

Gesundheitsziele Österreich: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 9 Psychosoziale Gesundheit för- dern

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Gesundheitsziele Österreich: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 9

Ergebnisbericht

Autoren/Autorinnen:

Robert Griebler
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Gabriele Gruber
Petra Winkler

Projektassistenz:

Bettina Engel

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

Wien, im Februar 2018
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zitiervorschlag: Griebler, Robert; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Gruber, Gabriele; Winkler, Petra (2018): Gesundheitsziele Österreich. Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 9. Gesundheit Österreich, Wien

P3/1/46212

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

Der Umwelt zuliebe wird dieser Bericht vorrangig in elektronischer Form veröffentlicht.

Kurzfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

In Phase 1 des Gesundheitsziele-Prozesses wurden ab Mai 2011 die österreichischen Gesundheitsziele erarbeitet und im Sommer 2012 von Bundesgesundheitskommission und Ministerrat beschlossen. Phase 2 sieht die Konkretisierung dieser Gesundheitsziele (GZ) anhand sogenannter Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor, wobei die GZ durch Wirkungsziele (WZ) präzisiert und mit Maßnahmen hinterlegt werden. Um die Umsetzung durch ein Monitoring begleiten zu können, werden Indikatoren und Messgrößen (mit Zielvorgaben) vorgeschlagen. Das Monitoringkonzept sieht vor, diese Indikatoren einer Machbarkeitsprüfung zu unterziehen. Im Jahr 2017 setzte die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) diesen Auftrag für die WZ-Indikatoren des GZ 9 um.

Methode

Die Indikatoren werden hinsichtlich dreier Kriterien bewertet:

- » **Passung:** Sind die vorgeschlagenen Indikatoren geeignet, die genannten Wirkungsziele kontinuierlich zu beobachten?
- » **Datengrundlage:** Wird es auch zukünftig eine entsprechende Datenbasis geben, um den Erreichungsgrad der WZ anhand dieser Indikatoren überprüfen zu können?
- » **Zielvorgaben:** Wie ambitioniert sind die definierten Zielvorgaben vor dem Hintergrund bisher beobachtbarer Entwicklungen?

Ergebnisse

Die geprüften Wirkungsziele-Indikatoren sind grundsätzlich zum Monitoring von WZ 1, WZ 2 und WZ 3 des GZ 9 geeignet. Allerdings können derzeit für die Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychotherapeutischer Leistungen (Indikator für WZ 2) keine Aussagen getrennt für Erwachsene und Kinder bzw. Jugendliche getroffen werden (ebenfalls WZ 2). Auch zur Inanspruchnahme klinisch-psychologischer Diagnostik liegen derzeit keine Ergebnisse vor. Die Interpretation der Inanspruchnahme-Zahlen bedarf einer fundierten Auslegung. Der vorgeschlagene Indikator für WZ 3 deckt nur einen Teilbereich des dritten Wirkungsziels ab. Für alle Indikatoren steht noch die Erarbeitung geeigneter Zielvorgaben aus.

Schlussfolgerungen

Ausgehend von der aktuellen Datensituation wurde ein sinnvolles Set an Indikatoren definiert. Es gilt jedoch sicherzustellen, dass die für das Monitoring notwendigen Daten und Auswertungen auch zukünftig zur Verfügung stehen werden. Die Interpretation der Ergebnisse sollte unter Einbezug der Arbeitsgruppe erfolgen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele; psychosoziale Gesundheit; Machbarkeitsprüfung; Monitoring; Österreich

Summary

Background and subject

In 2011, the Federal Ministry of Health initiated a process for developing Austrian Health Targets with support by the Austrian Public Health Institute GÖG (phase 1). The ten resultant health targets were approved by the Federal Health Commission of Austria and the Council of Ministers in summer 2012. In phase 2 all health targets are being specified by intersectional working groups. They agree on sub-targets and develop action plans. In order to monitor implementation, indicators and measures are defined. The monitoring plan provides for a feasibility study of these indicators. In 2017, GÖG implemented this task for the sub-target indicators of health target 9 ("To foster psychosocial health").

Methods

The indicators were checked for three criteria:

- » Fit: Are the proposed indicators appropriate to monitor the defined sub-targets?
- » Data basis: Will all data necessary to check if the goals were achieved be available?
- » Target values: How ambitious are the defined target values in relation to observable trends?

Results

The defined indicators for sub-targets 1, 2 and 3 of health target 9 are suitable to monitor achievement of targets. However, it is currently not possible to reach any separate conclusions on the utilisation of publicly funded psychotherapy (indicator of sub-target 2) by adults on the one hand and children/adolescents on the other. At the current moment there are also no findings available on the utilisation of clinical-psychological diagnostics (also sub-target 2). Because of other influencing factors, trends on these indicators must be interpreted carefully. The same applies for the utilisation of in-patient psychiatric care.

The indicator of sub-target 3 (employment rate of people with diagnosed depression) doesn't cover all elements of the sub-target. Therefore additional indicators should be developed. Furthermore, adequate target values for all indicators are still missing.

Conclusions

Considering the current data situation in Austria, a useful set of indicators has been defined. However, it must be warranted that the necessary data will be available on regular basis in the future. It will be advisable, to pursue the interpretation of results in consultation with the working group of health target 9.

