausmaß sozialen Vertrauens wird dort anhand dreier Aussagen erfasst (s. u.), aus denen ein Durchschnittswert (Mittelwert) sowie eine Kategorisierung in gering (0 bis <5 Punkte), mittelmäßig (5–6,667 Punkte) und hoch (>6,667–10 Punkte) errechnet wird.

1. Würden Sie ganz generell sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann oder dass man im Umgang mit anderen Menschen nicht vorsichtig genug sein kann?
2. Glauben Sie, dass die meisten Menschen versuchen, Sie auszunutzen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten, oder würden sie sich Ihnen gegenüber fair verhalten?
3. Würden Sie sagen, dass die meisten Menschen im Großen und Ganzen versuchen, hilfsbereit zu sein, oder sind sie meistens nur auf den eigenen Vorteil bedacht?

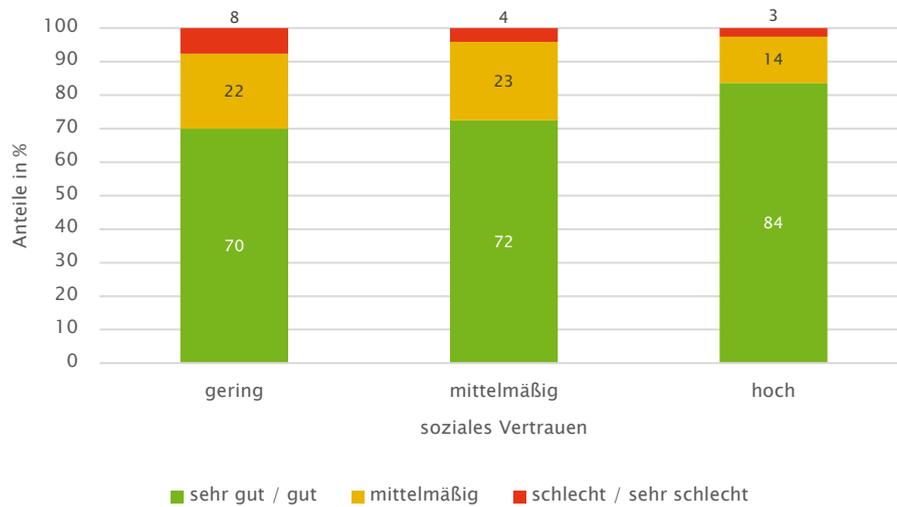
Die Aussagen sind anhand einer Skala von 0 bis 10 zu beurteilen, wobei 0 bedeutet, dass man nicht vorsichtig genug sein kann, weil die meisten Menschen versuchen, einen auszunutzen und nur auf ihren eigenen Vorteil bedacht sind, und 10 bedeutet, dass man den meisten Menschen vertrauen kann, weil die meisten Menschen versuchen, sich fair zu verhalten und hilfsbereit zu sein.

Die aktuellen Daten stammen aus der neunten Befragungswelle im Jahr 2018. Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen. **Aus heutiger Sicht ist anzunehmen, dass Österreich weiterhin an der Befragung teilnehmen wird und die Fragen zum sozialen Vertrauen weiterhin inkludiert sein werden.**

Ergebnisse

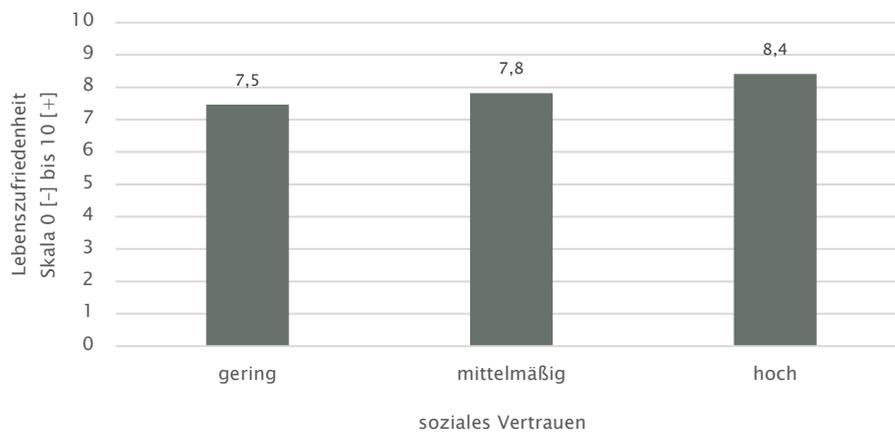
Das Ausmaß sozialen Vertrauens weist einen deutlichen Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Anhand österreichischer Zahlen zeigt sich, dass Personen mit einem hohen sozialen Vertrauen über eine bessere selbsteingeschätzte Gesundheit verfügen und eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen. Während 84 Prozent der Österreicher:innen mit einem hohen Vertrauen angeben, einen (sehr) guten Gesundheitszustand zu haben, trifft dies bei jenen mit geringem sozialen Vertrauen auf 70 Prozent zu (siehe Abbildung 3.5). Ihre Lebenszufriedenheit bewerten Personen mit einem hohen sozialen Vertrauen mit durchschnittlich 8,4 von 10 möglichen Punkten höher als Personen mit einem geringen sozialen Vertrauen, welche hier 7,5 von 10 Punkten erreichen (siehe Abbildung 3.6). Umgekehrt könnten aber auch eine schlechtere Gesundheit und ein geringere Lebenszufriedenheit das Vertrauen in die Mitmenschen trüben.

Abbildung 3.5:
Selbsteingeschätzte Gesundheit nach sozialem Vertrauen 2018



Quelle: ESS (2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.6:
Lebenszufriedenheit nach sozialem Vertrauen 2018

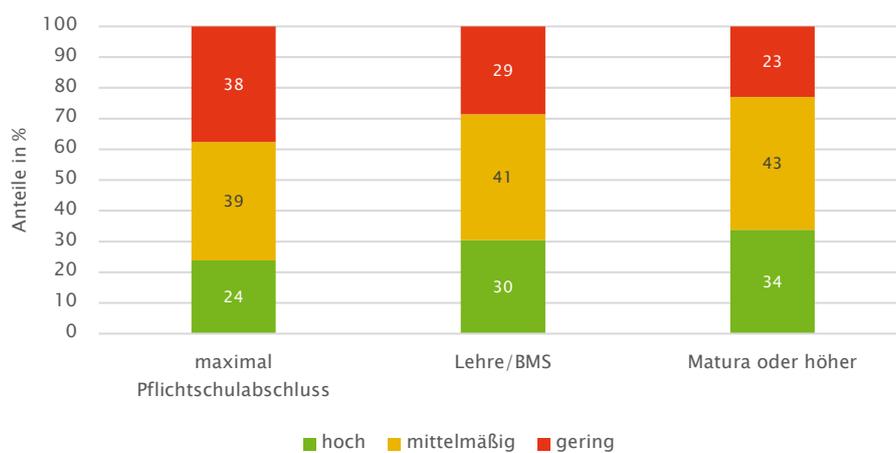


Quelle: ESS (2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut ESS 2018 beurteilt die österreichische Bevölkerung ihr soziales Vertrauen mit durchschnittlich 5,8 von 10 möglichen Punkten. Männer und Frauen weisen hierbei in etwa dasselbe soziale Vertrauen auf. Auch zwischen den untersuchten Altersgruppen gibt es keine markanten Unterschiede (15- bis 29-Jährige: 6,0, ab 30-Jährige 5,7/5,8).

Der Bildungsabschluss beeinflusst das Sozialvertrauen: Während Personen mit maximal Pflichtschulabschluss ihr soziales Vertrauen mit durchschnittlich 5,3 von 10 möglichen Punkten beurteilen, erhöht sich der entsprechende Wert bei Personen mit Lehre oder einem Mittelschulabschluss sowie bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss auf 5,8 bzw. 6,0 von 10 Punkten. Auch der Anteil jener Personen, die ihr soziales Vertrauen als gering angeben, ist bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit knapp 38 Prozent deutlich höher als bei jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss (23 %; siehe Abbildung 3.7)

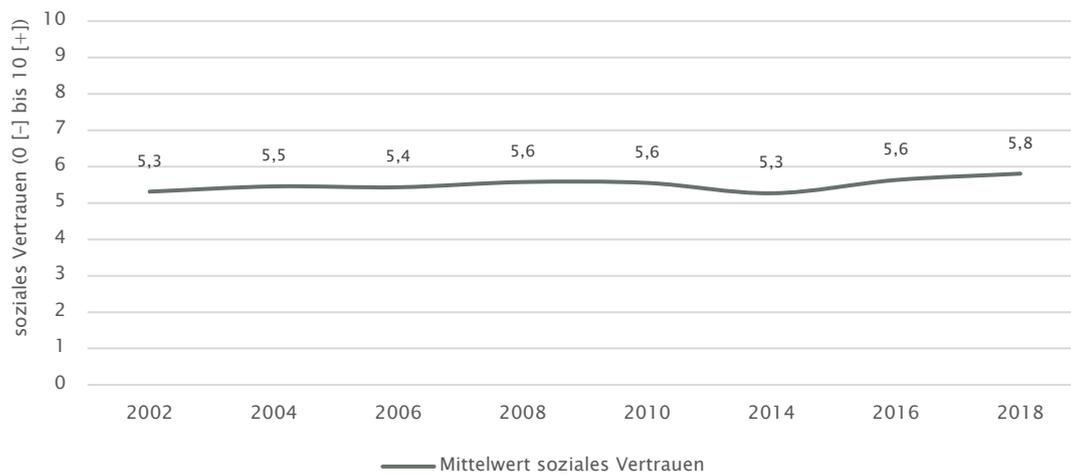
Abbildung 3.7:
Soziales Vertrauen nach Bildungsabschluss bei über 30-Jährigen 2018



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

Im Vergleich zum Jahr 2002 hat das soziale Vertrauen um 0,5 Punkte (von 5,3 auf 5,8 Punkte) zugenommen (siehe Abbildung 3.8). Dabei hat sich der Anteil der Bevölkerung mit einem hohen sozialen Vertrauen (mit einer Ausnahme im Jahr 2014), insgesamt gesehen, leicht erhöht, während der Anteil mit geringem sozialen Vertrauen leicht gesunken ist (siehe Abbildung 3.9).

