

Monitoring der Gesundheitsziele Österreich – Stand 2017

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Monitoring der Gesundheitsziele Österreich – Stand 2017

Ergebnisbericht

Autor/innen:

Robert Griebler
Petra Winkler
Gabriele Antony

Unter Mitarbeit von:

Gudrun Braunegger-Kallinger
Jennifer Delcour
Sabine Haas

Projektassistenz:

Bettina Engel

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

Aktualisierte Version Wien, Mai 2019
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zitiervorschlag: Griebler, Robert; Winkler, Petra; Antony, Gabriele (2019): Monitoring Gesundheitsziele Österreich – Stand 2017. 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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund

Die zehn „Gesundheitsziele Österreich“ wurden in einem Health-in-All-Policies-Prozess entwickelt und im Jahr 2012 verabschiedet. Bis zum Jahr 2032 geben sie einen Orientierungsrahmen für mehr Gesundheit in Österreich. Seit 2013 werden die Gesundheitsziele (GZ) schrittweise umgesetzt, indem Arbeitsgruppen eingerichtet und gesundheitszielspezifische Strategie- und Maßnahmenkonzepte inklusive Wirkungsziele erarbeitet und implementiert werden. Mit Ende 2017 lagen sechs solcher Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor (für GZ 1, 2, 3, 6, 8 und 9).

Eine wesentliche strategische Entscheidung im Gesundheitsziele-Prozess war, ein begleitendes Monitoring zu etablieren, um Transparenz zu gewährleisten und eine kontinuierliche Optimierung des Prozesses zu ermöglichen. Das Monitoring wurde parallel zum Gesundheitsziele-Prozess entwickelt und berücksichtigt unterschiedliche Ebenen:

1. Anhand von Meta-Indikatoren werden Entwicklungen in Hinblick auf die zehn GZ beobachtet (insgesamt und pro GZ).
2. Pro Wirkungsziel werden ein bis drei Wirkungsziel-Indikatoren festgelegt, um ihren Erreichungsgrad zu messen.
3. Pro Maßnahme wurde mindestens eine Messgröße definiert, um den Umsetzungsstand zu erheben.

Methode

Der gegenständliche Gesamtbericht bietet eine Zusammenschau aller bisherigen Monitoring-Ergebnisse und legt ein Update zu den bisher festgelegten Ergebnis-Indikatoren vor. Zudem werden Ergebnisse zu den definierten Policy- und Prozess-Indikatoren berichtet. Die Ergebnisse sind pro Gesundheitsziel zusammengefasst, sodass ein gesamthafter Überblick ermöglicht wird. In puncto Ergebnis-Indikatoren stehen zeitliche Entwicklungen im Fokus, wobei der Beobachtungszeitraum (2006 bis 2014) als „Baseline-Trend“ für künftige Beobachtungen fungieren soll. Pro Indikator werden neben dem generellen Trend auch Geschlechter- und Bildungsunterschiede in ihrer Entwicklung betrachtet und regionale Unterschiede in den Blick genommen. Vergleiche mit anderen EU-Ländern dienen als zusätzliche Benchmarks. Zur Bewertung bisheriger Entwicklungen wurden Ergebnis-, Prozess- und Policy-Indikatoren einer qualitativen Gesamteinschätzung unterzogen.

Ergebnisse

Die Operationalisierung der österreichischen Gesundheitsziele ist weit vorangeschritten. Für sieben der zehn Gesundheitsziele liegen Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor, wobei GZ 10 durch die Zielsteuerung-Gesundheit adressiert wird. Zudem wurden in Bezug auf die Förderung der Gesundheitskompetenz (GZ 3) sowie die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit (GZ 6) weiterführende strategische Ausrichtungen vorgenommen.

Prozessfortschritte hat es in der praktischen Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung (GZ 1), in der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (GZ 6), in der Umsetzung des NAP.e (GZ 7) und in der Etablierung einer Outcome-Messung im Gesundheitswesen (GZ 10) gegeben. Mit Stand Dezember 2015 befanden sich 82 der insgesamt 147 festgelegten Maßnahmen in Umsetzung, 51 Maßnahmen waren zu diesem Zeitpunkt bereits umgesetzt.

Das Ergebnis-Monitoring verdeutlicht, dass es in allen Bereichen Entwicklungspotenziale gibt: Zwischen 2006 und 2014 haben sich nur 13 (25 %) der bislang 55 festgelegten Ergebnis-Indikatoren positiv entwickelt. In puncto Chancengerechtigkeit hat es

- » die meisten Verbesserungen bei den Geschlechterunterschieden gegeben (bei 14 von 47 Indikatoren, 30 %),
- » deutlich weniger bei den Bildungsunterschieden (bei vier von 29 Indikatoren, 14 %) und
- » kaum positive Entwicklungen bei den regionalen Unterschieden (nur bei einem von 23 Indikatoren, 4 %).

Im EU-Vergleich schneidet Österreich bei 15 von 35 Indikatoren (43 %) gut ab. Bei einigen Indikatoren lassen sich allerdings – entgegen dem EU-Trend – keine Verbesserungen erkennen. Österreich scheint damit in einigen Bereichen gefährdet – trotz aktuell guter Vergleichswerte –, den „positiven Aufwind zu verpassen“. Die Ergebnisse bestätigen damit die Relevanz der Umsetzung der einzelnen Gesundheitsziele und dokumentieren die Entwicklung vor der Einführung der Gesundheitsziele Österreich (Baseline-Trends).

Schlussfolgerungen

Der Monitoringbericht zeigt gesamtgesellschaftliche Handlungsfelder von gesundheitspolitischer Bedeutung auf. Das Monitoring liefert damit Steuerungsimpulse und Entscheidungsgrundlagen für Politik und Verwaltung, für das Gesundheitsziele-Plenum sowie für die intersektoralen Arbeitsgruppen und trägt so zur strategischen Steuerung, zu optimierten Strategie- und Maßnahmenplänen und zu einer zielgerichteten Weiterentwicklung des Gesamtprozesses der Gesundheitsziele bei. Darüber hinaus liefert das Monitoring wichtige Informationen in Blickrichtung Sustainable Development Goals, da die Gesundheitsziele viele Aspekte davon adressieren und in Österreich die zentrale Strategie zu deren Umsetzung im Gesundheitsbereich darstellen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele – Monitoring – Health in All Policies

Summary

Background/Subject/Research Question

The ten Austrian Health Targets, adopted in 2012, were developed in a Health in All Policies process. Until 2032 they provide orientation for better health in Austria. Since 2013, the health targets have been gradually implemented by setting up working groups to define sub-targets and actions to be taken. By the end of 2017, working groups on the targets 1, 2, 3, 6, 8 and 9 have had published their reports.

A key strategic decision in the health targets process was to establish an accompanying monitoring system to ensure transparency and to enable the continual optimisation of the process.

The Monitoring was developed in parallel to the general health target process and addresses three different levels:

1. Meta-indicators are used to monitor developments with regard to the ten health targets (overall and per health target).
2. One to three sub-target indicators are defined for each sub-target in order to measure their degree of achievement.
3. At least one metric is defined for each measure in order to assess its level of implementation.

Methods

This report provides an overview of all existing monitoring results and presents an update on the outcome-indicators defined so far. In addition, results for the defined policy and process indicators are reported. For each health target, the results are summarized and provide an overview. As far as outcome indicators are concerned, the focus is on developments over time, with the observation period (2006 to 2014) serving as a baseline for future observations. For each indicator, gender and educational differences are considered in addition to the general trend and regional differences are taken into account. Comparisons with other EU countries provide additional benchmarks. To evaluate developments, the indicators for outcome, process, and policy have been qualitatively assessed.

Results/Findings

The operationalisation of the Health Targets Austria performs well. Strategy and action concepts are available for seven of the 10 health targets, whereby Health Target 10 is addressed by the health care reform. In addition, further strategic orientation is taken with regard to promoting health competence (GZ 3) and promoting child and youth health (GZ 6).

Improvement has also been achieved in implementing health impact assessment (Health Target 1), in implementing the child and adolescent health strategy (Health Target 6), in implementing the

national action plan on nutrition (Health Target 7) and in establishing outcome measurement in the health care sector (Health Target 10). In December 2015, 82 out of a total of 147 measures had been implemented, while 51 measures have been completed already.

The monitoring results show that there is potential for development in all areas: Between 2006 and 2014 only 13 (25%) of the outcome-indicators defined so far developed positively. As far as equal opportunities are concerned,

- » the most improvements were seen in gender differences (14 out of 47 indicators, 30 %),
- » significantly less for educational differences (four out of 29 indicators, 14 %) and
- » hardly any positive developments in regional differences (only one in 23 indicators, 4 %).

In an EU comparison, Austria performs well concerning 15 out of 35 indicators (43 %). However, for some indicators – contrary to the EU trend – no improvements can be observed. In some areas, Austria appears to be at risk of missing out on the "positive drift" – despite the current comparably good values. The results confirm the relevance of the implementation of the ten health targets and show the development prior to the introduction of the Austrian Health Targets (baseline trends).

Discussion/Conclusion/Recommendations

The monitoring report identifies whole-of-society areas for action in health policy. Monitoring provides steering impulses and information enabling decision-making for politics, administration, the health target plenary, and the inter-sectoral working groups. The monitoring contributes to strategic steering, helps optimising strategy and action plans and enhancing the overall process. Furthermore, the monitoring provides relevant information for the Sustainable Development Goals (SDG) since the Austrian Health Targets address many aspects of the SDG and serve as the main strategy to implement SDG in the health sector in Austria.

Keywords

Health Targets – Monitoring – Health in All Policies

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen und Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Übergeordnete Indikatoren	5
2.1 Meta-Indikatoren.....	5
2.1.1 Ergebnis-Indikatoren	5
2.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	10
2.2 Resümee.....	11
3 GZ 1 – Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	12
3.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	12
3.1.1 Ergebnis-Indikatoren	12
3.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	16
3.2 Maßnahmen-Monitoring	17
3.3 Resümee.....	19
4 GZ 2 – Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.....	20
4.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	20
4.1.1 Ergebnis-Indikatoren	20
4.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	27
4.2 Maßnahmen-Monitoring	27
4.3 Resümee.....	29
5 GZ 3 – Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	31
5.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	31
5.1.1 Ergebnis-Indikatoren	31
5.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	35
5.2 Maßnahmen-Monitoring	36
5.3 Resümee.....	38
6 GZ 4 – Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern.....	40
6.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	40
6.1.1 Ergebnis-Indikatoren	40
6.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	44
6.2 Maßnahmen.....	44
6.3 Resümee.....	44
7 GZ 5 – Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken	46
7.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	46
7.1.1 Ergebnis-Indikatoren	46
7.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren	51
7.2 Maßnahmen-Monitoring	51
7.3 Resümee.....	51

8	GZ 6 – Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen	53
8.1	Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	53
8.1.1	Ergebnis-Indikatoren	53
8.1.2	Policy- und Prozess-Indikatoren	59
8.2	Maßnahmen-Monitoring	60
8.3	Resümee.....	62
9	GZ 7 – Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen.....	64
9.1	Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	64
9.1.1	Ergebnis-Indikatoren	64
9.1.2	Policy- und Prozess-Indikatoren	67
9.2	Maßnahmen-Monitoring	68
9.3	Resümee.....	68
10	GZ 8 – Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	70
10.1	Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	70
10.1.1	Ergebnis-Indikatoren	70
10.1.2	Policy- und Prozess-Indikatoren	75
10.2	Maßnahmen.....	76
10.3	Resümee.....	77
11	GZ 9 – Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	79
11.1	Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	79
11.1.1	Ergebnis-Indikatoren	79
11.1.2	Policy- und Prozess-Indikatoren	84
11.2	Maßnahmen.....	84
11.3	Resümee.....	86
12	GZ 10 – Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	87
12.1	Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren	87
12.1.1	Ergebnis-Indikatoren	87
12.1.2	Policy- und Prozess-Indikatoren	90
12.2	Maßnahmen.....	91
12.3	Resümee.....	92
13	Gesamtresümee.....	93
	Literatur	99
	Anhang	103

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1: Gesundheitsziele Österreich	1
Abbildung 3.1: Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 1	17
Abbildung 4.1: Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 2	28
Abbildung 5.1: Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 3	37
Abbildung 8.1: Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 6	61

Tabellen

Tabelle 1.1: Ebenen des Gesundheitsziele-Monitorings	3
Tabelle 2.1: Übergeordnete Ergebnis-Indikatoren	7
Tabelle 3.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 1	13
Tabelle 4.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 2	20
Tabelle 5.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 3	32
Tabelle 6.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 4	41
Tabelle 7.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 5	47
Tabelle 8.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 6	54
Tabelle 9.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 7	65
Tabelle 10.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 8	72
Tabelle 11.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 9	80
Tabelle 12.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 10	88
Tabelle 13.1: Gesamtergebnis	94
Tabelle 13.2: Entwicklungen in Bezug auf Geschlechter-, Bildungs- und Bundesländerunterschiede	96
Tabelle 13.3: Österreich im EU-Vergleich	97
Tabelle 0.1: Übersicht Indikatoren zu den Gesundheitszielen	103
Tabelle 0.2: Übersicht Indikatorenbewertung	106

Abkürzungen

µg/m ³	Mikrogramm pro Kubikmeter
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BEVST	Bevölkerungsstatistik
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BL	Bundesländer
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
ESS	European Sozial Survey
EU	Europäische Union
EU-SILC	EU Statistics on Income and Living Conditions
GF	Gesundheitsförderung
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitsziel
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children-Study
HiAP	Health in All Policies
HLS-EU	European Health Literacy Survey
IFES	Institut für Empirische Sozialforschung
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
MA	Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
MZ	Mikrozensus
MZ-AKE	Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung
MZ-UMW	Mikrozensus Umweltbedingungen und Umweltverhalten
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NAP.i	Nationaler Aktionsplan Integration
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PIRLS	Progress in International Reading Literacy Study
PISA	Programme for International Student Assessment
PM	Feinstaub
SDG	Sustainable Development Goal(s)
SHARE	Survey of Health, Aging and Retirement in Europe
WFA	Wirkungsorientierte Folgenabschätzung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZ	Wirkungsziel

1 Einleitung

Alle Menschen in Österreich sollen länger in Gesundheit leben. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden im Jahr 2011 unter Federführung des Gesundheitsressorts und mit fachlicher Begleitung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) **zehn Gesundheitsziele** (GZ; vormals Rahmen-Gesundheitsziele) erarbeitet (BMGF 2017j). Sie sind das Ergebnis eines intersektoralen Prozesses (unter Beteiligung von rund 40 Institutionen aus Politik und Gesellschaft) und wurden im Sommer 2012 von Bundesgesundheitskommission und Ministerrat beschlossen. Bis zum Jahr 2032 geben sie einen Orientierungsrahmen für mehr Gesundheit in Österreich vor und dienen allen wichtigen Organisationen auf Bundes- und Länderebene als gemeinsamer Leitfaden für ihr Handeln (Health-in-All-Policies-Ansatz, HiAP-Ansatz).

Abbildung 1.1:
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: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Seit Jänner 2013 werden die österreichischen Gesundheitsziele (GZ) schrittweise mit Hilfe sogenannter **Strategie- und Maßnahmenkonzepte** konkretisiert. Zu diesem Zweck werden die einzelnen GZ anhand prioritärer Wirkungsziele präzisiert und mit Maßnahmen hinterlegt. Diese Strategie- und Maßnahmenkonzepte werden von intersektoralen Arbeitsgruppen erarbeitet, die neben Wirkungszielen und Maßnahmen auch Indikatoren (inklusive Zielvorgaben) und Messgrößen zu deren

Beobachtung vorschlagen. Aktuell liegen derartige Strategie- und Maßnahmenkonzepte für sechs von zehn Gesundheitszielen vor (GZ 1, 2, 3, 6, 8 und 9).

Die Umsetzung der österreichischen Gesundheitsziele wird durch ein **Monitoring** begleitet (Winkler et al. 2014). Es konzentriert sich auf drei Ebenen (Gesundheitsziele, Wirkungsziele und Maßnahmen; s. Tabelle 1.1) und überprüft, ob die geplanten Maßnahmen umgesetzt bzw. die angestrebten Ziele erreicht werden. Das Monitoring liefert Steuerungsimpulse und Entscheidungsgrundlagen für die Politik, für das GZ-Plenum¹ sowie für die intersektoralen Arbeitsgruppen² und unterstützt so die strategische Steuerung, optimierte Strategie- und Maßnahmenpläne und trägt zu einer zielgerichteten Weiterentwicklung des Gesamtprozesses bei.

Darüber hinaus liefert das Monitoring wichtige Informationen in Bezug auf die **Sustainable Development Goals** (SDG; dt. Agenda 2030) (United Nations 2015), da die GZ auch viele Aspekte der SDG adressieren und die zentrale Strategie zu deren Umsetzung im Gesundheitsbereich darstellen. Die 17 Sustainable Development Goals sind universelle Ziele, die von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen im Jahr 2015 verabschiedet wurden mit dem Ziel, Armut zu beenden, Ungleichheit zu bekämpfen, den Planeten zu schützen, den Frieden zu fördern und Wohlstand für alle zu sichern.

1

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/beteiligte/>

2

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeitsgruppen/>

Tabelle 1.1:
Ebenen des Gesundheitsziele-Monitorings

Ebene	Indikatoren	Festlegungen
Gesundheitsziele insgesamt	Übergeordnete Ergebnis-Indikatoren ¹ Übergeordnete Prozess-Indikatoren ²	Übergeordnete Meta-Indikatoren, nicht GZ-spezifisch GÖG-Vorschlag, mit Expertinnen/Experten* 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* 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 Maßnahmen-Verantwortlichen festgelegt Beratung und Machbarkeitsprüfung durch die GÖG

* 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

Der vorliegende Gesamtbericht bietet eine Zusammenschau aller bisherigen Monitoring-Ergebnisse (Delcour et al. 2016; Delcour et al. 2017; Griebler/Winkler 2014; Winkler/Anzenberger 2013; Winkler et al. 2015) und legt ein Update zu den bisher festgelegten Ergebnis-Indikatoren vor (s. Anhang). Zudem werden Ergebnisse zu den definierten Policy- und Prozess-Indikatoren berichtet. Die Ergebnisse werden pro Gesundheitsziel zusammengefasst und ermöglicht so einen gesamthaften Überblick.

In puncto Ergebnis-Indikatoren stehen **zeitliche Entwicklungen** im Fokus, wobei der Beobachtungszeitraum (2006 bis 2014) als „Baseline-Trend“ für künftige Beobachtungen fungieren soll. Pro Indikator werden neben dem generellen Trend auch Geschlechter- und Bildungsunterschiede in ihrer Entwicklung betrachtet und regionale Unterschiede in den Blick genommen. Damit werden Aussagen zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sowie eine zielgerichtete Förderung der Bevölkerungsgesundheit möglich. Vergleiche mit anderen EU-Ländern dienen als zusätzliche Benchmarks. Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für ein nächstgelegenes Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr angezeigt. Die dazwischen liegenden Trends werden in den Übersichten textlich beschrieben.

Die Ergebnis-Indikatoren wurden den nachstehenden Kriterien entsprechend ausgewählt (Winkler et al. 2014). Die Kriterien 3 und 4 sind – mangels besserer Alternativen – aber oftmals nicht erfüllt.

1. Aussagekraft:
Die Indikatoren sollen gut geeignet sein, zentrale Aspekte des jeweiligen Ziels zu erfassen.
2. Verfügbarkeit:
Die Indikatoren sollen nicht zusätzlich erhoben werden müssen, um einen Vergleich mit der Ausgangssituation („Baseline“) zu ermöglichen.
3. Differenzierte Analyse:
Die Indikatoren sollen differenziert nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region analysiert werden können.
4. Internationale Vergleichbarkeit:
Die Indikatoren sollen auch im europäischen Kontext verfügbar sein.

Zur **Bewertung** bisheriger Entwicklungen wurden Ergebnis-, Prozess- und Policy-Indikatoren einer qualitativen Gesamtschätzung unterzogen. Dazu wurden die Ergebnis-Indikatoren in ihrer generellen Entwicklung, hinsichtlich der Entwicklung von Geschlechter-, Bildungs- und Bundesländerunterschieden und im EU-Vergleich betrachtet (s. Anhang). Zur Darstellung der Gesamtschätzung sowie der Detailbewertungen werden nachstehende Piktogramme (Smileys) verwendet. Schwarz gehaltene Smileys gelten dabei nur für jene Indikatoren, für die derzeit keine Trenddaten vorliegen. Im EU-Vergleich beschreiben die in schwarz gehaltenen Smileys zudem die österreichische Situation im Verhältnis zu den anderen EU-Ländern auf Basis der letztgültigen Daten.

☺ positive Entwicklung

☹ keine Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen

⊗ negative Entwicklung

☺ positives Ergebnis

☹ weder positives noch negatives Ergebnis

⊗ negatives Ergebnis

Der Monitoringbericht geht chronologisch zunächst auf die übergeordneten Indikatoren, anschließend auf die einzelnen Gesundheitsziele ein und schließt mit einem Gesamtresümee.

2 Übergeordnete Indikatoren

Der Gesundheitszieleprozess wurde ins Leben gerufen, um die Gesundheit der Menschen in Österreich langfristig und nachhaltig zu verbessern. Das Ziel ist, den Österreicherinnen und Österreichern ein längeres Leben in guter Gesundheit mit möglichst wenigen gesundheitlichen Einschränkungen zu ermöglichen. Die Gesundheitsziele setzen dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit eingewirkt werden kann. Sie rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse (BMGF 2017j).

2.1 Meta-Indikatoren³

2.1.1 Ergebnis-Indikatoren⁴

Allgemeine, d. h. nicht einzelnen Gesundheitszielen (GZ) zurechenbare Effekte werden anhand der Lebenserwartung, der Lebenserwartung in Gesundheit und der selbsteingeschätzten Gesundheit – Indikatoren, die in enger Beziehung zueinander stehen – erfasst (s. Tabelle 2.1). Für „gesunde Lebensjahre“ wird der europäische Vergleich allerdings auf Basis der beschwerdefreien Lebenserwartung vorgenommen (Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkungen im Alltag), da bei der Einschätzung gesundheitlicher Einschränkungen kulturelle Unterschiede eine geringere Rolle spielen als bei der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Sowohl die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit als auch die beschwerdefreie Lebenserwartung werden auf Basis der Todesursachenstatistik in Kombination mit Befragungsergebnissen ermittelt. Die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit basiert auf Ergebnissen aus dem *Austrian Health Interview Survey* (ATHIS; Österreichische Gesundheitsbefragung) und erlaubt eine innerösterreichische Regionalisierung auf Bundesländerebene. Die Werte für beschwerdefreie Lebenserwartung basiert auf Daten aus *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC).

3

Ergebnis-, Policy- und/oder Prozess-Indikatoren, die auf der Meta-Ebene (d. h. nicht auf der Ebene von Wirkungszielen) über alle Gesundheitsziele hinweg bzw. auf Ebene einzelner Gesundheitsziele messen

4

quantitative Kennzahlen auf der Outcome-Ebene

Generelle Entwicklungen

Die Lebenserwartung ist gemäß dem langfristigen Trend auch im Beobachtungszeitraum weiter gestiegen. Im Jahr 2006 konnte ein neu geborenes Kind in Österreich mit 80 Lebensjahren rechnen, im Jahr 2014 mit 81,4 und im Jahr 2016 mit 81,6 Jahren.

Die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit fällt deutlich niedriger aus. Sie lag im Jahr 2006 bei rund 63 und im 2014 bei rund 66 Jahren für Männer und bei 64 bzw. 67 Jahren für Frauen. Auch hier ist ein steigender – positiver – Trend erkennbar.

Im Gegensatz dazu ist die beschwerdefreie Lebenserwartung (von Männern wie Frauen) nur bis zum Jahr 2012 gestiegen und seither rückläufig. Der Anteil der Lebensjahre, die mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag verbracht werden, nimmt somit wieder zu.

Eine positive Entwicklung zeigt sich hingegen für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, der in die Berechnung der Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit einfließt. Während im Jahr 2006 rund drei Viertel der österreichischen Bevölkerung ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilten, waren es im Jahr 2014 bereits 79 Prozent.

Tabelle 2.1:
Übergeordnete Ergebnis-Indikatoren

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht			nach Bildung ¹			nach Bundesländern		
				männlich blau hinterlegt	weiblich rot hinterlegt		niedrige Bildung gelb hinterlegt	höhere Bildung grau hinterlegt		BL-Bandbreite		
Lebenserwartung (in Jahren) TUS 😊	Meta-Indikator	2006	80,0	Kontinuierliche Zunahme	77,1	82,6	Verringerung des Geschlechterunterschieds	M: 76,1 F: 82,7	M: 81,3 F: 84,8	Tendenziell steigender Bildungsunterschied	79,2–81,3	Kein klarer Trend erkennbar
		2014	81,4		78,9	83,7		M: 76,5 F: 82,8	M: 83,3 F: 85,6		80,3–82,6	
		2016	81,6		79,1	83,9		–	–		80,7–82,5	
Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit (in Jahren) TUS und ATHIS 😊	Meta-Indikator	2006		Liegt nur getrennt für Männer und Frauen vor: bei Männern und Frauen gestiegen	62,8	64,4	Abnehmender Geschlechterunterschied, stärkerer Anstieg bei Männern	M: 56,7 F: 58,4	M: 70,6 F: 70,4	Großer Bildungsunterschied, 2006 und 2014 aufgrund unterschiedlicher Bildungsgruppen nicht vergleichbar	M: 59,8–66,1 F: 60,6–68,9	Die BL-Bandbreite ist für Männer kleiner, für Frauen größer geworden.
		2014			65,9	66,6		M: 59,6 F: 59,2	M: 75,2 F: 72,6		M: 64,7–69,4 F: 61,7–71,6	
Beschwerdefreie Lebenserwartung (in Jahren) TUS und EU-SILC 😞	Meta-Indikator	2006		Liegt nur getrennt für Männer und Frauen vor: bei beiden seit 2012 abnehmend	58,7	61,0	Abnehmender Geschlechterunterschied, stärkere Abnahme bei Frauen	–	–	Keine Daten verfügbar	–	Keine Daten verfügbar
		2014			57,6	57,8		–	–		–	
		2016			57,0	57,1		–	–		–	
Selbstberichteter Gesundheitszustand (gut oder sehr gut; in %) ATHIS 😊	Meta-Indikator	2006	76	Der Bevölkerungsanteil mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand ist gestiegen.	78	73	Etwa gleichbleibender Geschlechterunterschied	51	85	Stark ausgeprägter Bildungsunterschied, abnehmend	73–82	Großer Bundesländerunterschied, gleichbleibend
		2014	79		81	77		55	86		75–84	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für ein nächstgelegenes Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die Trends 2006–2014 werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹️ negative Entwicklung

¹ Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit: im Jahr 2006 max. Pflichtschule vs. Matura oder höher, im Jahr 2014: max. Pflichtschulabschluss vs. Hochschule; selbstberichteter

Gesundheitszustand: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher (30 Jahre und älter)

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmalig 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; jährlich seit 2004; Bevölkerung 16 Jahre und älter

TUS = Todesursachenstatistik; jährlich

Quelle und Darstellung: GÖG

Geschlechterunterschiede

Frauen haben nach wie vor eine höhere Lebenserwartung als Männer. Im Jahr 2016 betrug der Unterschied 4,8 Lebensjahre. Dieser Unterschied hat jedoch – weitgehend kontinuierlich – seit 2006 abgenommen, ausgehend von einer Differenz von 5,7 Lebensjahren.

Auch bei den anderen hier betrachteten Indikatoren haben sich – mit Ausnahme der selbsteingeschätzten Gesundheit – die Geschlechterunterschiede verringert. Hinsichtlich der Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit betrug der Unterschied im Jahr 2006 1,7 Lebensjahre und im Jahr 2014 nur noch 0,7 Lebensjahre, da die Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit von Männern im Beobachtungszeitraum stärker gestiegen ist. Bezüglich der beschwerdefreien Lebenserwartung (Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkungen im Alltag) ist überhaupt kein Unterschied nach Geschlecht mehr erkennbar. Sie ist für Frauen stärker gesunken als für Männer.

Hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt: Mehr Männer als Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand gut oder sehr gut ein. Zwischen 2006 und 2014 ist dieser Unterschied weitgehend gleich geblieben. Der Geschlechterunterschied beträgt, gemessen am Anteil der Männer und Frauen mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand, vier bis fünf Prozentpunkte.