Keywords

Health targets; psychosocial health; mental health; feasibility check; monitoring; Austria

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	IV
Abbildungen und Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Hintergrund und Aufgabenstellung	1
2 Indikatoren zu den Wirkungszielen	3
2.1 WZ 1 – Psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen fördern und erhalten.....	4
2.2 WZ 2 – Handlungsfeld Versorgung, Rehabilitation, Ausbildung	8
2.3 WZ 3 – Ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit fördern	11
3 Resümee und Ausblick.....	14
Literatur	15
Anhang	16
Anhang 1: Zehn Gesundheitsziele	17
Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren.....	18
Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren	22

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1: Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014	6
Abbildung 2.2: Lebensqualität der Österreicher/innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014.....	7
Abbildung 2.3: Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppen mit und ohne Depressionsdiagnose, 2014	12
Abbildung 2.4: Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppen mit und ohne Depressionsdiagnose nach Bildung und Migrationshintergrund, 2014.....	13

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über die Meta-Indikatoren.....	19
Tabelle 2: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren	23

Abkürzungen

aLQ	allgemeine Lebensqualität
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BL-Bandbreite	Bundesländer-Bandbreite
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
FKA	Fondskrankenanstalt(en)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitsziel
ICD	International Classification of Diseases
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KKPV	Kooperation der Kostenträgerinnen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in Wien
kWB	körperliches Wohlbefinden
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PSD	Psychosoziale Dienste
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
pWB	psychisches Wohlbefinden
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SUPRA	Suizidpräventionsprogramm
SV	Sozialversicherung
sWB	soziales Wohlbefinden
uWB	umweltbezogenes Wohlbefinden
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF 1	Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
WZ	Wirkungsziel

1 Hintergrund und Aufgabenstellung

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

Phase 2 des Gesundheitsziele-Prozesses sieht die Konkretisierung dieser Gesundheitsziele anhand sogenannter Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor. Die einzelnen Gesundheitsziele (GZ) werden anhand priorisierter Wirkungsziele präzisiert und mit spezifischen Maßnahmen(plänen) hinterlegt. Diese Strategie- und Maßnahmenkonzepte werden von intersektoralen Arbeitsgruppen entwickelt, die neben den Wirkungszielen und Maßnahmen auch Indikatoren und Messgrößen (inklusive Zielvorgaben) zu deren Beobachtung vorschlagen. Aktuell liegen derartige Strategie- und Maßnahmenkonzepte für GZ 1, GZ 2, GZ 3, GZ 6, GZ 8 und GZ 9 vor.

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird von einem umfassenden Monitoring begleitet (Winkler et al. 2014). Dieses Monitoring konzentriert sich auf drei Ebenen:

- » Anhand von Meta-Indikatoren werden Entwicklungen in Hinblick auf die zehn Gesundheitsziele beobachtet.
- » Für jedes Wirkungsziel werden ein bis drei Indikatoren definiert, um ihren Erreichungsgrad zu messen. Um diese Wirkungsziele-Indikatoren geht es im vorliegenden Bericht.
- » Für jede Maßnahme ist eine Messgröße zur Beobachtung der Umsetzungsfortschritte vorgesehen.

Das Monitoring der österreichischen Gesundheitsziele sieht eine Machbarkeitsprüfung für alle Wirkungsziele-Indikatoren vor. Diese wird von der GÖG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der Wirkungsziele sicherstellen. Im Jahr 2017 wurde die Machbarkeit der Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 9 geprüft. Das Ergebnis ist Inhalt des vorliegenden Berichts.

Die Machbarkeitsüberprüfung orientiert sich an folgenden Fragen:

- » **Passung:** Sind die vorgeschlagenen Indikatoren geeignet, die genannten Wirkungsziele kontinuierlich zu beobachten?
- » **Datengrundlage:** Wird es zukünftig eine entsprechende Datenbasis geben, um den Erreichungsgrad der Wirkungsziele anhand dieser Indikatoren überprüfen zu können?
- » **Zielvorgaben:** Wie ambitioniert sind die definierten Zielvorgaben vor dem Hintergrund bisher beobachtbarer Entwicklungen?

2 Indikatoren zu den Wirkungszielen

Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ wurde – laut Arbeitsgruppenbericht (BMGF 2017) – anhand nachstehender Wirkungsziele (WZ) operationalisiert:

- » **WZ 1 – Handlungsfeld Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung**
Um die psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen zu fördern und zu erhalten, werden ihre Lebenswelten und ihre Lebenskompetenzen durch systematische und strukturierte Maßnahmen gestaltet bzw. gestärkt.
- » **WZ 2 – Handlungsfeld Versorgung, Rehabilitation, Ausbildung**
Die Lebenswelten sowie das Gesundheits- und Sozialsystem stellen sicher, dass für psychosozial belastete Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige niederschwellige, bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen. Planung, Finanzierung und Realisierung eines solchen Angebots werden von den Grundsätzen der Inklusion und der integrierten Versorgung geleitet.
- » **WZ 3 – Handlungsfeld Gesellschaft und Entstigmatisierung**
In allen Lebenswelten der Gesellschaft herrscht ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit.