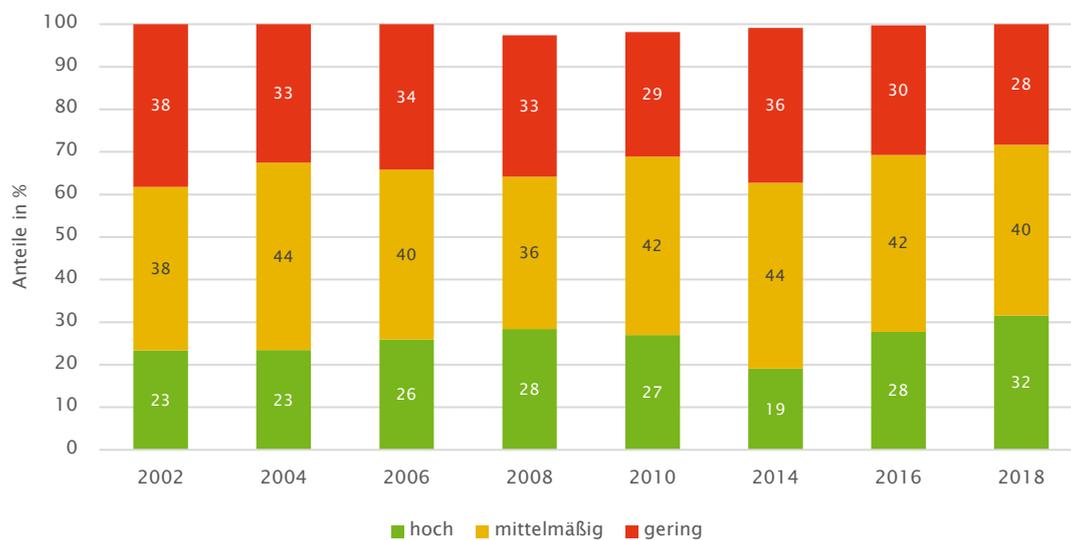
Abbildung 3.8:
Soziales Vertrauen im Trend (Mittelwert) 2002-2018



*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

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

Abbildung 3.9:
Soziales Vertrauen im Trend (Anteile) 2002-2018



*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

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

3.3 Häufigkeit persönlicher Kontakte (einmal im Monat oder seltener; in Prozent)

Ein Indikator, der vor allem für die Lebensqualität / das Wohlbefinden und für das Ausmaß sozialer Unterstützung eine bedeutende Rolle spielt, ist die Intensität bzw. Regelmäßigkeit sozialer Kontakte, z. B. in Form regelmäßiger Treffen mit Freundinnen und Freunden, Verwandten oder mit Arbeitskolleginnen und -kollegen außerhalb der Arbeit (Jungbauer-Gans 2002).

Datengrundlage

Die Daten zur Häufigkeit persönlicher Kontakte werden seit 2002 alle zwei Jahre im Zuge des European Social Survey (ESS) erhoben. Befragt werden dabei europaweit pro Land mindestens 1.500 Personen ab 15 Jahren. Die Häufigkeit persönlicher Kontakte wird mittels folgender Frage erfasst (ESS 2018):

Wie oft treffen Sie sich mit Freunden, Verwandten oder privat mit Arbeitskollegen?

- » nie
- » weniger als einmal im Monat
- » einmal im Monat
- » mehrmals im Monat
- » einmal in der Woche
- » mehrmals in der Woche
- » täglich
- » (verweigert)
- » (weiß nicht)

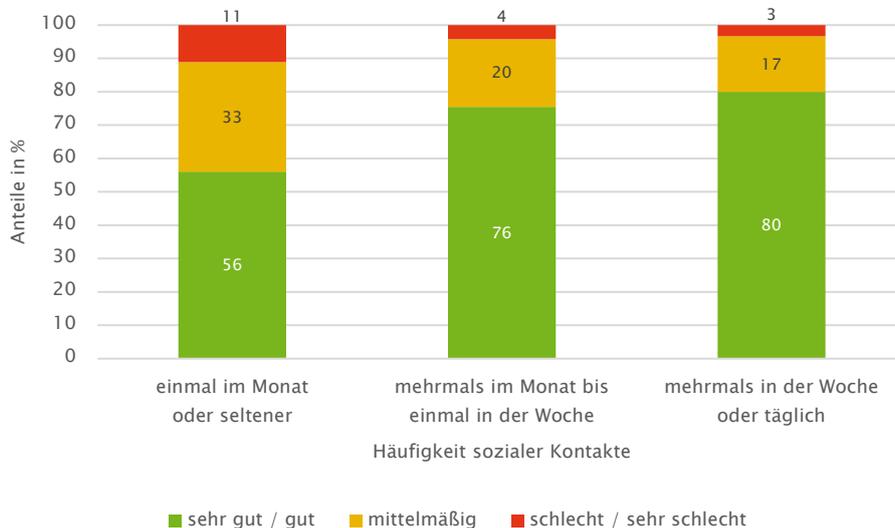
Die aktuellsten Daten stammen aus der neunten Befragungswelle im Jahr 2018. Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen. **Aus heutiger Sicht ist anzunehmen, dass Österreich weiterhin an der Befragung teilnehmen wird und die Frage zur Häufigkeit persönlicher Kontakte weiterhin inkludiert sein wird.**

Ergebnisse

Dieser Indikator weist signifikante Zusammenhänge mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Personen, die mehrmals im Monat oder öfter Verwandte, Freundinnen/Freunde oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit sehen, weisen häufiger eine sehr gute bis gute selbsteingeschätzte Gesundheit auf als Personen, die einmal im Monat oder seltener die genannten Personengruppen treffen (80 % vs. 56 %; siehe Abbildung 3.10). Auch die Lebenszufriedenheit steigt mit der Häufigkeit sozialer Kontakte (von 7,2 auf durchschnittlich 8,1 Punkte). Allerdings darf hier nicht außer Acht gelassen werden, dass eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden eher zu einer Vereinsamung beitragen.

Abbildung 3.10:

Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte 2018

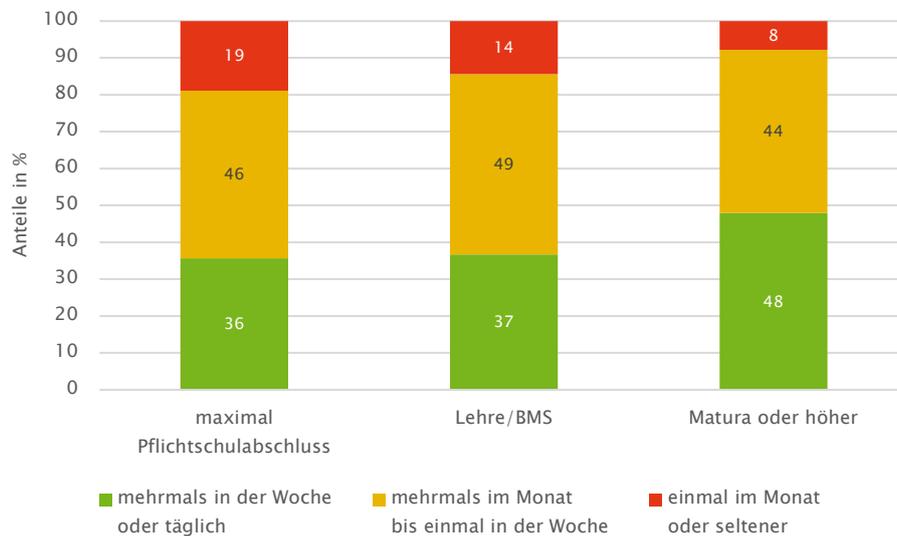


Quelle: ESS (2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut ESS 2018 treffen sich rund zwölf Prozent der über 15-Jährigen nur einmal im Monat oder seltener mit Verwandten, Freundinnen/Freunden und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb des Arbeitskontextes. Dies betrifft vor allem Personen über 30 Jahre – bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 29 Jahren ist dies bei nur vier Prozent der Fall.

Bildung spielt bei der Häufigkeit sozialer Kontakte ebenfalls eine Rolle. Fast jede fünfte Person (19 %) über 30 Jahre mit maximal einem Pflichtschulabschluss gibt an, nur einmal im Monat oder seltener soziale Kontakte zu haben. Bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss tun dies nur acht Prozent. Umgekehrt treffen 36 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mehrmals in der Woche oder täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb des Arbeitskontextes, während dies 48 Prozent der Personen mit Matura oder höherem Abschluss angeben (siehe Abbildung 3.11).

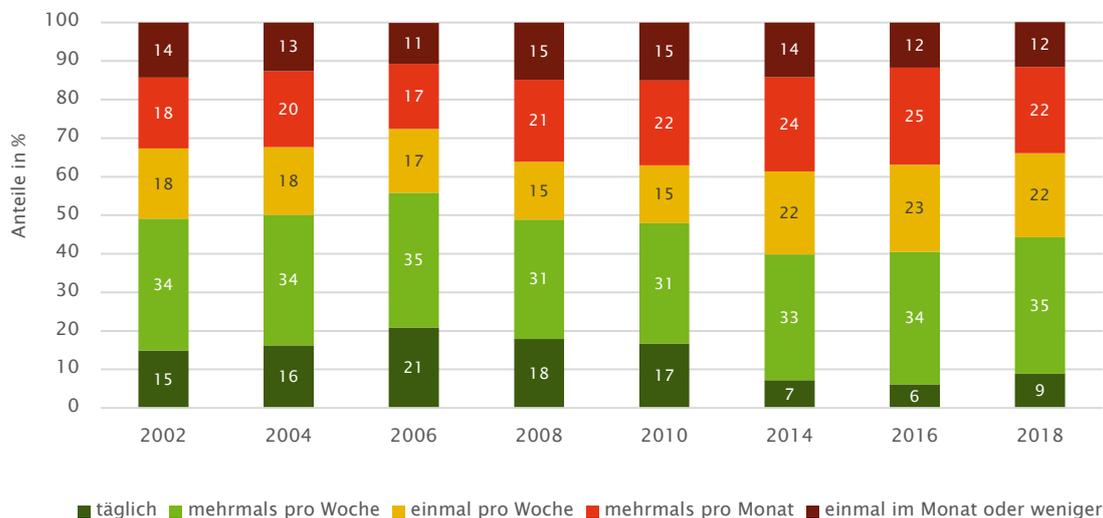
Abbildung 3.11:
Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschluss bei über 30-Jährigen 2018



Quelle: ESS (2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Vergleich zum Jahr 2002 ist eine Verschiebung von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“ zu erkennen. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten blieb hingegen mit ca. zwölf Prozent in etwa gleich groß. Ab 2010 sind die täglichen Kontakte deutlich zurückgegangen (siehe Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:
Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte im Trend, 2002-2018



*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

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

3.4 Anteil wahlberechtigter Personen bei Nationalratswahlen in Österreich

Das Recht zu wählen ist ein wichtiges Recht zur Mitbestimmung und Mitgestaltung und ein Privileg, das nicht alle Bewohner:innen eines Landes haben. Das Wahlrecht ist die Basis unserer Demokratie, in der jede Stimme gleich viel wert ist. In Österreich haben alle österreichischen Staatsbürger:innen ab 16 Jahren das Recht zu wählen (aktives Wahlrecht) und ab 18 Jahren (mit Ausnahme der Bundespräsidentenwahl – diesfalls erst mit 35 Jahren) das Recht, gewählt zu werden (passives Wahlrecht). Viele Menschen in Österreich sind aber nicht wahlberechtigt. Zum einen können österreichische Staatsbürger:innen wegen bestimmter strafrechtlich bedingter Gründe vom Wahlrecht ausgeschlossen werden. Zum anderen wohnen in Österreich viele Menschen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen – Tendenz steigend.