Bildungsunterschiede

Alle Indikatoren zeigen einen deutlichen Bildungsgradienten zuungunsten der unteren Bildungsgruppen. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand: Nur 55 Prozent der Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, aber 87 Prozent jener mit zumindest Matura schätzen ihren Gesundheitszustand gut oder sehr gut ein. Bezüglich der Lebenserwartung in Gesundheit betrug der Bildungsunterschied im Jahr 2014 rund 13 Lebensjahre für Frauen und 16 Lebensjahre für Männer.

Bundesländerunterschiede

Insbesondere für den selbstberichteten Gesundheitszustand – und deshalb auch für die Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit – zeigt sich ein erheblicher Bundesländerunterschied (West–Ost–Gefälle). Bei der Lebenserwartung in Gesundheit hat sich bei Männern die BL-Bandbreite verringert und bei Frauen vergrößert. Kein eindeutiger Trend zeigt sich für die Lebenserwartung, keine Entwicklung bei der selbsteingeschätzten Gesundheit. Die westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind die Bundesländer mit der höchsten Lebenserwartung und dem besten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand.

Europäischer Vergleich

In Österreich ist die Lebenserwartung etwas höher als im europäischen Durchschnitt, wiewohl der Vorsprung im Vergleich zum Jahr 2006 (+ 1,2 Lebensjahre) geringer geworden ist (2016: + 0,8 Lebensjahre). Österreich belegte damit im Jahr 2006 den 5. Rang innerhalb der EU-28-Länder und landete 2016 auf dem 8. Platz.

Die beschwerdefreie Lebenserwartung hingegen ist in Österreich geringer als im europäischen Durchschnitt. Österreicher/innen konnten im Jahr 2016 mit rund sieben beschwerdefreien Lebensjahren weniger rechnen als EU-Bürger/innen im Durchschnitt. Österreich lag damit im EU-Ranking auf Rang 24 für Männer und Rang 25 für Frauen. Diese Platzierungen haben sich im Beobachtungszeitraum deutlich verschlechtert, insbesondere deshalb, weil der EU-Trend gegenläufig war: Die beschwerdefreie Lebenserwartung ist im EU-Durchschnitt gestiegen, aber in Österreich gesunken.

Der allgemeine Gesundheitszustand wird von der österreichischen Bevölkerung besser als im Durchschnitt der EU-28-Länder beurteilt, wobei der Unterschied zwischen Österreich und dem EU-Durchschnitt zwischen 2010 und 2016 von einem Prozentpunkt auf 2,8 Prozentpunkte gestiegen ist. Nicht sichtbar ist diese Verbesserung in Bezug auf die Rangreihung: Österreich war in diesem Zeitraum auf den Rängen 11 (im Jahr 2010), 12 (in den Jahren 2012, 2014–2016) oder 13 (2011 und 2013).

2.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren⁵

Policy-Indikator: Vorliegen und Umsetzung eines Strategie- und Maßnahmenkonzeptes zu den Gesundheitszielen 😊

Seit Beschluss der Gesundheitsziele begannen pro Jahr ein bis zwei Arbeitsgruppen, Strategie- und Maßnahmenkonzepte zu erarbeiten. Mittlerweile liegen solche Konzepte für GZ 1, 2, 3, 6, 8 und 9 vor, wobei die ersten Arbeitsgruppen (GZ 1, 2, 3 und 6) bereits Updates vorgelegt haben (s. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>; Publikationen bzw. den ÖPGK-Jahresbericht 2016⁶ für das GZ 3). Gesundheitsziel 10 wird über die Zielsteuerung-Gesundheit vorangetrieben und der Bericht der Arbeitsgruppe GZ 4 wird voraussichtlich Ende 2018 verabschiedet. Im Herbst 2018 wird voraussichtlich die Arbeit zu GZ 5 (Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken) aufgenommen, erste Vorbereitungen dazu wurden bereits getroffen. Danach ist nur noch die Operationalisierung des GZ 7 (Gesunde Ernährung für alle zugänglich machen) ausständig, das nach

⁵ messen politisch relevante bzw. prozessrelevante Aspekte

⁶ <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/20160612-jahresbericht-oepgk-2016.pdf>

Abschluss der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft (aufbauend auf relevanten Ergebnissen der Präsidentschaft) starten soll.

Policy-Indikator: Monitoring und Berichtswesen zur Umsetzung der Gesundheitsziele 😊

Der Gesundheitszieleprozess wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet. Dafür wurde ein Konzept erarbeitet (Winkler et al. 2014), entlang dessen die einzelnen Bestandteile des Monitorings umgesetzt werden. Der Baseline-Bericht aus dem Jahr 2013 lieferte den Grundstein des Monitorings (Winkler/Anzenberger 2013). In weiterer Folge wurden, je nach Fortschritt der Arbeitsgruppen, Machbarkeitsprüfungen für die Wirkungsziel-Indikatoren durchgeführt (GZ 1, 2, 3, 6, 8 und 9). Im Zuge der Machbarkeitsprüfungen wurden für die einzelnen Wirkungsziel-Indikatoren auch Baseline-Daten vorgelegt (Delcour et al. 2016; Griebler/Winkler 2014; Winkler et al. 2015). Für vier Gesundheitsziele wurde bereits ein Maßnahmen-Umsetzungsstand erhoben (Delcour et al. 2017), der in ein Update der Strategie- und Maßnahmenkonzepte mündete (GZ 1, 2, 3 und 6). Für Gesundheitsziel 10 wird im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ein eigenes, umfassendes Monitoring durchgeführt.

Der vorliegende Bericht stellt nicht nur ein Update der definierten Meta-Indikatoren aus dem Baseline-Bericht dar, sondern führt alle bisherigen Indikatoren (einschließlich der Policy-, Prozess- und Wirkungsziel-Indikatoren) sowie die Ergebnisse aus dem Maßnahmen-Monitoring zusammen.

2.2 Resümee

Die übergeordneten Indikatoren für den Gesamtprozess weisen im Wesentlichen in die angestrebte Richtung. Sowohl die Lebenserwartung als auch der Anteil jener Menschen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, – und damit auch die Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit – steigen. Hinsichtlich der beschwerdefreien Lebenserwartung besteht allerdings Handlungsbedarf. Sie hat sich seit 2012 verschlechtert.

Im europäischen Vergleich ist Österreich sowohl bezüglich der Lebenserwartung als auch hinsichtlich der beschwerdefreien Lebenserwartung zurückgefallen.

Um Unterschiede zwischen unterschiedlichen Bildungsgruppen zu reduzieren, bedarf es Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit niedriger formaler Bildung. Auch regional besteht großes Potenzial zum Ausgleich von Unterschieden. Anders ist die Situation in Bezug auf Geschlechterunterschiede: Diese nehmen ab bzw. sind zum Teil schon ausgeglichen.

Die Operationalisierung der Gesundheitsziele ist weit vorangeschritten. Derzeit liegen für sieben der 10 Gesundheitsziele Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor, wobei GZ 10 über die Zielsteuerung-Gesundheit adressiert wird. Die Arbeitsgruppe zu GZ 4 steht kurz vor der Veröffentlichung ihres Strategie- und Maßnahmenkonzepts.

3 GZ 1 – Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

Die Gesundheit der Bevölkerung wird wesentlich von Lebens- und Arbeitsbedingungen und somit von Entscheidungen in allen Politikbereichen bestimmt: Überall dort, wo Menschen leben, spielen, lernen, arbeiten, einkaufen, unterwegs sind und ihre Freizeit verbringen, werden Lebensqualität und Gesundheit beeinflusst. Es ist daher wichtig, die Lebens- und Arbeitswelten so zu gestalten, dass sie gesundheitsfördernd sind. Dazu braucht es das Zusammenwirken von Vertreterinnen und Vertretern aus unterschiedlichen Politik- und Gesellschaftsbereichen sowie geeignete Beteiligungs-, Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten für Bürger/innen. (BMGF 2017j)

Um das Gesundheitsziel 1 zu operationalisieren, wurden folgende Wirkungsziele (WZ) definiert (BMGF 2017a):

- » WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten Akteure im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufbauen.
- » WZ 2: Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen.
- » WZ 3: Durch die Gestaltung der relevanten Lebenswelten Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen.

3.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

3.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 1 samt seinen Wirkungszielen wird anhand von sieben Ergebnis-Indikatoren beobachtet (s. Tabelle 3.1). Sie geben Auskunft über die Lebenszufriedenheit bzw. Lebensqualität der Bevölkerung, über die ältere Bevölkerung (Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens), über die Arbeitswelt und über den Etablierungsgrad von Health in All Policies (HiAP) im Zuge der GF-Strategie und der Gesundheitsziele Österreich.

Im Sinne einer Harmonisierung mit der Outcome-Messung im Gesundheitswesen (BMSGK 2018; BMG 2016b) wird anstelle des bisherigen Indikators „Arbeitsklima-Index Teilindex Arbeit“ der Indikator „Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen“ herangezogen. Er orientiert sich am Modell der Gratifikationskrise (Siegrist 1996) sowie am Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek/Theorell 1990) und fokussiert stärker auf die Arbeitsbedingungen.

Tabelle 3.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 1

Indikator		Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt			nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite	
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{EU-SILC} 	Meta-Indikator	2014	7,8	Etwa gleich geblieben	7,8	7,8	Kein nennenswerter Geschlechterunterschied	7,3	8,3	Bildungsunterschied hat abgenommen: Anstieg in der unteren Bildungsstufe	7,5-8,1 ²	Kein Trend verfügbar
		2016	7,9		7,8	7,9		7,6	8,2		-	
Allgemeine Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{ATHIS} 	Meta-Indikator	2006	75	Etwa gleich geblieben	76	74	Geschlechterunterschied etwa gleich geblieben	64	80	Bildungsunterschiede haben abgenommen: Zunahme in der unteren und Abnahme in der oberen Bildungskategorie	73-77	BL-Bandbreite etwa gleich geblieben
		2014	75		75	74		68	78		73-78	
75- bis 84-Jährige ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (in %) ^{ATHIS} 	Indikator WZ 3	2014	82	Derzeit kein Trend verfügbar	87	79	Derzeit kein Trend verfügbar	77	86	Derzeit kein Trend verfügbar	77-89	Derzeit kein Trend verfügbar
Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen (50-64 Jahre) (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{SHARE} 	Meta-Indikator	2004	56	Verbesserung zw. 2004 und 2015	56	57	2004 bis 2010/11: geringer Geschlechterunterschied 2015: Geschlechterunterschied zuungunsten weiblicher Erwerbspersonen	50	62	Bildungsunterschiede haben abgenommen: Anstieg in der unteren Bildungsstufe	-	Keine Daten verfügbar
		2010/2011	58		58	59		51	61		-	
		2015	60		61	58		56	63		-	
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %) ^{MZ-AKE} 	Meta-Indikator (auch bei GZ 9)	2007	30	Deutlicher Anstieg zw. 2007 und 2013	34	26	Geschlechterunterschied hat abgenommen: stärkerer Anstieg bei Frauen	21	35	Bildungsunterschied hat abgenommen: stärkerer Anstieg in der unteren Bildungsstufe	21-40	BL-Bandbreite hat abgenommen: stärkerer Anstieg in einzelnen Bundesländern

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt		nach Bundesländern BL-Bandbreite			
Anteil gesundheitsfördernder Betriebe an allen Betrieben in Österreich (in %) a) Betriebe bis 50 MA b) Betriebe mit mehr als 50 MA Koordinationsstelle BGF-Netzwerk 	Indikator WZ 2	2008	a) 0,001 b) 0,544	Deutlicher Anstieg zw. 2008 und 2014						-	Dzt. keine Auswertungen verfügbar
		2014	a) 0,026 b) 2,404							-	
Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller GZ-Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden (in %) a) GF-Strategie b) GZ-Maßnahmen Maßnahmen-Monitoring 	Indikator WZ 1	2015	a) 43 b) 34	Derzeit kein Trend verfügbar						-	Dzt. keine Auswertungen verfügbar

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für ein nächstgelegenes Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklung:

 positive Entwicklung  keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen  negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

 positives Ergebnis  weder positives noch negatives Ergebnis  negatives Ergebnis

¹ Lebenszufriedenheit: max. Pflichtschulabschluss vs. Universität; Lebensqualität: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschule vs. Matura oder höher; Einschränkungen bei ADLs und Zeitdruck und Arbeitsüberlastung: max. Pflichtschule vs. Matura oder höher; Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen: ISCED 0-2 vs. ISCED 5-6

² 3-Jahres-Durchschnitt 2013-2015

EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; jährlich seit 2004; 16+ Bevölkerung

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

SHARE = Survey of Health, Aging and Retirement in Europe; ca. alle 2 Jahre seit 2004; Personen zw. 50 und 64 Jahren

MZ-AKE = Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung; Ab-hoc Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2007 und 2013; Personen ab 15 Jahren

Koordinationsstelle BGF-Netzwerk; Anfrage

Maßnahmen-Monitoring; GZ-Monitoring und Monitoring der GF-Strategie, punktuelle Erhebungen

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung ist in den letzten Jahren etwa gleich geblieben. In der Arbeitswelt hat es in puncto Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen sowie gesundheitsfördernder Betriebe (steigender Anteil) positive Entwicklungen gegeben, andererseits hat der Belastungsfaktor „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“ (von 30 auf 38 %) deutlich zugenommen.

Keine Trenddaten liegen derzeit zu Einschränkungen in Aktivitäten des Alltags (bei 75- bis 84-Jährigen) sowie zu GF-Maßnahmen nach HiAP-Prinzip vor.

Geschlechterunterschiede

Nennenswerte Geschlechterunterschiede bestehen

- » in puncto Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen, allerdings nur im Jahr 2015,
- » hinsichtlich des Belastungsfaktors „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“, wobei es durch einen stärkeren Anstieg bei den Frauen zu einer Annäherung der Geschlechter gekommen ist, und
- » in Sachen Einschränkungen in Aktivitäten des Alltags, von denen 75- bis 85-jährige Frauen stärker betroffen sind als Männer dieses Alters.

Bildungsunterschiede

Über alle Indikatoren hinweg bestehen deutliche Bildungsunterschiede zuungunsten der unteren Bildungsgruppen. Es zeigt sich jedoch, dass diese Unterschiede abgenommen haben und dass diese Entwicklungen im Wesentlichen mit Verbesserungen und Verschlechterungen in der unteren Bildungskategorie zusammenhängen: Verbesserungen in Bezug auf Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sowie Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen, Verschlechterungen in Bezug auf Zeitdruck und Arbeitsüberforderung.

Bundesländerunterschiede

In puncto Lebensqualität blieb die BL-Bandbreite zwischen 2006 und 2014 unverändert. Am geringsten ist die Lebensqualität – im Bundesländervergleich – in Wien (Stadtfaktor, s. Griebler et al. 2017a) und am höchsten in den Bundesländern Steiermark, Tirol und Vorarlberg.

Zu einer Verringerung der BL-Bandbreite kam es beim Belastungsfaktor „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“, bedingt durch einen stärkeren Belastungsanstieg in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Vorarlberg.

Europäischer Vergleich

Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit belegte Österreich im Jahr 2013 den 5. Platz und liegt damit deutlich über dem europäischen Durchschnitt (7,0).

Bezüglich der Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen liegt Österreich 2004 im europäischen Mittel (acht Vergleichsländer) und 2010/11 sowie 2015 über dem europäischen Durchschnitt (15 Vergleichsländer) und nimmt zuletzt im Ranking Platz 4 ein.

3.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Rechtliche Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit 😊

In der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung (WFA) wurde bislang keine eigene Dimension Gesundheit verankert. Allgemein gingen die Entwicklungen eher in Richtung „Verschlankung“ der WFA. Mittlerweile gibt es zwei Versionen der WFA: Neben der umfassenden wirkungsorientierten Folgenabschätzung, die eine multidimensionale Abschätzung von Gesetzesfolgen und eine entsprechende Evaluierung vorsieht, besteht seit 1. April 2015 die Möglichkeit, eine vereinfachte wirkungsorientierte Folgenabschätzung durchzuführen.⁷

Gesundheit wird nur dann in einer WFA thematisiert, wenn folgende Bereiche betroffen sind:

- » Gleichstellung von Frauen und Männern; sind mehr als 1.000 Personen betroffen, werden Fragen zur körperlichen und seelischen Gesundheit behandelt.
- » Kinder und Jugendliche; wenn mehr als 1.000 Kinder und Jugendliche betroffen sind, werden Fragen zu Kindergesundheitsschutz und Gesundheitsförderung thematisiert.
- » Konsumentenschutzpolitik: Gesundheit und Sicherheit im Zusammenhang mit Produkten und Dienstleistungen

Policy-Indikator: Praktische Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung 😊

In Österreich wurden in den letzten Jahren einige Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA) durchgeführt, zuletzt eine GFA zur Änderung des Nichtraucherschutzgesetzes in der Gastronomie (Mai 2018). Die Beauftragung einer GFA ist nach wie vor nicht verpflichtend. Insgesamt wurden in Österreich bisher neun GFA (inkl. der aktuellsten oben genannten) durchgeführt⁸.

7

s. https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/folgenabschaetzung/index.html

8

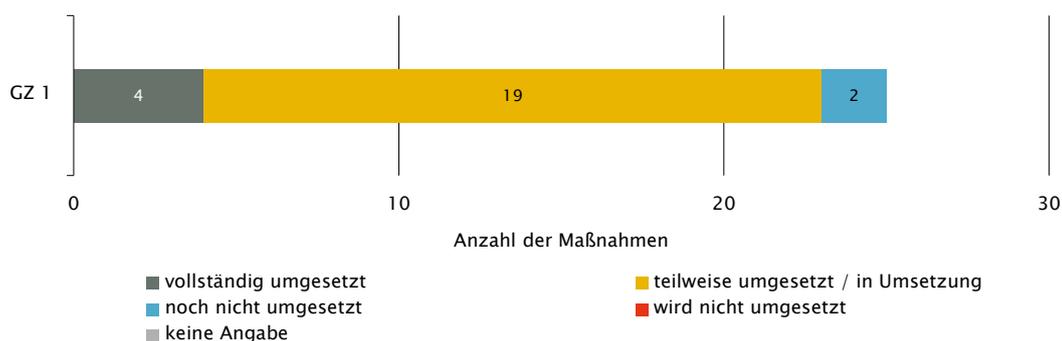
s. <https://gfa.goeg.at/Examples/National>

Die GFA-Support-Unit an der GÖG arbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) weiterhin an der Etablierung von GFA in Österreich. Als Unterstützung steht dafür der GFA-Lenkungsausschuss zur Verfügung, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Bundesministerien sowie Public-Health-Expertinnen/-Experten zusammensetzt. Das österreichische GFA-Netzwerk unterstützt die Etablierung der GFA in den Bundesländern bzw. in der Praxis.

3.2 Maßnahmen-Monitoring

Um die drei definierten Wirkungsziele zu erreichen, wurden im Strategie- und Maßnahmenkonzept zu GZ 1 (BMGF 2017a) in Summe **25 Maßnahmen** genannt (s. Abbildung 3.1). Mit Stand Dezember 2015 waren **16 Prozent** der Maßnahmen (4 Maßnahmen) bereits **umgesetzt**, weitere 76 Prozent (19 Maßnahmen) noch in Umsetzung. Zwei Maßnahmen wurden bisher nicht begonnen, eine Maßnahme wird voraussichtlich nicht umgesetzt. (Delcour et al. 2017)

Abbildung 3.1:
Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 1



Stand 31. 12. 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Maßnahmen zur Unterstützung des Wirkungsziels 1 „politikfeldübergreifende Kooperation im Sinne einer **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** aufbauen“ können in folgende Themenbereiche untergliedert werden:

- » Dem Themenbereich „Ressortübergreifende Gesundheitspolitik“ wurden fünf Maßnahmen zugeordnet. Zwei Maßnahmen sind bereits umgesetzt (HiAP ist in der Gesundheitsförderungsstrategie verankert, das Konzept eines politikfeldübergreifenden Dialogs für HiAP liegt vor). Die anderen drei befinden sich in Umsetzung (z. B. Capacity-Building für intersektorale Gesundheitsförderung). Hierbei handelt es sich aber auch um längerfristige Prozesse.

- » Unter dem Begriff „Handlungsgrundlagen“ werden das Etablieren von Gesundheitsfolgenabschätzung und von determinantenorientierter Gesundheitsberichterstattung sowie das Erstellen von Grundlagen für politikfeldübergreifende Zusammenarbeit subsumiert. Diese Maßnahmen befanden sich zum Zeitpunkt der Messung plangemäß in laufender Umsetzung.

Wirkungsziel 2 fokussiert auf **gesundheitsförderliche Arbeitswelten**.

- » Im Bereich „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ werden drei Maßnahmen umgesetzt (Sicherung der Qualität und Nachhaltigkeit der Maßnahmen auf Betriebs-ebene, bundesweite Qualitätskriterien zur Förderung und Beauftragung von Maßnahmen der BGF und Auf-/Ausbau eines qualitätsgesicherten Beraterpools als Ergänzung zu bestehenden institutionellen Angeboten). Die Maßnahme zur Strategie „Gesunde Betriebe für alle Betriebsgrößen entwickeln und umsetzen“ wurde zum Zeitpunkt der Messung noch nicht implementiert. Allerdings gibt es seit 2018 eine Arbeitsgruppe unter Leitung des BMASGK und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, die diese Maßnahme umsetzt.
- » Hinsichtlich der Förderung von „Bewegung und Fitness“ wurde ein Bericht zur Betriebssportstudie erstellt (Maßnahme abgeschlossen). Über fit2work und den Betriebssportverband werden weiterhin entsprechende Angebote für Arbeitnehmer/innen gemacht werden (Maßnahme in Umsetzung).
- » Weitere fünf Maßnahmen sollen den „Informations- und Wissenstransfer zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ verbessern: Ein niederschwelliges standardisiertes Angebot für Klein- und Mittelbetriebe liegt vor, die restlichen vier Maßnahmen befinden sich in Umsetzung (z. B. betriebliche Gesundheitsberichterstattung etablieren oder alter(n)sgerechtes Arbeiten verbreitern).

Wirkungsziel 3 rückt die **Gestaltung relevanter Lebenswelten** für Menschen jeden Alters in den Mittelpunkt.

- » Unter dem Themenbereich „zielgruppenorientierte Strategien“ werden Grundlagen für Anreizsysteme ausgearbeitet und eine Strategie für „aktives Altern“ wird erarbeitet (beide Maßnahmen in Umsetzung).
- » Speziell für „ältere Menschen“ waren zwei Maßnahmen geplant: Eine spezielle Förderschiene in puncto alter(n)sgerechte Wohnraumsanierung ist zum Zeitpunkt der Messung noch nicht etabliert, doch im Rahmen der Maßnahme „Integrierte Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ werden bereits Good-Practice-Standards in Pflegeheimen etabliert.
- » Der Themenbereich „Politischer Austausch / Vernetzung“ umfasst zwei Maßnahmen, die sich beide in Umsetzung befinden (Nichtraucherschutzgesetz⁹, Netzwerkaufbau für Gesundheitsförderungsakteure).

9

Seit 1. Mai 2018 gilt: In Arbeitsstätten ist in Gebäuden das Rauchen für Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen verboten, sofern ein Nichtraucher / eine Nichtraucherin in der Arbeitsstätte beschäftigt ist. Gibt es eine ausreichende Zahl an

Im Jahr 2017 hat die Arbeitsgruppe GZ 1 ein Update zum Strategie- und Maßnahmenkonzept vorgelegt, das auch neue Maßnahmen umfasst (BMGF 2017b).

3.3 Resümee

Die allgemeine Lebenszufriedenheit und Lebensqualität haben sich in den letzten Jahren nur unwesentlich verändert. Zeitgleich haben in der Arbeitswelt sowohl positive als auch negative Entwicklungen stattgefunden: Die Arbeitsbedingungen älterer Erwerbspersonen haben sich deutlich verbessert (möglicherweise aufgrund steigender BGF-Zahlen), während die Arbeitsintensität (Zeitdruck und Arbeitsüberforderung) zugenommen hat. In beiden Bereichen erweisen sich vor allem Frauen als benachteiligt: Sie waren zuletzt von schlechteren Arbeitsbedingungen und von einem stärkeren Anstieg von Zeitdruck und Arbeitsüberforderung betroffen.

Positive Entwicklungen der Unterschiede nach Bildung hat es in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen gegeben, negative Entwicklungen hingegen in Bezug auf Zeitdruck und Arbeitsüberlastung (zuungunsten der unteren Bildungsstufe).

Im europäischen Vergleich steht Österreich sowohl in puncto Lebenszufriedenheit als auch in Bezug auf die Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen vergleichsweise gut da. Für andere Indikatoren sind derzeit keine Vergleiche möglich.

Mit Fokus auf die Wirkungsziele zeigt sich, dass bezüglich WZ 2 eine positive Entwicklung zu beobachten ist. Es bedarf allerdings noch großer Anstrengungen, um die Zielvorgaben der Arbeitsgruppe zu erreichen (bis zum Jahr 2022 sollen 5 % der Betriebe mit bis zu neun Mitarbeitenden, 10 % der Betriebe mit 10–49 Mitarbeitenden und 20 % der Betriebe mit 50 oder mehr Mitarbeitenden zu gesundheitsfördernden Betrieben werden). Zu WZ 1 und WZ 3 können aufgrund fehlender Trenddaten noch keine Einschätzungen abgegeben werden. Die definierten Zielvorgaben liegen jedoch deutlich über den aktuellen Ergebnissen (s. Winkler et al. 2015).

Das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung scheint in Österreich angekommen zu sein, könnte jedoch noch stärker genutzt werden. Rechtlich noch nicht verankert ist die Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit. Das Thema Gesundheit muss allerdings im Rahmen der Wirkungsfolgenabschätzung thematisiert werden, wenn es um Gleichstellungsfragen von Frauen und Männern (bei mehr als 1.000 Betroffenen), um Kinder und Jugendliche (bei mehr als 1.000 Betroffenen) und um Konsumentenschutzpolitik geht.

Insgesamt befinden sich 92 Prozent der von der Arbeitsgruppe definierten Maßnahmen in Umsetzung oder sind bereits umgesetzt (Stand Dezember 2015).

Räumen, können Arbeitgeber/innen eigene Räume zum Rauchen einrichten
(<https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundgesundheit/GesundimBetrieb/Rauchverbote-Nichtraucherschutz.html>).

4 GZ 2 – Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Sozialer Status und andere sozioökonomische Determinanten haben Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit. Gesundheitliche Ungleichheiten beschreiben die Unterschiede, die sich in Krankheits- und Sterberisiko nach sozialen Schichten, sozialem Status oder anderen sozioökonomischen Maßzahlen ergeben. (BMGF 2017j)

Wer in Österreich lebt, soll gerechte Chancen haben, gesund zu bleiben oder gesund zu werden – unabhängig von Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. Damit dies gelingt, sollen insbesondere auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen gestärkt werden. Für die Operationalisierung des Gesundheitsziels 2 wurden von der Arbeitsgruppe folgende Wirkungsziele definiert (BMGF 2017c):

- » WZ 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen.
- » WZ 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern.
- » WZ 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen.