Der Grad der Zielerreichung soll langfristig mit nachstehenden Wirkungsziele-Indikatoren (Ergebnis- und Prozess-Indikatoren) überprüft werden:

Ergebnis-Indikatoren

- » WZ 1: Subjektiv eingeschätzte Lebensqualität
- » WZ 2: Inanspruchnahme kassenfinanzierter Leistungen in den Bereichen
 - » Psychotherapie (unterschieden nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen)
 - » Stationäre Psychiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - » Klinisch-psychologische Diagnostik (unterschieden nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen)
- » WZ 3: Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit einer Depressionsdiagnose

Prozess-Indikatoren

- » WZ 2: Verankerung des Themas psychosoziale Gesundheit in folgenden Dokumenten:
 - » Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit und 15a-Vereinbarung zur Gesundheit
 - » Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

2.1 WZ 1 – Psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen fördern und erhalten

Passung zwischen Indikator und Wirkungszielen

Die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität repräsentiert ein multidimensionales Konzept, das sowohl körperliche und psychische als auch soziale und umweltbezogene Aspekte des Wohlbefindens umfasst (Ellert/Kurth 2013). Der vorgeschlagene Indikator ist damit hervorragend zur Überprüfung der Zielerreichung (Erhaltung und Förderung der psychosozialen Gesundheit¹ / des Wohlbefindens) geeignet, indem er Wohlbefinden insgesamt wie auch psychosoziale Gesundheit im Speziellen (über das psychische und soziale Wohlbefinden) operationalisiert. Der Indikator fokussiert damit explizit auf das gewünschte Ergebnis des Wirkungsziels.

Datengrundlage

In Österreich können Aussagen zur selbsteingeschätzten Lebensqualität auf Basis des Austria Health Interview Survey (ATHIS; Österreichischen Gesundheitsbefragung) getroffen werden. Aktuell liegen Daten zu den Jahren 2006/2007 und 2014 vor (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015).

Die selbsteingeschätzte Lebensqualität der Bevölkerung wird im Rahmen des ATHIS mit dem WHOQOL-BREF1 – einem Fragebogen der WHO zur Feststellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – erfasst. In diesem Fragebogen wird die Lebensqualität als eine individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert (Angermeyer et al. 2000). Der WHOQOL-BREF1 umfasst zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie 24 Fragen zu nachstehenden Bereichen (Ellert/Kurth 2013; Klimont/Baldaszi 2015):

- » **körperliches Wohlbefinden** (Schmerzen, Angewiesensein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben)
- » **psychisches Wohlbefinden** (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle)
- » **soziales Wohlbefinden** (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde)

1

„Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (Europäische Kommission 2005)

- » **umweltbezogene Lebensqualität** (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen)

Der Wert für die Lebensqualität kann zwischen null (schlechtestmögliche Lebensqualität) und 100 (bestmögliche Lebensqualität) variieren.

Wird im Rahmen des ATHIS auch weiterhin die subjektive Lebensqualität erhoben, so ist eine vergleichbare Datenbasis gewährleistet. Dies sollte jedoch durch entsprechende Beschlüsse abgesichert werden.

Ergebnisse²

Die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren beurteilt ihre Lebensqualität im Allgemeinen mit durchschnittlich 75 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 73–78 Punkte). Befragt nach einzelnen Kategorien, beurteilen die Menschen ihr körperliches Wohlbefinden (79 Punkte; BL-Bandbreite: 77–81 Punkte) sowie ihre umweltbezogene Lebensqualität (77 Punkte; BL-Bandbreite: 75–82 Punkte) am besten, gefolgt vom psychischen Wohlbefinden (76 Punkte; BL-Bandbreite: 74–79 Punkte). Am schlechtesten wird das soziale Wohlbefinden bewertet (75 Punkte; BL-Bandbreite: 73–77 Punkte).

Seit 2006/2007 zeigen sich Verschlechterungen bezüglich des körperlichen und psychischen (um je 0,9 Punkte) sowie des sozialen Wohlbefindens (um 2,3 Punkte). Das psychische Wohlbefinden sank stärker bei Frauen, das körperliche und soziale Wohlbefinden stärker bei Männern. Eine Verbesserung konnte ausschließlich für die umweltbezogene Lebensqualität (Wohnen, Freizeitgestaltung, Sicherheit, Zugang zum Gesundheitssystem, Beförderungsmittel, Umweltbedingungen) beobachtet werden (um 1,6 Punkte).

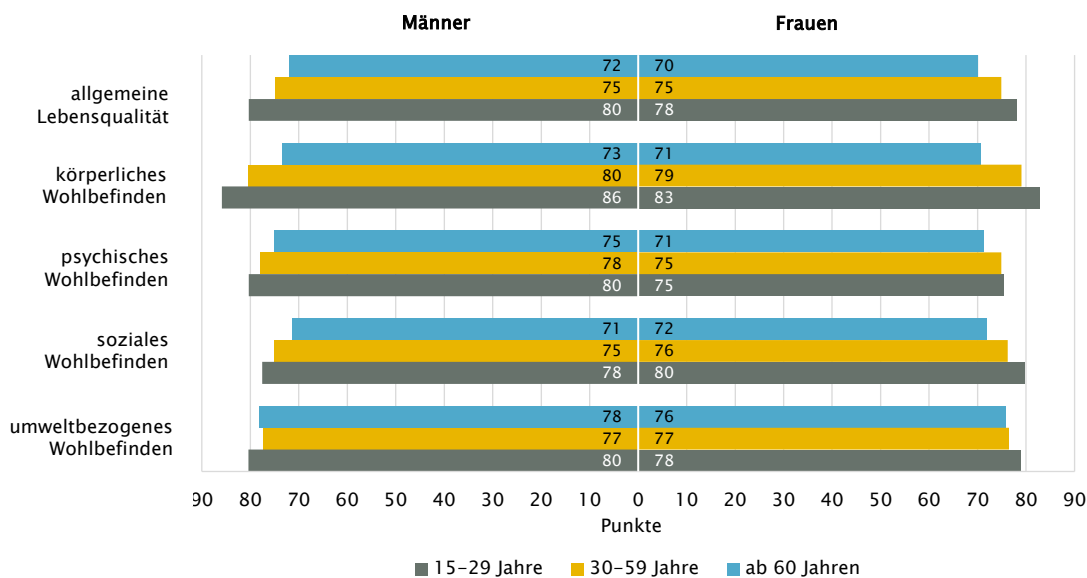
Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 Jahren beurteilen ihre allgemeine Lebensqualität schlechter als gleichaltrige Männer (Abbildung 2.1). Diesbezügliche Unterschiede finden sich für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität in allen Bereichen besser ein als Personen ab 60 Jahren (Abbildung 2.1). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden, gefolgt vom sozialen und psychischen Wohlbefinden.