Nichtösterreichische EU-Bürger:innen mit Hauptwohnsitz in Österreich dürfen ausnahmslos weder an Nationalratswahlen, Landtagswahlen noch an der Bundespräsidentenwahl teilnehmen. Sie dürfen jedoch bei der Europawahl und bei Gemeinderats- und Bürgermeisterwahlen mitmachen. Ausnahme ist hier Wien – da der Gemeinderat zugleich auch der Landtag ist. Sie dürfen hier jedoch bei Bezirksvertretungswahlen wählen. Für Nicht-EU-Bürger:innen besteht kein Wahlrecht in Österreich (BMI 2022b).

Datengrundlage

Die Daten zur Anzahl wahlberechtigter Personen bei Nationalratswahlen stammt aus dem Innenministerium (BMI 2022a) und gehen bis ins Jahr 1995 zurück. Die Zahlen werden für jede Wahl veröffentlicht, mitsamt Wahlbeteiligung und Wahlergebnis. Sie inkludieren auch im Ausland lebende Österreicher:innen.

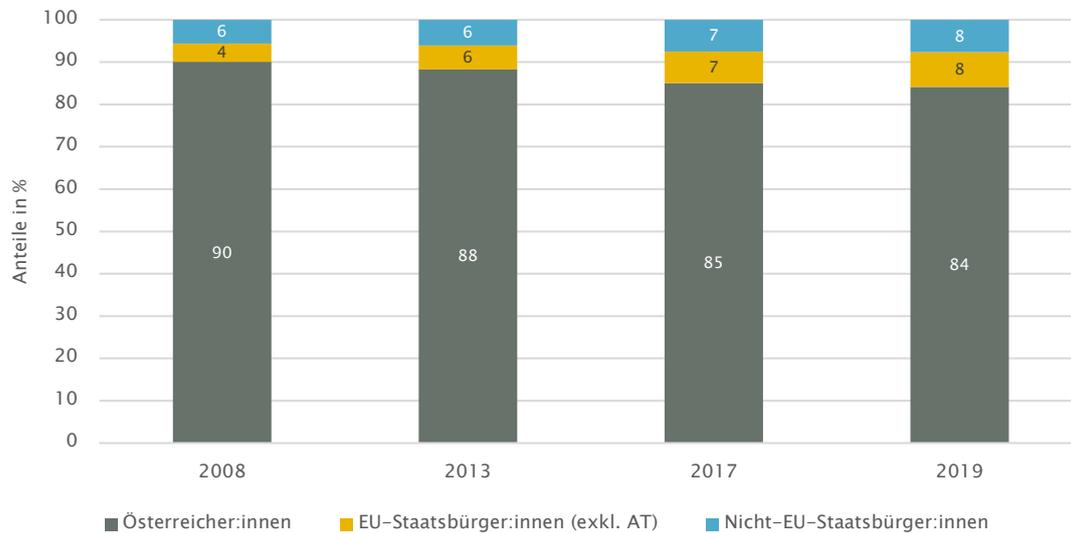
Die Bevölkerungsdaten stammen von der Statistik Austria aus der Statistik des Bevölkerungsstands. Dabei kann zwischen Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, jenen mit einer nichtösterreichischen EU-Staatsbürgerschaft und Personen aus Nicht-EU-Ländern (nach Herkunftsland) unterschieden werden. Damit kann man den Anteil jener in Österreich lebenden Menschen, die nicht wählen dürfen, berechnen. In diesem Bericht werden die Daten für die Wahlen für den Zeitraum nach der Senkung des Wahlalters von 18 auf 16 Jahre im Jahr 2007 betrachtet (2008, 2013, 2017 und 2019). Sie beziehen sich auf Personen im Alter von 16 Jahren oder älter.

Die aktuellen Daten zu den Wahlberechtigten stammen aus der Nationalratswahl vom 29. September 2019. **Aus heutiger Sicht ist anzunehmen, dass Österreich diese Daten weiterhin publizieren wird. Ebenfalls ist anzunehmen, dass die Statistik des Bevölkerungsstands weiterhin veröffentlicht wird.**

Ergebnisse

Der Anteil wahlberechtigter Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft ist durch die Senkung des Wahlalters (aktive Wahl) von 18 auf 16 Jahre im Jahr 2007 zwar gestiegen, durch einen Anstieg der Bevölkerung mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft jedoch seit 2008 um sechs Prozent (von 90 % auf 84 %) gesunken. Gleichzeitig hat sich die Zahl nichtösterreichischer EU-Bürger:innen verdoppelt, von vier Prozent auf acht Prozent.

Abbildung 3.13:
Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Österreich nach Staatsbürgerschaft bei den über 16-Jährigen 2008, 2013, 2017 und 2019



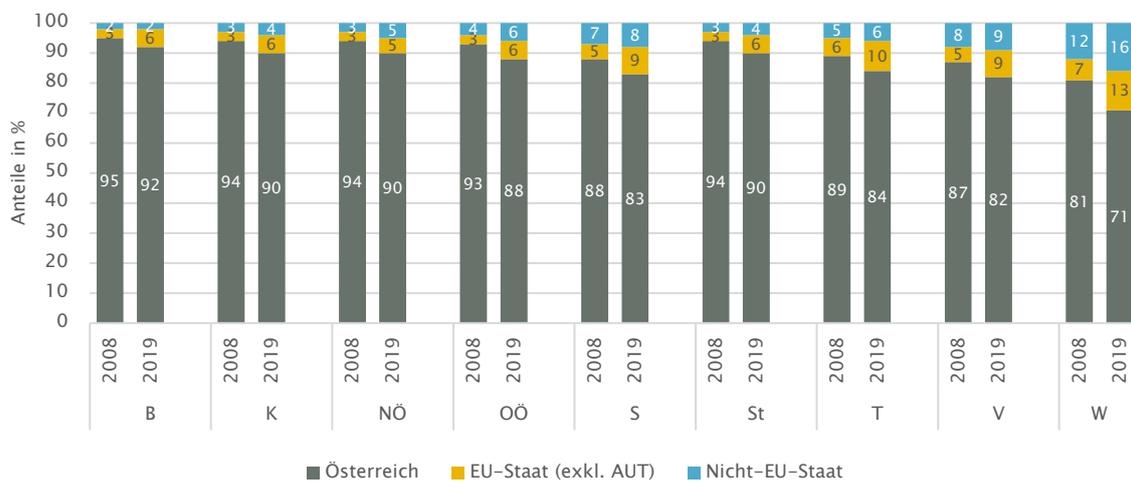
AT: Österreich, EU: Europäische Union

Quelle: Statistik Austria (2021);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Große Unterschiede gibt es hier zwischen den Bundesländern. Der Anteil österreichischer Staatsbürger:innen an der Bevölkerung reichte 2019 von 71 Prozent bis 92 Prozent. Das bedeutet, dass in manchen Bundesländern rund 30 Prozent der Bevölkerung nicht an Nationalrats- oder Landtagswahlen teilnehmen können.

Abbildung 3.14:

Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Staatsbürgerschaft und Bundesländern bei den über 16-Jährigen 2008 und 2019



B: Burgenland; K: Kärnten; NÖ: Niederösterreich; OÖ: Oberösterreich; S: Salzburg; St: Steiermark; T: Tirol; V: Vorarlberg; W: Wien

Quelle: Statistik Austria (2021);
Berechnung und Darstellung: GÖG

4 Wirkungsziel 2: Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen fördern, um den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken

Der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft leistet einen wichtigen Beitrag für Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden. Gesellschaften, die durch weniger Einkommensunterschiede und mehr Solidarität auf gesamtgesellschaftlicher Ebene gekennzeichnet sind, geht es in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht besser (Wilkinson/Pickett 2009). Die Solidarität zwischen allen Bevölkerungsgruppen und Generationen hat positive Auswirkungen nicht nur auf Gesundheit und Wohlbefinden, sondern auch auf die Stabilität einer Gesellschaft. Durch das freiwillige Engagement zahlreicher Menschen sowie durch die soziale Unterstützung durch Familie, Freundinnen/Freunde und Nachbarinnen/Nachbarn können sozioökonomische Ungleichheiten verringert und soziale Kosten, beispielsweise durch Armut, Konflikte oder Gewalt, minimiert werden.

4.1 Freiwilligenarbeit (in Prozent)

Freiwilliges Engagement hat eine große Bedeutung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Es ergänzt innerhalb des Sozialstaats sinnvoll die sozialversicherungspflichtige Arbeit. Durch freiwillige Tätigkeiten wird die Lebensqualität erhöht und der Gemeinsinn gefördert. Die Politik misst der Stärkung und Förderung ehrenamtlichen und freiwilligen Engagements eine wichtige Bedeutung zu und gestaltet Rahmenbedingungen zur Entfaltung dieses Engagements. Sie betrachtet Freiwilligenpolitik als eine wesentliche Aufgabe im Bereich der Gesellschaftspolitik. Seit 2012 ist das Bundesgesetz zur Förderung von freiwilligem Engagement (FreiwG) in Kraft. Es stellt die gesetzlichen Grundlagen und die Rahmenbedingungen zur Förderung von Freiwilligenarbeit in Österreich dar. Es regelt weiters die freiwilligen Dienste (das freiwillige Sozialjahr, den Gedenkdienst, den Friedens- und Sozialdienst im Ausland u. a.; BMSGPK 2019) [ENREF_5](#).