4.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

4.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 2 wird anhand des Bildungsniveaus (inkl. Bildungsmobilität) und der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung auf Meta-Ebene und anhand von vier weiteren Ergebnis-Indikatoren für die Wirkungsziele beobachtet. Zur Präzisierung des Bildungsniveaus wird im Folgenden der Anteil der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss verwendet, weil es insbesondere darum gehen soll, diesen Anteil zu reduzieren. Sowohl Bildungsmobilität als auch Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung werden nicht nur auf Meta-Ebene, sondern auch auf Ebene der Wirkungsziele gemessen (s. Tabelle 4.1)

Tabelle 4.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 2

Indikator	Jahr	Gesamt	nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt			nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite			
Lebenserwartung in Gesundheit von 25-Jährigen mit hohem Bildungsabschluss (Matura+) vs. 25-Jährigen mit max. Pflichtschulabschluss (in Lebensjahren) ^{TUS und ATHIS} 	Indikator WZ 2	2006		Liegt nur nach Geschlecht und nicht für die Gesamtbevölkerung vor	13,9	12,0	Der Unterschied nach Bildung ist bei Männern geringfügig gesunken, bei Frauen gestiegen.				-	Keine Auswertungen verfügbar
		2014			13,5	13,4					-	
Anteil der 25- bis 64-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss (in %) Bildungsstandregister 	Meta-Indikator	2006	18	Insgesamt Zunahme, aber kontinuierliche Abnahme seit 2008/09 (von 20 auf 19 %)	13	24	Verringerung des Geschlechterunterschieds durch Verschlechterung bei Männern und Verbesserung bei Frauen				13-23	Großer Bundesländerunterschied, der sich kaum verändert hat
		2014	19		16	23				14-24		
		2015	19		16	22				14-24		
Anteil der 25- bis 59-Jährigen mit niedrigstem Bildungsniveau der Eltern, die einen weiterführenden Schulabschluss erreichen (in %) Erwachsenenbildungserhebungen 	Meta-Indikator und Indikator WZ 1	2007	68	Steigende Bildungsmobilität zw. 2007 und 2011/12, leichte Abnahme zw. 2011/12 und 2016/17	75	60	Großer Geschlechterunterschied, der zwischen 2011/12 und 2016/17 etwas zugenommen hat (Abnahme bei Frauen)				-	Keine Daten verfügbar
		2011/12	72		79	64						
		2016/17	70		79	62						
		2008	21	Seit 2008 rückläufig	19	22		33	12		15-29* (2009)	

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht			nach Bildung ¹			nach Bundesländern		
				männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt	BL-Bandbreite					
Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (in %) EU-SILC 😊	Meta-Indikator und Indikator WZ 3	2014	19		18	21	Kein eindeutiger Trend, leicht abnehmender Geschlechterunterschied	30	13	Variierender Bildungsunterschied zuungunsten der unteren Bildungsstufe, Tendenz sinkend ²	12-28*	Großer Bundesländerunterschied, der zwischenzeitlich (2013) noch größer war
		2016	18		17	19		28	13		13-26*	
Anteil der mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten (in %) EU-SILC 😊	Indikator WZ 3	2008	5,0	2016 geringfügig niedriger als 2008	-	-	Keine Daten für das Jahr 2008, kein nennenswerter Geschlechterunterschied	6 (2013)	4 (2013)	Großer Bildungsunterschied, der noch größer geworden ist	-	Großer Bundesländerunterschied, der sich geringfügig verringert hat
		2014	4,9		4	5		7	3		2-11*	
		2016	4,3		4	4		7	4		2-10*	
Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (20 % der Bev. mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (20 % der Bev. mit dem niedrigsten Einkommen) (S80/S20) EU-SILC 😞	Indikator WZ 2	2006	3,7	Steigender Einkommensunterschied, zwischenzeitlich (2010) jedoch noch höher			Wenig aussagekräftig, da es hier um das Haushaltseinkommen geht			Wenig aussagekräftig, da es hier um das Haushaltseinkommen geht	-	Keine Auswertungen verfügbar
		2014	4,1								-	
		2016	4,1								-	
Verhältnis des Bruttostundenlohns von Männern und Frauen Verdienststrukturstatistik 😊	Indikator WZ 2	2007	26	Ausgehend von einem hohen Niveau haben sich die Unterschiede zw. 2007 und 2016 verringert.						Steht nach Bildungsgrad nicht zur Verfügung	-	Keine Auswertungen verfügbar
		2014	22								-	
		2016	20								-	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für ein nächstgelegenes Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen 😞 negative Entwicklung

* Für die Berechnung der Bundesländerwerte wurde bei diesem Indikator der Durchschnitt drei aufeinanderfolgender Jahre berechnet.

¹ Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung: max. Pflichtschulabschluss vs. Hochschulabschluss

² U-förmiger Bildungseffekt: Die geringste Prävalenz findet sich in der mittleren Bildungskategorie (Lehr-/BMS-Abschluss).

Bildungsstandregister: Informationen über formale Bildungsabschlüsse der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter. Erstbefüllt wurde das Register mit den Daten über die höchste abgeschlossene Ausbildung aus der Volkszählung 2001, seither wird es jährlich aktualisiert mit Abschlussdaten der österreichischen Schulen und Hochschulen, der Wirtschaftskammer (Lehrabschlüsse und Meisterprüfungen), der Landwirtschaftskammern (Meister- und Facharbeiterprüfungen) und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Konsumentenschutz und Gesundheit (Diplomprüfungen im kardiotechnischen Dienst).

Erwachsenenbildungserhebungen: Erhebung von Statistik Austria, die alle 5 Jahre durchgeführt wird (zuletzt 2017), über Aus- und Weiterbildung sowie andere Lernaktivitäten der österreichischen Wohnbevölkerung im Haupterwerbssalter (25- bis 64-Jährige) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige), EU-weit verpflichtend

TUS = Todesursachenstatistik; jährlich;

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und mehr

EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions

Verdienststrukturstatistik: Erhebung bei Unternehmen mit zehn und mehr Beschäftigten im Produktions- und Dienstleistungsbereich in Form einer Stichprobe; alle vier Jahre auf Basis einer EU-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Die fernere Lebenserwartung in Gesundheit steigt bei den ab 25-Jährigen, doch der Unterschied nach Bildung wird eher größer. Konkrete Zahlen dazu liegen jedoch nur für Männer und Frauen getrennt vor (s. u.).

Der Bildungsstand der Bevölkerung hat sich, gemessen am Anteil der Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss, zwischen 2006 und 2015 verschlechtert. Im Jahr 2015 waren 19 Prozent dieser Altersgruppe ohne eine weiterführende Ausbildung nach neun Jahren Schulpflicht, im Jahr 2006 waren es mit rund 18 Prozent etwas weniger. Da allerdings zwischenzeitlich (2008 und 2009) dieser Anteil noch höher war (rund 20 %), kann konstatiert werden, dass seither der Trend in die richtige Richtung geht.

Die Bildungsmobilität misst, inwieweit der Bildungsstand der Kinder mit dem ihrer Eltern korreliert. Konkret wird im vorliegenden Bericht der Anteil der 25- bis 59-Jährigen betrachtet, die bei niedrigstem Bildungsniveau der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen. Generell zeigt sich hier eine erfreuliche Veränderung, denn der Anteil ist zwischen 2007 und 2016/17 von rund 68 auf 70 Prozent gestiegen. Weniger erfreulich ist allerdings, dass der Anteil zwischenzeitlich (2011/12) mit rund 72 Prozent noch höher war und in den letzten Jahren wieder geringer geworden ist.

Der Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten¹⁰ Menschen ist im Zeitraum 2008 bis 2016 leicht rückläufig und lag zuletzt bei 18 Prozent. Der Anteil mehrfach ausgrenzungsgefährdeter Menschen hat im selben Zeitraum ebenfalls geringfügig abgenommen (von etwa 5 % auf etwa 4 %).

Die Einkommensunterschiede, gemessen am Verhältnis des obersten zum untersten Quintil des äquivalisierten Gesamteinkommens eines Haushalts (S20/S80), verändern sich kaum. Im Jahr 2006 lag der Wert bei 3,7, im Jahr 2016 bei 4,1. In Österreich ist damit das Haushaltseinkommen der einkommensstärksten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch wie das der einkommenschwächsten 20 Prozent.

In Österreich gibt es einen großen Unterschied zwischen dem Bruttostundenlohn von Männern und Frauen. In den letzten Jahren zeichnet sich jedoch eine positive Entwicklung ab, denn die Unterschiede haben sich im Zeitraum 2007 bis 2016 um mehr als fünf Prozentpunkte verringert. Im Jahr 2016 war der Bruttostundenlohn von Frauen um durchschnittlich 20 Prozent niedriger als der von Männern, im Jahr 2007 noch um rund 26 Prozent.

10

Armutsgefährdet sind alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb eines festgelegten Schwellenwertes (60 % des Medianeinkommens) liegt. Ausgrenzungsgefährdet sind Personen, auf die zumindest eines der drei folgenden Kriterien zutrifft:

- » Ihr Einkommen übersteigt 60 Prozent des nationalen Medianeinkommens nicht.
- » Sie sind erheblich materiell depriviert.
- » Sie leben in einem Haushalt mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität.

Personen, auf die zwei oder drei dieser Kriterien zutreffen, werden als mehrfach ausgrenzungsgefährdet bezeichnet.

Geschlechterunterschiede

Im Alter von 25 Jahren konnten im Jahr 2014 Männer mit 41,8 und Frauen mit 42,5 weiteren Lebensjahren in Gesundheit rechnen. Damit ist zwischen 2006 und 2014 sowohl für beide Geschlechter als auch für alle Bildungsschichten die Lebenserwartung in Gesundheit gestiegen. In diesem Zeitraum konnten Männer mit maximal Pflichtschulabschluss mehr vom Zugewinn an Lebenserwartung in Gesundheit profitieren als Männer mit zumindest Matura, der Unterschied ist somit kleiner geworden (von 13,9 auf 13,5 Lebensjahre), nachdem er in den Jahrzehnten davor gewachsen ist. Hingegen konnten Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss weniger profitieren als jene mit zumindest Matura, wodurch der Unterschied nach Bildung weiter gewachsen ist (von 12,0 auf 13,4 Lebensjahre). Im Jahr 2014 war damit der Bildungsgradient in der weiblichen Bevölkerung mit 25 und mehr Jahren genauso stark ausgeprägt wie in der männlichen.

Männer und Frauen haben sich im Zeitraum 2006 bis 2015 hinsichtlich des Bildungsstandes angenähert: Der Anteil der Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss hat sich von rund 24 auf 22 Prozent verringert, während der Anteil der Männer mit maximal Pflichtschulabschluss von rund 13 auf 16 Prozent gestiegen ist. Die positive Entwicklung ist also einseitig. Insgesamt gibt es immer noch deutlich mehr Frauen als Männer ohne berufliche Ausbildung.

Die Bildungsmobilität ist bei Frauen deutlich geringer als bei Männern: Rund 79 Prozent der Männer, aber nur rund 62 Prozent der Frauen, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben, kommen (Stand 2016/17) über den Pflichtschulabschluss hinaus und übertreffen damit den Bildungsstand der Eltern. Der diesbezügliche Unterschied zwischen Männern und Frauen ist mit 17 Prozent deutlich ausgeprägt und hat seit 2011/12 um zwei Prozentpunkte zugenommen.

Frauen sind häufiger armuts- und ausgrenzungsgefährdet als Männer (2016: 19 vs. 17 %), doch der Unterschied ist im Beobachtungszeitraum 2008–2016 geringfügig kleiner geworden (von 3 auf 2 Prozentpunkte). Obwohl die Armutsgefährdung für Frauen höher ist als für Männern, zeigt sich beim Anteil von mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten kein nennenswerter Geschlechterunterschied.

Nachdem es sich beim Indikator S20/S80 um das Haushaltseinkommen handelt, wird an dieser Stelle auf die Darstellung des Indikators nach Geschlecht verzichtet.

Bildungsunterschiede

Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss sind etwa doppelt so häufig armuts- oder ausgrenzungsgefährdet wie Menschen mit einem akademischen Abschluss (2016: 28 vs. 13 %). Der Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung ist allerdings nicht linear, denn Menschen mit einem Lehrabschluss oder einer berufsbildenden mittleren Schule sind seltener armuts- oder ausgrenzungsgefährdet als Menschen, deren Bildungsweg mit der Matura endete. Der Unterschied zwischen niedrigster und höchster Bildungsstufe betrug im Jahr 2008 21 Prozentpunkte, im Jahr 2014 17 Prozentpunkte und im Jahr 2016 15 Prozentpunkte. Er ist also geringer geworden.

Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger mehrfach ausgrenzungsgefährdet als Menschen mit höherer Bildung. Seit 2013 hat sich ihr Gefährdungspotenzial von 6 Prozent auf aktuell (2017) 9 Prozent erhöht. Bei Akademikerinnen/Akademikern hingegen betrug der Anteil in den Jahren 2013 und 2014 vier Prozent und im Jahr 2017 „nur“ drei Prozent.

Bundesländerunterschiede

Zwischen den Bundesländern bestehen große Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstandes. Im Jahr 2015 war in Kärnten der Anteil jener Personen, deren Ausbildung spätestens mit der Pflichtschule endete, mit rund 14 Prozent am geringsten, in Wien mit rund 24 Prozent am höchsten. Dieser Unterschied war in den Jahren davor ähnlich stark ausgeprägt.

Auch die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung ist nach Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Bandbreite betrug im Jahr 2014 12–28 Prozent und war mit rund 16 Prozentpunkten Unterschied größer als noch im Jahr 2009 (3-Jahres-Durchschnitt). Zwischenzeitlich, etwa im Jahr 2013, war der Unterschied allerdings mit rund 19 Prozentpunkten noch größer. Zuletzt, im Jahr 2016, waren die regionalen Unterschiede (Bandbreite von 13–26 %) mit etwa 13 Prozentpunkten immer noch beachtlich, aber so niedrig wie in keinem anderen Jahr des Beobachtungszeitraums.

Wie für viele Armutsindikatoren zeigen sich auch für die mehrfache Ausgrenzungsgefährdung beachtliche regionale Unterschiede. Im Burgenland und in Oberösterreich lag der diesbezügliche Wert im Jahr 2016 bei 2 Prozent, in Wien bei 10 Prozent. Die Bandbreite war 2014 allerdings noch etwas größer.

Europäischer Vergleich

Der Anteil der 25- bis 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss ist in Österreich geringer als im Durchschnitt der EU-28-Länder. Österreich lag im Zeitraum 2008–2015 mit Ausnahme des Jahres 2013 immer auf dem zehnten Rang. Obwohl es in den letzten Jahren eine deutliche Annäherung gab, sind die Unterschiede hinsichtlich dieses Indikators zwischen den EU-Ländern nach wie vor enorm: Die Bandbreite reichte im Jahr 2015 von 7 bis 57 Prozent.

Die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung ist in Österreich im Vergleich mit den anderen EU-Ländern niedrig. Österreich belegte im Jahr 2014 den 9. Platz und im Jahr 2016 den 5. Platz bei einer Bandbreite zwischen 13 Prozent (Tschechien) und 40 Prozent (Bulgarien) und hat sich damit deutlich verbessert. Im Jahr 2008 lag Österreich noch auf dem 12. Platz. Die mehrfache Ausgrenzungsgefährdung ist ein nationaler Indikator, er wird auf EU-Ebene nicht ausgewiesen.

Ist die Reduktion von Einkommensungleichheit ein Ziel, hat sich Österreich im Ranking der EU-28-Länder deutlich verbessert, nämlich von Rang 11 im Jahr 2008 auf Rang 7 im Jahr 2016. Damit liegt Österreich unter dem EU-Durchschnitt. In der Tschechischen Republik war die Einkommensungleichheit im Jahr 2016 mit einem Wert von 3,5 am geringsten, in Bulgarien mit 7,9 am höchsten.

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern sind in Österreich Einkommensunterschiede nach Geschlecht sehr stark ausgeprägt. Doch in Österreich hat sich der Unterschied rascher verringert als in einigen anderen Ländern, sodass Österreich vom 26. Rang im Jahr 2007 auf den 21. Rang im Jahr 2016 vorgerückt ist. Auch 2016 war die Bandbreite zwischen den EU-Ländern groß: am geringsten in Rumänien mit 5, am höchsten in Estland mit 25 Prozent.

4.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten 😊

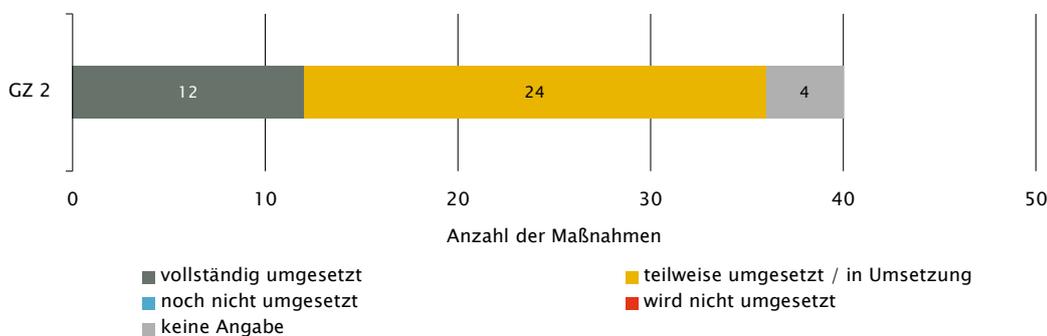
Im Jahr 2015 wurde von der Arbeitsgruppe GZ 2 („Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“) ein Strategie- und Maßnahmenkonzept vorgelegt (BMGF 2017c). Im Jahr 2017 wurde auf Basis einer Erhebung der Umsetzungsstand der darin enthaltenen Maßnahmen reflektiert, neue Maßnahmen wurden eingemeldet und der Bericht aktualisiert (BMGF 2017d).

Ein weiterer wichtiger Baustein zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ist die Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in allen anderen Gesundheitszielen. Dies hatte beispielsweise zur Folge, dass in GZ 4 ein Wirkungsziel zu Umweltgerechtigkeit formuliert wurde oder dass das Monitoring, soweit es die Daten erlauben, nach sozioökonomischen Kriterien stratifiziert. In diesem Sinne wird Chancengerechtigkeit auch durch andere Gesundheitsziele unterstützt (z. B. GZ 3, GZ 6 und GZ 9).

4.2 Maßnahmen-Monitoring

Zum Erreichen der drei definierten Wirkungsziele wurden im Strategie- und Maßnahmenkonzept zum GZ 2 (BMGF 2017c) in Summe **40 Maßnahmen** genannt. Mit Stand Dezember 2015 waren **30 Prozent** der Maßnahmen (12 Maßnahmen) bereits **umgesetzt**, weitere 60 Prozent (24 Maßnahmen) noch in Umsetzung. Zum Umsetzungsstand von vier Maßnahmen konnten keine Angaben eingeholt werden. (Delcour et al. 2017)

Abbildung 4.1:
Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 2



Stand 31. 12. 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Maßnahmen zum Wirkungsziel 1 – **Sozialen Aufstieg ermöglichen** – wurden zu fünf Themenfeldern zusammengefasst:

- » Zwei Maßnahmen in puncto „Förderung in der frühen Kindheit“ (verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen und Chancengleichheitsprogramm Frühförderung–Familienbegleitung) befinden sich in Umsetzung.
- » Für den Bereich „Förderung im schulischen Setting“ sind drei Maßnahmen in Umsetzung (z. B. Soziale Arbeit an Schulen).

Bezüglich „Berufsorientierung“ sind zwei von sechs Maßnahmen bereits abgeschlossen („Kooperationsprojekte zwischen Non–Profit–Organisationen (Mädchenberatungsstellen) und Schulen im Rahmen der geschlechtssensiblen Berufsorientierung und Lebensplanung“, „Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf (iobb)“). Die anderen vier Maßnahmen (z. B. Produktionsschulen, Initiative in der Erwachsenenbildung) befinden sich in Umsetzung.

- » „Aus– und Weiterbildung von Akteurinnen und Akteuren im Bildungswesen“ beinhaltet zwei Maßnahmen. Fachtagungen und Symposien zur Förderung eines wissenschaftlichen Diskurses in der Pädagogenbildung wurden abgehalten (Maßnahme abgeschlossen), die Förderung spezifischer Schwerpunkte in der Lehrerfort– und –weiterbildung wird nach wie vor umgesetzt.
- » Vier Maßnahmen fallen in den Themenbereich „Diversität und sprachliche (Weiter–)Bildung“. Zwei davon sind bereits abgeschlossen (z. B. Diversitäts– und Mehrsprachigkeitsmaßnahmen in pädagogischen Hochschulen). In Umsetzung befinden sich die Maßnahmen zum Netzwerk Sprachförderung und zu Rahmencurricula „Frühe sprachliche Bildung“.

Durch Wirkungsziel 2 sollen **soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verringert** werden.

- » Zur „Minderung sozialer Ungleichheiten“ befinden sich zwei Maßnahmen in Umsetzung (Lehrgang für Besuchsbegleiter/innen, Beratung zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen). Die Maßnahme „Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit“ wurde bereits abgeschlossen.
- » Für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten wurden zwei Maßnahmen umgesetzt (Schwerpunktthema bei Vorsorgemittelstrategie 2015/2016, Essstörungenberatungsstellen).

Wirkungsziel 3 befasst sich mit der **Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes**.

- » Im Themenfeld „Zielgruppenorientierte Strategien“ wurden zwei von drei Maßnahmen umgesetzt (Demenzstrategie und Pflegekarenzgeld).
- » Bei „Gesundheitsversorgung/Vorsorge“ werden sechs Maßnahmen genannt, die zum Teil umgesetzt werden (z. B. HPV-Impfung, verstärktes Einbinden von Hebammen in die Schwangerenberatung).
- » Weitere vier Maßnahmen sind auf „vulnerable Gruppen“ ausgerichtet, wie etwa die Einrichtung einer Notwohnung für von Zwangsheirat betroffene Mädchen und junge Frauen oder Case-Management für arbeitsfähige Mindestsicherungsempfänger/innen; sie befinden sich allesamt in Umsetzung.

Darüber hinaus gibt es zu Gesundheitsziel 2 fünf Maßnahmen, die keinem konkreten Wirkungsziel zugeordnet, sondern unter den Titeln „Chancengerechtigkeit allgemein“ und „Chancengerechtigkeit für spezifische Zielgruppen“ gelistet wurden. Sie sind zum Großteil umgesetzt (z. B. Studien über Migration und Gesundheit und über Gesundheitswissen und -versorgung von Roma, Chancengerechtigkeit als Kriterium in der Gesundheitsberichterstattung etablieren). (BMGF 2017d; Delcour et al. 2017)

4.3 Resümee

Bezüglich der Lebenserwartung in Gesundheit im Alter von 25 Jahren hat sich die AG zu GZ 2 zum Ziel gesetzt, den Unterschied nach Bildungsgrad (Matura-/Hochschulabschluss versus max. Pflichtschulabschluss) bis 2032 um 30 Prozent zu verringern, indem die Lebenserwartung in Gesundheit von Menschen mit niedriger Bildung steigen soll. Bisher ist ein eher gegenteiliger Trend zu beobachten, weil Menschen mit zumindest Matura mehr an Lebenserwartung in Gesundheit hinzugewinnen als Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss.

Der Bildungsstand der Gesamtbevölkerung, gemessen am Anteil derjenigen, die über den Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen, hat sich im Beobachtungszeitraum nur geringfügig verbessert, vor allem durch weiterführende Ausbildung von Frauen. Da gleichzeitig bei den Männern ein Rückschritt zu beobachten ist, sind die Unterschiede nach Geschlecht etwas kleiner geworden. Diese Entwicklungen sind allerdings nicht in der Bildungsmobilität ersichtlich. Die Benachteiligung der Frauen, die deutlich seltener über den Pflichtschulabschluss hinauskommen, wenn dies auch die höchste Bildungsstufe der Eltern darstellt, hat sich nach zwischenzeitlicher Verbesserung wieder verstärkt, während sich die Bildungsmobilität der Männer kontinuierlich verbessert hat. Das

Ziel, dass bis zum Jahr 2032 der Anteil jener, die bei niedrigstem Bildungsniveau¹¹ der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen, 80 Prozent beträgt, ist zwar für Männer fast erreicht, bedarf bei den Frauen allerdings noch entsprechender Anstrengungen. Unter Wirkungsziel 1 „Sozialen Aufstieg ermöglichen“ wurden einige Initiativen gesetzt, die sich bei erfolgreicher Umsetzung mittel- bis langfristig im Indikator „Bildungsmobilität“ niederschlagen könnten. Um das Ziel, den Unterschied nach Geschlecht zu halbieren, zu erreichen, sollte dabei jedoch ein besonderer Fokus auf Frauen gelegt werden.

Zur Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung und zur mehrfachen Ausgrenzungsgefährdung bestehen bis 2032 folgende Ziele: Im Jahr 2014 waren rund 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (das entspricht 1,6 Mio. Menschen), im Jahr 2032 sollte dieser Anteil maximal 17 Prozent betragen. Diesbezüglich besteht Hoffnung: Im Jahr 2016 waren in Österreich 18 Prozent der Bevölkerung bzw. 1,56 Mio. Menschen armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Der Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen soll bis zum Jahr 2032 auf 3,9 Prozent oder – absolut ausgedrückt – auf rund 356.000 Menschen reduziert werden. Dieses Ziel ist derzeit nicht in Sicht.

Die Einkommensunterschiede zwischen Menschen mit Höchst- und Niedrigsteinkommen (gemessen am Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Bevölkerungskuintils zum Gesamteinkommen des untersten Quintils) sollen bis zum Jahr 2032 von 4,1 (2013/2014) auf 3,5 reduziert werden. Bisher zeigt sich jedoch keine Entwicklung in diese Richtung, doch eine Zielerreichung scheint nicht unmöglich, zumal dieser Wert in früheren Jahren (1998, 2001) schon erreicht wurde.

Eine Entwicklung in die richtige Richtung zeichnet sich bei den Einkommensunterschieden zwischen Männern und Frauen ab. Die Differenz zwischen dem Bruttostundenlohn von Frauen und Männern soll im Jahr 2032 maximal 16 Prozent betragen. In Anbetracht des hohen Ausgangsniveaus (es gibt EU-Länder, wo der Unterschied nur rund 5 Prozent beträgt) besteht trotz der raschen Annäherung an dieses Ziel noch Handlungsbedarf, um die Entwicklung abzusichern und voranzutreiben.

Im europäischen Vergleich hat Österreich sowohl in puncto Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung als auch in Bezug auf die Bruttostundenlohn-Unterschiede zwischen Männern und Frauen positive Entwicklungen genommen, hat jedoch im Bereich Gehaltsunterschiede zwischen Männern und Frauen nach wie vor großes Entwicklungspotenzial.

Mit dem Arbeitsgruppenbericht zum GZ 2 wurde ein erster Strategie- und Maßnahmenplan zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten vorgelegt. Ergänzend soll das Thema Chancengerechtigkeit auch in allen anderen Gesundheitszielen Beachtung finden. Insgesamt befinden sich 90 Prozent der von der Arbeitsgruppe definierten Maßnahmen in Umsetzung oder sind bereits umgesetzt (Stand Dezember 2015).

11
Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss

5 GZ 3 – Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Gesundheitskompetenz¹² ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit und Chancengerechtigkeit: Sie hilft Menschen, im Alltag Entscheidungen für mehr Gesundheit zu treffen, und stärkt ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten (BMGF 2017j).

Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern, gilt es, in allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere in benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu entwickeln, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Zudem soll es für alle auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits- und Sozialsystem zurechtzufinden. (BMGF 2017j)

Um diesen Punkten Rechnung zu tragen, wurden von der Arbeitsgruppe GZ 3 nachstehende Wirkungsziele definiert (BMGF 2017e):

- » WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
- » WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
- » WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

5.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

5.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 3 (inkl. Wirkungsziele) wird anhand nachstehender Ergebnis-Indikatoren beobachtet (s. Tabelle 5.1). Die Indikatoren geben Auskunft über die Gesundheitskompetenz (in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung) und über die Lesekompetenz von Kindern und Jugendlichen.

¹²

Gesundheitskompetenz verkörpert die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und der Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

Tabelle 5.1:

Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 3

Indikator		Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt			nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite	
HLS-Gesamtindex: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small> ☹	Meta-Indikator und Indikator WZ 3	2011	48	Derzeit kein Trend verfügbar	46	51	Derzeit kein Trend verfügbar	33	65	Derzeit kein Trend verfügbar	-	Keine brauchbaren Daten verfügbar
HLS-Index zur Krankheitsbewältigung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small> ☹	Indikator WZ 1	2011	55	Derzeit kein Trend verfügbar	54	56	Derzeit kein Trend verfügbar	38	71	Derzeit kein Trend verfügbar	-	Keine brauchbaren Daten verfügbar
HLS-Index zur Prävention: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small> ☹	Indikator WZ 2	2011	55	Derzeit kein Trend verfügbar	52	58	Derzeit kein Trend verfügbar	45	66	Derzeit kein Trend verfügbar	-	Keine brauchbaren Daten verfügbar
HLS-Index zur Gesundheitsförderung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small> ☹	Indikator WZ 2	2011	42	Derzeit kein Trend verfügbar	38	45	Derzeit kein Trend verfügbar	32	58	Derzeit kein Trend verfügbar	-	Keine brauchbaren Daten verfügbar

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt			nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite		
Lesekompetenz von 9- bis 10-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) PIRLS 😊	Meta-Indikator	2006	16	Anstieg zw. 2006 und 2011; Abnahme zw. 2011 und 2016	18	14	Genderunterschied zw. 3 und 5 Prozentpunkte, Anstieg zw. 2006 und 2011, Abnahme zw. 2011 und 2016	39	5	Zwischen 2006 und 2011 zunehmender Bildungsunterschied: Anstieg in der unteren Bildungsstufe	-	Keine Daten verfügbar
		2011	20		22	17		48	7		-	
		2016	15		17	14		47	5		-	
Lesekompetenz von 15-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) PISA 😊	Meta-Indikator	2006	22	Kein eindeutiger Trend; 2009 Höchstwert mit 28 %	27	15	2006-2012: Geschlechterdifferenz zw. 12 und 15 Prozent zuungunsten der Burschen; Abnahme zw. 2012 und 2015 durch einen Anstieg bei den Mädchen	38	12	Zunehmender Bildungsunterschied zw. 2006 und 2009, Rückgang zw. 2009 und 2015 durch eine deutliche Abnahme zwischen 2009 und 2012 in der unteren Bildungsstufe und durch einen Anstieg in der obersten Bildungsstufe zw. 2012 und 2015	-	Keine Daten verfügbar
		2012	20		26	13		43	9		-	
		2015	23		26	19		43	14		-	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen 😞 negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

😊 positives Ergebnis 😊 weder positives noch negatives Ergebnis 😞 negatives Ergebnis

¹ Gesundheitskompetenz: nur über 30-Jährige, ISCED 0-2 vs. ISCED 5-6; Lesekompetenz: höchster Bildungsabschluss der Eltern, max. Pflichtschulabschluss vs.