2

Auszug aus dem Österreichischen Gesundheitsbericht 2016 (Griebler et al. 2017)

Abbildung 2.1:
Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht,
Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

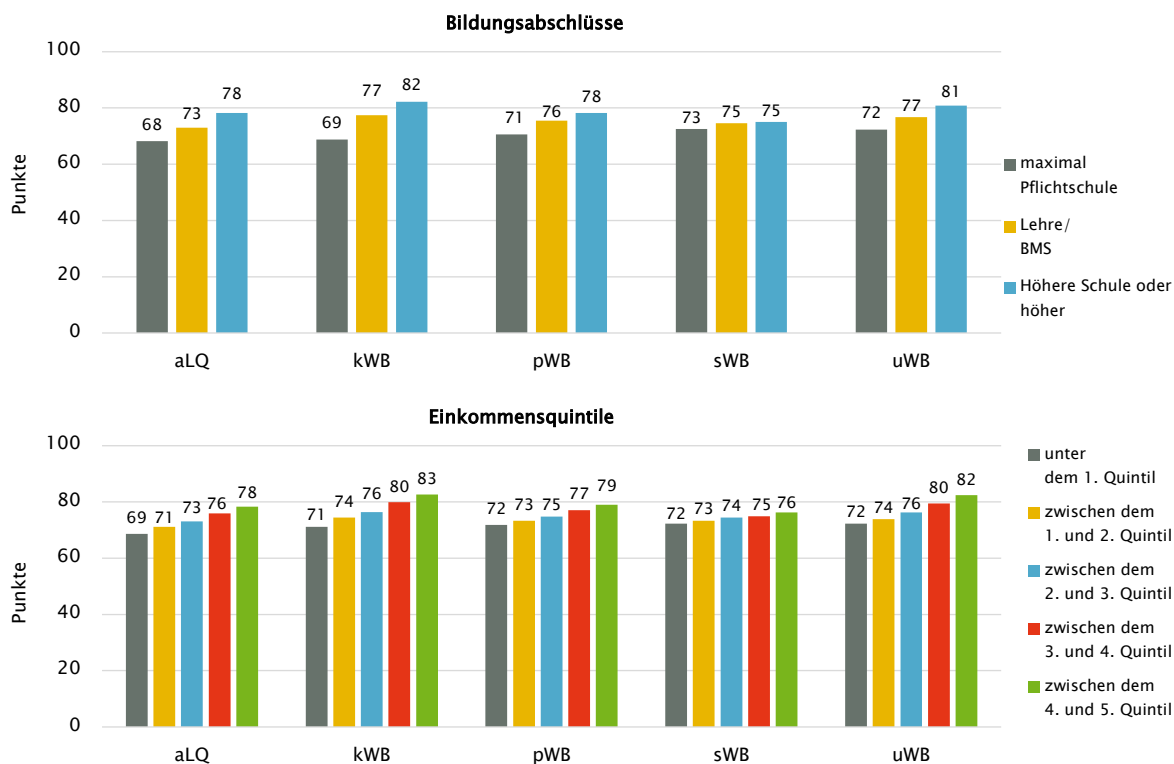
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Österreicher/innen (30 Jahre und älter) mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss schätzen ihre Lebensqualität höher ein als Österreicher/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 2.2). Dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens, wo der Unterschied bei den ab 60-Jährigen und bei den Männern nicht signifikant ist – für die 30- bis 59-Jährigen, für die ab 60-Jährigen, für Männer und Frauen sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 2.2): Österreicher/innen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Lebensqualität besser ein als Österreicher/innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Auch dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens (hier ist der Unterschied bei den ab 60-Jährigen und bei Männern nicht signifikant) – für die 30- bis 59-Jährigen, für die ab 60-Jährigen, für Männer und Frauen sowie für alle Lebensqualitätsdimensionen.

Abbildung 2.2:
Lebensqualität der Österreicher/innen nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte,
2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)
aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden; uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Österreicherinnen mit Migrationshintergrund bewerten alle Lebensqualitätsdimensionen signifikant schlechter als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund (aLQ: 71 vs. 75 Punkte; kWB: 75 vs. 78; pWB: 73 vs. 74; sWB: 74 vs. 76; uWB: 73 vs. 78). In der männlichen Bevölkerung zeigen sich nur Unterschiede im psychischen sowie umweltbezogenen Wohlbefinden: Männer mit Migrationshintergrund schätzen ihr psychisches (77 vs. 78 Punkte) und umweltbezogenes Wohlbefinden (76 vs. 79 Punkte) schlechter ein als Männer ohne Migrationshintergrund.