Datengrundlage

Daten zur Freiwilligenarbeit wurden in Österreich – im Auftrag des Sozialministeriums – 2006 im Rahmen eines Sonderfragenprogramms des Mikrozensus sowie 2012 und 2016 vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) erhoben. Hierbei wurden jeweils 4.000 Personen, die älter als 15 Jahre waren, zur Freiwilligenarbeit befragt. Eine erneute Erhebung findet 2022 statt. Ob die Daten vergleichbar sein werden ist noch unklar, da der Fragebogen noch nicht vorliegt.

Ergebnisse

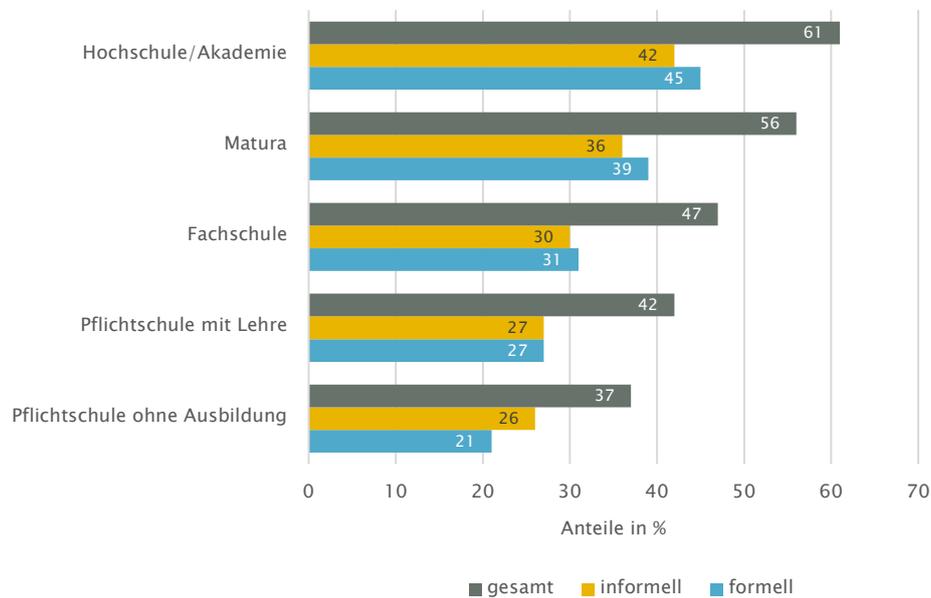
Etwa jede zweite Österreicherin / jeder zweite Österreicher über 15 Jahre gibt an, formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit¹ zu leisten. Das sind über 3,5 Millionen Menschen, die sich unbezahlt engagieren. Die Beteiligungsquote ist bei Männern und Frauen etwa gleich hoch – jedoch sind Männer eher im formellen Sektor tätig (34 % vs. 28 %), während Frauen eher informell tätig sind (33 % vs. 28 %). Hierbei unterscheiden sich auch die Bereiche, in denen sie tätig sind. Während Männer häufiger in Katastrophenhilfs- und Rettungsdiensten, in der politischen Arbeit und Interessenvertretung sowie im Sport- und Bewegungsbereich tätig sind, engagieren sich Frauen eher im Bildungsbereich, im Sozial- und Gesundheitsbereich und im religiösen Umfeld. Die höchste Beteiligungsquote findet sich mit 57 Prozent bei Personen, die gerade in Pension gegangen sind.

Schulbildung hat einen großen Einfluss darauf, ob man sich an Freiwilligenarbeit beteiligt oder nicht. Das Engagement steigt mit zunehmender Bildungsstufe – bei formeller Freiwilligenarbeit etwas mehr als bei informeller. Während etwa 37 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sich freiwillig engagieren, liegt der entsprechende Wert bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss bei knapp 60 Prozent (siehe Abbildung 4.1). Dieser Bildungseffekt zeigt sich in allen Altersgruppen. Zu begründen ist dieser Unterschied dadurch, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss im Schnitt mehr dafür nötige Kenntnisse und Fertigkeiten mitbringen, besser vernetzt sind und über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen, um unbezahlte Arbeiten zu leisten.

1

Als formelle Freiwilligenarbeit gilt zum Beispiel Arbeit in Vereinen und Organisationen. Die informelle Freiwilligenarbeit findet ohne funktionelle Einbindung in eine Organisation statt und umfasst unbezahlte Hilfs- und Unterstützungsleistungen im privaten Umfeld wie zum Beispiel Nachbarschaftshilfe oder Betreuungstätigkeiten außerhalb des eigenen Haushalts.

Abbildung 4.1:
Beteiligungsquote an der Freiwilligenarbeit nach Bildungsabschluss; 2016



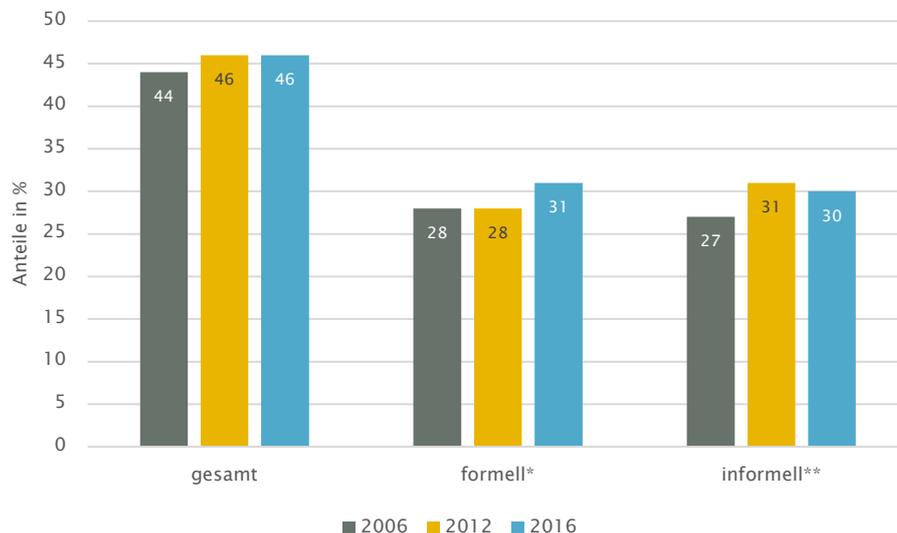
Quelle: IFES (2016);
Darstellung: GÖG

Bezieher:innen höherer Einkommen sind in Österreich eher ehrenamtlich tätig als Personen mit einem niedrigeren Einkommen – insbesondere im formellen Setting. Von jenen Personen, die über ein monatliches Nettohaushaltseinkommen von mehr als 3.000 Euro verfügen, sind etwa 61 Prozent ehrenamtlich tätig. Bei den unteren Einkommen (bis 1.500 Euro) ist der entsprechende Wert rund 20 Prozentpunkte geringer.

Die Trenddaten zeigen, dass die Freiwilligenarbeit seit 2012 im formellen Setting leicht gestiegen und im informellen Bereich in etwa gleich geblieben ist (siehe Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Freiwilligenarbeit im Trend nach Art der Freiwilligenarbeit 2006, 2012, 2016



*Als formelle Freiwilligenarbeit gilt zum Beispiel Arbeit in Vereinen und Organisationen.

**Als informelle Freiwilligenarbeit gilt zum Beispiel Nachbarschaftshilfe oder Betreuung

Quelle: Statistik Austria – MZ Sonderfragenprogramm 2006; IFES 2012 und 2016;
Darstellung: GÖG

4.2 Ausmaß sozialer Unterstützung (hoch; in Prozent)

Das Ausmaß sozialer Unterstützung, auf das Menschen bei Bedarf zurückgreifen können, ist ein wesentlicher Einflussfaktor der Gesundheit und des Wohlbefindens (Murayama et al. 2012; Sundquist/Yang 2007). Ein hohes Maß an sozialer Unterstützung geht mit einer deutlich höheren Bewertung der eigenen Lebensqualität sowie Gesundheit einher. Verlässliche soziale Beziehungen und Bindungen, die durch emotionale und kognitive Unterstützung sowohl bei alltäglichen Problemen als auch bei Lebenskrisen helfen, können die Betroffenen gegenüber psychosozialen Belastungen abschirmen. Gleichzeitig erleichtert soziale Unterstützung die Bewältigung von Belastungssituationen (BZgA 2018).

Datengrundlage

Datengrundlage für das Ausmaß sozialer Unterstützung ist die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (Klimont 2020). Befragt werden dabei Personen über 15 Jahre, die in Privathaushalten leben. Das Ausmaß sozialer Unterstützung wird mit der Oslo-3-Item-Social-Support-Scale (Oslo 3) erhoben (Klimont 2020). Dieses Instrument erfasst, (a) auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, (b) wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen zeigen und (c) wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus

diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet.