Hochschule/Fachhochschule/Akademie

HLS-EU = European Health Literacy Survey, 2011; Bevölkerung 15 Jahre und mehr

PIRLS = Progress in International Reading Literacy Study, alle fünf Jahre seit 2001; 9- und 10-Jährige

PISA = Programme for International Student Assessment, alle drei Jahre seit 2000; 15-Jährige

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Daten zur Gesundheitskompetenz wurden in Österreich bislang nur einmal erhoben (2011). Über Entwicklungen und Trends können daher noch keine Aussagen getroffen werden. Es zeigt sich jedoch, dass die Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung am schlechtesten ausgeprägt ist.

Die Lesekompetenz der 9- bis 10-Jährigen hat in Österreich – gemessen am Anteil der Schüler/innen, die nicht über die notwendigen Grundfertigkeiten verfügen – zwischen 2006 und 2011 abgenommen. Zwischen 2011 und 2016 ist es jedoch wieder zu einer Verbesserung gekommen.

Kein eindeutiger Trend findet sich in der Lesekompetenz der 15-Jährigen. Der Anteil leseschwacher Schüler/innen variiert in den Jahren 2006, 2009, 2012 und 2015 zwischen 22 und 28 Prozent und erreicht im Jahr 2009 mit 28 Prozent bislang seinen Höhepunkt.

Geschlechterunterschiede

Der Anteil leseschwacher Schüler liegt bei den 9- bis 10-Jährigen in allen drei Erhebungswellen, an denen sich Österreich beteiligt hat, um 3 bis 5 Prozentpunkte höher als jener der gleichaltrigen Schülerinnen. Bei den 15-Jährigen betrug die Geschlechterdifferenz (2006 bis 2012) zwischen 12 und 15 Prozent (zuungunsten der Burschen), hat aber zwischen 2012 und 2015 um die Hälfte abgenommen (auf rund 7 %). Grund dafür ist ein starker Anstieg der leseschwachen Schülerinnen.

Ein Geschlechterunterschied ohne Zeitverlauf ist in der Gesundheitskompetenz erkennbar. Gesundheitskompetenz ist in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in der weiblichen Bevölkerung stärker ausgeprägt als in der männlichen.

Bildungsunterschiede

Deutliche Bildungsunterschiede sind sowohl in der Gesundheitskompetenz als auch in der Lesekompetenz erkennbar. Sie fallen allesamt zuungunsten der unteren Bildungsgruppen aus.

Zwischen 2006 und 2011 ist bei 10-jährigen Schülerinnen und Schülern, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben (untere Bildungsstufe), ein deutlicher Anstieg leseschwacher Schüler/innen zu beobachten (von 39 auf 48 %). Dadurch kommt es – im Vergleich zur obersten Bildungskategorie der Eltern (Universität, Fachhochschule oder ähnliches) – zu einer Ausweitung des Bildungsunterschieds (von rund 34 auf 41 Prozentpunkte), der zwischen 2011 und 2016 aber weitgehend unverändert blieb.

Bei den 15-jährigen Schülerinnen und Schülern ist zwischen 2006 und 2009 ebenfalls in der unteren Bildungsstufe (Eltern mit max. Pflichtschulabschluss) ein deutlicher Anstieg leseschwacher Schüler/innen erkennbar (von 38 auf 75 %). Dieser Anteil nimmt jedoch zwischen 2009 und 2012

wieder ab (von 57 auf 43 %) und bleibt im Jahr 2015 auf diesem Niveau. Der Bildungsunterschied wird damit zunächst größer (von 26 auf 44 Prozentpunkte) und nimmt danach wieder ab (auf 34 bzw. 29 Prozentpunkte). Das Ausgangsniveau des Jahres 2006 (26 Prozentpunkte) wird bislang aber nicht mehr erreicht.

Bundesländerunterschiede

Aussagen zur regionalen Variabilität sind weder für Gesundheitskompetenz noch für Lesekompetenz möglich, da die Daten eine derartige Differenzierung bislang nicht verlässlich ermöglichen.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich zählt Österreich zu jenen Ländern, die einen hohen Anteil an Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz aufweisen (Griebler et al. 2017b). Dies gilt für alle Bereiche der Gesundheitskompetenz.

In puncto Lesekompetenz liegt Österreich bei den 9- bis 10-Jährigen – gemessen am Anteil lese-schwacher Schüler/innen – in den Jahren 2006 und 2016 unter dem europäischen Durchschnitt und im Jahr 2011 über dem europäischen Mittel. Österreich nimmt damit die Plätze 10 (2006) und 9 (2016) sowie Platz 14 (2011) ein.

Bei den 15-Jährigen rangiert Österreich bezüglich des Anteils leseschwacher Schüler/innen knapp über oder unter dem europäischen Durchschnitt; einzige Ausnahme ist das Jahr 2009, in dem Österreich (mit 28 Prozent) deutlich über dem EU-Schnitt lag. Im Ranking belegt Österreich damit die Plätze 15 (2006), 17 (2012) und 19 (2015) sowie Platz 24 (2009).

5.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz 😊

Der erste Maßnahmenplan wurde im Jahr 2014 von der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ herausgegeben (BMGF 2017e). Darauf aufbauend (so wie im Vorfeld) wurden bzw. werden schrittweise weitere umsetzungsorientierte Strategien in politikfeldübergreifenden Arbeitsgruppen der ÖPGK und/oder im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erarbeitet:

- » 2013: Gesundheitskompetenz ist erstmals mit punktuellen Maßnahmen in der Zielsteuerung-Gesundheit verankert.
- » 2014: Empfehlungspapier zur Einrichtung der „Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz“ (ÖPGK) durch die Zielsteuerung-Gesundheit

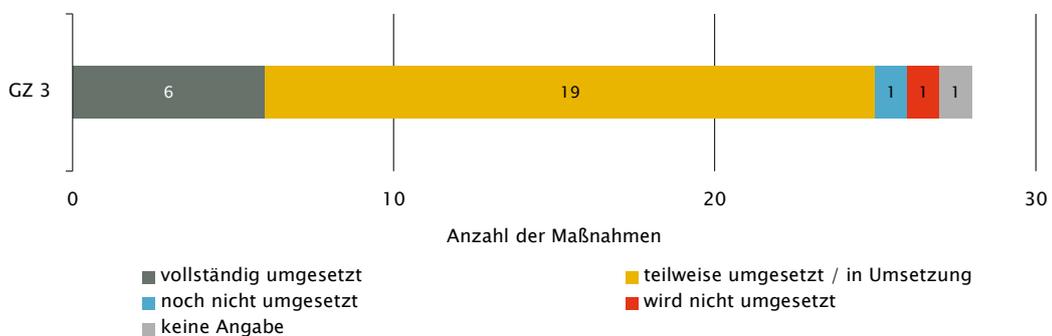
- » 2014: Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein priorisierter Schwerpunkt der österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie.
- » 2015/16: Im Rahmen des Förderschwerpunkts „Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche“ wird die Förderung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen im Rahmen der Vorsorgemittel-Strategie des Bundes gefördert (inzwischen wurde dieser Förderschwerpunkt für die Periode 2017–2021 verlängert).
- » 2016: Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur
- » 2017: Ausbau der Gesundheitskompetenz in der Zielsteuerung Gesundheit 2017–2021 erstmals als eigenes Ziel mit den vier Umsetzungsschwerpunkten Gesprächsqualität, Gute Gesundheitsinformation, Gesundheitskompetente Organisationen und Gesundheitskompetenz-Erhebung
- » 2017 Publikation der Kriterien für gute Gesundheitsinformation durch die ÖPGK
- » 2017: „Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung“ wird als eigenes Wirkungsziel in die österreichische Diabetes-Strategie aufgenommen.
- » 2018 (in Vorbereitung): Dissemination der „Guten Gesundheitsinformation“ und Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes zu Gesundheitskompetenten Organisationen und Settings

Diese strategischen Entwicklungen werden seit 2015 vom intersektoralen Kern-Team der ÖPGK koordiniert und im Gesundheitssektor insbesondere mit der Fachgruppe Public Health der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmt.

5.2 Maßnahmen-Monitoring

Um die drei definierten Wirkungsziele zu erreichen, werden im Strategie- und Maßnahmenkonzept zum GZ 3 (BMGF 2017e) in Summe **28 Maßnahmen** genannt. Mit Stand Dezember 2015 waren **21 Prozent** der Maßnahmen (6 Maßnahmen) bereits **umgesetzt**, weitere 68 Prozent (19 Maßnahmen) befanden sich noch in Umsetzung. Jeweils eine Maßnahme wird zum Zeitpunkt des Maßnahmen-Monitorings noch nicht bzw. nicht umgesetzt. Zum Umsetzungsstand einer Maßnahme konnten keine Angabe eingeholt werden. (Delcour et al. 2017)

Abbildung 5.1:
Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 3



Stand 31. 12. 2015

Quelle: GÖG

Unter Wirkungsziel 1 werden Maßnahmen umgesetzt, die das **Gesundheitssystem** unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen sollen.

- » Es gibt hier drei „webbasierte Maßnahmen“, die über die Zielsteuerung–Gesundheit beobachtet werden, z. B. Ausbau des öffentlichen Gesundheitsportals (www.gesundheit.gv.at).
- » Drei Maßnahmen werden im Bereich „organisationale Gesundheitskompetenz“ genannt. Zwei davon sind bereits abgeschlossen, etwa das Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“. Die Maßnahme „gesundheitskompetente Sozialversicherung“ befindet sich (noch) in Umsetzung.
- » Drei von vier Maßnahmen zur „Aus- und Weiterbildung von Akteurinnen/Akteuren im Gesundheitswesen“ (z. B. Konzept zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung) befinden sich in Umsetzung. Eine Maßnahme ist bereits abgeschlossen (Ausbau von Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen für Gesundheitsberufe und Meinungsbildner/innen in Bezug auf die Angebote von Selbsthilfegruppen und Patientenbeteiligung).
- » Der Themenbereich „Bildung von Patientinnen/Patienten und allgemeiner Bevölkerung“ umfasst vier Maßnahmen (z. B. Konzept zur Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem). Zwei Maßnahmen sind vollständig umgesetzt, eine befindet sich in Umsetzung und eine weitere wird durch das Monitoring der Zielsteuerung–Gesundheit beobachtet.

Mit Wirkungsziel 2 möchte man die **persönliche Gesundheitskompetenz** unter Berücksichtigung **vulnerabler Gruppen** stärken.

- » Sieben größtenteils in Umsetzung befindliche Maßnahmen zielen auf die Gruppe „Kinder und Jugendliche sowie Familien“ insgesamt. Als Beispiele seien hier etwa die Ausweitung des Programms REVAN oder Maßnahmen zur Förderung der Lesekompetenz genannt.

- » Vier weitere Maßnahmen tragen zur Stärkung von „Migrantinnen/Migranten und anderen potenziell vulnerablen Zielgruppen“ bei, indem etwa im Rahmen von MiMi die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten gestärkt wird (in einer Evaluierung belegt) und die Beratungsangebote für pflegende Angehörige ausgebaut wurden.
- » Der dritte Themenblock dieses Wirkungsziels betrifft die „allgemeine Bevölkerung“. Drei Maßnahmen werden hier umgesetzt (z. B. Gesundheitskompetenz-Coaching in Einrichtungen der Sozialversicherung), eine ist bereits abgeschlossen (Prüfung von Support-Angeboten wie etwa GIVE hinsichtlich ihrer Eignung zum Aufbau von Gesundheitskompetenz).

Wirkungsziel 3 „**Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor** verankern“ umfasst drei Maßnahmen aus dem Bereich Ernährung, die sich mit Stand 31. 12. 2015 in Umsetzung befanden.

Eine wesentliche Maßnahme des GZ 3 ist die Einrichtung der **Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)**¹³. Die ÖPGK wurde im Jahr 2015 eingerichtet und unterstützt bundesweit das Erreichen der oben genannten Wirkungsziele. Im Rahmen der ÖPGK werden kontinuierlich neue Maßnahmen aufgenommen.

5.3 Resümee

Entwicklungen in Sachen Gesundheitskompetenz können im Zeitverlauf derzeit nur in Bezug auf die Lesekompetenz eingeschätzt werden, da bislang keine Trenddaten zur Gesundheitskompetenz vorliegen.

Lesekompetenz stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, sich gesundheitsrelevante Kompetenzen anzueignen, und weist weder für die 9- bis 10-Jährigen noch für die 15-Jährigen einen eindeutigen Trend auf. Im europäischen Vergleich schneiden Österreichs Kinder und Jugendliche nur mittelmäßig ab, wobei je nach Alter und Erhebungsjahr 15 bis 28 Prozent nicht „sinnerfassend“ lesen können.

Gesundheitskompetenz ist in Bezug auf Gesundheitsförderung (im Vergleich zu den Bereichen Prävention und Krankenbehandlung) am schlechtesten ausgeprägt und von einem Geschlechter- und Bildungsunterschied gekennzeichnet: Frauen und höhere Bildungsgruppen weisen eine stärker ausgeprägte Gesundheitskompetenz auf als Männer und Menschen mit geringer formaler Bildung. Dieses Muster trifft auch auf die Lesekompetenz der Kinder und Jugendlichen zu. Auch Mädchen sowie Kinder und Jugendliche aus einem formal höher gebildeten Elternhaushalt schneiden besser ab als Burschen sowie Kinder und Jugendliche, deren Eltern eine geringe formale Bildung aufweisen.

¹³

<https://oepgk.at/>

Mit dem Arbeitsgruppenbericht zum GZ 3 wurde ein erstes Strategie- und Maßnahmenkonzept zur Förderung der Gesundheitskompetenz vorgelegt. Darauf aufbauend wurden bzw. werden schrittweise für das GZ 3 weitere nationale Strategien in politikfeldübergreifenden Arbeitsgruppen (im Rahmen der ÖPGK) erarbeitet. Zusätzlich werden im Rahmen der ÖPGK laufend neue Maßnahmen eingemeldet.

Auf der Maßnahmenebene wird deutlich, dass die im Jahr 2015 festgelegten Maßnahmen bereits mehrheitlich umgesetzt sind (Stand Dezember 2015). Als besonders relevant für die Umsetzung von GZ 3 erweist sich die ÖPGK, die einzelne Themen strategisch vorantreibt (s. 5.1.2).

6 GZ 4 – Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Eine gesunde Umwelt stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Umweltfaktoren können Gesundheit und Wohlbefinden wesentlich beeinträchtigen und auch chronische Erkrankungen (wie Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen) mit verursachen. Verschiedene Gruppen von Menschen sind in unterschiedlichem Ausmaß Umweltbelastungen ausgesetzt. Daher müssen vulnerable Gruppen und Kinder besonders geschützt werden. (BMGF 2017j)

Die Arbeitsgruppe zu Gesundheitsziel 4 hat im Jahr 2017 mit der Operationalisierung von GZ 4 begonnen. Die Wirkungsziele sind bereits definiert, die Publikation des Strategie- und Maßnahmenkonzepts ist für die zweite Jahreshälfte 2018 vorgesehen:

- » WZ 1: Die Grundlagen für ein gesundes Leben durch einen verantwortungsvollen und nachhaltigen Umgang mit Ressourcen sowie durch eine ebensolche Gestaltung des Lebensraumes erhalten und stärken.
- » WZ 2: Umweltbelastungen mit potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit vermeiden, identifizieren, beobachten und, wenn möglich, reduzieren.
- » WZ 3: Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit bei Bevölkerung und Entscheidungsträgern fördern/stärken und Umweltgerechtigkeit bestmöglich sicherstellen.

6.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

6.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Die Operationalisierung von GZ 4 ist noch nicht abgeschlossen. Nachstehend werden deshalb nur die Ergebnis-Indikatoren auf Meta-Ebene dargestellt (s. Tabelle 6.1). Sie beziehen sich auf Luft resp. Feinstaub und Lärm.

Tabelle 6.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 4

Indikator	Meta-Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt			nach Bildung ² niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite	
			PM _{2,5} -Belastung (in µg/m ³) Luftgütemessung 😊		2006	19,2	Deutliche Abnahme zwischen 2006 und 2007 und seit 2011			Nicht möglich		
		2016	11,5								10,2–16,3*	
Lärmbelastung (in %) a) sehr stark und stark b) mittelmäßig MZ-UMW ☹️	Meta-Indikator	2007	a) 10 b) 13	Steigende Lärmbelastung	a) 10 b) 12	a) 11 b) 13	Geringer Geschlechterunterschied	a) 10 b) 10	a) 10 b) 15	Zunehmender Bildungsunterschied: deutlicher Anstieg in der oberen Bildungsstufe	a) 6–17 b) 9–17	Zunehmender Bundesländerunterschied zw. 2007 und 2011
		2011	a) 10 b) 14		a) 10 b) 15	a) 11 b) 14		a) 8 b) 14	a) 12 b) 17		a) 5–19 b) 9–21	
		2015	a) 12 b) 14		a) 11 b) 14	a) 12 b) 14		a) 11 b) 8	a) 13 b) 17		a) 6–23 b) 8–21	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung ☹️ keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹️ negative Entwicklung

* Bei diesem Indikator sind Bundesländerwerte nicht möglich, weil das Modell klimatisch-topographische Regionen unterscheidet, die in vielen Fällen nicht mit Bundesländergrenzen übereinstimmen. Als Ersatz wird hier die Bandbreite der sechs Landeshauptstädte, für welche Daten zur Verfügung stehen, angegeben: Wien, Ballungsraum Graz, Ballungsraum Linz, Salzburg Stadt, Innsbruck und St. Pölten.

¹ Lärmbelastung: max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher

Luftgütemessung; jährlich, Exposition der Bevölkerung

MZ-UMW = Mikrozensus Umweltbedingungen und Umweltverhalten; alle drei bis fünf Jahre, erstmals 1970; Bevölkerung 15 Jahre und älter

Quelle und Darstellung: GÖG

Bezüglich Luftqualität wurden im Baseline-Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) die PM₁₀-Belastung und deren Jahres- und Tagesmittel-Grenzwertüberschreitungen dargestellt¹⁴. Die Arbeitsgruppe zu GZ 4 erachtete allerdings die PM_{2,5}-Belastung aufgrund der kleineren Partikel, die bis in die Lungenbläschen gelangen können, als relevanter für die Gesundheit.

Ein weiterer Änderungsbedarf ergab sich aus der Tatsache, dass es mittlerweile eine Modellrechnung des Umweltbundesamtes gibt, die die bevölkerungsgewichtete Belastung berechnet. Diese Berechnung eliminiert nicht brauchbare Messstellen (Messstellen mit unplausiblen Werten, z. B. wegen einer temporären Baustelle in der Nähe) und berücksichtigt anhand eines einfachen topographischen-klimatologischen Modells die Verbreitung von Feinstaub. Damit wird nicht nur die Emission von Feinstaub, sondern die Exposition der Bevölkerung gemessen. Die Modellrechnung kann standardisiert in regelmäßigen Abständen wiederholt werden und sichert damit die Fortsetzung der Zeitreihe (Umweltbundesamt 2017, PM₁₀- und PM_{2,5}-Exposition der Bevölkerung in Österreich). Diese Methode wird auch für die Berechnung des entsprechenden Indikators zum SDG 11.6¹⁵ angewendet, sodass ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern möglich ist. Der Eurostat-Indikator für die PM_{2,5}-Exposition enthält ebenfalls eine Bevölkerungsgewichtung, berücksichtigt aber nur Messstellen im städtischen Raum (in Österreich Wien, Graz und Linz).

Die subjektive Lärmbelastung kann weiterhin durch das Mikrozensus-Sonderprogramm „Umweltbedingung, Umweltverhalten“ abgebildet werden. Für den internationalen Vergleich muss allerdings die EU-SILC-Befragung herangezogen werden, die Lärmbelastungen etwas weniger differenziert bezüglich der Antwortkategorien und mittels etwas anderer Fragestellung erhebt als der Mikrozensus „Umweltbedingungen, Umweltverhalten“.

Generelle Entwicklungen

Der langfristige Trend der **Feinstaubbelastung** ist tendenziell rückläufig: Zwischen 2006 und 2016 hat die PM_{2,5}-Exposition pro Jahr im Durchschnitt um 0,59 µg/m³ abgenommen, und zwar von 19,2 auf 11,5 µg/m³.

Die **Lärmbelastung** hingegen ist leicht gestiegen:

- » Im Jahr 2007 fühlten sich rund 10 Prozent der Bevölkerung stark bis sehr stark von Lärm in der Wohnumgebung belästigt, im Jahr 2015 waren es rund 12 Prozent.
- » Auch die Kategorie der mittelmäßigen Lärmbelästigung ist von rund 13 auf knapp 14 Prozent gestiegen.

14

Diesbezüglich gibt es verschiedene Ziel- oder Richtwerte; z. B. hat die WHO für PM_{2,5} einen Richtwert von 10 µg/m³ als Jahresmittelwert festgelegt.

15

Sustainable Development Goal 11.6: „Bis 2030 die von den Städten ausgehende Umweltbelastung pro Kopf senken, unter anderem mit besonderer Aufmerksamkeit auf der Luftqualität und der kommunalen und sonstigen Abfallbehandlung“

Geschlechterunterschiede

Eine Differenzierung der Feinstaubbelastung nach Geschlecht ist weder möglich noch sinnvoll.

Frauen und Männer sehen die Lärmbelastigung ähnlich, es gibt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Im Jahr 2007 fühlten sich Frauen noch mehr belästigt als Männer, doch 2015 war die subjektive Belastung annähernd gleich.

Bildungsunterschiede

Aussagen zu allfälligen Unterschieden nach Bildung lassen sich für den Feinstaubindikator nicht treffen.

Menschen mit höherem Bildungsabschluss fühlen sich durch Lärm eher belästigt als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss. 13 Prozent der Menschen mit mindestens Matura fühlten sich im Jahr 2015 stark bis sehr stark durch Lärm belästigt, von den Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss waren es 11 Prozent. Größer sind die Unterschiede, wenn auch mittelmäßige Belästigung einbezogen wird: 31 vs. 19 Prozent fühlten sich durch Lärm mittelmäßig bis sehr stark belästigt. Durch einen deutlichen Anstieg in der oberen Bildungsstufe hat der Unterschied zwischen den Bildungsstufen (zuungunsten der oberen Bildungskategorie) zw. 2007 und 2015 zugenommen.

Bundesländerunterschiede

Die regionalen Unterschiede in Bezug auf Umweltbelastungen sind enorm.

- » Das Aufzeigen regionaler Unterschiede hinsichtlich der Feinstaub-Exposition ist auf Bundesländerebene nicht möglich oder sinnvoll. Doch ein Vergleich zwischen den sechs Landeshauptstädten, für welche Daten zur Verfügung stehen¹⁶, zeigt durchaus Unterschiede: In Salzburg ist die Belastung mit $10,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ am geringsten, in Graz mit $16,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ am höchsten (jeweils 2016). Nicht nur die Durchschnittswerte, sondern auch die Bandbreiten waren im Jahr 2006 deutlich höher.
- » Die Lärmbelastigung ist erwartungsgemäß in Wien am höchsten: 23 Prozent der Wiener Bevölkerung fühlten sich im Jahr 2015 stark bis sehr stark durch Lärm belästigt. Am niedrigsten war die Lärmbelastigung im Burgenland, wo sich 6 Prozent belästigt fühlten.
- » Die Unterschiede nach Regionen sind im Zeitraum 2007 bis 2015 deutlich größer geworden. Die BL-Bandbreite ist von gerundet 11 auf rund 17 Prozentpunkte gestiegen.

16

Wien, Ballungsraum Graz, Ballungsraum Linz, Salzburg Stadt, Innsbruck und St. Pölten

Europäischer Vergleich

- » Die PM_{2,5}-Exposition ist in den nördlichen europäischen Ländern am geringsten. Im Vergleich mit 22 anderen EU-Ländern¹⁷ weist Österreich im Jahr 2017 die achthöchste Belastung auf und liegt damit im oberen Feld. Eine längere Zeitreihe des bevölkerungsgewichteten Indikators gibt es noch nicht.
- » Die Lärmbelastung liegt in Österreich um den EU-Durchschnitt. In den Jahren 2015 und 2016 rangierte Österreich an 19. Stelle aller EU-28-Länder¹⁸. Im Jahr 2016 fühlten sich in Österreich rund 17 Prozent der Bevölkerung in ihrer Wohnung oder Wohnumgebung durch Lärm von Nachbarn oder von draußen belästigt, im Durchschnitt der EU-28-Länder waren es 18 Prozent. Im Jahr 2007 lag Österreich mit einem Anteil von rund 20 Prozent an 12. Stelle der EU-Länder (ohne Kroatien); der Rangverlust ist darauf zurückzuführen, dass die Lärmbelastung in vielen EU-Ländern zurückgegangen ist.

6.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Für GZ 4 liegen keine Policy- und Prozess-Indikatoren vor.

6.2 Maßnahmen

Die Arbeitsgruppe zu GZ 4 hat im Jahr 2017 ihre Arbeit aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Monitoringberichts lag das Strategie- und Maßnahmenkonzept noch nicht vor. Das Konzept wird 2018 fertiggestellt.

6.3 Resümee

Die Wirkungsziel-Indikatoren und insbesondere deren Zielwerte sind bis dato noch nicht festgelegt. Doch insbesondere im Umweltbereich gibt es auf EU-Ebene und in anderen nationalen Strategien Zielvorgaben. In Bezug auf die Feinstaubbelastung gibt etwa die EU-Luftqualitätsrichtlinie (RL 2008/50/EG) Grenzwerte vor: Bis zum Jahr 2020 soll die Belastung in fünf österreichischen Städten um 15 Prozent, ausgehend vom Jahr 2008, reduziert werden. Im Jahr 2015 wurde das

¹⁷

Die OECD-Statistik erfasst folgende EU-Länder: Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn.

¹⁸

Quelle: EU-SILC

Zwischenziel erreicht und es ist davon auszugehen, dass auch das Ziel für das Jahr 2020 eingehalten werden kann. Der kontinuierliche Rückgang der PM_{2,5}-Belastung während der letzten Jahre ist eine erfreuliche Entwicklung.

Die Lärmbelästigung hingegen scheint größer zu werden. Gemäß der letzten Erhebung 2015 fühlten sich rund 12 Prozent der Bevölkerung stark bis sehr stark von Lärm in der Wohnumgebung belästigt, 2007 waren es noch 10 Prozent. Diesbezüglich besteht also Handlungsbedarf, insbesondere in Ballungsräumen. Es ist allerdings zu erwarten, dass durch die – auch aus Emissionsgründen vorangetriebene – Förderung der Elektromobilität auch die Chance besteht, dass die Lärmbelästigung geringer wird.

Im europäischen Vergleich bestehen für Österreich sowohl bezüglich der Luftqualität (PM_{2,5}-Belastung) als auch der Lärmbelastung große Herausforderungen.

7 GZ 5 – Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft – auch als Sozialkapital oder soziale Kohäsion bezeichnet – leistet als protektiver Faktor einen wichtigen Beitrag für Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden. Der Zusammenhalt sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Generationen und Geschlechtern sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Gruppen steht zudem in einem direkten Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Erfolg und der Sicherheit einer Gesellschaft und hat positive Auswirkungen auf ihre Stabilität. Gesellschaften, die durch mehr Solidarität gekennzeichnet sind, schneiden demnach sowohl in sozialer wie auch in gesundheitlicher Hinsicht besser ab. (BMGF 2017j)

Grob können drei Ebenen des sozialen Zusammenhalts bzw. des Sozialkapitals unterschieden werden (BMGF 2017j):

- » Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene (Makro-Ebene), der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird
- » Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Meso-Ebene)
- » Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikro-Ebene)

Da Gesundheitsziel 5 – im Sinne eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts – noch nicht operationalisiert wurde, konzentriert sich die nachstehende Betrachtung ausschließlich auf die Meta-Ebene.