Zielvorgabe

Eine Zielvorgabe zur selbsteingeschätzten Lebensqualität liegt nicht vor. Sie ist mangels einer Zeitreihe empirisch nur schwer bestimmbar.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator eignet sich hervorragend zur Überprüfung der Zielerreichung (Erhaltung und Förderung der psychosozialen Gesundheit / des Wohlbefindens).
- » Wird die subjektive Lebensqualität auch weiterhin im Rahmen des ATHIS erhoben, ist eine vergleichbare Datenbasis gewährleistet. Dies sollte jedoch durch entsprechende Beschlüsse abgesichert werden.
- » Eine Zielvorgabe zur selbsteingeschätzten Lebensqualität liegt derzeit nicht vor.

2.2 WZ 2 – Handlungsfeld Versorgung, Rehabilitation, Ausbildung

Passung zwischen Indikatoren und Wirkungsziel

Das Wirkungsziel 2 zu GZ 9 ist sehr breit gefasst und bezieht sich auf unterschiedliche Gesellschaftsbereiche: die Lebenswelten einerseits, das Gesundheitssystem und das Sozialsystem andererseits. Darüber hinaus adressiert das WZ unterschiedliche Personengruppen, von belasteten Personen über manifest erkrankte Personen bis hin zu Angehörigen. Das WZ befasst sich weiters mit einem breiten gefächerten Angebotsspektrum, von niederschwelliger Unterstützung bis zur Versorgung auf allen Versorgungsstufen. Schließlich geht es im WZ 2 auch noch um die Frage, wie die Zersplitterung der Zuständigkeiten überwunden werden könnte und welche Rahmenbedingungen dazu notwendig sind.

Diese inhaltliche Breite führt vor Augen, dass das Erreichen des Wirkungszieles nicht anhand eines einzelnen Indikators gemessen werden kann. Eine weitere Einschränkung ist, dass auf verfügbare Daten zurückgegriffen werden muss – also die Auswahl für mögliche Indikatoren entsprechend eingeschränkt ist. Aus diesem Grunde wurde von der Arbeitsgruppe beschlossen, Indikatoren zu wählen, die indirekt Hinweise zur Zielerreichung liefern. Die gewählten Ergebnis-Indikatoren (Inanspruchnahme kassenfinanzierter Leistungen in den Bereichen Psychotherapie, stationärer Psychiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie und klinisch-psychologische Diagnostik) sind geeignet, zumindest in zentralen Behandlungsbereichen Entwicklungen aufzuzeigen. Da derzeit davon ausgegangen wird, dass ein Teil der behandlungsbedürftigen Personen nicht mit den bestehenden Angeboten erreicht wird und eine Überversorgung eher ausgeschlossen erscheint, wäre eine Steigerung der Inanspruchnahme der oben genannten Leistungen ein Hinweis für die Zielerreichung. Neben einer „bedarfsgerechteren Versorgung“ können jedoch auch andere Faktoren für eine vermehrte Inanspruchnahme verantwortlich sein (z. B. geringere Stigmatisierung, Änderungen in der Prävalenz einzelner Erkrankungen, Veränderungen hinsichtlich der ambulanten Versorgungssituation), was für die Interpretation der Ergebnisse Vorsicht gebietet.

Für die übergreifende Planung, Finanzierung und Realisierung ist wichtig, dass das Thema psychosoziale Gesundheit in den wesentlichen gesundheitspolitischen Planungs- und Strategiepapieren zu finden ist. Ausgangspunkt für die Auswahl dieser Prozess-Indikatoren war, dass im ersten

Bundeszielsteuerungsvertrag und in der entsprechenden 15a- Vereinbarung das Thema psychische Gesundheit nicht erwähnt ist. Auch die entsprechende Berücksichtigung von komplementären (d. h. nicht über die Kassen finanzierten) Angeboten im ÖSG und in den RSG ist für die sektorübergreifende Sichtweise von zentrale Bedeutung. Insgesamt zeigen die genannten Prozess-Indikatoren zumindest, ob das Thema psychosoziale Gesundheit explizit berücksichtigt wird und nicht nur „mitgemeint“ ist.

Datengrundlagen

Hinweise auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung können folgende Datenbestände liefern:

- » Inanspruchnahme von Psychotherapie als Sachleistung, die von der GÖG im Auftrag des BMG (jetzt BMASGK) und später der BGA in (mehr oder weniger) regelmäßigen Abständen anhand der Routinedaten der Sozialversicherung (SV) analysiert wird
- » Stationäre Aufenthalte / Patientenzahlen aufgrund psychiatrischer Diagnosen (nach ICD-10), wie sie in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) erfasst sind

Auch die Inanspruchnahme klinisch-psychologischer Diagnostik, die ebenfalls den Routinedaten der SV zu entnehmen ist, liefert Hinweise auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung, wurde jedoch bislang nicht regelmäßig ausgewertet.

Weiters ist zu erwähnen, dass die Zahlen aus dem stationären Bereich nur in einer Zusammenschau mit (nicht immer verfügbaren) Daten aus anderen Quellen (z. B. extramural behandelte Personen; über sozialpsychiatrische Angebote erreichte Personen; Inanspruchnahme PSY-Reha) sinnvoll interpretierbar sind. Die Zahlen sind daher mit entsprechender Vorsicht zu betrachten. Neben einer regelmäßigen Erhebung der genannten Indikatoren wäre demnach auch die Zusammenführung mit extramuralen und Reha-Daten (wie z. B. im KKPV-Projekt von WGKK, PVA und PSD-Wien) anzustreben.