Entsprechende Daten liegen derzeit für die Jahre 2014 und 2019 vor. **Daten zum Ausmaß sozialer Unterstützung werden auch für den nächsten ATHIS (in etwa fünf Jahren) in Aussicht gestellt.**

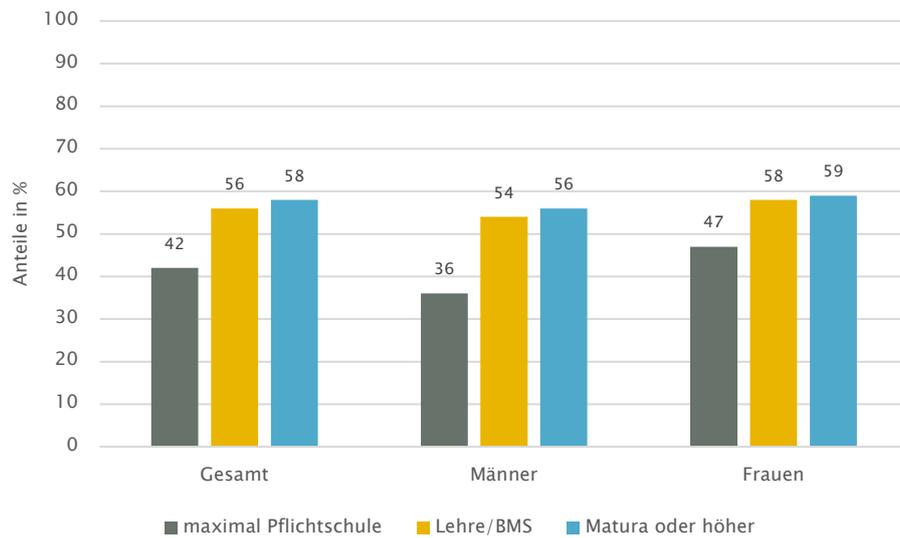
Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der Österreicher:innen ab 15 Jahren (55 %) verfügten im Jahr 2019 über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 40–67 %), Männer zwischen 15 und 29 Jahren häufiger als Frauen im selben Alter (60 % vs. 55 %). Rund acht Prozent schätzten das Ausmaß sozialer Unterstützung für sich eher gering ein (BL-Bandbreite: 4–13 %). Seit 2014 hat sich der Anteil der Personen mit hoher sozialer Unterstützung nicht nennenswert verändert.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab einem Alter von 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 51 Prozent der ab 60-Jährigen verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, während 57 Prozent der 15- bis 59-Jährigen damit rechnen können. Gleichzeitig sind zehn Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, während der entsprechende Wert bei den 15- bis 59-Jährigen sieben Prozent beträgt.

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben und zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung als Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss (56–58 % vs. 45 %). Dies gilt für Männer wie Frauen – wobei der Unterschied bei den Männern deutlich stärker ausgeprägt ist (siehe Abbildung 4.3)

Abbildung 4.3:
Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Geschlecht bei Personen ab 30 Jahren 2019

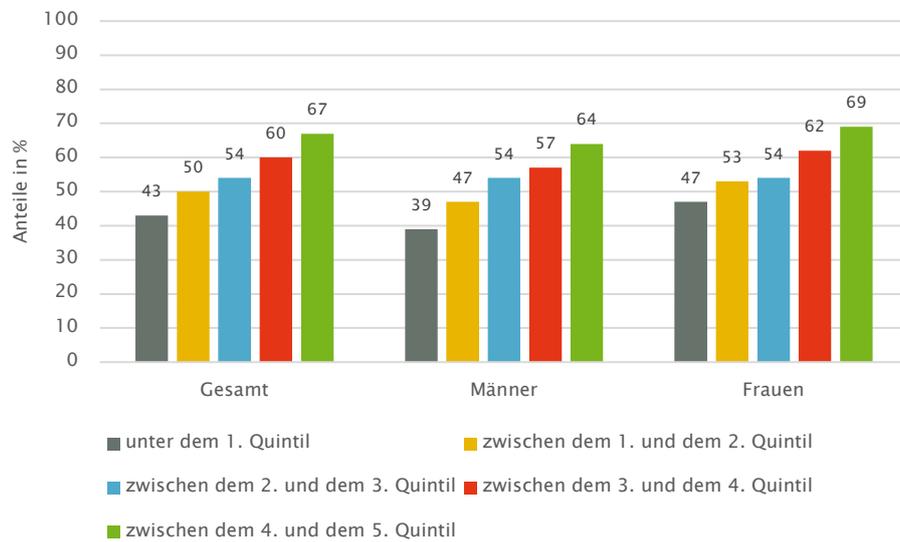


Quelle: Klimont (2020)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Noch stärker wirkt sich das Einkommen auf das Unterstützungsausmaß aus. Personen über 30 Jahre, deren Einkommen im obersten Quintil liegt, erhalten deutlich häufiger ein hohes Unterstützungsausmaß als jene im untersten Einkommensbereich (67 % vs. 43 %). Dieser Unterschied ist bei Männern etwas ausgeprägter als bei Frauen (siehe Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:

Soziale Unterstützung (hoch) nach dem Einkommen bei Personen ab 30 Jahren 2019



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

5 Wirkungsziel 3: Vielfalt als Bereicherung und Herausforderung für die Gesellschaft anerkennen, die Bedürfnisse von Minderheiten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen sowie deren Rechte wahren und durchsetzen

Diversität ist potenziell eine große Bereicherung und Ressource für eine Gesellschaft, birgt aber auch viele Herausforderungen. Ein wertschätzender Umgang mit Vielfalt sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten für alle Bevölkerungsgruppen bilden eine wichtige Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt, da sie das Gemeinschaftsgefühl und das soziale Vertrauen stärken und damit positiv zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Zentral dafür ist eine gemeinsame, von einer breiten Mehrheit als Grundkonsens geteilte Wertebasis – in Österreich wären dies beispielsweise die demokratische Gesellschaftsordnung, die Geschlechtergleichstellung bzw. Geschlechtergerechtigkeit und die prinzipielle Gleichheit vor dem Gesetz unabhängig von persönlichen Merkmalen.

5.1 Diskriminierungserfahrungen

Diskriminierung äußert sich in der Ungleichbehandlung verschiedener Personen oder Gruppen aufgrund diverser Merkmale wie ethnischer Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht oder sexueller Orientierung. Sie kann sich in zahlreichen Formen äußern und in unterschiedlichen Kontexten zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Handelns stattfinden. Betroffene von Diskriminierung berichten häufig über Angstzustände, einen erhöhten Stresspegel und ein geringes Selbstwertgefühl. Viele berichten von Gewalterfahrungen, etwa jede:r Dritte fühlt sich isoliert (Schönherr et al. 2019).

Datengrundlage

Die Daten zu Diskriminierungserfahrungen stammen aus Eurobarometer-Umfragen zum Thema Diskriminierung, die alle drei bis vier Jahre durchgeführt werden. Persönlich befragt werden dabei EU-weit rund 28.000 EU-Bürger:innen zwischen 16 und 64 Jahren – in Österreich sind es um die 1.000 Personen (EU 2019b). Diskriminierungserfahrungen wurden mittels der nachstehenden Frage erfasst:

Haben Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten aus einem oder mehreren der folgenden Gründe diskriminiert gefühlt oder belästigt gefühlt? Bitte nennen Sie mir alle zutreffenden Gründe.

- » ethnische Herkunft
- » Hautfarbe
- » Geschlecht
- » sexuelle Orientierung

- » Roma
- » Transgender
- » Intersex
- » Alter
- » Religion
- » Behinderung
- » politische Gesinnung
- » soziale Herkunft
- » Aussehen
- » andere
- » nein

Daten zu Diskriminierungserfahrungen gibt es für die Jahre 2009, 2012, 2015 und 2019. **Es ist anzunehmen, dass die Befragung auch zukünftig in Drei- bis Vierjahresabständen durchgeführt werden wird.**

Ergebnisse

In etwa jede:r vierte Befragte in Österreich zwischen 16 und 64 Jahren hat im Jahr 2019 Erfahrungen mit Diskriminierung gemacht – das sind mehr als in jedem anderen Land in der EU (Durchschnitt: 17 %). Am häufigsten geben die Befragten an, aufgrund ihrer politischen Gesinnung diskriminiert worden zu sein (8 %). In etwa gleich viele geben an, Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihres Geschlechts gemacht zu haben (7 %). Jeweils fünf Prozent wurden wegen ihrer Religionszugehörigkeit, ihrer Hautfarbe oder aufgrund einer Behinderung diskriminiert.

Seit 2009 hat sich der Anteil diskriminierter Personen in Österreich mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Diskriminierungserfahrungen im Trend 2009, 2012, 2015, 2019

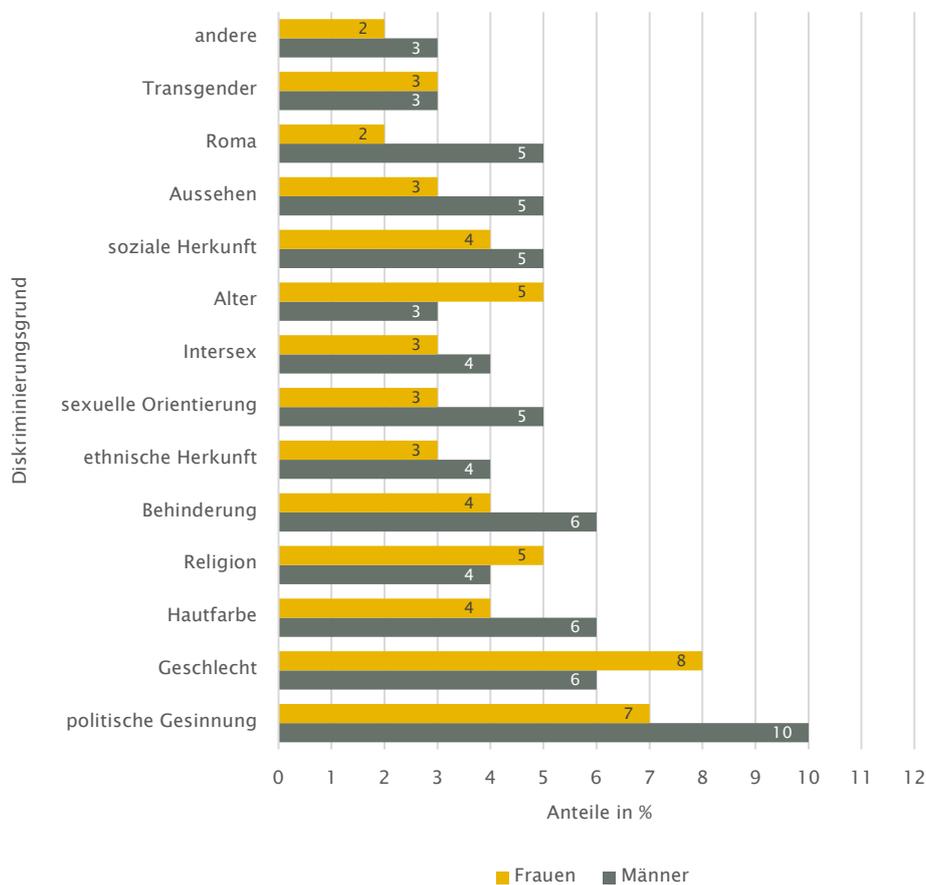


Quelle: Eurobarometer (2009, 2012, 2015, 2019);
Darstellung: GÖG

Männer berichten etwas häufiger von Diskriminierungserfahrungen als Frauen (30 vs. 25 %). Während Männer häufiger aufgrund ihrer politischen Gesinnung, ihrer Hautfarbe, ihrer ethnischen Herkunft (inkl. Roma) und wegen einer Behinderung diskriminiert werden, sind Frauen häufiger von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht und Alter betroffen (siehe Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

Diskriminierungserfahrungen nach Personenmerkmalen und nach Geschlecht 2019



Quelle: Eurobarometer (2019);
Darstellung: GÖG

Die Diskriminierungserfahrung sinkt insgesamt mit dem Alter. Während mehr als ein Drittel der Befragten unter 40 Jahren angibt, diskriminiert worden zu sein, trifft dies bei Personen über 55 Jahren auf jede:n Fünfte:n zu. Besonders deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt es in puncto politischer Ansichten, sexueller Orientierung und ethnischer Herkunft. Geschlechterdiskriminierung geschieht häufig bei Personen zwischen 25 und 39 Jahren – Altersdiskriminierung betrifft erwartungsgemäß ältere Personen am meisten.