7.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

7.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 5 wird derzeit anhand nachstehender Ergebnis-Indikatoren beobachtet. Sie adressieren alle zuvor genannten Ebenen des sozialen Zusammenhalts und versuchen, die konzeptionelle Breite des Begriffs einzufangen. Der Fokus wurde dabei auf die Einkommensverteilung, das soziale Vertrauen, das Freiwilligen-Engagement und die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen gelegt (s. Tabelle 7.1)

Tabelle 7.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 5

Indikator	Meta-Indikator	Jahr	Gesamt	nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt	nach Bundesländern BL-Bandbreite					
Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen (in %) EU-SILC ☺	Meta-Indikator	2006	25	Zunahme zw. 2006 und 2008, seither zwischen 27 und rund 28 Prozent		Wenig aussagekräftig, da es hier um das Haushaltseinkommen geht			Wenig aussagekräftig, da es hier um das Haushaltseinkommen geht	-	Keine Daten verfügbar	
		2014	28							-		
		2016	27							-		
Soziales Vertrauen (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ESS ☺	Meta-Indikator	2007	5,4	Zunahme zw. 2007 und 2010/11, Abnahme zw. 2013 und 2014/15, 2016 erneuter Anstieg	5,3	5,5	2007-2013 Frauen haben höheres soziales Vertrauen, 2014/15 kein Unterschied, 2016 Männer geringfügig höheres soziales Vertrauen	5,1	5,7	Bildungsunterschiede haben zw. 2007 und 2014/15 zugenommen und bleiben 2016 auf dem Niveau von 2014/15	-	Keine Daten verfügbar
		2014/15	5,3		5,3	4,8		5,8	-			
		2016	5,6		5,7	5,6		5,1	6,0		-	
Freiwilligenarbeit (in %) MZ-Sonderfrageprogramm und IFES ☺	Meta-Indikator	2006	44	Zunahme zw. 2006 und 2012, seither unverändert	47	41	Nivellierung des Geschlechterunterschieds zw. 2012 und 2016 durch einen sinkenden Anteil bei Männern und einem steigenden Anteil bei Frauen	33	52	Steigerung bei beiden Bildungsstufe bei etwa gleichbleibender Differenz von 19-22 Prozentpunkten	-	Keine Daten verfügbar
		2012	46		49	42		35	57		-	
		2016	46		46	46		46	37		58	
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden oder zufrieden; Personen in %) ATHIS ☺	Meta-Indikator	2006	87	Keine Veränderung	88	87	Kein nennenswerter Geschlechterunterschied	81	90	Verringerung des Bildungsunterschieds zuungunsten der oberen Bildungskategorie	84-91	Gleichbleibende BL-Bandbreite
		2014	87		88	86		85	87		83-90	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹ negative Entwicklung

¹ Freiwilligenarbeit: max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher; Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher;

soziales Vertrauen: nur über 30-Jährige, ISCED 0–2 vs. ISCED 5–6

EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; jährlich seit 2004; Bevölkerung 16 Jahre und älter

ESS = European Social Survey; normalerweise alle zwei Jahre, erstmals 2002/03; Bevölkerung 15 Jahre und älter

MZ-Sonderfrageprogramm; einmalig 2006; Bevölkerung 15 Jahre und älter

IFES = Institut für Empirische Sozialforschung; 2012 und 2016; Bevölkerung 15 Jahre und älter

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

Quelle und Darstellung: GmbH

Generelle Entwicklungen

Der Gini-Koeffizient¹⁹ (ein häufig verwendetes Maß zur Bewertung der Einkommensverteilung) ist zwischen 2006 und 2008 von rund 25 auf knapp 28 Prozent gestiegen und bewegt sich seit 2009 zwischen 27 und etwa 28 Prozent. Damit hat die Einkommensungleichheit in Österreich etwas zugenommen, da höhere Werte für eine stärkere Konzentration des Einkommens stehen, und ist seither weitgehend konstant geblieben.

Das soziale Vertrauen (eine Einschätzung, wie vertrauenswürdig, fair und hilfsbereit die Mitmenschen sind) ist zwischen 2007 und 2010/11 leicht gestiegen (von 5,4 auf 5,6 Punkte), zwischen 2010/11 und 2013 gleich geblieben und hat zwischen 2013 und 2014/15 wieder abgenommen (von 5,6 auf 5,3 Punkte), bevor es im Jahr 2016 wieder auf das Niveau der Jahre 2010/11 und 2013 angestiegen ist. Im Vergleich zur maximal möglichen Punktezahl (10) weist Österreich in allen Erhebungsjahren ein deutliches Entwicklungspotenzial nach oben auf.

Das Freiwilligen-Engagement (Freiwilligenarbeit) hat zwischen 2006 und 2012 etwas zugenommen (von 44 auf 46 %) und ist zwischen 2012 und 2016 anteilig gleich geblieben. Zwischen 2006 und 2012 ist die informelle Freiwilligenarbeit („Nachbarschaftshilfe“) gestiegen (von 27 auf 31 %), zwischen 2012 und 2016 hatte die formelle Freiwilligenarbeit (unbezahltes Engagement für Organisationen, Vereine oder Institutionen) einen Anstieg zu verzeichnen (von 28 auf 31 %; Ergebnisse sind in Tabelle 7.1 nicht dargestellt).

Keine Veränderung konnte in Bezug auf die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen beobachtet werden. Sie liegt 2006 wie 2014 (bezogen auf Personen, die sehr zufrieden oder zufrieden sind) bei 87 Prozent.

Geschlechterunterschiede

In Bezug auf das soziale Vertrauen deutet die zeitliche Entwicklung auf einen „kippenden Geschlechtereffekt“ hin: Während in den Jahren 2007, 2010/11 und 2013 Frauen ein etwas höheres Vertrauen in ihre Mitmenschen hatten (um 0,2 bis 0,3 Punkte), zeigen im Jahr 2016 – nach einer ausgeglichenen Bewertung zum Erhebungszeitpunkt 2014/15 – Männer ein etwas höheres soziales Vertrauen (um 0,1 Punkte).

Eine Nivellierung des bisher bestehenden Geschlechterunterschieds (zwischen 2012 und 2016) ist in puncto Freiwilligenarbeit erkennbar. Diese Entwicklung ist einem sinkenden Anteil bei Männern (von 49 auf 46 %) und einem steigenden Anteil bei Frauen (von 42 auf 46 %) geschuldet.

19

Der Gini-Koeffizient ist eine Kennzahl zur Darstellung von Gleich- und Ungleichverteilung. Er kann Werte zwischen 0 und 1 bzw. zwischen 0 und 100 Prozent annehmen. Im Fall von Einkommen würde 0 eine absolute Gleichverteilung bedeuten (das Einkommen ist für alle gleich hoch) und 1 bzw. 100 eine totale Konzentration des Einkommens auf eine Person beschreiben.

Kein nennenswerter Geschlechterunterschied besteht (auch über die Zeit betrachtet) in Bezug auf die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen. Sie wird von Frauen und Männern etwa gleich eingeschätzt.

Bildungsunterschiede

Unterschiede im sozialen Vertrauen nach Bildung wachsen zwischen 2007 und 2014/15 und bleiben im Jahr 2016 etwa auf dem Niveau von 2014/15. Während das soziale Vertrauen von Personen mit einem Bildungsabschluss entsprechend ISCED 5–6 (Kolleg, Akademie, (Fach-)Hochschule) in der Tendenz steigt (von 5,7 auf 6,0 Punkte), unterliegt jenes von Personen mit einem Bildungsabschluss entsprechend ISCED 0–2 deutlichen Schwankungen und variiert zwischen 4,8 und 5,5 Punkten.

Das Ausmaß der Freiwilligenarbeit hat sowohl bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (von 33 auf 37 %) als auch bei der Bevölkerung mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (von 52 auf 58 %) zugenommen. Der Unterschied zwischen diesen Bildungsgruppen ist allerdings über alle Erhebungen hinweg etwa gleich geblieben und liegt bei 19 bis 22 Prozent – mit einem höheren Engagement in der Bildungsgruppe mit Matura oder einem höheren Abschluss.

In puncto Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen ist zwischen den Jahren 2006 und 2014 eine Verringerung bildungsbedingter Unterschiede zu beobachten. Diese Abnahme ist einerseits einer steigenden Zufriedenheit bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss geschuldet (von 81 auf 85 %) und andererseits auf eine abnehmende Zufriedenheit in der Bevölkerungsgruppe mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss zurückzuführen (von 90 auf 87 %).

Bundesländerunterschiede

Regionale Unterschiede können derzeit nur in Bezug auf die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen betrachtet werden. Im Jahr 2014 variiert der Anteil sehr zufriedener bis zufriedener Personen in Österreich zwischen 83 Prozent in Wien und 90 Prozent in der Steiermark und in Vorarlberg. Die Diskrepanz zwischen den Bundesländern bleibt damit im Vergleich zum Jahr 2006/07 etwa gleich, obwohl sich das Bundesländer-Ranking verändert hat. In zwei von neun Bundesländern ist es zu einem nennenswerten Anstieg in der Zufriedenheit gekommen (Steiermark und Vorarlberg), während die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen in fünf Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Wien) abgenommen hat.

Europäischer Vergleich

In Bezug auf den Gini-Koeffizient liegt Österreich seit 2006 durchgehend unter dem EU-Durchschnitt. Allerdings hat Österreich zwischen 2006 und 2011 im Ranking der EU-Länder acht Plätze eingebüßt und ist von Platz 4 auf Platz 12 abgerutscht. Seit 2012 hat Österreich im EU-Vergleich wieder Plätze gut gemacht, ohne dass sich der Gini-Koeffizient wesentlich verändert

hätte. Es hat demnach vor allem in anderen EU-Ländern Verschlechterungen gegeben, die in Österreich ausgeblieben sind. Österreich nimmt damit im Jahr 2016 Platz 7 ein.

Bezüglich des sozialen Vertrauens rangiert Österreich in den Jahren 2007, 2010/11²⁰ und 2013²¹ über dem europäischen Durchschnitt (19 bis 24 Vergleichsländer) und liegt seither (2014/15 und 2016: 18 und 13 Vergleichsländer) im europäischen Mittel. Im Ranking der Vergleichsländer belegt Österreich die Plätze 7 (2007, 2013 und 2016) und 9 (2010/11 und 2014/15).

Für die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen sowie für das Freiwilligen-Engagement ist derzeit kein europäischer Vergleich möglich, da zu diesen Themen keine routinemäßig verfügbaren Daten vorliegen.

7.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Zu GZ 5 wurden bislang keine Policy- oder Prozess-Indikatoren definiert.

7.2 Maßnahmen-Monitoring

Die Operationalisierung von GZ 5 – im Sinne eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts – startet im Herbst 2018. Das Monitoring definierter Maßnahmen wird damit erst 2020/2021 sinnvoll möglich sein.

7.3 Resümee

Die Ergebnis-Indikatoren zu GZ 5 lassen – insgesamt betrachtet – seit 2010 keine nennenswerten Entwicklungen erkennen. Da GZ 5 allerdings noch keiner Operationalisierung unterzogen wurde, ist dies wenig überraschend. Mit Querverweis auf GZ 9 ist anzumerken, dass zwischen 2006 und 2014 das soziale Wohlbefinden abgenommen hat – ein Indikator, der ebenfalls für GZ 5 relevant ist.

Der Geschlechtervergleich ergibt ein abnehmendes soziales Vertrauen in Mitmenschen bei Frauen und eine Abnahme der Freiwilligenarbeit bei Männern.

20

Welle 4 des European Social Survey wurde international in den Jahren 2008 und 2009 durchgeführt, in Österreich erst in den Jahren 2010 und 2011. Ein direkter Vergleich mit anderen Ländern ist daher nur eingeschränkt möglich.

21

Welle 5 des European Social Survey wurde international in den Jahren 2010 und 2011 durchgeführt, in Österreich erst im Jahr 2013. Ein direkter Vergleich mit anderen Ländern ist daher nur eingeschränkt möglich.

Das soziale Vertrauen steigt zudem nur bei Personen mit einer höheren formalen Bildung und nicht in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss. Freiwilligenarbeit hat sowohl in der oberen als auch unteren Bildungsgruppe zugenommen, der Bildungsunterschied blieb jedoch unverändert. Die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen hat in der unteren Bildungsgruppe zu- und in der oberen Bildungsgruppe abgenommen.

Im europäischen Vergleich ist das soziale Vertrauen durchschnittlich und die Einkommensungleichheit geringer als im EU-Durchschnitt.

8 GZ 6 – Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen

In der ersten Lebensphase wird die Grundlage für eine gesunde Lebensweise und lebenslange Gesundheit gelegt. Es ist daher wichtig, dem Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit zu schenken (BMGF 2017j). Gesundheitsziel 6 widmet sich deshalb der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Es knüpft an die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie an (BMG 2011a) und konzentriert sich auf jene Ziele darin, die inhaltlich nicht durch die generellen Gesundheitsziele abgedeckt sind. Dementsprechend wurde Gesundheitsziel 6 anhand nachstehender Wirkungsziele operationalisiert (BMGF 2017f):

- » WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken.
- » WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen.
- » WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen.

8.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

8.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 6 samt seinen Wirkungszielen wird mit nachstehenden Ergebnis-Indikatoren beobachtet (s. Tabelle 8.1). Sie fokussieren auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen sowie auf individuelle und verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit.

Für das Schulklima musste – gegenüber dem Baseline-Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) – ein anderer Indikator verwendet werden. Grund dafür ist die nicht länger verfügbare Datenbasis zu den bisher verwendeten Schulklima-Indikatoren. Im Sinne der Harmonisierung unterschiedlicher Monitorings wird auf einen Alternativ-Indikator zurückgegriffen (Schulklima-Index), wie er derzeit – im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit – in der Outcome-Messung im Gesundheitswesen Verwendung findet (BMASGK 2018).

Tabelle 8.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 6

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt	nach Bundesländern BL-Bandbreite					
Ausgezeichneter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (in %) ^{HBSC} 😊	Meta-Indikator	2006	43	Wert 2014 unter dem Niveau von 2006; Abnahme zw. 2006 und 2010, Zunahme zw. 2010 und 2014	50	36	Verringerung des Geschlechterunterschieds, vor allem durch Verschlechterungen bei den Bur-schen	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	41		45	38		-	-		-	
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{HBSC} 😊	Indikator WZ 1 & 2	2006	7,8	Abnahme zw. 2006 und 2010, Zunahme zw. 2010 und 2014	7,8	7,7	Geringe Zunahme des Geschlechterunterschieds zw. 2006 und 2010, seither etwa gleich	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	8,0		8,0	7,8		-	-		-	
Selbstwirksamkeitserwartung (Wertebereich: 0 [-] bis 4 [+]; Mittelwert) ^{HBSC} 😊	Indikator WZ 3	2010	3,0	Dzt. kein Trend verfügbar	3,0	3,0	Derzeit kein Trend verfügbar	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
Gesprächsklima ¹ Vater (in %) ^{HBSC} 😊	Meta-Indikator	2006	68	Abnahme zw. 2006 und 2010, Zunahme zw. 2010 und 2014	77	59	Verringerung des Geschlechterunterschieds zwischen 2010 und 2014	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	69		77	61		-	-		-	
Gesprächsklima ¹ Mutter (in %) ^{HBSC} 😊	Meta-Indikator	2006	85	Wert 2014 auf dem Niveau von 2006; Abnahme zw. 2006 und 2010, Zunahme zw. 2010 und 2014	86	85	2006 und 2014 geringer Geschlechterunterschied, 2010 stärker ausgeprägt	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	85		86	84		-	-		-	

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht			nach Bildung ¹			nach Bundesländern		
				männlich: blau hinterlegt	weiblich: rot hinterlegt		niedrige Bildung: gelb hinterlegt	höhere Bildung: grau hinterlegt	BL-Bandbreite			
Schulklima (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{HBSC} 😊	Meta-Indikator	2010	68	Verbesserung zw. 2010 und 2014	67	68	Kein nennenswerter Geschlechterunterschied	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	75		75	75		-	-		-	
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen (in %) ^{MZ-AKE} 😞	Meta-Indikator & WZ 3	2006	10,0	2008-2014 Abnahme um durchschnittlich 0,53 % pro Jahr, 2014-2016 kein eindeutiger Trend	10,3	9,8	Burschen stärker betroffen: 2006-2014 um durchschnittlich 0,6 %, 2015-2016 um durchschnittlich 1,4 %; kein Trend erkennbar	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	7,0		7,6	6,5		-	-		-	
		2016	6,9		7,7	6,0		-	-		-	
Jugendarbeitslosigkeit (in %) ^{MZ-AKE} 😞	Meta-Indikator	2006	9,8	2006-2011 kein eindeutiger Trend; 2011-2014 Anstieg um durchschnittlich 0,45 % pro Jahr, 2014-2016 Anstieg um durchschnittlich 0,48 % pro Jahr	9,8	9,8	2006-2014 wechselnde Unterschiede, 2015-2016 Burschen stärker betroffen (um durchschnittlich 1,5 %); kein Trend erkennbar	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	10,3		10,6	9,9		-	-		-	
		2016	11,2		12,1	10,2		-	-		-	
Frühgeborenenrate (in %) ^{BEVST} 😊	Indikator WZ 2	2006	8,6	2008-2014 Abnahme um durchschnittlich 0,16 % pro Jahr, 2014-2016 um durchschnittlich 0,12 %				-	-	Keine Auswertungen verfügbar	7,3-9,3	Kein eindeutiger Trend, in der Tendenz sinkend
		2014	7,9					-	-		7,2-8,7	
		2016	7,7					-	-		7,1-8,4	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹ negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

😊 positives Ergebnis 😊 weder positives noch negatives Ergebnis ☹ negatives Ergebnis

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; alle vier Jahre; Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

MZ-AKE = Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung; jährlich; Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen: Personen zw. 18 und 24 Jahren, Jugendarbeitslosigkeit: Personen zw. 15 und 24 Jahren

BEVST = Bevölkerungsstatistik; jährlich

¹ Im Falle des Gesundheitsziels 6 wäre das der Bildungsstand der Eltern; aufgrund der vorherrschenden Datensituation können derzeit keine Aussagen getroffen werden.

² Kindern und Jugendlichen fällt es leicht bis sehr leicht, über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind.

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Der Gesundheitszustand österreichischer Kinder und Jugendlicher hat sich – gemessen an der selbsteingeschätzten Gesundheit und Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger – zwischen 2006 und 2010 verschlechtert und zwischen 2010 und 2014 wieder verbessert. Im Jahr 2014 lag die durchschnittliche Lebenszufriedenheit über und der Anteil ausgezeichnet gesunder Kinder und Jugendlicher knapp unter dem Wert von 2006.

Auf Ebene der individuellen Determinanten wird die Selbstwirksamkeit als Ergebnis-Indikator ins Treffen geführt. Sie kann in ihrer Entwicklung vorerst jedoch nicht beurteilt werden, da derzeit nur Daten für das Jahr 2010 vorliegen (Griebler/Winkler 2014). Vergleichswerte werden aber für das Jahr 2018 erwartet.

Hinsichtlich der Verhältnisdeterminanten fanden sowohl positive als auch negative Entwicklungen statt:

- » Das Gesprächsklima mit den Eltern²² hat sich zwischen 2010 und 2014 verbessert, nachdem es zuvor (zw. 2006 und 2010) eine Verschlechterung erfahren hat.
- » Das Schulklima²³ wird im Jahr 2014 von Österreichs Schülern und Schülerinnen deutlich besser eingeschätzt als im Jahr 2010.
- » Der Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen weist seit 2014 – ob des kurzen Zeitraums – keine eindeutige Entwicklung auf. Zwischen 2008 und 2014 haben frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen jährlich jedoch um durchschnittlich 0,5 Prozent abgenommen.
- » Die Jugendarbeitslosigkeit stieg zwischen 2014 und 2016 um durchschnittlich 0,5 Prozent und setzt damit den 2011 einsetzenden Trend einer steigenden Arbeitslosigkeit unter Jugendlichen weiter fort.
- » Die Frühgeborenenrate (ein dem Gesundheitssystem zurechenbarer Indikator) ist zwischen 2014 und 2016 um durchschnittlich 0,12 Prozent zurückgegangen. Die Entwicklung folgt damit dem seit 2008 dokumentierten Trend.

22

11-, 13- und 15-Jährigen fällt es leicht bis sehr leicht, mit ihrem Vater / ihrer Mutter über Dinge zu reden, die ihnen nahe gehen und wichtig sind.

23

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008).

Geschlechterunterschiede

Nach wie vor bestehen teilweise große Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Dies betrifft

- » die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebenszufriedenheit, die von Burschen besser bewertet wird als von Mädchen,
- » das Gesprächsklima mit dem Vater, das ebenfalls Burschen besser einschätzen, und
- » den Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen sowie die Jugendarbeitslosigkeit, wobei Mädchen besser abschneiden.

Kein Unterschied findet sich hingegen in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, das Gesprächsklima mit der Mutter und das Schulklima.

Seit 2006 nimmt in puncto selbsteingeschätzter Gesundheit der Unterschied zwischen Mädchen und Burschen ab, allerdings nur, weil Burschen eine zunehmend schlechtere Gesundheitsbewertung abgeben. Bezüglich der Lebenszufriedenheit hingegen ist zwischen 2006 und 2010 eine Zunahme der Geschlechterdifferenz erkennbar, die im Jahr 2014 andauert. Das Gesprächsklima mit der Mutter wurde 2006 und 2014 von beiden Geschlechtern etwa gleich eingeschätzt, zwischenzeitlich (2010) jedoch unterschiedlich bewertet (mit 5 % Unterschied zuungunsten der Mädchen). Unterschiede im Gesprächsklima mit dem Vater haben zwischen 2010 und 2014 etwas abgenommen, sind jedoch nach wie vor sehr deutlich ausgeprägt. Keine eindeutigen Trends finden sich hinsichtlich frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen und Jugendarbeitslosigkeit.

Bildungsunterschiede

Aussagen zu Bildungsunterschieden sind – aufgrund der bestehenden Datensituation – bislang nicht möglich.

Bundesländerunterschiede

Bundesländer-Vergleiche können derzeit nur für die Frühgeborenenrate angestellt werden. Im Jahr 2016 variiert sie zwischen 7,1 Prozent (Salzburg) und 8,4 Prozent (Burgenland). Die Diskrepanz zwischen den Bundesländern weist keine eindeutige Entwicklung auf und schwankt über die Jahre hinweg.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich schneidet Österreich wie folgt ab:

- » In Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit zählt Österreich (in den Jahren 2006, 2010 und 2014) zu den sechs bzw. sieben EU-Ländern mit dem höchsten Anteil an Kindern und Jugendlichen mit einem ausgezeichneten Gesundheitszustand.

- » Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit sind Österreichs Kinder und Jugendliche zwischen 2006 und 2010 im EU-Ranking deutlich zurückgefallen (von Platz 5 auf Platz 11), rangieren jedoch im Jahr 2014 auf dem zweitbesten Platz.
- » Bezüglich Gesprächsklima mit dem Vater liegt Österreich etwa im europäischen Mittelfeld und nimmt 2006 den 10. Platz, in den Jahren 2010 und 2014 Platz 15 ein.
- » Das Gesprächsklima mit der Mutter wird in Österreich ähnlich dem europäischen Durchschnitt bewertet. Im EU-Vergleich nimmt Österreich in den Jahren 2006, 2010 und 2014 die Plätze 11, 16 und 14 ein.
- » Mit dem Schulklima rangiert Österreich im Jahr 2014 über dem EU-Durchschnitt und belegt Platz 6 von insgesamt 27 EU-Ländern.
- » In puncto frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen liegt Österreich deutlich unter dem EU-Schnitt und zählt seit 2006 konstant zu jenem Drittel der EU-Länder, die den geringsten Anteil aufweisen. Auf den Rängen 8 bis 12 platziert (in den Jahren 2006 bis 2016), ist jedoch im Ranking kein Aufwärtstrend erkennbar.
- » In Bezug auf die Jugendarbeitslosigkeit rangiert Österreich im Beobachtungszeitraum 2006 bis 2016 deutlich unter dem EU-Durchschnitt und zählt in den Jahren 2008 bis 2015 (zusammen mit Deutschland) zu den beiden EU-Ländern mit der geringsten Jugendarbeitslosigkeit. Im Jahr 2016 rutscht Österreich allerdings im EU-Ranking um drei Plätze ab.

Kein europäischer Vergleich kann derzeit für die Frühgeborenenrate vorgenommen werden. Diesbezüglich liegen keine routinemäßig verfügbaren Daten vor.

8.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Umsetzung, Monitoring und Berichtslegung zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 😊

Die Umsetzung der im Jahr 2011 verabschiedeten Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wird von der Koordinationsstelle Kinder- und Jugendgesundheit (seit 2016 an der GÖG, zuvor am damaligen BMGF angesiedelt) und dem Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit unterstützt und beobachtet.

Bereits vier Mal (2012, 2013, 2014 und 2016) wurde erhoben, welche Maßnahmen in Österreich zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit umgesetzt wurden bzw. werden, um die 20 Ziele der Strategie zu unterstützen (Bengough/Winkler 2015; BMG 2012; Winkler 2013; Winkler et al. 2017).

Um Synergien besser nutzen zu können, wurde das Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit mit der Arbeitsgruppe Gesundheitsziel 6 zusammengeführt. Aufgabe des Komitees ist nun, sowohl die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als auch das Gesundheitsziel 6 in der Umsetzung voranzutreiben. Das Monitoring beider Strategien wird künftig gemeinsam erfolgen.

Fazit:

Ziele bzw. Maßnahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie werden nach und nach umgesetzt, der Stand der Umsetzung wurde bisher vier Mal erhoben und jeweils in einem Update-Bericht publiziert.

Prozess-Indikator: Kontinuierliche Steigerung der Anzahl beschlossener Strategien, Pläne, Gesetze, Berichte und Reformkonzepte auf Bundes- und Landesebene, in denen Kinder und Jugendliche als Zielgruppe explizit berücksichtigt sind (WZ 1) 😊

Es ist sinnvoll, diesen Prozess-Indikator großzügig auszulegen, denn eine „kontinuierliche Steigerung“ ist bei der Fülle an Strategien etc. schwer exakt bestimmbar. Doch das jüngste Update der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Winkler et al. 2017) hat gezeigt, dass Kinder und Jugendliche seit 2012 in zahlreichen Strategien und Plänen explizit als eigene Zielgruppe berücksichtigt wurden. Dafür konnten nachstehende Beispiele identifiziert werden:

- » Zielsteuerung-Gesundheit
- » Gesundheitsförderungsstrategie
- » Krebsrahmenprogramm
- » Österreichischer Strukturplan Gesundheit
- » Wirkungsfolgenabschätzung – Kinder und Jugend
- » Jugendstrategie
- » Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e)
- » Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b)
- » Nationaler Aktionsplan für Integration (NAP.i)
- » Diverse Gesundheitsziele auf Länderebene
- » Diverse Landeszielsteuerungsverträge und Regionale Strukturpläne Gesundheit
- » Vorarlberger Psychiatriekonzept
- » Leitfaden für eine kindergerechte Verkehrsplanung und -gestaltung
- » Kärntner Aktionsplan Mobilität und Gesundheit

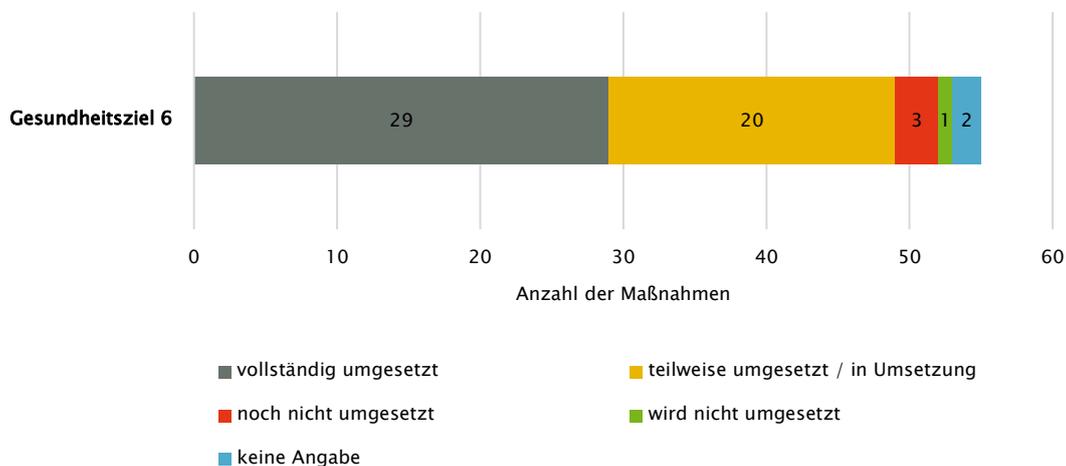
Fazit:

Es ist gelungen, Kinder und Jugendliche in diversen Strategien und Plänen als explizite Zielgruppe zu verankern.