Als Datengrundlagen für die Prozess-Indikatoren dienen jeweils die genannten Papiere. Da in der Vergangenheit das Thema psychische Gesundheit in manchen Papieren (z. B. im ersten Bundeszielsteuerungsvertrag) gar nicht thematisiert wurde, kann bereits die Nennung des Themas in den Papieren als grober Indikator dafür gewertet werden, dass sich der Prozess in die gewünschte Richtung entwickelt.

Ergebnisse

Ergebnis-Indikatoren

Über Versorgungsvereine und Institutionen haben im Jahr 2014 etwas über 60.000 Personen eine Psychotherapie als Sachleistung erhalten, eine bezuschusste Psychotherapie wurde von rund 56.000 Personen in Anspruch genommen. Kasseneigene Institutionen versorgten rund 3.700 Personen psychotherapeutisch.

Mit ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen wurden rund 117.000 Personen versorgt, wobei diese Zahl nur als grober Richtwert dienen kann, da einerseits nicht alle Kassen Patientenzahlen nennen und andererseits einige Kassen Mehrfachzählungen nicht ausschließen können. Trenddaten zu den genannten Zahlen liegen nicht vor.

Zu allen Angebotsformen fehlen wichtige Basisinformationen hinsichtlich Struktur der Inanspruchnahme wie z. B. der Patientendurchsatz (also wie viele Personen wie viele Einheiten in Anspruch nehmen) oder wie viele Personen zu welchem Zeitpunkt eine Therapie abbrechen. Eine getrennte Auswertung nach Leistungen für Kinder bzw. Jugendliche und Erwachsene war für das Jahr 2014 noch nicht möglich, wird jedoch zukünftig angestrebt.

In kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen österreichischer Fonds-Krankenanstalten (FKA) wurden im Jahr 2016 3.276 Personen behandelt (2014: 3.150). Hier ist durch den sukzessiven Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in den nächsten Jahren ein Anstieg zu erwarten.

In psychiatrischen Abteilungen von FKA wurden im Jahr 2016 insgesamt 45.909 Personen behandelt (2014: 47.528). Die Zahlen sind in den letzten 10 Jahren weitgehend konstant. Änderungen dieser Zahl sind daher nur im Zusammenhang mit (künftig hoffentlich verfügbaren) Daten aus dem ambulanten Bereich bzw. dem Reha-Bereich aussagekräftig.

Ergebnisse zur Inanspruchnahme klinisch-psychologischer Diagnostik liegen derzeit nicht vor, könnten jedoch aus den Daten der Sozialversicherungsträger generiert werden.

Prozess-Indikatoren

Im Zielsteuerungsvertrag 2017–2022 ist psychische Gesundheit als Prinzip „Psychische Gesundheit als integraler Bestandteil von Gesundheit“ (S. 6) sowie im strategischen Ziel 1 / operatives Ziel 4 (S. 18: Versorgung Kinder und Jugendliche: Mangelberufe; KJP; Psychotherapie) und im Strategischen Ziel 2, operatives Ziel 9 (S. 23: Sachleistungsversorgung: Psychotherapie; Mental Health für Kinder/Jugendliche: multiprofessionelle Versorgungsstrukturen) zu finden. Unter „Laufende Arbeiten“ (Zielsteuerung-Gesundheit 2017, 35) wird auf das Gesundheitsziel 9 sowie das Suizidpräventionsprogramm SUPRA und die österreichische Suchtpräventionsstrategie Bezug genommen. In den begleitenden 15a-Vereinbarungen wird auf psychische Gesundheit nicht explizit eingegangen. Im ÖSG 2017 gibt es eigene Kapitel zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Komplementäre Angebote und die Netzwerkkoordination in der psychosozialen Versorgung werden explizit erwähnt. Der ÖSG 2017 enthält Rahmenvorgaben für die Erstellung der RSG.

Zielvorgaben

Derzeit liegen keine Zielvorgaben zu den festgelegten Ergebnis-Indikatoren vor. Im Bundeszielsteuerungsvertrag (2017–2022) ist jedoch gegenüber dem Jahr 2015 eine 25-prozentige Steigerung der mit Sachleistungsversorgung erreichten Personen bis Ende 2019 geplant.

Zusammenfassung

- » Die gewählten Ergebnis-Indikatoren sind geeignet, zumindest in zentralen Bereichen der Behandlung Entwicklungen aufzuzeigen. Änderungen in der Zahl der versorgten Personen können jedoch unterschiedliche Gründe haben – von verbesserter Versorgung über Änderungen der epidemiologischen Situation bis zu Änderungen im Bereich Stigmatisierung. Insofern bedürfen die Zahlenwerte einer fundierten Interpretation durch Expertinnen und Experten.
- » Hinsichtlich der Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychotherapeutischer Leistungen ist zukünftig eine Trennung nach Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen notwendig. Dies wäre bei künftigen Analysen zu berücksichtigen.
- » Bislang gibt es keine publizierten Analysen zur Inanspruchnahme kassenfinanzierter klinisch-psychologischer Diagnostik. Können diesbezüglich auch zukünftig keine Ergebniswerte vorgelegt werden, ist dieser Indikator zu überdenken.
- » Für keinen der definierten Ergebnis-Indikatoren bestehen derzeit Zielvorgaben.

2.3 WZ 3 – Ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit fördern

Passung zwischen Indikator und Wirkungszielen

Wie im Arbeitsgruppenbericht GZ 9 bereits erwähnt (BMGF 2017), bildet der vorgeschlagene Indikator (Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit einer Depressionsdiagnose) nur einen Teilbereich des dritten Wirkungsziels ab. Er fokussiert auf die Arbeitswelt und lässt andere Lebensbereiche außer Acht. Es wäre demnach sinnvoll – wie im GZ-9-Bericht bereits vorgeschlagen – noch weitere Indikatoren zur Überprüfung des Wirkungsziels zu entwickeln.