Generell werden niedrige und mittlere Einkommensgruppen etwas häufiger diskriminiert als höhere Einkommensgruppen. Die Diskriminierungsgründe sind hierbei unterschiedlich. Während niedrigere Einkommensgruppen häufiger aufgrund einer Behinderung, ihrer politischen Ansichten oder ihres Glaubens diskriminiert werden, geben mehr Personen aus höheren Einkommensgruppen an, wegen ihrer Hautfarbe, ihrer Roma-Herkunft oder ihrer sozialen Herkunft diskriminiert worden zu sein.

5.2 Zustimmung zu Zuwanderung als kultureller Bereicherung (Mittelwert und in Prozent)

Personen mit Migrationshintergrund sind häufig Alltagsrassismus ausgesetzt, der sich quer durch alle Lebensbereiche zieht. Sowohl im Arbeits- und im Gesundheitsbereich als auch bei der Wohnungssuche werden sie oft ungleich behandelt. Als Grund für Diskriminierung gibt ein großer Teil von ihnen äußere Merkmale sowie Religion an. Die Folgen sind eine Einschränkung ihres psychischen Wohlbefindens, ein Gefühl der Hilflosigkeit und ein Vertrauensverlust in Bezug auf die Gesellschaft (Schönherr et al. 2019). Der Grad der Zustimmung dazu, dass Zuwanderung zu einer kulturellen Bereicherung führt, spiegelt die Akzeptanz zugewanderter Personen seitens der Bevölkerung wider.

Datengrundlage

Die Zustimmung zur Aussage, dass Zuwanderung zu einer kulturellen Bereicherung führt, wird seit 2002 alle zwei Jahre im Zuge des European Social Survey (ESS) erhoben. Befragt werden dabei europaweit pro Land mindestens 1.500 Personen ab 15 Jahren (European Social Survey 2018). Die Meinung zur Auswirkung von Zuwanderung auf das kulturelle Leben wird dort mittels folgender Frage erfasst:

Würden Sie sagen, dass das kulturelle Leben in Österreich im Allgemeinen von Zuwanderern, die nach Österreich kommen, untergraben oder bereichert wird?

- » Skala von 0 bis 10
- » 0 = Kulturelles Leben wird untergraben.
- » 10 = Kulturelles Leben wird bereichert.

Die aktuellsten Daten stammen aus der neunten Befragungswelle im Jahr 2018. Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen. **Aus heutiger Sicht ist anzunehmen, dass Österreich weiterhin an der Befragung teilnehmen wird und die Frage zu Zuwanderung und Kultur weiterhin inkludiert sein wird.**

Ergebnisse

Seit 2002 ist der Grad der Zustimmung zur Aussage, dass Zuwanderung eine kulturelle Bereicherung sei, deutlich gesunken (von 5,9 auf 4,8 von 10 Punkten), wobei insbesondere nach 2014 ein Knick erkennbar ist (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Zustimmung zu Zuwanderung als kultureller Bereicherung im Trend (Mittelwert) 2002–2018*



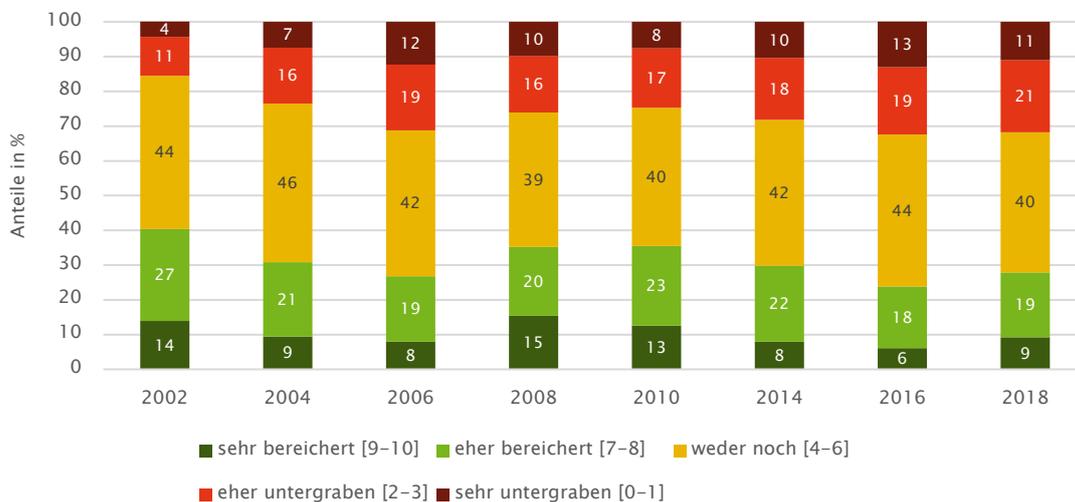
*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

Quelle: European Social Survey (2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2014, 2016, 2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Knapp 29 Prozent aller Österreicher:innen über 15 Jahre sind der Meinung, dass Zuwanderung zu einer kulturellen Bereicherung Österreichs beiträgt – 2002 vertraten diese Meinung noch rund 40 Prozent (siehe Abbildung 5.4). Frauen sind gegenüber anderen Kulturen geringfügig offener als Männer (Zustimmung 29 % vs. 27 %) – jüngere Menschen empfinden zugewanderte Menschen häufiger als eine Bereicherung unserer Kultur, als Personen über 60 Jahre dies tun (38 % vs. 22 %).

Abbildung 5.4:

Meinung zum Einfluss von Zuwanderung auf unsere Kultur im Trend 2002–2018*



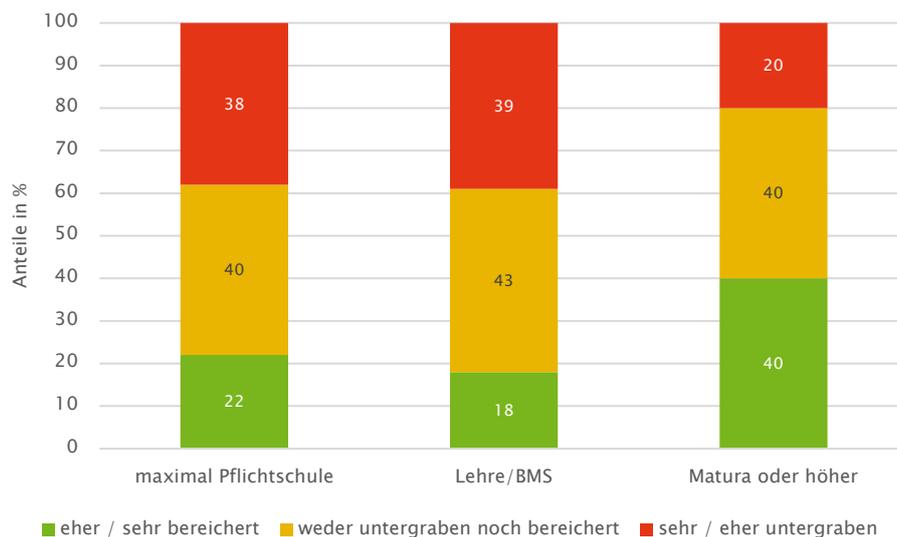
*Im Jahr 2012 hat Österreich nicht an der Befragung teilgenommen.

Quelle: European Social Survey (2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2014, 2016, 2018);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Das Ausmaß formaler Bildung beeinflusst die Wahrnehmung zugewanderter Menschen deutlich. Während nur jede fünfte Österreicherin / jeder fünfte Österreicher über 30 Jahre mit maximal Pflichtschul- oder Lehrabschluss zugewanderte Menschen als kulturelle Bereicherung sieht, gilt dies für rund 40 Prozent aller Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss (siehe Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:

Meinung zum Einfluss von Zuwanderung auf unsere Kultur nach formaler Bildung bei Personen ab 30 Jahren 2018



Quelle: ESS (2018)
Berechnung und Darstellung: GÖG

5.3 Zustimmung, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben sollten (in Prozent)

Diskriminierung gegenüber Personen mit einer nichtheterosexuellen Orientierung findet in erster Linie im Zwischenmenschlichen statt – häufig durch unangebrachte Witze und Anspielungen sowie Beschimpfungen und Mobbing. Aber auch strukturelle Diskriminierung bei der Wohnungs- oder Arbeitssuche sowie im Gesundheitsbereich (z. B. beim Blutspenden) findet in dieser Hinsicht statt und führt bei den davon Betroffenen zu psychischen Belastungen und Isolation. Besonders belastet fühlen sich dabei junge Menschen (Schönherr et al. 2019). Der Grad der Zustimmung dazu, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben sollten, spiegelt die Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber nichtheterosexuellen Personen wider.

Datengrundlage

Die Zustimmung zur Aussage, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben sollten, wird in Eurobarometer-Umfragen erhoben und wurde 2015 erstmals und 2019 erneut abgefragt. Persönlich befragt wurden dabei EU-weit rund 28.000 EU-Bürger:innen zwischen 16 und 64 Jahren – in Österreich waren es um die 1.000 Personen (EU

2019a; Jourová 2015). Die Akzeptanz gegenüber nichtheterosexuellen Personen wurde mittels folgender Frage erfasst:

Schwule, lesbische und bisexuelle Menschen sollten dieselben Rechte wie heterosexuelle Menschen haben.