8.2 Maßnahmen-Monitoring

Um die drei definierten Wirkungsziele zu erreichen, wurden im Strategie- und Maßnahmenkonzept (BMGF 2017f) in Summe **55 Maßnahmen** genannt. Mit Stand Dezember 2015 waren **53 Prozent** der Maßnahmen (29 Maßnahmen) bereits **umgesetzt**, weitere 36 Prozent (20 Maßnahmen) noch in der Umsetzung. Drei Maßnahmen wurden bisher nicht begonnen, eine Maßnahme wird voraussichtlich nicht umgesetzt. (Delcour et al. 2017)

Abbildung 8.1:
Umsetzungsstand der Maßnahmen zum Gesundheitsziel 6



Stand 31. 12. 2015

Quelle: GÖG

Die Maßnahmen im Zuge des Wirkungsziels 1 „**Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse** von Kindern und Jugendlichen stärken“ lassen sich in drei Themenfelder gliedern:

- » Kinder und Jugendliche in „Plänen und Strategien“ als eigene Zielgruppe verankern (s. Policy-Indikator Punkt 8.1.1): Das ist in einem Großteil der 14 im AG-Bericht genannten Strategien gelungen (z. B. Nationaler Aktionsplan für Integration, Rehabilitationsplan, österreichischer Strukturplan Gesundheit).
- » Die „rechtlichen Rahmenbedingungen“ verbessern: Die vier Maßnahmen dazu sind entweder (noch) nicht messbar (Umsetzung der Wirkungsfolgenabschätzung Kinder und Jugendliche, Umsetzung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Gesundheitseinrichtungen), wurden neu definiert (Kinderrechte-Monitoring) oder bedürfen aufgrund einer relativ unpräzisen Formulierung noch einer neuen Definition (Sensibilisierung der Patienten-Anwaltschaft für besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen).
- » Maßnahmen zur „Aus- und Weiterbildung relevanter Berufsgruppen“: Vier von diesen fünf Maßnahmen wurden schon umgesetzt (z. B. Novellierung des Psychologengesetzes, Definition von Mindestqualitätsstandards für Bildungsangebote in der außerschulischen Jugendarbeit, zwei kinderspezifische Lehrgänge etablieren).

Wirkungsziel 2 „in der **Schwangerschaft und frühen Kindheit** das Fundament für langfristige Gesundheit legen“ wird ebenfalls im Rahmen dreier Themenfelder umgesetzt.

- » Für „Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit“ gab es vier Maßnahmen zu Frühen Hilfen, die alle umgesetzt wurden (Grundlagenarbeiten, Entwicklung eines Leitfadens, Durchführung von Modellprojekten, Schaffen nachhaltiger Strukturen). Vier weitere Maßnahmen wurden

teilweise abgeschlossen, wie etwa die Verankerung einer kostenlosen Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass (vgl. dazu auch Gesundheitsziel 2).

- » Die drei Maßnahmen bezüglich „Impfungen“ sind entweder bereits umgesetzt (Anpassung des Kinderimpfkonzepts, Gratisimpfungen für alle bis zum 15. Lebensjahr) oder befinden sich in Umsetzung (MMR-Elimination gemäß Nationalem Aktionsplan).
- » Darüber hinaus gibt es zwei Maßnahmen(bereiche) für die Zielgruppe „Kinder und Familien mit Migrationshintergrund“, die gezielt die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund fördern sollen. Pilotprojekte mit niederschwelligem Zugang für die Zielgruppe befinden sich in Umsetzung, ein konkret genanntes Projekt zur interkulturellen Begleitung von Kindern mit Entwicklungs- oder Gesundheitsproblemen und deren Familien ist abgeschlossen.

Wirkungsziel 3 befasst sich mit **Lebenskompetenz** und **Bildung** von Kindern und Jugendlichen.

- » Sechs Maßnahmen zum Thema „Gesundheit in Kindergarten und Schule“ werden hier umgesetzt, wobei zwei davon abgeschlossen sind (Verankerung von Gesundheitsförderung im Kompetenzkatalog der Lehrkräftebildung sowie in der Schulqualität Allgemeinbildung und der Qualitätsinitiative Berufsbildung) und vier sich in Umsetzung befinden (z. B. Ausbau des Angebots an ganztägigen Schulen unter Berücksichtigung von Gesundheitsförderung).
- » Drei Maßnahmen hinsichtlich Elternbildung befinden sich ebenso in Umsetzung wie drei Maßnahmen des Themenkomplexes „Medien“ (ein weiteres Medienprojekt ist ausgelaufen).
- » Schließlich werden noch drei Projekte zur „Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt“ umgesetzt, wie etwa das Clearing/Jugendcoaching.

Im Jahr 2017 hat die Arbeitsgruppe GZ 6 ein Update zum Strategie- und Maßnahmenkonzept vorgelegt, das auch neue Maßnahmen umfasst (BMGF 2017g).

8.3 Resümee

Seit Veröffentlichung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011a) und des Strategie- und Maßnahmenkonzepts zur Umsetzung des Gesundheitsziels 6 (BMGF 2017f) wurden zahlreiche Maßnahmen zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit dokumentiert und umgesetzt (s. auch 8.2). Zudem wurden Kinder und Jugendliche in zahlreichen Strategien und Plänen als explizite Zielgruppe genannt und berücksichtigt.

Mit Ausnahme der Jugendarbeitslosigkeit (steigender Trend) lassen alle Ergebnis-Indikatoren seit 2010 eine positive Entwicklung erkennen. Beim Anteil frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen und der Frühgeborenenrate setzt sich damit die seit 2008 ersichtliche positive Entwicklung fort.

In puncto Geschlechterunterschied ist das Augenmerk auf die selbsteingeschätzte Gesundheit, das Gesprächsklima mit dem Vater und auf die frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger/innen zu legen.

Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit von bis zu zehn Prozent bis zum Jahr 2032 (auf durchschnittlich 8,3 Punkte; WZ 1 und 2), wie im AG-Bericht festgehalten (BMGF 2017f), bedarf einer Fortsetzung der seit 2010 beobachtbaren Verbesserung. Auch in Sachen Frühgeburtenrate, wo ebenfalls eine Reduktion von bis zu zehn Prozent anvisiert ist (auf eine Rate von 7,5 %; WZ 3), geht die Entwicklung in die richtige Richtung. Die Reduktion des Anteils früher Schulabgänger/innen um 30 Prozent (auf rund 5,3 %; WZ 3) scheint – unter Bedachtnahme auf die bisherige Entwicklung – ebenfalls realistisch.

Ebenfalls in Zusammenspiel mit dem GZ 6 stehen Indikatoren zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen (s. GZ 7 und 8):

- » Der Konsum von Obst und Gemüse hat bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2006 und 2014 deutlich zugenommen (s. 9.1.1).
- » Der Anteil täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiver Kinder und Jugendlicher hat zwischen 2006 und 2010 zugenommen, ist jedoch zwischen 2010 und 2014 wieder gesunken (s. 10.1.1).

Im europäischen Vergleich schneidet Österreich – mit Ausnahme des Gesprächsklimas mit Vater und Mutter – insgesamt gut ab.

9 GZ 7 – Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Ernährung hat in jeder Lebensphase großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Durch eine gesunde Ernährung kann Untergewicht und Adipositas vorgebeugt und das Risiko für chronische Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes) reduziert werden. Alle Menschen sollten deshalb Zugang zu hochwertigen, regionalen und saisonalen Lebensmitteln erhalten. Aus diesem Grund braucht es u. a. in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Krankenhäusern und Seniorenheimen gesundheitsförderliche Verpflegungsangebote. Auch das Bewusstsein, wie man die eigene Gesundheit durch Ernährung unterstützt, sollte bei allen Menschen gefördert werden. Die Herstellung, Verarbeitung und Vermarktung von Lebensmitteln sollte unter gesundheitlichen, ökologischen und sozialen Gesichtspunkten erfolgen. (BMGF 2017j)

Da Gesundheitsziel 7 – im Sinne eines Strategie- und Maßnahmenkonzepts – noch nicht operationalisiert ist, konzentriert sich die nachstehende Betrachtung ausschließlich auf die Meta-Ebene. Abseits von GZ 7 wird eine gesunde Ernährung derzeit durch den Nationalen Aktionsplan Ernährung (BMG 2011b) und durch die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011a) strategisch unterstützt.

9.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

9.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Auf der Meta-Ebene wird Gesundheitsziel 7 anhand von fünf Indikatoren beobachtet. Sie fokussieren auf den täglichen Konsum von Obst und Gemüse (als Proxy für eine gesunde Ernährung) und auf den Gewichtsstatus der Bevölkerung (s. Tabelle 9.1).

Diesbezügliche Daten werden jeweils für Kinder und Jugendliche und für die Bevölkerung von 15 Jahren und älter berichtet.

Im Unterschied zum Baseline-Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) liegen nun auch für die ab 15-jährige Bevölkerung Daten zum täglichen Obst- und Gemüsekonsum vor. Sie entstammen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Da im Rahmen der HBSC-Studie bislang keine Aussagen zur Häufigkeit von Untergewicht getroffen werden, wird auch im GZ-Monitoring derzeit auf den Indikator „Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ verzichtet. Der Adipositas-Indikator wird hingegen auf Übergewicht und Adipositas ausgeweitet, da in diesem Alterssegment auch Übergewicht (d. h. die Vorstufe von Adipositas) – im Sinne der Lebenslauf-Perspektive – von besonderer Bedeutung ist.

Tabelle 9.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 7

Indikator	Meta-Indikator	Jahr	Gesamt	nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt	nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt		nach Bundesländern BL-Bandbreite					
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei Kindern und Jugendlichen (in %) ^{HBSC} 😊		2006	12	Deutlicher Anstieg seit 2006	9	14	Unterschied zw. Bur- schen und Mädchen nimmt zu: stärkerer Anstieg bei den Mäd- chen	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten ver- fügbar
		2014	24		19	29		-	-		-	
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %) ^{ATHIS} 😞		2014	35	Dzt. kein Trend verfügbar	26	44	Dzt. kein Trend verfügbar	34	43	Dzt. kein Trend verfügbar	29-42	Dzt. kein Trend verfügbar
Übergewicht und Adipositas (in %) bei Kindern und Jugendlichen ^{HBSC} 😊		2006	13	Anstieg zw. 2006 und 2010 auf 15 %, Abnahme zw. 2010 und 2014 auf 14 %	17	8	Unterschied zw. Bur- schen und Mädchen nimmt ab: steigende Prävalenz bei den Mäd- chen	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten ver- fügbar
		2014	14		17	12		-	-		-	
Untergewicht (in %) ^{ATHIS} 😞		2006	2,6	Seit 2006 weitge- hend konstant bei rund 3 %	1,3	3,7	Geschlechterunter- schied nimmt tenden- ziell zu (um 0,4 Pro- zentpunkte): steigende Prävalenz bei Frauen	1,3	1,8	Bildungsunterschied nimmt ab: stärkerer Anstieg in der Katego- rie „niedrige Bildung“ ²	2,0-3,7	BL-Bandbreite hat deutlich zu- genommen: Ab- nahme im unte- ren Bereich
		2014	2,8		1,2	4,3		2,5	2,2		1,4-3,7	
Adipositas (in %) ^{ATHIS} 😞		2006	12	Seit 2006 etwas gestiegen	12	13	Entstehender Ge- schlechterunterschied durch eine steigende Prävalenz bei Männern	20	9	Bildungsunterschied nimmt zu: steigende Prävalenz in der Kate- gorie „niedrige Bildung“	9-17	BL-Bandbreite ist etwa gleich ge- blieben
		2014	14		16	13		23	9		10-19	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für ein nächstgelegenes Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😞 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen 😞 negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend: 😊 positives Ergebnis 😞 weder positives noch negatives Ergebnis 😞 negatives Ergebnis

¹ Obst- und Gemüsekonsum, Untergewicht und Adipositas: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher

² U-förmiger Bildungseffekt: Die geringste Prävalenz findet sich in der mittleren Bildungskategorie (Lehr-/BMS-Abschluss).

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; alle vier Jahre; Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse hat bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2006 und 2014 (gemessen an den 11-, 13- und 15-Jährigen) deutlich zugenommen (von 12 auf 24 %). Von den ab 15-Jährigen konsumieren im Jahr 2014 rund 35 Prozent täglich Obst und Gemüse. Ein zeitlicher Vergleich mit dem Referenzjahr 2006 ist nicht möglich.

Leichten Schwankungen unterliegt der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher (ebenfalls bezogen auf die 11-, 13- und 15-Jährigen). Zwischen 2006 und 2010 stieg der Anteil von 13 auf 15 Prozent und lag 2014 bei rund 14 Prozent. Bei den ab 15-Jährigen nahm der Anteil adipöser Personen zwischen 2006 und 2014 leicht zu (von 12 auf 14 %), während der Anteil untergewichtiger Personen 2006 wie 2014 bei rund 3 Prozent lag.

Geschlechterunterschiede

In Bezug auf den täglichen Obst- und Gemüsekonsum führt ein stärkerer Anstieg bei 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen zu einer Ausweitung des bereits 2006 beobachteten Geschlechterunterschieds zugunsten von Mädchen von 5 auf 10 Prozent. Zu einer Abnahme der Geschlechterdifferenz kommt es bei Kindern und Jugendlichen (ebenfalls bezogen auf 11-, 13- und 15-Jährige) in puncto Übergewicht und Adipositas (von 9 auf 5 %). Diese Entwicklung ist allerdings einer steigenden Übergewicht- und Adipositas-Prävalenz bei Mädchen geschuldet.

Bei der ab 15-jährigen Bevölkerung steigt die Adipositas-Prävalenz nur bei Männern: Im Jahr 2014 sind deshalb mehr Männer von Adipositas betroffen als Frauen (16 vs. 13 %). Der Anteil untergewichtiger Personen nimmt hingegen ausschließlich in der weiblichen Bevölkerung zu (von 3,7 auf 4,3 %) und bleibt in der männlichen Bevölkerung etwa gleich. Darüber hinaus lässt der Obst- und Gemüsekonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren einen deutlichen Geschlechterunterschied zugunsten der weiblichen Bevölkerung erkennen.

Bildungsunterschiede

Aussagen zu Bildungsunterschieden können derzeit nur in puncto Untergewicht und Adipositas getroffen werden. In Sachen Untergewicht ist zwischen 2006 und 2014 ein abnehmender Bildungsunterschied (niedrige vs. höhere Bildungskategorie) erkennbar. Es steigt der Anteil untergewichtiger Personen in der unteren Bildungskategorie (max. Pflichtschulabschluss) um den Faktor 3 im Vergleich zur oberen Bildungskategorie (Matura oder höher).

Bezüglich der Adipositas-Prävalenz zeigt sich über die Zeit eine stärkere Akzentuierung des Bildungsunterschieds. Dies ist durch eine steigende Adipositas-Prävalenz im unteren Bildungssegment begründet (von 20 auf 23 %). Darüber hinaus lässt der Obst- und Gemüsekonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren einen deutlichen Bildungsunterschied zugunsten der höheren Bildungsstufen erkennen.

Bundesländerunterschiede

Auch regionale Unterschiede können derzeit nur in Bezug auf Untergewicht und Adipositas berichtet werden. Im Jahr 2014 variiert der Anteil untergewichtiger Personen zwischen 1,4 Prozent (Burgenland) und 3,7 Prozent (Wien), der Anteil adipöser Personen schwankt zwischen 10 Prozent (Salzburg und Tirol) und 19 Prozent (Burgenland). Während die BL-Bandbreite in puncto Adipositas für die Jahre 2006 und 2014 weitgehend gleich geblieben ist, vergrößert sich die BL-Bandbreite beim Untergewicht.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Kinder und Jugendliche in puncto Obst- und Gemüsekonsum im Jahr 2006 unter dem, im Jahr 2010 im und im Jahr 2014 über dem europäischen Durchschnitt. Im Ranking steigt Österreich damit von Platz 23 (von insgesamt 27-Vergleichsländern) auf Platz 8. In puncto Übergewicht und Adipositas liegen Österreichs Kinder und Jugendliche in den Jahren 2006 und 2014 unter dem europäischen Durchschnitt und im Jahr 2010 im europäischen Mittel. Im Ranking bekleidet Österreich in den Jahren 2006 und 2010 die Plätze 12 und 13 und landet 2014 – bei ähnlicher Prävalenz – auf Platz 6.

Die ab 15-jährige Bevölkerung Österreichs liegt sowohl mit dem täglichen Obst- (Platz 11) als auch täglichen Gemüsekonsum (Platz 15) im europäischen Durchschnitt (Datenjahr 2014). Bezüglich des Anteils untergewichtiger Personen liegt Österreich über dem europäischen Mittel und rangiert auf Platz 19 (von insgesamt 27-Vergleichsländern). Österreich fällt damit um sieben Plätze zurück. In puncto Adipositas nimmt Österreich Platz 7 ein und liegt zwei Prozentpunkte unter dem europäischen Durchschnittswert. Es hat sich damit – trotz steigender Prävalenz – um fünf Plätze verbessert, da die Prävalenz in anderen Ländern noch stärker gestiegen ist.

9.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator:

Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e) 😊

Als Policy-Indikator für GZ 7 wurde „Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e)“ festgelegt. Der NAP.e wurde in den Jahren 2009 und 2010 erarbeitet und 2011 vom Ministerrat beschlossen.

Mit dem NAP.e werden erstmals österreichweit ernährungspolitische Maßnahmen und Strategien gebündelt. Oberste Ziele sind eine Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020. In den Jahren 2012 und 2013 wurden Updates zum NAP.e (inkl. Maßnahmendokumentation) vorgelegt.

Seit 2011 wurden zahlreiche Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Ernährungssituation der Bevölkerung durchgeführt. So wurde beispielsweise die Vorsorgemittelperiode 2011–2014

dem Thema Ernährung gewidmet. Die Vorsorgemittel des BMASGK wurden für die Umsetzung von „Unser Schulbuffet“ und Projekten zur Ernährung von Seniorinnen und Senioren sowie zur weiteren Umsetzung von „Richtig Essen von Anfang an!“ und dessen Überführung in ein dauerhaftes Programm verwendet. Außerdem wird laufend an der Bereitstellung von niederschweligen Informationsmaterialien gearbeitet.

Im Jahr 2017 wurden der Ernährungsbericht 2017 und der Bericht über die erstmalige Teilnahme Österreichs an der Childhood Obesity Surveillance Initiative der WHO veröffentlicht. Beide Berichte tragen dazu bei, die Situation beurteilen zu können, und ermöglichen die Aktualisierung des NAP.e im zweiten Halbjahr 2018.

Die Nationale Ernährungskommission – ein politikfeldübergreifendes Gremium – berät das Gesundheitsressort in allen Angelegenheiten der gesundheitsbezogenen Ernährungspolitik, insbesondere auch bei der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Ernährung.

9.2 Maßnahmen–Monitoring

Die Operationalisierung von GZ 7 – im Sinne eines Strategie- und Umsetzungskonzepts – steht noch aus und soll 2019 beginnen. Das Monitoring definierter Maßnahmen ist daher noch nicht möglich.

9.3 Resümee

Die Ergebnis–Indikatoren zu GZ 7 lassen sowohl positive wie auch negative Entwicklungen erkennen. Bezüglich des Obst– und Gemüsekonsums scheinen bei Kindern und Jugendlichen bereits erste Erfolge erzielt worden zu sein. Sie sind vermutlich auf bisherige Initiativen (gesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen, z. B. Unser Schulbuffet, Richtig Essen von Anfang an!) und damit auf die schulische Gesundheitsförderung, auf den NAP.e (BMG 2011b) und auf die Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011a) zurückzuführen. Im Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher spiegelt sich dieser positive Trend allerdings noch nicht wider, vor allem nicht bei den Mädchen. Zudem hat die Adipositas–Prävalenz bei (jungen) Erwachsenen (vorrangig bei Männern und Menschen mit niedriger formaler Bildung) und die Häufigkeit untergewichtiger Frauen zugenommen. Darüber hinaus lässt der Obst– und Gemüsekonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren einen deutlichen Geschlechter– (Frauen konsumieren mehr) und Bildungsunterschied (höhere Bildungsgruppen konsumieren mehr) erkennen.

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Kinder und Jugendliche (Datenjahr 2014) in puncto Obst und Gemüse über und bezüglich Übergewicht und Adipositas unter dem europäischen Durchschnitt. Ähnlich verhält es sich auch mit den Erwachsenen, die allerdings beim Obst– und Gemüsekonsum nur im Durchschnitt liegen.

Mit dem 2011 veröffentlichten NAP.e wurden erstmals österreichweit ernährungspolitische Maßnahmen und Strategien gebündelt. Seither wurden zahlreiche Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Ernährungssituation umgesetzt.

10 GZ 8 – Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Regelmäßige körperliche Aktivität hat einen grundlegenden und nachhaltig positiven Einfluss auf die Gesundheit der Menschen. Sie beugt vielen chronischen Krankheiten vor und begünstigt psychisches und körperliches Wohlbefinden. Ausreichend Bewegung ist vom frühen Kindesalter bis ins hohe Alter unverzichtbarer Bestandteil eines „gesunden Lebensstils“. Das Ziel ist deshalb, ausreichend Bewegung in den Alltag zu integrieren, wofür die Lebenswelten inklusive ihrer Infrastruktur (wie Freizeiträume oder Schul- und Arbeitswege) so gestaltet sein müssen, dass sie Bewegung ermöglichen und zu Bewegung anregen. (BMGF 2017j)

In der Erarbeitung des Strategie- und Maßnahmenkonzepts zu GZ 8 wurden zentrale Empfehlungen der WHO (WHO 2015), Leitlinien der EU (EU-Arbeitsgruppe "Sport & Gesundheit" 2008) und der Nationale Aktionsplan Bewegung NAP.b (BMLVS 2013) sowie die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Titze et al. 2011) berücksichtigt. Folgende drei Wirkungsziele wurden definiert (BMGF 2017h):

- » WZ 1: Bewegungskompetenz zielgruppenspezifisch fördern/erhöhen
- » WZ 2: Bewegungsfördernde/-förderliche Lebenswelten schaffen
- » WZ 3: Netzwerkstrukturen aufbauen und erweitern

10.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

10.1.1 Ergebnis-Indikatoren

Gesundheitsziel 8 (inkl. Wirkungsziel 1 und 2) wird mit vier Ergebnis-Indikatoren beobachtet. Sie fokussieren zur Gänze auf das Bewegungsverhalten (s. Tabelle 10.1). Die Indikatoren zur gesundheitswirksamen Bewegung²⁴ dienen dabei zwischenzeitlich als Proxy-Indikatoren für die Wirkungsziele 1 und 2, bis geeigneter Indikatoren und Daten vorliegen (Delcour et al. 2016).

Die Entwicklung geeigneter Indikatoren ist Aufgabe der Maßnahme „Bewegungsmonitoring-System in Österreich“ (BMGF 2017h). Seit 2015 wurde ein entsprechendes Konzept entwickelt und

24

Die österreichische Bewegungsempfehlung für gesundheitswirksame Bewegung sieht für Erwachsene (Personen ab 18 Jahren) ein wöchentliches Ausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung und muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor. Ergänzend dazu wird vermehrte Bewegung im Alltag propagiert. Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) sollten täglich 60 Minuten bei mittlerer Intensität körperlich aktiv sein und an mindestens drei Tagen pro Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Übungen durchführen. Ergänzend dazu werden Aktivitäten empfohlen, die die Koordination verbessern und die Beweglichkeit erhalten und fördern. (Titze et al. 2011)

eine erste Erhebung durchgeführt (2017). Da die Ergebnisse dieser Erhebung aber noch nicht veröffentlicht wurden und derzeit noch unklar ist, ob es weitere Erhebungen in regelmäßigen Abständen geben wird, werden im vorliegenden Bericht die bislang festgelegten Indikatoren verwendet.

Im Unterschied zum Baseline-Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) liegen nun auch für die ab 15-jährige Bevölkerung Daten zur gesundheitswirksamen Bewegung vor. Sie entstammen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Klimont/Baldaszi 2015).

Tabelle 10.1: Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 8

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt	nach Bundesländern BL-Bandbreite					
Täglich für mind. 60 Minuten körperlich aktiv (in %) <small>HBSC</small> 😊	Meta-Indikator und Indikator WZ 1 & 2	2006	19	Anstieg zw. 2006 und 2010, Abnahme zw. 2010 und 2014	22	15	Geschlechterunterschied nimmt zw. 2006 und 2010 zu (stärkerer Anstieg bei den Burschen) und verringert sich zw. 2010 und 2014 (geringere Abnahme bei den Mädchen)	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
		2014	22		27	16		-	-	-		
Gesundheitswirksame Bewegung (in %) <small>ATHIS</small> ☹️	Meta-Indikator und Indikator WZ 1 & 2	2014	25	Derzeit kein Trend verfügbar	29	21	Derzeit kein Trend verfügbar	13	27	Derzeit kein Trend verfügbar	21-30	Derzeit kein Trend verfügbar
Täglich Wege zu Fuß (mindestens 250 Meter, in %) <small>MZ-UMW</small> 😊	Meta-Indikator	2007	59	Deutlicher Anstieg zw. 2007 und 2011, leichte Abnahme zw. 2011 und 2015	60	58	Geschlechterunterschied nimmt zw. 2007 und 2011 zu (stärkerer Anstieg bei den Männern) und verringert sich zw. 2011 und 2015 (etwas stärkerer Rückgang bei den Männern)	57	63	Bildungsunterschied nimmt zu: stärkerer Anstieg 2007-2011 in der Kategorie „höhere Bildung“, Abnahme 2011-2015 in der Kategorie „niedrige Bildung“	52-66	BL-Bandbreite nimmt zw. 2007 und 2011 etwas ab und zw. 2011 und 2015 etwas zu
		2011	69		72	66		64	73		63-75	
		2015	67		69	64		60	74		60-75	

Indikator	Meta-Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht			nach Bildung ¹		nach Bundesländern		
					männlich: blau hinterlegt	weiblich: rot hinterlegt	niedrige Bildung: gelb hinterlegt	höhere Bildung: grau hinterlegt	BL-Bandbreite			
Mehrmals wöchentlich oder täglich Wege mit dem Fahrrad (in %) MZ-UMW ☹️		2007	24	Deutlicher Anstieg zw. 2007 und 2011, geringfügige Abnahme zw. 2011 und 2015	24	24	Geschlechterunterschied nimmt zw. 2007 und 2015 zu: 2007–2011 stärkerer Anstieg bei den Männern, 2011–2015 Abnahme bei den Frauen	23	26	Bildungsunterschied nimmt zu: Abnahme zw. 2011 und 2015 in der Kategorie „niedrige formale Bildung“	13–36	BL-Bandbreite hat zw. 2007 und 2011 deutlich zugenommen (von 22 auf 29 Prozentpunkte) und lag 2015 bei 30 Prozentpunkten
		2011	32		34	31		30	34		19–48	
		2015	31		34	28		27	35		20–49	

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹️ negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

😊 positives Ergebnis 😊 weder positives noch negatives Ergebnis ☹️ negatives Ergebnis

¹ Gesundheitswirksame Bewegung: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher; Alltagsbewegung (zu Fuß bzw. Fahrrad): max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; alle vier Jahre, seit 1986; Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

MZ-UMW = Mikrozensus Umweltbedingungen und Umweltverhalten; alle drei bis fünf Jahre, erstmals 1970; Bevölkerung 15 Jahre und älter

Quelle und Darstellung: GÖG

Generelle Entwicklungen

Der Anteil täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiver Kinder und Jugendlicher nahm zwischen 2006 und 2010 (gemessen an den 11-, 13- und 15-Jährigen) von 19 auf 25 Prozent zu und sank zwischen 2010 und 2014 wieder (von 25 auf 22 %). Von den ab 15-Jährigen erfüllten im Jahr 2014 rund 25 Prozent die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Ein zeitlicher Vergleich mit dem Referenzjahr 2006 ist allerdings nicht möglich.