Datengrundlage

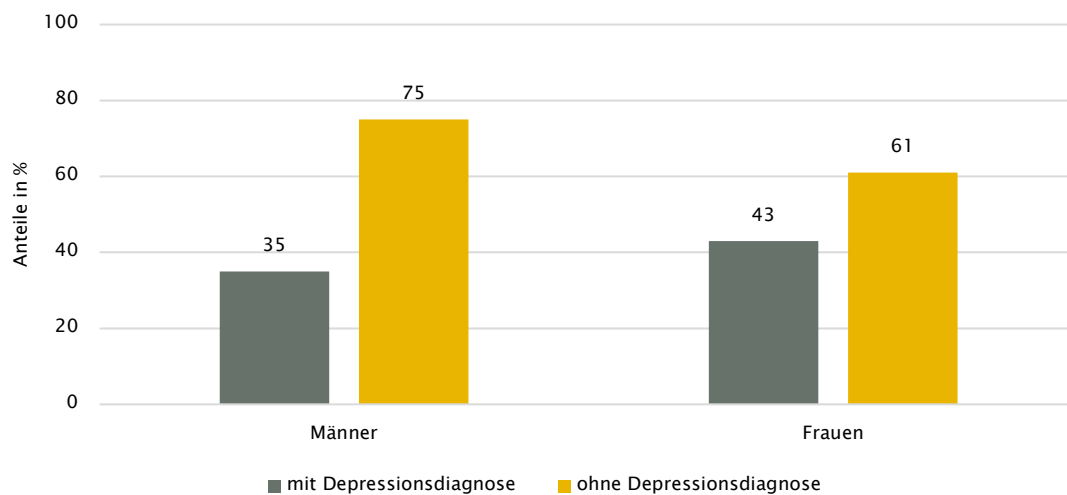
Aussagen zur Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose können in Österreich auf Basis des ATHIS getroffen werden (Klimont/Baldaszi 2015), derzeit allerdings nur für das Jahr 2014. Solange die Merkmale „Depressionsdiagnose“ und „Erwerbsstatus“ auch weiterhin im Rahmen des ATHIS erhoben werden, ist auch zukünftig eine vergleichbare Datenbasis gewährleistet. Dies sollte durch entsprechende Beschlüsse abgesichert werden.

Ergebnisse

Die Erwerbstätigenquote betrifft den Anteil erwerbstätiger Personen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (ohne Präsenz- und Zivildienst). Bei Menschen in diesem Alterssegment mit einer Depressionsdiagnose betrug im Jahr 2014 – laut ATHIS – die Erwerbstätigenquote rund 40 Prozent, während sie bei Menschen ohne Depressionsdiagnose bei rund 68 Prozent lag. Noch

etwas stärker ausgeprägt ist diese Differenz für die männliche Bevölkerung (s. Abbildung 2.3), einerseits weil die Erwerbstätigenquote bei Männern insgesamt höher ist, andererseits weil die Erwerbstätigenquote bei Männern mit einer Depressionsdiagnose geringer ausfällt als in der weiblichen Bevölkerung.

Abbildung 2.3:
Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppen mit und ohne Depressionsdiagnose, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

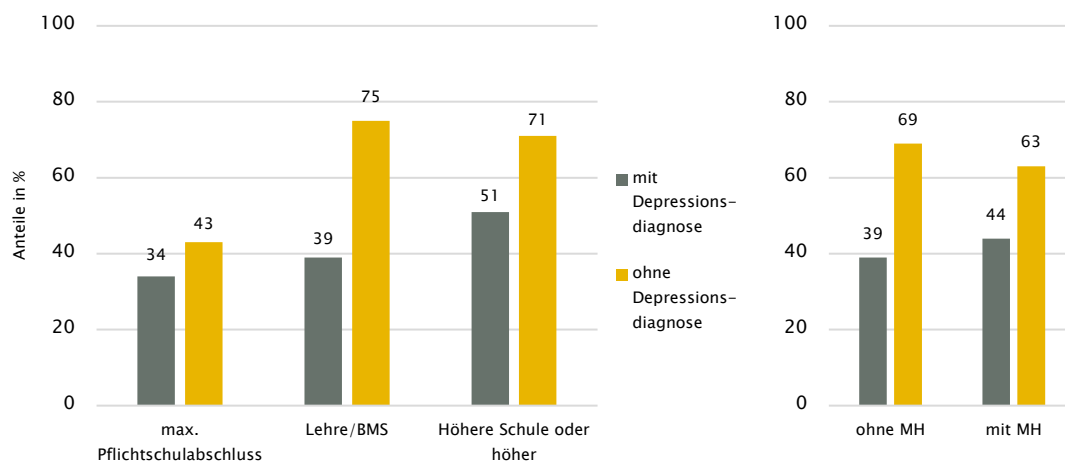
Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Als ebenfalls besonders deutlich erweist sich der Unterschied zwischen der Erwerbstätigenquote von Personen mit und jenen ohne Depressionsdiagnose, wenn die Betroffenen einen Lehr- oder BMS-Abschluss aufweisen (s. Abbildung 2.4). Der im Vergleich geringere Unterschied bei Personen mit max. einem Pflichtschulabschluss lässt sich durch die in dieser Bevölkerungsgruppe generell höhere Arbeitslosigkeit erklären. Die insgesamt höchste Erwerbstätigenquote von Personen mit Depressionsdiagnose findet sich in der Bevölkerungsgruppe mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Sie liegt bei 51 Prozent.