- » stimme überhaupt nicht zu
- » stimme eher nicht zu
- » stimme eher zu
- » stimme voll zu

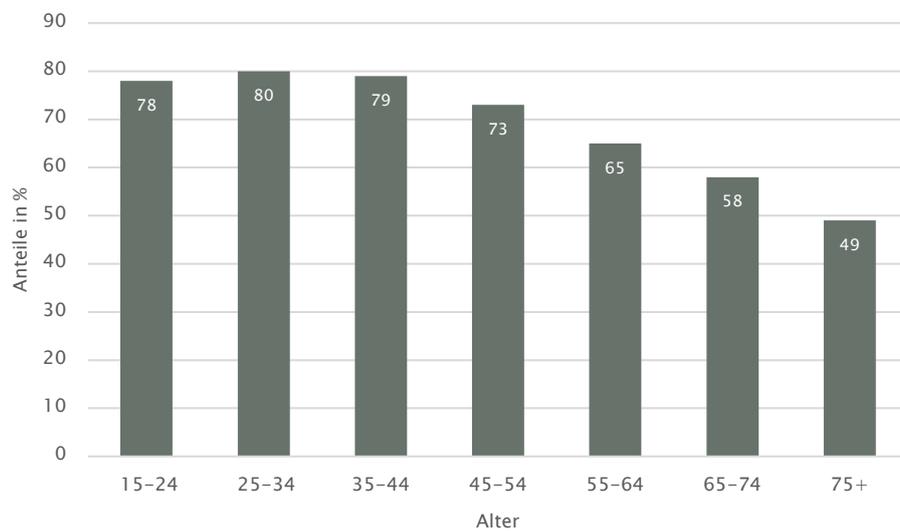
Die aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2019. Weil das Thema sehr aktuell ist, ist aus **heutiger Sicht anzunehmen, dass die diesbezügliche Befragung wiederholt werden wird.**

Ergebnisse

Etwa 70 Prozent aller Österreicher:innen zwischen 16 und 64 Jahren sind der Meinung, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte wie heterosexuelle haben sollten. Im EU-Vergleich liegt Österreich damit im unteren Mittelfeld (EU-Schnitt ist 76 %). Seit 2015 hat sich in Österreich diesbezüglich wenig geändert.

Frauen sind bezüglich der Rechte schwuler, lesbischer und bisexueller Menschen etwas toleranter als Männer (71 % vs. 68 % Zustimmung). Große Unterschiede gibt es hier zwischen den Altersgruppen. Während etwa 80 Prozent der Personen unter 45 Jahren der Aussage zustimmen, dass schwule, lesbische und bisexuelle Menschen die gleichen Rechte haben sollten wie heterosexuelle Menschen, sinkt der entsprechende Anteil mit steigendem Alter – bei den über 75-Jährigen sind es nur noch 49 Prozent (siehe Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Zustimmung zu gleichen Rechten für schwule, lesbische und bisexuelle Menschen nach Alter 2019



Quelle: Eurobarometer (2019);
Darstellung: GÖG

6 Resümee

Die Umsetzung der Gesundheitsziele wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet. Auf Ebene der Wirkungsziele werden alle vorgeschlagenen Indikatoren einer umfassenden Analyse unterzogen, um sicherzustellen, dass die Indikatoren für ein langfristiges Monitoring geeignet sind. Im Rahmen der Operationalisierung des Gesundheitsziels 5 fand eine intensive Auseinandersetzung mit möglichen Indikatoren statt. Dabei wurden die nachstehenden Herausforderungen deutlich:

- » Im Jahr 2022 wird es eine Befragung zu Freiwilligenarbeit geben. **Ob die Daten vergleichbar sind, ist noch unklar, weil der Fragebogen noch nicht vorliegt.**
- » **Policy-Indikatoren**, auf die derzeit verzichtet wird, die jedoch gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt noch ergänzt werden sollen
- » Die Daten in diesem Bericht wurden vor der COVID-19-Pandemie erhoben. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Pandemie auf die Ergebnisse der nächsten Befragungswellen auswirken wird. Dies muss zukünftig im Monitoring Berücksichtigung finden.

Insgesamt zeigt sich, dass die **Indikatoren** zu den drei Wirkungszielen die Themen des jeweiligen Ziels näherungsweise adressieren und für das Monitoring von GZ 5 **gut geeignet** sind. Bei den ausgewählten Ergebnis-Indikatoren stammen die Daten größtenteils aus Routinestatistiken, weshalb aus heutiger Sicht davon auszugehen ist, dass diese Datenbasis auch zukünftig zur Verfügung stehen wird. Das Monitoring wird gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt um Policy-Indikatoren ergänzt werden.

Literatur

- BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMI (2022a): Nationalratswahlen. Historischer Rückblick [Online]. Bundesministerium für Inneres. https://www.bmi.gv.at/412/Nationalratswahlen/Historischer_Rueckblick.aspx [Zugriff am 1. 2. 2022]
- BMI (2022b): Wahlen. Wahlrecht in Österreich, Überblick [Online]. Bundesministerium für Inneres. <https://www.bmi.gv.at/412/start.aspx> [Zugriff am 1. 2. 2022]
- BMSGPK (2019): 3. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich. Hg. v. bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (in Arbeit): Gesundheitsziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien. Unveröffentlicht
- BZgA (2018): Soziale Unterstützung. Franzkowiak, Peter [Online]. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-unterstuetzung/> [Zugriff am 1. 2. 2022]
- ESS (2018): ESS9 Questionnaire AT. European Social Survey, Wien
- ESS (2021): Austria documents and data files [Online]. European Social Survey (ESS). <https://www.europeansocialsurvey.org/data/country.html?c=austria> [Zugriff am 1. 12. 2021]
- EU (2019a): Eurobarometer on Discrimination 2019: The social acceptance of LGBTI people in the EU. European Union
- EU (2019b): Special Eurobarometer 493. Discrimination in the European Union. European Union, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2251>
- European Social Survey (2018): ESS9 Questionnaire AT. Aufl. 9. European Social Survey, Wien
- Griebler, Robert; Gaiswinkler, Sylvia; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Bengough, Theresa; Schmutterer, Irene (2020): Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter. Berichtszeitraum 2005 – 2016/17. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B.; Baker, M.; Harris, T.; Stephenson, D. (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. In: Perspectives on Psychological Science 10/2:227–237

- IFES (2016): Freiwilligenengagement Bevölkerungsbefragung 2016. Institut für empirische Sozialforschung GmbH, Wien
- Jourová, V. (2015): Eurobarometer on Discrimination 2015: Social acceptance and perceptions on discrimination on the grounds of sexual orientation and gender identity. European Commission, Europäische Union
- Jungbauer-Gans, Monika (2002): Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: Journal of Epidemiology 22/3:179–187
- Schönherr, Daniel; Leibetseder, Bettina; Moser, Winfried; Hofinger, Christoph (2019): Diskriminierungserfahrungen in Österreich. Erleben von Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Herabwürdigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, medizinische Dienstleistungen und Ausbildung. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Wien
- Statistik Austria (2021): Bevölkerungsstand [Online].
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerungsstand/index.html [Zugriff am 1. 12. 2021]
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: Health and Place 13/2:324–334
- UN (2015): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Online]. United Nations.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. [Zugriff am 1. 2. 2022]
- Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Tolkemitt bei Zweitausendeins, Berlin
- Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine (2014): Rahmen-Gesundheitsziele: Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Anhang 1: Zehn Gesundheitsziele Österreich

Ziel 1:

Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen



Ziel 2:

Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen



Ziel 3:

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken



Ziel 4:

Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern



Ziel 5:

Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken



Ziel 6:

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen



Ziel 7:

Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen



Ziel 8:

Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern



Ziel 9:

Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern



Ziel 10:

Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen



Quelle und Darstellung: GÖG

Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

Gesundheitsziele	
Themenbereich	Indikator (Datenquelle für Indikatoren)
ergänzende übergeordnete Indikatoren	
Lebenserwartung in Gesundheit	Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit sowie fernere Lebenserwartung in sehr guter und guter Gesundheit im Alter von 25, 45 und 65 Jahren (berechnet auf Basis von ATHIS und EU-SILC)
Lebenserwartung	Lebenserwartung bei der Geburt sowie fernere Lebenserwartung im Alter von 25, 45 und 65 Jahren (auf Basis der Sterbetafeln bzw. der Todesursachenstatistik)
selbstberichtete Gesundheit	selbstberichteter Gesundheitszustand (ATHIS, EU-SILC)
GZ-Prozess	Vorliegen und Umsetzung eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts zu den GZ
GZ-Prozess	Monitoring und Berichtswesen zur Umsetzung der GZ
Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	
Lebenszufriedenheit und -qualität	Lebenszufriedenheit (ATHIS, EU-SILC, Gallup World Poll) und Lebensqualität (ATHIS)
Lebenswelt Arbeitsplatz	Arbeitsklima-Index (Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern; im Auftrag der AK Oberösterreich)
Lebenswelt Arbeitsplatz	psychische Belastungen am Arbeitsplatz (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria)
Policy-Ebene	rechtliche Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit
Policy-Ebene	praktische Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen	
Bildung als wichtige Gesundheitsdeterminante	Bildungsniveau: höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung (Bildungsstandregister), Bildungsmobilität (EU-SILC), tertiäre Bildungsabschlüsse (Eurostat-Datenbank)
Armut als wichtige Gesundheitsdeterminante	Armut- und Ausgrenzungsgefährdung (EU-SILC)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	
Gesundheitskompetenz	Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS-EU)
Basiskompetenz	funktionaler Analphabetismus (PIRLS)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz
Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern	
Luftqualität	Feinstaubbelastung: Einhaltung bzw. Überschreitung vorgeschriebener Immissionsgrenzwerte (Eurostat)
Lärm	Lärmbelastungen (Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 3. Quartal 2011 der Statistik Austria EU-SILC), geändert in: errechnete Lärmbelastung auf Basis des Lärmkatasters
Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken	
Sozialkapital	Sozialkapital (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen; ATHIS) und soziales Vertrauen (EES)
Verteilung	GINI-Koeffizient (EU-SILC, WIFO-Berechnungen)
Teilhabe	freiwilliges Engagement (MZ)