Die Bewegung im Alltag (zu Fuß gehen oder mit dem Fahrrad fahren) hat zwischen 2007 und 2011 deutlich zugenommen (zu Fuß gehen: von 59 auf 69 %; mit dem Fahrrad fahren: von 24 auf 32 %) und ist seither (zw. 2011 und 2015) wieder leicht zurückgegangen (um 1–2 Prozentpunkte).

Geschlechterunterschiede

Burschen sind deutlich häufiger für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv als Mädchen. Dieser Unterschied erwies sich im Jahr 2010 noch stärker ausgeprägt als 2006 (13 vs. 7 %), verlor jedoch 2014 wieder etwas an Bedeutung (von 13 auf 11 %).

In Sachen Alltagsbewegung sind seit 2011 Genderunterschiede beobachtbar, die zugunsten der Männer ausfallen. Während die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen in der Kategorie „zu Fuß gehen“ zwischen 2007 und 2011 deutlich zunahm (von 1 auf 6 %) und sich 2015 nur minimal verringert, ist in puncto „Fahrrad fahren“ eine kontinuierliche Zunahme des Geschlechterunterschieds erkennbar (von ursprünglich 0 % im Jahr 2007 auf 6 % im Jahr 2015).

Bildungsunterschiede

In Bezug auf Alltagsbewegung haben Bildungsunterschiede deutlich zugenommen:

- » Bezüglich zu Fuß gehen haben dazu ein stärkerer Anstieg in der Personengruppe mit höherer Bildung (zw. 2007 und 2011) und eine Abnahme in der Personengruppe mit niedriger Bildung (zw. 2011 und 2015) beigetragen.
- » In Bezug auf den mehrmals wöchentlichen oder täglichen Fahrradgebrauch zur Überwindung alltäglicher Distanzen ist die stärkere Akzentuierung des Bildungsunterschieds auf eine Abnahme in der Personengruppe mit niedriger Bildung (zw. 2011 und 2015) zurückzuführen.

Darüber hinaus besteht auch bei gesundheitswirksamer Bewegung ein deutlicher Bildungsunterschied zugunsten der höheren Bildungskategorie (27 vs. 13 %).

Bundesländerunterschiede

Bundesländerunterschiede bestehen sowohl in Bezug auf gesundheitswirksame Bewegung als auch auf Alltagsbewegung. Im Jahr 2014 variiert das Ausmaß gesundheitswirksamer Bewegung

zwischen 21 Prozent (Oberösterreich) und 30 Prozent (Salzburg). Der Anteil täglich zu Fuß gehender Personen differiert zwischen den Bundesländern – je Erhebungsjahr – zwischen 13 und 15 Prozent. Wien schneidet über alle Erhebungen hinweg am positivsten ab, während das Burgenland durchgehend im unteren Bereich liegt.

Eine zunehmende Diskrepanz ist in puncto Fahrradgebrauch im Alltag erkennbar. Der diesbezügliche Bundesländerunterschied hat zwischen 2007 und 2011 (aufgrund stark variierender Zuwächse) von 22 auf 29 Prozent zugenommen und lag 2015 bei 30 Prozent.

Während der Anteil täglich zu Fuß gehender Personen zwischen 2007 und 2011 in allen Bundesländern zugenommen hat (um 5–15 Prozentpunkte), ist zwischen 2011 und 2015 – mit Ausnahme der Bundesländer Oberösterreich und Wien, wo der Anteil gleich geblieben ist – in allen Bundesländern wieder eine Abnahme zu verzeichnen (um bis zu 9 Prozentpunkte). Auch der mehrmals wöchentliche bis tägliche Fahrradgebrauch im Alltag hat zwischen 2007 und 2011 in allen Bundesländern zugenommen (um 5–12 Prozentpunkte) und ist seither in Oberösterreich und Tirol wieder gesunken, im Burgenland, in der Steiermark und in Vorarlberg etwas gestiegen und in den anderen Bundesländern etwa gleich geblieben.

Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Kinder und Jugendliche in puncto „tägliche Bewegung“ zunächst unter (2006), dann über (2010) und schließlich im europäischen Durchschnitt (2014). Im Ranking steigt Österreich damit von Platz 14 (von insgesamt 27 Vergleichsländern) auf Platz 2 und rutscht dann wieder auf Platz 13 ab.

Für die ab 15-jährige Bevölkerung kann ein europäischer Vergleich vorerst nur für die erste Empfehlungskomponente (mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Bewegung pro Woche) durchgeführt werden. Österreich rangiert diesbezüglich deutlich über dem EU-Durchschnitt und belegt im Vergleich zu 24 anderen EU-Ländern Platz 4. (Griebler et al. 2017b)

10.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Aktionsplans Bewegung (NAP.b) 😊

Der NAP.b ist ein Kooperationsprodukt von Sport- und Gesundheitsministerium und wurde der Öffentlichkeit im Jahr 2013 präsentiert (BMLVS 2013). Der NAP.b fungiert seither als Leitlinie für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, die eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens zum Ziel haben und eine messbare Veränderung in der Gesellschaft in Richtung einer ganzheitlichen Bewegungs- und Sportkultur bewirken sollen. In Hinblick auf die Messung dieser Veränderung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport von Juli bis November 2017 eine bundesweite repräsentative Bevölkerungsbefragung mittels persönlicher Interviews von 4.000 Personen ab 15 Jahren über ihr Bewegungsverhalten und diesbezügliche

Einflussfaktoren durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Basisstudie zu einem Bewegungsmonitoring-System in Österreich, das in regelmäßigen Zeitabständen wiederholt werden soll, um Entwicklungen im Zeitverlauf analysieren und gegebenenfalls adäquate Maßnahmen daraus ableiten zu können.

Prozess-Indikator: Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Netzwerks zur gesundheitsfördernden Bewegung 😊

Gemäß Wirkungsziel 3 (BMGF 2017h) soll ein Netzwerk zur gesundheitsfördernden Bewegung etabliert werden. Es soll bestehenden Netzwerken sowie einzelnen Organisationen eine Plattform für systematischen und Politikfeld-übergreifenden Austausch bieten. Dadurch soll die Umsetzung der Wirkungsziele 1 („Bewegungskompetenz zielgruppenspezifisch fördern/steigern“) und 2 („Bewegungsfördernde/-förderliche Lebenswelten schaffen“) sowie des NAP.b unterstützt und eine optimale Nutzung von Ressourcen gewährleistet werden. Die Entwicklung des Netzwerks soll mit Hilfe des Indikators „Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen“ beobachtet werden (Delcour et al. 2016).

Als erste Maßnahme zum systematischen und Politikfeld-übergreifenden Austausch wurden alle Stakeholder, die in den Prozessen zum GZ 8 und zum NAP.b involviert waren, im September 2017 zu einem Fachaustausch eingeladen. Im Rahmen der Veranstaltung und in weiterer Folge wurden neue Kontakte gesammelt, die für zukünftige Vernetzungsaktivitäten berücksichtigt werden. Es ist angedacht, eine weitere Vernetzungsmaßnahme unter Einbeziehen der genannten Stakeholder im Jahr 2018 durchzuführen.

10.2 Maßnahmen

Da der Bericht der Arbeitsgruppe zu GZ 8 Ende 2015 publiziert wurde, hat für dieses Gesundheitsziel noch kein Maßnahmen-Monitoring stattgefunden (geplant für Herbst 2018). Daher wird an dieser Stelle ausschließlich auf die Themenbereiche und nicht auf den Umsetzungsstand der Maßnahmen eingegangen (s. BMGF 2017h).

Wirkungsziel 1 befasst sich mit der **Bewegungskompetenz** und umfasst Maßnahmen, die bestimmten Zielgruppen zugeordnet werden können:

- » Für die Zielgruppe Kinder werden insgesamt sechs Maßnahmen beschrieben. Alle sind vorrangig im schulischen Setting bzw. in Kindergärten angesiedelt (z. B. Umsetzung von bewegungsförderlichen Maßnahmen in Volksschulen und Kindergärten, „Bewegte Klasse macht Schule“ oder „ROKO mit dem Roten Kreuz: Sicherheit am Wasser“, „Info-Schwerpunkt „Bewegte Schule“ der GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung auf www.give.or.at“).
- » Drei Maßnahmen richten sich an Jugendliche. Diese betreffen auch das außerschulische Setting (Gesundheitskompetenz in der außerschulischen Jugendarbeit).

- » Für Erwachsene werden vier Maßnahmen genannt. Zwei dieser Maßnahmen stehen in Zusammenhang mit der Arbeitswelt (Bundesweite Informations- und Mitmachkampagne in Betrieben; Kampagne „Österreich radelt zur Arbeit“). Die anderen beiden Maßnahmen gehen darüber hinaus (Rundum gesund; Lebensstilgruppen für Menschen mit metabolischem Syndrom).
- » Sechs Maßnahmen richten sich an Seniorinnen und Senioren. Zwei davon zielen auf die Prävention von Stürzen. Die vier anderen wollen Bewegung und Lebensqualität fördern.
- » Für die Gesamtbevölkerung werden zehn Maßnahmen genannt. Darunter fallen Maßnahmen wie „#Be active – Europäische Woche des Sports“, Familiensporttage oder Vorträge im Rahmen von MiniMed.

Die Maßnahmen zum Wirkungsziel 2 „**Bewegungsfördernde/-förderliche Lebenswelten schaffen**“ werden ebenfalls unterschiedlichen Zielgruppen zugeordnet:

- » Für die Zielgruppe Kinder werden zwei Maßnahmen genannt („Schule bewegt gestalten“, „tägliche Bewegungseinheit in ganztägigen Schulformen“).
- » Drei Maßnahmen sind für die Zielgruppe Jugendliche enthalten (Studie „Sport und elektronische Medien“, „sport.your.space – Pilotprojekt zur Förderung von Bewegung Jugendlicher im öffentlichen Raum“, „aktiv gesund durch die Lehre“).
- » Sechs Maßnahmen adressieren die Zielgruppe Erwachsene. Alle Maßnahmen sind in der Arbeitswelt verortet und richten sich an Betriebe und ihre Mitarbeiter/innen.
- » Für Seniorinnen und Senioren werden zwei Maßnahmen genannt (Umsetzung der Projekte im Rahmen der 4. VSF-Ausschreibung – „zu Fuß unterwegs – Mobilität sicher(n)“; Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark).
- » Sechs Maßnahmen richten sich an die Gesamtbevölkerung, z. B. „Bewegt im Park“, „Bewegte Apotheke“ oder „Gesunde Gemeinde“.

Um Wirkungsziel 3 – **Netzwerkstrukturen** aufbauen und erweitern – drehen sich drei Maßnahmen. Die Maßnahme zur Etablierung eines Bundesnetzwerks zur gesundheitsfördernden Bewegung nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein. Es ist geplant, dieses Netzwerk aus der bestehenden Gesundheitsziele-Arbeitsgruppe aufzubauen. Die weiteren zwei Maßnahmen haben zum Ziel, eine „Landkarte“ zur gesundheitsfördernden Bewegung zu schaffen und ein Bewegungsmonitoring-System in Österreich zu etablieren.

10.3 Resümee

Die Ergebnis-Indikatoren zu GZ 8 lassen derzeit eher ungünstige Entwicklungen erkennen:

- » Die gesundheitswirksame Bewegung von Kindern und Jugendlichen nimmt seit 2010 ab.
- » Das Bewegungsausmaß im Alltag stagniert seit 2011 und nimmt in der unteren Bildungskategorie (max. Pflichtschulabschluss) ab.

Darüber hinaus besteht auch in Bezug auf gesundheitswirksame Bewegung ein deutlicher Bildungsgradient zugunsten der höheren Bildungsgruppen.

In puncto Geschlecht sind Männer sowohl im Alltag als auch in Bezug auf gesundheitswirksame Bewegung körperlich aktiver.

Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Kinder und Jugendliche (im Jahr 2014) im und Österreichs Erwachsene über dem europäischen Durchschnitt. Österreichs Jugend hat sich dabei zuletzt – im EU-Vergleich – deutlich verschlechtert.

Auf „politischer Ebene“ wird sich zeigen, inwieweit der Nationale Aktionsplan Bewegung (2013 veröffentlicht) und andere Initiativen (z. B. im Schulsetting) zu einer nachhaltigen Veränderung beitragen können. Aufschluss darüber soll unter anderem das im Jahr 2017 eingeführte Bewegungsmonitoring geben. Noch nicht etabliert ist das unter WZ 3 angekündigte Netzwerk zur gesundheitsfördernden Bewegung. Zu dieser Thematik gab es jedoch im September 2017 einen ersten systematischen und Politikfeld-übergreifenden Austausch.

11 GZ 9 – Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (z. B. Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten wie Essstörungen) gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden – mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung. Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige (vor allem Eltern und Kinder) müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt werden und in der Gesellschaft integriert bleiben. (BMGF 2017j)

Die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 hat daher folgende drei Wirkungsziele formuliert (BMGF 2017i):

- » WZ 1: 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: 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: In allen Lebenswelten der Gesellschaft herrscht ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit.

11.1 Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren

11.1.1 Ergebnis-Indikatoren

GZ 9 (inkl. Wirkungsziel 1 und 3) wird derzeit anhand von fünf Ergebnis-Indikatoren beobachtet. Sie fokussieren auf das psychosoziale Wohlbefinden und auf die Belastungssituation im Arbeits- (Zeitdruck und Arbeitsüberlastung) und Schulbereich (Schulbelastung) (s. Tabelle 11.1). Nicht berücksichtigt werden derzeit die Ergebnis-Indikatoren zu WZ 2, da sie noch einer finalen Abstimmung bedürfen.

Tabelle 11.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 9

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht			nach Bildung ¹			nach Bundesländern	
				männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt		BL-Bandbreite			
Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) a) psychisches Wohlbefinden (pWB) ☹️ b) soziales Wohlbefinden (sWB) ☹️ ATHIS	2006	a) 77 b) 77	pWB: hat um 0,9 Punkte abgenommen; sWB: hat um 2,3 Punkte abgenommen	a) 78 b) 78	a) 75 b) 77	pWB: Geschlechterunterschied hat etwas zugenommen (stärkere Abnahme bei den Frauen); sWB: der Geschlechterunterschied hat sich zugunsten der Frauen gedreht	a) 68 b) 71	a) 80 b) 79	Bildungsunterschiede haben abgenommen (Zunahme in der unteren Bildungsstufe, Abnahme in der oberen Bildungsstufe)	a) 75-79 b) 74-81	pWB: BL-Bandbreite hat um 1,3 Punkte zugenommen; sWB: BL-Bandbreite hat um 2,4 Punkte abgenommen, unterschiedlich starke Rückgänge
	2014	a) 76 b) 75		a) 78 b) 75	a) 74 b) 76		a) 71 b) 73	a) 78 b) 75		a) 74-79 b) 73-77	
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %) MZ-AKE ☹️	2007	30	Deutlicher Anstieg zw. 2007 und 2013	34	26	Geschlechterunterschied hat abgenommen: stärkerer Anstieg bei den Frauen	21	35	Bildungsunterschied hat abgenommen: stärkerer Anstieg in der unteren Bildungsstufe	21-40	BL-Bandbreite hat abgenommen: stärkerer Anstieg in einzelnen Bundesländern
	2013	38		41	35		30	42		33-42	
Schulbelastung (ziemlich stark bis sehr stark belastet in %) HBSC ☺️	2006	19	Keine nennenswerte Änderung im Belastungsniveau	19	19	Kein nennenswerter Geschlechterunterschied	-	-	Keine Daten verfügbar	-	Keine Daten verfügbar
	2014	19		19	19		-	-		-	
Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose (in %) ATHIS ☹️	2014	40	Derzeit kein Trend verfügbar	35	43	Derzeit kein Trend verfügbar	34	51	Derzeit kein Trend verfügbar	32-52	Derzeit kein Trend verfügbar

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

☺️ positive Entwicklung ☹️ keine nennenswerte Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen ☹️ negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

☺️ positives Ergebnis ☹️ weder positives noch negatives Ergebnis ☹️ negatives Ergebnis

¹ Lebensqualität: nur über 30-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher; Zeitdruck/Arbeitsüberlastung und Erwerbstätigenquote: 15-64-Jährige, max. Pflichtschulabschluss vs. Matura oder höher

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; alle vier Jahre, seit 1986; Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren; ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter; MZ-AKE = Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung; Ab-hoc Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2007 und 2013; Personen ab 15 Jahren

Quelle und Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der Meta-Indikatoren wurden – im Vergleich zum Baseline-Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) – einige Adaptierungen vorgenommen:

1. Mental-Health-Index und Vitalitätsindex wurden, da diesbezüglich keine Daten mehr erhoben werden, durch Indikatoren zur Lebensqualität ersetzt. Sie werden auch zur Messung des ersten Wirkungsziels eingesetzt und sind hervorragend als Meta-Indikatoren geeignet.
2. Im Sinne der Harmonisierung wird der Indikator „Arbeitsklima-Index (Psychischer Stress)“ durch den GZ-1-Indikator „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ (Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung) ersetzt.
3. Die Schulbelastung wird mit einem Global-Item erfasst, da zukünftig keine Daten mehr für den zuletzt verwendeten Index zur Verfügung stehen.

Generelle Entwicklungen

Das psychische und soziale Wohlbefinden nahm zwischen 2006 und 2014 deutlich ab (um 0,9 bzw. 2,3 Punkte). Umgekehrt hat in der Arbeitswelt der Belastungsfaktor „Zeitdruck und Arbeitsüberlastung“ deutlich zugenommen (von 30 auf 38 %). Seit 2006 fühlt sich rund ein Fünftel der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen ziemlich stark bis sehr stark durch die Schule belastet.

Geschlechterunterschiede

Das psychische Wohlbefinden hat in der weiblichen Bevölkerung stärker abgenommen als in der männlichen. Der bestehende Geschlechterunterschied ist damit im Jahr 2014 noch stärker akzentuiert als 2006. Eine Umkehrung des Geschlechterunterschieds hat zwischen 2006 und 2014 in Sachen soziales Wohlbefinden stattgefunden: Im Jahr 2014 schneiden Frauen diesbezüglich besser ab als Männer.

Ebenfalls zu einer Verringerung des Geschlechterunterschieds ist es in puncto Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gekommen. Allerdings ist auch hier der stärkere Anstieg bei Frauen für diesen Rückgang verantwortlich.

Kein Geschlechterunterschied ist in der Schulbelastung erkennbar: Burschen und Mädchen fühlen sich seit 2006 etwa gleich häufig durch das, was in der Schule von ihnen verlangt wird, belastet.

Ein Geschlechterunterschied ohne Zeitverlauf ist für die Erwerbstätigenquote der Bevölkerung mit Depressionsdiagnose erkennbar. Erwerbstätigkeit mit Depressionsdiagnose ist bei Frauen häufiger als bei Männern (43 vs. 35 %).

Bildungsunterschiede

Bildungsunterschiede haben sowohl im Wohlbefinden als auch bei Zeitdruck und Arbeitsüberlastung abgenommen. Allerdings sind dafür ungünstige Entwicklungen verantwortlich:

- » Abnahme des psychischen und sozialen Wohlbefindens in der oberen Bildungskategorie
- » Stärkerer Anstieg von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung in der unteren Bildungskategorie

Kein Trend ist derzeit für die Erwerbstätigenquote der Bevölkerung mit Depressionsdiagnose verfügbar. Erwerbstätigkeit bei Depressionsdiagnose ist aber bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss deutlich häufiger als bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (51 vs. 34 %).

Bundesländerunterschiede

In puncto psychisches Wohlbefinden hat die BL-Bandbreite zwischen 2006 und 2014 um 1,3 Punkte zugenommen. Dafür sind vor allem die Bundesländer Steiermark, Tirol und Vorarlberg verantwortlich, in denen es zu keiner Verschlechterung der psychischen Gesundheit gekommen ist.

Das soziale Wohlbefinden hat in allen Bundesländern abgenommen. Allerdings haben unterschiedlich starke Rückgänge zu einer Verringerung der BL-Bandbreite geführt. Ebenfalls zu einer Verringerung der BL-Bandbreite kam es beim Belastungsfaktor Zeitdruck und Arbeitsüberlastung, bedingt durch einen stärkeren Belastungsanstieg in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Vorarlberg.

Die Erwerbstätigenquote der Bevölkerung mit Depressionsdiagnose variiert zwischen den Bundesländern zwischen 32 und 52 Prozent, mit der höchsten Quote in Oberösterreich und der niedrigsten in Vorarlberg.

Europäischer Vergleich

Ein europäischer Vergleich kann derzeit nur für die Schulbelastung angestellt werden. Österreichs Kinder und Jugendliche liegen diesbezüglich in allen Erhebungswellen deutlich unter dem europäischen Durchschnitt und rangieren im positiven Sinne (geringe Belastung) auf den Plätzen 2 bis 4.

11.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Vorliegen und Umsetzung einer Mental-Health-Strategie für Österreich 😊

Aktuell liegt in Österreich keine Nationale Mental-Health-Strategie vor. Allerdings kann der Bericht der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ (BMGF 2017i) als eine Art nationales Strategiekonzept zur psychischen Gesundheit verstanden werden. Der von einer multiprofessionellen und intersektoralen Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen/Vertretern von über 40 Organisationen erarbeitete Bericht beschreibt **drei Wirkungsziele**, die folgende Themenfelder betreffen:

- » Gesundheitsförderung/Prävention/Früherkennung
- » Versorgung/Rehabilitation/Ausbildung
- » Gesellschaft und Entstigmatisierung

Zu den Wirkungszielen wurden von unterschiedlichen Stakeholdern Maßnahmen eingemeldet, die seit Ende 2017 umgesetzt werden und zur Zielerreichung beitragen sollen. Die Umsetzung wird im Rahmen des GZ-Monitorings beobachtet.

Die Empfehlungen des Beirates für psychische Gesundheit für eine nationale Strategie zur Psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2013 (BMG 2013) waren eine wichtige Grundlage für die Arbeiten zu GZ-9 und sind in die Wirkungsziele bzw. deren Erläuterungstexte eingeflossen.

Einen ebenfalls inhaltlichen Vorschlag liefern die österreichischen Sozialversicherungsträger mit ihrer Strategie „Psychische Gesundheit“ (HVB 2012).

11.2 Maßnahmen

Da der Bericht der Arbeitsgruppe zu GZ 9 im Jahr 2017 publiziert wurde und im Herbst 2018 noch ein Update erfahren wird (mit Projekten, die eine Finanzierung aus dem Pharmig-Fördertopf gewinnen konnten), fand für dieses Gesundheitsziel noch kein Maßnahmen-Monitoring statt (derzeit geplant für Herbst 2020). Daher wird an dieser Stelle ausschließlich auf die Themenbereiche (s. BMGF 2017i) und nicht auf den Umsetzungsstand der Maßnahmen eingegangen.

Zu Wirkungsziel 1 mit dem Handlungsfeld **Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung** sind 14 Maßnahmen gelistet.

- » Zwei Maßnahmen sind im betrieblichen Setting angesiedelt („Gesundheitskompetenz psychische Gesundheit im Betrieb“, „Gesundheitskompetenz für psychische Gesundheit für Akteure im Betrieb“).

- » Drei Maßnahmen können unter dem Titel „Instrumente und Handbücher“ zusammengefasst werden („Bewertungstool für Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit“, „PsyBel Expert“, „Erarbeitung und Verbreitung von Grundlagen (Handbuch) für die Stärkung der sozialen Unterstützung, der Teilhabe und des sozialen Zusammenhalts von Familien mit Kleinkindern und älteren Menschen in Nachbarschaften“).
- » Weitere drei Maßnahmen fallen in den Bereich Elternbildung und Erziehung („Informationsangebote zu Erziehungsfragen“, „Förderung qualitativvoller Elternbildung – Fortbildung für Elternbildnerinnen und Elternbildner“, „Fred, der Exbärte“).
- » Zwei Maßnahmen richten sich an Kinder („KIPKE – Kinder psychisch kranker Eltern“, „Mobile Kinderpsychologinnen und –psychologen in Kindergärten“).
- » Weitere vier Maßnahmen richten sich an einen breiteren Personenkreis bzw. die Gesamtbevölkerung (z. B. „Gesunde Nachbarschaft“, „10 Schritte für psychische Gesundheit“).

Wirkungsziel 2 adressiert das Handlungsfeld **Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung**. Zu diesem Wirkungsziel sind insgesamt neun Maßnahmen genannt.

- » Drei Maßnahmen thematisieren Finanzierung und Organisation der Versorgung („Masterplan Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt“, „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“, „Kooperation der Kostenträger im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in Wien“).
- » Zum Feld Gesundheitsberufe und deren Ausbildung werden drei Maßnahmen genannt (z. B. „Ausbildungsoffensive zur Erhöhung der Psychiateranzahl bzw. Kinder- und Jugendpsychiateranzahl in Österreich“).
- » Drei Maßnahmen können als konkrete Unterstützungsleistungen für die betroffene Bevölkerung zusammengefasst werden (z. B. Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete und Helfende“, Planung der Umsetzung einer nationalen Telefon-Hotline zur Krisenintervention).

Wirkungsziel 3 umfasst das Handlungsfeld **Gesellschaft und Entstigmatisierung** mit insgesamt sechs Maßnahmen.

- » Zwei Maßnahmen betreffen das Thema mediale Berichterstattung („Depressionsbericht Österreich“, „Papageno-Award“).
- » Eine Maßnahme richtet sich an Betroffene („Vernetzungsplattform für Betroffenenvertreter/innen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“) und eine an die Gesamtbevölkerung („Bündnis gegen Depression NÖ“).
- » Zwei Maßnahmen richten sich an Kinder und Jugendliche („Feel free and healthy“, „Verrückt? Na und! – Seelisch fit in Schule und Ausbildung“).

Wirkungszielübergreifend ist die Maßnahme „Projektförderungen aus dem Rahmen-Pharmavertrag“. Gegenstand der Förderung sind im Jahr 2018 Maßnahmen zur Stärkung psychischer Gesundheit, zur Reduktion von psychischen Belastungen sowie zur Entstigmatisierung mit definierten Themenstellungen.

11.3 Resümee

Die Ergebnis-Indikatoren zu GZ 9 lassen derzeit eher ungünstige Entwicklungen erkennen:

- » Das psychische und soziale Wohlbefinden nimmt ab.
- » Zeitdruck und Arbeitsüberlastung nehmen zu.

Im Schulbereich fühlt sich seit 2006 ein Fünftel der 11-, 13- und 15-Jährigen ziemlich stark bis sehr stark belastet. Im europäischen Vergleich liegt Österreich dennoch deutlich unter dem europäischen Durchschnitt und gehört zu den EU-Ländern mit der geringsten Schulbelastung.

Das psychische Wohlbefinden hat in der weiblichen Bevölkerung stärker abgenommen als in der männlichen und könnte mit dem stärkeren Anstieg von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung zu tun haben. Soziales Wohlbefinden ist nun bei Frauen stärker vorhanden als bei Männern. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass Männer mit Depressionsdiagnose seltener erwerbstätig sind als Frauen mit entsprechender Diagnose.

Psychisches und soziales Wohlbefinden nehmen zudem in der oberen Bildungskategorie ab, während Zeitdruck und Arbeitsüberlastung in der unteren Bildungsstufe stärker zunehmen.

Der Bericht der Arbeitsgruppe GZ 9 (BMGF 2017i) stellt mit den darin enthaltenen Maßnahmen eine wichtige und notwendige Voraussetzung dar, um Verbesserungen des psychosozialen Befindens herbeizuführen, und kann als eine Strategie für psychosoziale Gesundheit verstanden werden.