Wenig ausgeprägt stellt sich der Unterschied zwischen der Erwerbstätigenquote von Personen mit und jenen ohne Depressionsdiagnose in Bezug den Migrationshintergrund dar (s. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4:

Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppen mit und ohne Depressionsdiagnose nach Bildung und Migrationshintergrund, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Zielvorgabe

Eine Zielvorgabe zur Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit einer Depressionsdiagnose liegt derzeit nicht vor. Sie ist mangels einer Zeitreihe empirisch nur schwer bestimmbar.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator bildet nur einen Teilbereich des dritten Wirkungsziels ab. Es wäre demnach sinnvoll, noch weitere Indikatoren zu entwickeln.
- » Werden Depressionsdiagnose und Erwerbsstatus auch weiterhin im Rahmen des ATHIS erhoben, ist eine vergleichbare Datenbasis gewährleistet. Dies sollte jedoch durch entsprechende Beschlüsse abgesichert werden.
- » Eine Zielvorgabe zur Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose liegt derzeit nicht vor.

3 Resümee und Ausblick

Die Umsetzung der Gesundheitsziele wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet. Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnis-Monitoring vor. Alle dafür vorgeschlagenen Indikatoren werden einer Machbarkeitsprüfung unterzogen, um sicherzustellen, dass die Indikatoren für ein langfristiges Monitoring geeignet sind. Im Jahr 2017 wurde dies für die Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 9 umgesetzt.

Die vorliegende Machbarkeitsprüfung zeigt, dass die Indikatoren zu WZ 1, WZ 2 und WZ 3 des Gesundheitsziels 9 grundsätzlich für ein Monitoring geeignet sind. Allerdings wird deutlich, dass für die Inanspruchnahme kassenfinanzierter psychotherapeutischer Leistungen (Ergebnis-Indikator zu WZ 2) derzeit keine spezifischen Aussagen für Erwachsene und Kinder bzw. Jugendliche getroffen werden können. Auch liegen derzeit keine Ergebnisse zur Inanspruchnahme klinisch-psychologischer Diagnostik vor. Bei der Interpretation der Inanspruchnahme-Zahlen gilt besondere Vorsicht, da sie auch noch von anderen Faktoren als der Bedarfsgerechtigkeit der Behandlung abhängen.

In Bezug auf Wirkungsziel 3 ist ersichtlich, dass der vorgeschlagene Indikator (Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit einer Depressionsdiagnose) nur einen Teilbereich des Wirkungsziels abdeckt. Es wäre daher sinnvoll, noch weitere Indikatoren zu entwickeln.

Darüber hinaus steht für alle Indikatoren noch die Erarbeitung geeigneter Zielvorgaben aus.

Ausgehend von der aktuellen Datensituation wurde demnach ein sinnvolles Set an Indikatoren definiert. Es gilt jedoch sicherzustellen, dass die für das Monitoring notwendigen Daten und Auswertungen regelmäßig abrufbar sind und – im Falle des ATHIS – auch zukünftig zur Verfügung stehen. Die Interpretation der Ergebnisse sollte unter Einbezug der Arbeitsgruppe erfolgen.

Im Jahr 2018 werden aller Voraussicht nach die Wirkungsziele-Indikatoren des Gesundheitsziels 4 einer Machbarkeitsprüfung unterzogen.

Literatur

- Angermeyer, Matthias C; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert (2000): WHOQoL-100 und WHOQoL-bref. In: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität Hogrefe, Göttingen
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern, Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Ellert, Ute; Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 56/5-6643-649
- Europäische Kommission (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Bd. 484. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Brüssel
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Klimont, J; Kytir, J; Leitner, B (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Gruber, Gabriele; Knaller, Christine (2014): Rahmen-Gesundheitsziele: Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in der von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 24. April 2017 zur Unterfertigung empfohlenen Fassung. Bund, vertreten durch Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Länder, Wien

Anhang

Anhang 1: Zehn Gesundheitsziele

Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Anhang 1: Zehn Gesundheitsziele

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

Tabelle 1:
Überblick über die Meta-Indikatoren

Gesundheitsziele	
Themenbereich	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
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 und 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 Maßnahmenkonzeptes 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	Armuts- 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	Funktioneller 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)

Gesundheitsziele

Themenbereich	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
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)
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 Schülern und Schülerinnen, zwischen Schüler/innen und Lehrkräfte) (HBSC)
Arbeitslosigkeit als wichtige Gesundheitsdeterminante	Jugendarbeitslosigkeit (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung)
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger (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)
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 (Arbeitsklimaindex, 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 Behavior in School-aged Children; HIS = Health Interview Survey(s); PIRLS = Progress in International Reading Literacy Study; WIFO = Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Wien

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Tabelle 2:
Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	
WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten 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)
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 (Prozess-Indikator)

Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	
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 (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)
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, der die österreichischen Empfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung erfüllt (ATHIS, HBSC)
WZ 2: Bewegungsfördernde/-förderliche Lebenswelten schaffen	
WZ 3: Netzwerkstrukturen aufbauen und erweitern	Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen
Ziel 9: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
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 (Prozess-Indikatoren)
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; DLD = Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; HBSC = Health Behavior in School-aged Children; HLS-EU = European Health Literacy Survey; ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit; RSG = Regionale Strukturpläne Gesundheit; SV = Sozialversicherungsträger

Quelle und Darstellung: GÖG