Gesundheitsziele

Themenbereich	Indikator (Datenquelle für Indikatoren)
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
Gesundheit	selbstberichteter Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen (HBSC)
Lebenswelt Familie	Eltern: Kommunikation und Vertrauensverhältnis (Index aus HBSC)
Lebenswelt Kindergarten und Schule	Schulklima (Verhältnis zwischen den Schülerinnen/Schülern bzw. Schülerinnen/Schülern und Lehrkräften; HBSC)
Arbeitslosigkeit als wichtige Gesundheitsdeterminante	Jugendarbeitslosigkeit (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)
frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche	frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtslegung zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen	
Ernährung	Konsum von Obst und Gemüse (Erwachsene und Kinder; ATHIS, HBSC)
Körpergewicht	Rate von Untergewicht und Adipositas (ATHIS, HBSC, OECD Health Data 2012, Eurostat-Datenbank, WHO Global Infobase)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Ernährungsplans (NAP.e)
NEU: Ernährung	Verzehr von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Fleisch (Ernährungsbericht)
NEU: Ernährung	täglicher Verzehr von Fleisch- und/oder Wurstwaren (ATHIS)
Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	
Mobilität	Modal-Split : Anteil der täglichen Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden (Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011 der Statistik Austria)
Bewegungsverhalten	körperliche Aktivität und Sport (ATHIS, HBSC, Eurobarometer 2010 Sport und körperliche Bewegung)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Bewegungsplans (NAP.b)
Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	
psychische Gesundheit	Mental-Health-Index und Vitalitätsindex (ATHIS, HIS)
Lebenswelt Schule und Arbeitsplatz	psychische Gesundheit in der Schule (HBSC) und am Arbeitsplatz (Arbeitsklima-Index, ESWC)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer Mental-Health-Strategie für Österreich
Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	
Chancengerechtigkeit	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Statistik der Vorsorgeuntersuchungen, ATHIS)
Gesundheitssystem	Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen (Versorgung – Prävention; stationär – ambulant)
Policy-Ebene zur Zielsteuerung-Gesundheit	Umsetzung der Performance-Messung im Gesundheitswesen
Policy-Ebene zur Qualität im Gesundheitssystem	Umsetzung der operativen Ziele für die Qualitätsstrategie

ATHIS = Österreichische Gesundheitsbefragung; ESS = European Social Survey, HLS-EU = European Health Literacy Survey, ESWC = European Survey on Working Conditions, EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions, EUROSTAT = statistisches Amt der Europäischen Union, HBSC = Health Behaviour in School-aged Children, HIS = Health Interview Survey(s), PIRLS = Progress in International Reading Literacy Study; WIFO = Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Wien

Quelle und Darstellung: GÖG

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Gesundheitsziele	
Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	
WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten Akteurinnen und Akteure im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufbauen	Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller GZ-Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden (Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie)
WZ 2: Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen	Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe in Relation zur Gesamtanzahl der Betriebe in Österreich (BGF-Datenbank)
WZ 3: Durch die Gestaltung der relevanten Lebenswelten Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen	Anteil der 75- bis 84-jährigen ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATHIS)
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen	
WZ 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen	Bildungsmobilität der 25- bis 59-Jährigen (EU-SILC, Erwachsenenbildungserhebung)
WZ 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern	Fernere Lebenserwartung in Gesundheit im Alter von 25 Jahren nach Bildungsgrad Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (EU-SILC) Anteil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern (Verdienststruktur-Erhebung)
WZ 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen	Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (EU-SILC) Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen (EU-SILC)
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	
WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen	Index Krankheitsbewältigung (HLS-EU)
WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken	Index Gesundheitsförderung (HLS-EU) Index Prävention (HLS-EU)
WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern	Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS-EU)

Gesundheitsziele	
Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
Ziel 4: Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern	
WZ 1: Die Grundlagen für ein gesundes Leben erhalten und stärken, indem mit Ressourcen und mit der Gestaltung des Lebensraumes verantwortungsvoll und nachhaltig umgegangen wird	<p>Treibhausgas-Emissionen durch den Verkehr (Klimaschutzbericht)</p> <p>Flächenverbrauch: versiegelte Fläche pro EW und insgesamt in Österreich (Grundstücksdatenbank)</p> <p>Biodiversität: Farmland-Bird-Index, Biodiversitätsindex Wald und Anteil der Schutzgüter (Arten und Lebensraumtypen) in einem günstigen Erhaltungszustand</p>
WZ 2: Umweltbelastungen mit potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit vermeiden, identifizieren, beobachten und – wenn möglich – reduzieren	<p>Grundwassergüte: Anteil der Messstellen, an denen die Qualitätsziele für Nitrat und Pestizide erreicht werden</p> <p>persistente organische Schadstoffe (POPs): Anzahl der detektierten POPs und deren Konzentration in Luft und Muttermilch</p>
WZ 3: Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit bei Bevölkerung sowie Entscheidungsträgerinnen und -trägern fördern/stärken und Umweltgerechtigkeit bestmöglich sicherstellen	<p>subjektiv eingeschätzte umweltbezogene Lebensqualität (ATHIS)</p> <p>gefühlte Lärmbelastung (MZ)</p> <p>Umweltbewusstsein, Umweltverhalten: Mobilität/Verkehrsmittelwahl im Personennahverkehr (MZ) und Einfluss des Österreichischen Umweltzeichens auf Kaufentscheidungen (Meinungsumfragen)</p>
Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit fördern	
WZ 1: Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Teilnahme für alle ausbauen und dadurch Inklusion fördern	<p>Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden oder zufrieden; in %; ATHIS)</p> <p>soziales Vertrauen (0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert und Anteile in % für die Kategorien gering, mittelmäßig, hoch; ESS)</p> <p>Häufigkeit persönlicher Kontakte (einmal im Monat oder seltener; in Prozent; ESS)</p> <p>wahlberechtigte Personen bei Nationalratswahlen (Anteil Wahlberechtigter in Österreich; in %; BMI und Statistik des Bevölkerungsstands)</p>
WZ 2: Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen fördern, um den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken	<p>Freiwilligenarbeit (Anteile in %; IFES)</p> <p>Ausmaß sozialer Unterstützung (hoch; in %; ATHIS)</p>
WZ 3: Vielfalt als Bereicherung und Herausforderung für die Gesellschaft anerkennen, die Bedürfnisse von Minderheiten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen sowie deren Rechte wahren und durchsetzen	<p>Diskriminierungserfahrungen (insgesamt und nach Personenmerkmalen; in %; Eurobarometer)</p> <p>Zustimmung zu Zuwanderung führt zu einer kulturellen Bereicherung (0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert und Anteile in % für die 5 Kategorien von sehr untergraben bis sehr bereichert; ESS)</p> <p>Zustimmung zur Aussage „Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle/Transgender und Intersexuelle (LGBTI) sollten die gleichen Rechte wie Heterosexuelle haben“ (Zustimmung in %; Eurobarometer)</p>

Gesundheitsziele	
Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken	allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC) Anzahl beschlossener Strategien, in denen Kinder und Jugendliche explizit als Zielgruppe berücksichtigt sind (Prozessindikator)
WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen	Frühgeburtenrate (Geburtenstatistik) allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC)
WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen	Selbstwirksamkeitserwartung (HBSC) frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen (Mikrozensus Arbeitkräfteerhebung)
Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen	
WZ 1: Sektorenübergreifende politische, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen für ein nachhaltiges Ernährungssystem schaffen, das allen Menschen eine gesunde Ernährung ermöglicht	Eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung wird in nationalen Strategien berücksichtigt (Policy-Indikator).
WZ 2: Ein vielfältiges, gesundheitsförderndes und nachhaltiges Angebot an Lebensmitteln und Speisen sicherstellen	Selbstversorgungsgrad für Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Fleisch (Versorgungsbilanz) Anteil biologisch bewirtschafteter Flächen an der gesamten landwirtschaftlich genutzten Fläche: insgesamt und getrennt für Obstanlagen und Ackerland (Grüner Bericht) Anteil Bioviehbestand am gesamten Viehbestand: insgesamt und getrennt für Rinder, Schweine, Schafe und Ziegen sowie Geflügel (Grüner Bericht) Zusammensetzung verarbeiteter Lebensmittel mit Fokus auf Zuckergehalt, Fettgehalt, gesättigte Fettsäuren (SFA) und Salzgehalt (Lebensmittel unter der Lupe) Bioanteil gekaufter Produkte im Lebensmitteleinzelhandel : insgesamt und getrennt für Frischobst, Frischgemüse, Fleisch und Geflügel, Wurst und Schinken (RollAMA)
WZ 3: Das Ernährungsumfeld gesundheitsfördernd und nachhaltig gestalten	Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Gemeinschaftsverpflegung liegen für ausgewählte Settings vor (Policy-Indikator). Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung werden in den Ausschreibungskriterien für die Gemeinschaftsverpflegung berücksichtigt (Policy-Indikator). Daten zur Ernährungskompetenz der österreichischen Bevölkerung liegen vor (Prozessindikator).
Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	
WZ 1: Bewegungskompetenz zielgruppenspezifisch fördern/erhöhen	Anteil der Kinder und Erwachsenen, welche die österreichischen Empfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung erfüllen, an der Gesamtbevölkerung (ATHIS, HBSC)
WZ 2: Bewegungsfördernde/-förderliche Lebenswelten schaffen	
WZ 3: Netzwerkstrukturen aufbauen und erweitern	Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen

Gesundheitsziele	
Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	
WZ 1: Psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen fördern und erhalten	subjektiv eingeschätzte Lebensqualität (ATHIS)
WZ 2: Niederschwellige, bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote bereitstellen	Inanspruchnahme kassenfinanzierter Leistungen in den Bereichen Psychotherapie (unterschieden nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen; Routinedaten der SV), stationäre Psychiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie (DLD) und klinisch-psychologische Diagnostik (unterschieden nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen; Routinedaten der SV) Verankerung des Themas psychosoziale Gesundheit in Zielsteuerungsvertrag Gesundheit, 15a-Vereinbarung zur Gesundheit, ÖSG und RSG (Prozessindikatoren)
WZ 3: Ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit fördern	Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose (ATHIS)

ATHIS = Österreichische Gesundheitsbefragung; BGF = betriebliche Gesundheitsförderung; EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; HLS-EU = European Health Literacy Survey; HBSC = Health Behaviour in School-aged Children; RollAMA = rollierende Agrarmarktanalyse

Quelle und Darstellung: GÖG