12 GZ 10 – Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Um die Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen, braucht es Gesundheitsleistungen, die sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Das öffentliche solidarische Gesundheitssystem muss daher nachhaltig abgesichert sein. Prioritäre Anliegen sind: Vorbeugung, Früherkennung und Primärversorgung stärken, Gesundheitskompetenz erhöhen sowie den zielgruppengerechten und einfachen Zugang zum Gesundheitssystem für alle Bevölkerungsgruppen sicherstellen, ohne jemanden zu benachteiligen. Ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen bedarf effizienter und zweckmäßiger Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsamer Verantwortung auf Basis eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems. (BMGF 2017j)

Die im Gesundheitsziel 10 angesprochenen Themen werden im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit bearbeitet und mit entsprechenden Maßnahmen adressiert. Das Monitoring der Zielsteuerung–Gesundheit in der Zielsteuerungsperiode 2017–2021 legt das Augenmerk auf 22 Ergebnis–Indikatoren entlang der sogenannten Steuerungsbereiche Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung (BMGF et al. 2017). Die Zielerreichung der operativen Ziele zeigt mehrheitlich positive Trends. Von den 22 definierten Messgrößen bewegt sich laut gegenwärtiger Datenverfügbarkeit nur eine Messgröße (täglich Rauchende) österreichweit nicht in die intendierte Richtung. Manche Messgrößen stellen Herausforderungen für einzelne Bundesländer dar, wie zum Beispiel kariesfreie Kinder oder einzelne ausgewählte Tagesklinik–Leistungsbindel.

12.1 Meta– und Wirkungsziele–Indikatoren

12.1.1 Ergebnis–Indikatoren

Für GZ 10 sind zwei Meta–Indikatoren festgelegt: Die Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen und der Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen. Zu den Gesundheitsausgaben wurden im Baseline–Bericht (Winkler/Anzenberger 2013) drei Aspekte dargestellt: stationär vs. ambulant, privat vs. öffentlich und Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP. Im vorliegenden Bericht werden diese Indikatoren präzisiert. Der Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren wurde vor dem Hintergrund folgender Ziele definiert: Mehr Leistungen sollen ambulant und anstatt stationär erbracht werden und – im Sinne der Chancengerechtigkeit – möglichst wenige Gesundheitsleistungen sollen privat erbracht werden müssen.

Tabelle 12.1:
Ergebnis-Indikatoren zu Gesundheitsziel 10

Indikator	Jahr	Gesamt		nach Geschlecht männlich: blau hinterlegt weiblich: rot hinterlegt		nach Bildung ¹ niedrige Bildung: gelb hinterlegt höhere Bildung: grau hinterlegt			nach Bundesländern BL-Bandbreite			
		Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (in %) VU-Statistik 😊	Meta-Indikator	2006	12	Leichter Anstieg zw. 2006 und 2014	12	13	Geringer Geschlechterunterschied	16	25	Kein Trend verfügbar
2014	14	14	14	-	-		6-22					
2016	14	14	15	-	-		7-23					
Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (in %) SHA/OECD 😐	Meta-Indikator	2006	38	Weitgehend gleichbleibend							-	Dzt. keine Auswertungen verfügbar
2014	39											
2015	39											
Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an allen laufenden Gesundheitsausgaben (in %) SHA/OECD 😐	Meta-Indikator	2006	24	Weitgehend gleichbleibend							-	Dzt. keine Auswertungen verfügbar
2014	25											
2016	24											

Quantitative Ergebnisse werden für die Jahre 2006 und 2014 (bzw. für das nächstgelegene Jahr) sowie für das letztverfügbare Datenjahr dargestellt. Die dazwischen liegenden Trends werden in der Übersicht textlich beschrieben.

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung 😐 keine Entwicklung und/oder sowohl positive wie auch negative Entwicklungen 😞 negative Entwicklung

¹ max. Pflichtschulabschluss vs. Universität

VU-Statistik: Statistik der Vorsorgeuntersuchungen; jährlich; Personen ab 19 Jahren

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; alle fünf bis sieben Jahre, erstmals 2006/07; Bevölkerung 15 Jahre und älter

SHA = System of Health Accounts, abgefragt von der OECD-Datenbank

Quelle und Darstellung: GÖG

Nachfolgend wird das Verhältnis von stationär und ambulant über den Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben abgebildet. Als Datenquelle für internationale Vergleiche wird die OECD herangezogen. Diese Statistik berücksichtigt keine stationären Gesundheitsleistungen im Pflegebereich. Bezüglich des Verhältnisses zwischen privat und öffentlich erbrachten Gesundheitsausgaben wird der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an allen laufenden Gesundheitsausgaben dargestellt (s. Tabelle 12.1).

Auf die Darstellung der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP wird im vorliegenden Bericht verzichtet, weil diesbezüglich weder eine Zielgröße noch eine Zielrichtung formuliert werden kann. Die Indikatoren zu den Gesundheitsausgaben können nicht nach Geschlecht, Bildung oder Bundesländern stratifiziert werden, jedoch ist ein internationaler Vergleich möglich.

Generelle Entwicklungen

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen wurden im Jahr 2016 von rund 14 Prozent der über 19-jährigen Bevölkerung in Anspruch genommen, Tendenz leicht steigend (2006: 12 %, 2014: 14 %, 2016: 14 %).

Der Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben hat sich im Beobachtungszeitraum nicht verringert, sondern sogar leicht erhöht: Im Jahr 2006 wurden 38 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) für Krankenanstalten ausgegeben, im Jahr 2015 waren es 39 Prozent.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben, die privat bezahlt werden, ist im Beobachtungszeitraum weitgehend gleich geblieben und liegt bei 24–25 Prozent.

Geschlechterunterschiede

Frauen nehmen etwas häufiger allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Männer. Der Unterschied ist jedoch marginal. Im Jahr 2006 nahmen rund 12 Prozent der Männer und rund 13 Prozent der Frauen an einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung teil. Im Jahr 2016 waren es 14 bzw. 15 Prozent.

Bildungsunterschiede

Aussagen zu Bildungsunterschieden in der Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen können nur auf Basis der ATHIS-Befragung 2006/2007 getroffen werden. Der Vergleich in Bezug auf das Bildungsniveau ist deutlich: Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss nehmen allgemeine Vorsorgeuntersuchungen deutlich seltener in Anspruch als Menschen mit einer höheren Ausbildung.

Bundesländerunterschiede

In puncto Vorsorgeuntersuchung gibt es große regionale Unterschiede. Am höchsten ist die Inanspruchnahme im Burgenland, in Kärnten und in Tirol (in unterschiedlicher Reihenfolge im Zeitraum 2006–2016), am niedrigsten in Niederösterreich. Im Jahr 2016 wurden in Kärnten mit einer Rate von 23 Prozent mehr als dreimal so viele Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wie in Niederösterreich. Seit dem Jahr 2006 hat sich dieser Unterschied noch vergrößert: von 13 auf 17 Prozentpunkte.

Europäischer Vergleich

Was den Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den laufenden Gesundheitsausgaben insgesamt betrifft, liegt Österreich im gesamten Beobachtungszeitraum leicht über dem europäischen Durchschnitt²⁵. Im Jahr 2015 war der Anteil in Deutschland mit rund 29 Prozent am geringsten, in Estland mit rund 47 Prozent am höchsten.

Auch der privat finanzierte Anteil der laufenden österreichischen Gesundheitsausgaben liegt im Durchschnitt jener 22 EU-Länder, für die diesbezügliche Daten vorliegen. Wieder liegt Deutschland mit 15 Prozent am unteren Ende des Rankings, während Lettland mit 44 Prozent den höchsten Wert aufweist. Österreich lag sowohl 2006 als auch 2016 auf Rang 12, in elf Ländern war der Anteil niedriger.

12.1.2 Policy- und Prozess-Indikatoren

Policy-Indikator: Umsetzung der Performance-Messung im Gesundheitswesen 😊

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wurde im Jahr 2015 eine Outcome-Messung im Gesundheitswesen etabliert (BMG 2016a). Diesbezügliche Ergebnisse wurden erstmals 2016 (BMG 2016b) und in aktualisierter Form 2018 vorgelegt (BMSGK 2018). Die Outcome-Messung erfasst die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration sowie die Langzeitpflege und Palliativversorgung, wobei letzterer in der Outcome-Messung derzeit datenmäßig noch keine Berücksichtigung findet.

25

Vergleichszahlen liegen für folgende EU-Länder vor: Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Irland, Italien, Lettland, Luxemburg, Niederlande, Polen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Großbritannien.

Policy-Indikator: Umsetzung der operativen Ziele für die Qualitätsstrategie 😊

Die Maßnahmen zu den operativen Zielen der nationalen Qualitätsstrategie 1.0 wurden im Rahmen der Arbeiten zur Zielsteuerung-Gesundheit 2013 bis 2016 größtenteils umgesetzt (siehe Monitoringbericht II/2016).

Die Qualitätsstrategie wurde von der Fachgruppe Qualität für die nächste Periode 2017–2021 weiterentwickelt und neu strukturiert und soll als Version 2.0 veröffentlicht werden. Als Grundlage für die Aktualisierung dienten die gültigen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Zielsteuerung-Gesundheit, das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 und die Inhalte des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene 2017. Zwar ist diese Strategie 2.0. noch nicht publiziert, doch ist ihre Umsetzung in den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene eingeflossen. Insgesamt bestehen 17 operative Ziele in den Themenbereichen Patientensicherheit, Qualitätsmessung, Qualitätsmanagement, Qualitätsstandards und integrierte Versorgung, Evidenzbasierung, Transparenz und Information. Das Erreichen bzw. Umsetzen der operativen Ziele wird im Rahmen der Arbeiten zur Zielsteuerung regelmäßig überprüft und an die Zielsteuerungsgremien berichtet.

Derzeit (Juni 2018) ist die Patientensicherheitsstrategie in der Aktualisierungsphase – wie in der Qualitätsstrategie vorgesehen. Qualitätsmessung im stationären Bereich wird laufend durchgeführt, für den ambulanten Bereich wird sie weiterentwickelt. Ebenso wird die Qualitätsberichterstattung weiterentwickelt und ausgebaut. Die Qualitätsstandards (QS) Aufnahme- und Entlassungsmanagement wurden aktualisiert, ein neuer QS integrierte Versorgung entwickelt, weitere QS sind noch in Erarbeitung. Evidenz und HTA sind wesentliche Themen, so sollen auch Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der HTA-Strategie im 3. Quartal 2018 verabschiedet werden.

12.2 Maßnahmen

Handlungsleitend für die erste Periode der Zielsteuerung-Gesundheit ab 2013 waren die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Gesundheitsziele Österreich (vormals Rahmen-Gesundheitsziele) und daraus abzuleitende wirkungsorientierte Gesundheitsziele, die ihren Niederschlag im ersten Zielsteuerungsvertrag in Form von 12 strategischen Zielen fanden. Diese wurden wiederum in operative Ziele untergliedert, deren Erfolg über insgesamt 106 Messgrößen auf Bundesebene gemessen wurde.

Der Ziele- und Maßnahmenkatalog des Zielsteuerungsvertrages 2017–2021 umfasst insgesamt 83 Maßnahmen (BMGF et al. 2017). Davon betreffen 49 die Bundesebene und 34 die Landesebene. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die ambulante Versorgung zu stärken und gleichzeitig den akut-stationären Bereich zu entlasten. Die Zufriedenheit der Bevölkerung soll durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse sichergestellt werden. Hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention stehen in der Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021 die Stärkung der Ge-

sundheitskompetenz, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit, das Thema Gesundheitsfolgenabschätzung sowie die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie im Fokus. Darüber hinaus soll auch gewährleistet werden, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben nachhaltig finanzierbar sind.

12.3 Resümee

Anhand der festgelegten Meta-Indikatoren lässt sich derzeit kein positiver Trend erkennen. Zwar werden allgemeine Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2016 etwas häufiger als 2006 wahrgenommen, jedoch von nur 14 Prozent der Bevölkerung. Außerdem besteht ein deutlicher Zusammenhang mit dem Bildungsgrad. Unterschiede nach Bundesländern haben sich vergrößert, weil Bundesländer mit ohnehin höherer Inanspruchnahme ihren Anteil stärker vergrößern konnten als Bundesländer mit niedriger Inanspruchnahme.

Ein Trend weg von stationären hin zu ambulanten Gesundheitsleistungen ist derzeit aus den entsprechenden Gesundheitsausgaben ebenso wenig zu erkennen wie ein Trend in Richtung Verringerung privater Gesundheitsausgaben. Mit beiden Indikatoren liegt Österreich relativ stabil im europäischen Mittelfeld.

Der Maßnahmenkatalog der Zielsteuerung-Gesundheit (Vertragsperiode: 2017–2021) lässt hoffen, dass sich in den nächsten Jahren diesbezüglich (ambulant vor stationär) positive Entwicklungen zeigen.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist es gelungen, eine Performance-Messung im Gesundheitswesen zu etablieren. Im Jahr 2016 bzw. 2018 wurden diesbezüglich erste Ergebnisse vorgelegt.

13 Gesamtresümee

Durch die Gesundheitsziele Österreich wurden viele neue Aktivitäten und Maßnahmen (mit) auf den Weg gebracht, wie z. B. das Projekt Frühe Hilfen. Es wurden umfassende Fortschritte im Bereich der Strategie-/Policy-Entwicklung und der intersektoralen Zusammenarbeit/Vernetzung erzielt. Zudem sind bislang (mit Stand Dezember 2015) 133 Maßnahmen in Umsetzung gegangen. Davon wurden 51 bereits zur Gänze umgesetzt.

Ergebnis-Indikatoren

Das Ergebnis-Monitoring der Gesundheitsziele legt nahe, dass es in allen Bereichen noch weiteres Entwicklungspotenzial gibt (s. Tabelle 13.1). Dies gilt vor allem für folgende Gesundheitsziele:

- » GZ 3 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- » GZ 5 Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken (Arbeitsgruppe startet erst)
- » GZ 7 Gesunde Ernährung für alle zugänglich machen (Arbeitsgruppe startet erst)
- » GZ 8 Gesunde und sicher Bewegung im Alltag fördern
- » GZ 9 Psychosoziale Gesundheit fördern

Tabelle 13.1:
Gesamtergebnis

Ebenen	Ergebnis-Indikatoren (Meta- und Wirkungsziele- Indikatoren)	Policy- und Prozess-Indikatoren	Maßnahmen Umsetzungsstand Dezember 2015
Übergeordnete Indikatoren	😊😊😊😊😞	😊😊	
Gesundheitsziel 1	😊😊😊😊😊😞😞*😞	😊😊	25 Maßnahmen: 19 Maßnahmen (76 %) in Umsetzung 4 Maßnahmen (16 %) umgesetzt
Gesundheitsziel 2	😊😊😊😊😊😊😊😞😞	😊	40 Maßnahmen: 24 Maßnahmen (60 %) in Umsetzung 12 Maßnahmen (30%) umgesetzt
Gesundheitsziel 3	😊😊😊😊😞😞😞	😊	28 Maßnahmen 19 Maßnahmen (68 %) in Umsetzung 6 Maßnahmen (21 %) umgesetzt
Gesundheitsziel 4	😊😞		
Gesundheitsziel 5	😊😊😊😊		
Gesundheitsziel 6	😊😊😊😊😊😊😊😊😊😊😊😞😞	😊😊	55 Maßnahmen 20 Maßnahmen (36 %) in Umsetzung 29 Maßnahmen (53 %) umgesetzt
Gesundheitsziel 7	😊😊😊😊😞😞	😊	
Gesundheitsziel 8	😊😊😊😊😞	😊😊	
Gesundheitsziel 9	😊😊😊😊😊*😞	😊	
Gesundheitsziel 10	😊😊😊	😊😊	

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

- 😊 positive Entwicklung
- 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder positive wie negative Entwicklungen
- 😞 negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

- 😊 positives Ergebnis
- 😊 weder positives noch negatives Ergebnis
- 😞 negatives Ergebnis

* identer Indikator

Quelle und Darstellung: GÖG

Etwas positiver, dennoch mit Herausforderungen verbunden, präsentieren sich die anderen Gesundheitsziele. Sie adressieren Bereiche, in denen seit 2006 bereits positive Entwicklungen stattgefunden haben:

- » GZ 1 Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen; steigende BGF-Zahlen und verbesserte Arbeitsbedingungen
- » GZ 2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen; sinkende Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung
- » GZ 4 Luft, Wasser, Boden und alle Lebensräume für zukünftige Generationen sichern; abnehmende PM_{2,5}-Belastung
- » GZ 6 Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten; Verbesserungen im Schulklima, Reduktion der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger/innen (auch Ziel der Europa-2020-Strategie) und Senkung der Frühgeborenenrate
- » GZ 10 Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen; steigende Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen (wird über die Zielsteuerung-Gesundheit adressiert)

Die Ergebnisse bestätigen damit die Relevanz der Arbeit, die in Umsetzung der einzelnen Gesundheitsziele geleistet wird, da die Analyse der Ergebnis-Indikatoren die Entwicklung (Baseline-Trend) vor Einführung der Gesundheitsziele beschreibt.

Insgesamt konnte für 13 (25 %) der bislang 55 festgelegten Ergebnis-Indikatoren (Meta- und Wirkungsziele-Indikatoren) – unter Berücksichtigung von Chancengerechtigkeitsaspekten – eine insgesamt positive Entwicklung festgestellt werden. 21 Indikatoren weisen hingegen keine nennenswerte bzw. eine positive wie negative Entwicklung auf. Elf Indikatoren entwickelten sich mehrheitlich negativ, wobei einer dieser Indikatoren (Zeitdruck und Arbeitsüberlastung) in zwei Bereichen (GZ 1 und 9) misst.

Für zehn weitere Ergebnis-Indikatoren liegen keine Trenddaten vor. Diese Indikatoren können daher nur in Bezug auf ihren Status quo bewertet werden (schwarze Smileys). Acht dieser zehn Indikatoren schneiden „schlecht“ (☹), ein weiterer Indikator nur „mittelmäßig“ (☺) ab.

75 Prozent der Ergebnis-Indikatoren weisen damit – insgesamt gesehen – **keine positive Gesamtbewertung** auf.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Vierzehn von insgesamt 47 Indikatoren (30 %) lassen abnehmende Geschlechterunterschiede erkennen oder weisen keine nennenswerten Unterschiede nach Geschlecht auf. Verbesserungen gab es bezüglich Lebenserwartung bzw. Lebenserwartung in Gesundheit, Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung, Lohnunterschieden, Gesprächsklima mit dem Vater und Inanspruchnahme allgemei-

ner Vorsorgeuntersuchungen. Keine nennenswerten Unterschiede bestehen für die Lebenszufriedenheit, für die Gesundheitskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung, für Lärmbelästigung, Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, Schulklima sowie Schulbelastung.

Bildungsunterschiede haben bei vier der verfügbaren 29 Indikatoren abgenommen (14 %; s. Tabelle 13.2), bei selbsteingeschätzter Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen und Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung.

Kaum positive Entwicklungen zeigen sich bei den Unterschieden zwischen Bundesländern. Nur ein Indikator von 23 (4 %) weist diesbezüglich eine positive Entwicklung (😊) auf (s. Tabelle 13.2). Eine positiv zu bewertende Abnahme der BL-Bandbreite hat es in Bezug auf mehrfach armuts- und ausgrenzungsgefährdete Personen gegeben.

Insgesamt betrachtet hat sich somit die Chancengerechtigkeit in Bezug auf die Geschlechterunterschiede am stärksten verbessert. Nichtsdestotrotz weisen alle Bereiche ein deutliches Entwicklungspotenzial auf.

Tabelle 13.2:
Entwicklungen in Bezug auf Geschlechter-, Bildungs- und Bundesländerunterschiede

Ebenen	Geschlechterunterschiede	Bildungsunterschiede	Bundesländer-Unterschiede
Übergeordnete Indikatoren	😊😊😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊
Gesundheitsziel 1	😊😊😊😊😊*	😊😊😊😊😊*	😊😊😊😊*
Gesundheitsziel 2	😊😊😊😊😊😊😊😊	😊😊	😊😊😊
Gesundheitsziel 3	😊😊😊😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊😊😊	
Gesundheitsziel 4	😊	😊	😊
Gesundheitsziel 5	😊😊😊	😊😊😊	😊
Gesundheitsziel 6	😊😊😊😊😊😊😊😊😊		😊
Gesundheitsziel 7	😊😊😊😊😊😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊
Gesundheitsziel 8	😊😊😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊
Gesundheitsziel 9	😊😊😊😊😊*	😊😊😊😊*	😊😊😊😊*
Gesundheitsziel 10	😊		😊

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:
 😊 positive Entwicklung
 😐 keine nennenswerte Entwicklung und/oder positive wie negative Entwicklungen
 😞 negative Entwicklung
 Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:
 😊 positives Ergebnis
 😐 weder positives noch negatives Ergebnis
 😞 negatives Ergebnis
 * identer Indikator

Quelle und Darstellung: GÖG

Im EU-Vergleich schneidet Österreich gemessen am EU-Durchschnitt bzw. am Ranking der EU-Länder aktuell bei 15 von 35 Indikatoren (43 %) gut ab (s. Tabelle 13.3). Diese Indikatoren sind

mehrheitlich den Gesundheitszielen 1, 2, 6, 7 und 9 zuzuordnen. In nur 10 von 27 Fällen (37 %) lassen sich jedoch Verbesserungen gegenüber dem EU-Durchschnitt oder im EU-Ranking erkennen. **Österreich scheint damit in einigen Bereichen gefährdet – trotz aktuell guter Vergleichswerte –, den „positiven Aufwind zu verpassen“** (z. B. bezüglich Lebenserwartung, Einkommensunterschieden, selbsteingeschätzter Gesundheit, Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen sowie frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen).

Umgekehrt hat sich Österreich in Sachen Lohnunterschiede zwischen Männern und Frauen im europäischen Vergleich deutlich verbessert, steht allerdings nach wie vor vergleichsweise schlecht da.

Tabelle 13.3:
Österreich im EU-Vergleich

Ebenen	Entwicklungen	Status quo
Übergeordnete Indikatoren	😊 😞 😞	😊 😞 😞
Gesundheitsziel 1	😊	😊 😊
Gesundheitsziel 2	😊 😊 😊 😊 😊	😊 😊 😊 😞
Gesundheitsziel 3	😊 😊	😊 😞 😞 😞 😞 😞
Gesundheitsziel 4	😞	😊 😞
Gesundheitsziel 5	😊 😞	😊 😊
Gesundheitsziel 6	😊 😊 😊 😊 😊 😊 😞	😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊
Gesundheitsziel 7	😊 😊 😊 😞	😊 😊 😊 😞 😞
Gesundheitsziel 8	😊	😊
Gesundheitsziel 9	😊	😊
Gesundheitsziel 10	😊 😊	😊 😊

Einschätzung der Entwicklung:
 😊 positive Entwicklung
 😊 keine nennenswerte Entwicklung und/oder positive wie negative Entwicklungen
 😞 negative Entwicklung
 Einschätzung Status quo:
 😊 positives Ergebnis
 😊 weder positives noch negatives Ergebnis
 😞 negatives Ergebnis

Quelle und Darstellung: GÖG

Policy- und Prozess-Indikatoren

Die Operationalisierung der österreichischen Gesundheitsziele ist weit vorangeschritten. Für sieben der 10 GZ liegen Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor, wobei GZ 10 durch die Zielsteuerung-Gesundheit adressiert wird. Zudem wurden in puncto Förderung der Gesundheitskompetenz (GZ 3) sowie Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit (GZ 6) weiterführende strategische Ausrichtungen vorgenommen.

Keine Erfolge konnten bislang in der rechtlichen Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit (GZ 1) sowie in der Umsetzung des NAP.b (GZ 8) erzielt werden.

Prozessfortschritte hat es bisher in der praktischen Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung (GZ 1), in der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (GZ 6), in der Umsetzung des NAP.e (GZ 7) und in der Etablierung einer Performance-Messung im Gesundheitswesen (GZ 10) gegeben. Ein etabliertes Netzwerk zur gesundheitsfördernden Bewegung (GZ 8) lässt hingegen noch etwas auf sich warten.

Umsetzungsstand der Maßnahmen

Mit Stand Dezember 2015 befinden sich rund 90 Prozent der von den Arbeitsgruppen GZ 1, 2, 3 und 6 definierten 148 Maßnahmen in Umsetzung oder sind bereits umgesetzt (133 Maßnahmen; 51 bereits umgesetzt = 34 %). Sechs Maßnahmen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen. Drei Maßnahmen werden voraussichtlich überhaupt nicht umgesetzt. Zu sieben Maßnahmen konnte zum Zeitpunkt der Erhebung keine Information zum Umsetzungsstand eruiert werden.

Der Anteil in Umsetzung befindlicher bzw. umgesetzter Maßnahmen bewegt sich je nach Gesundheitsziel zwischen 89 und 92 Prozent, wobei der Anteil umgesetzter Maßnahmen zwischen 16 Prozent (GZ 1) und 53 Prozent (GZ 6) variiert.

Literatur

- Bengough, Theresa; Winkler, Petra (2015): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014; Schwerpunkt Chancengerechtigkeit. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMASGK (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
- BMG (2011a): Kinder Gesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2011b): NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2012): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit. Fassung vom 21. Juni 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2016a): Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2016b): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 1. Juli 2016. Bundesministerium für Gesundheit
- BMGF (2017a): Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017b): Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe/Update 2017, Wien
- BMGF (2017c): Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017d): Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle

- Altersgruppen sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe / Update 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017e): Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017f): Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017g): Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe / Update 2017. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- BMGF (2017h): Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017i): Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017j): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Aufl. Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; Länder (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Zielsteuerung-Gesundheit 2017-2021
- BMLVS (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J; Parker, Ruth (2012): Attributes of a health literate organization. Discussion Paper. Institute of Medicine of the national academies
- Delcour, Jennifer; Griebler, Robert; Winkler, Petra (2016): Gesundheitsziele Österreich: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 8. Gesundheit Österreich, Wien
- Delcour, Jennifer; Winkler, Petra; Griebler, Robert (2017): Gesundheitsziele Österreich: Maßnahmen-Monitoring der Gesundheitsziele 1, 2, 3 und 6. Gesundheit Österreich, Wien
- EU-Arbeitsgruppe "Sport & Gesundheit" (2008): EU-Leitlinien für körperliche Aktivität; Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung;. Hg. v. Sportminister der EU-Mitgliedstaaten auf ihrer Sitzung in Biarritz vom 27.-28. November 2008
- Griebler, Robert; Winkler, Petra (2014): Rahmen-Gesundheitsziele: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Bengough, Theresa; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Schmutterer, Irene (2017a): Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014. Stadt Wien, Magistratsabteilung 24, Wien
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017b): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- HVB (2012): Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Karasek, Robert A.; Theorell, Tores (1990): Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 98–91
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high–effort/low–reward conditions. In: Journal of occupational health psychology 1/1:27–41
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/1:80
- Titze, Sylvia; Ring–Dimitriou, Susanne; Schober, Peter H.; Halbwachs, Christian; Samitz, Günther; Miko, Hans–Christian; Lercher, Piero; Stein, K. Viktoria; Gäbler, Christian; Bauer, Robert; Gollner, Erwin; Windhaber, Jana; Bachl, Norbert; Dorner, Thomas E. (2011): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH & Fonds Gesundes Österreich, Wien
- United Nations (2015): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- WHO (2015): Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025), Vilnius (Litauen)
- Winkler, Petra (2013): Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Winkler, Petra; Anzenberger, Judith (2013): Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Baseline für die Beobachtung der Indikatoren. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Winkler, Petra; Griebler, Robert; Delcour, Jennifer (2015): Rahmen-Gesundheitsziele: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine (2014): Rahmen-Gesundheitsziele: Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Winkler, Petra; Kern, Daniela; Delcour, Jennifer (2017): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Anhang

Tabelle 0.1:
Übersicht Indikatoren zu den Gesundheitszielen

Themenbereich	Indikator mit Datenquelle
Übergeordnete Indikatoren	
Lebenserwartung	Lebenserwartung (in Jahren) ^{TUS}
Lebenserwartung in Gesundheit	Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit (in Jahren) ^{TUS und ATHIS}
	Beschwerdefreie Lebenserwartung (in Jahren) ^{TUS und EU-SILC}
Selbstberichtete Gesundheit	Selbstberichteter Gesundheitszustand (gut oder sehr gut, in %) ^{ATHIS}
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 Lebensqualität	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{EU-SILC}
	Allgemeine Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{ATHIS}
Lebenswelt Arbeitsplatz	Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen (50–64 Jahre) (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{SHARE}
Lebenswelt Arbeitsplatz	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %) ^{MZ-AKE} (auch Indikator bei GZ 9)
Policy-Ebene	Rechtliche Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung Gesundheit
Policy-Ebene	Praktische Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung
WZ 1 – HIAP	Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller GZ -Maßnahmen, die im Sinne von HIAP umgesetzt werden (in %) ^{Maßnahmen-Monitoring} a) GF-Strategie b) GZ-Maßnahmen
WZ 2 – BGF	Anteil gesundheitsfördernder Betriebe an allen Betrieben in Österreich (in %) ^{Koordinationsstelle BGF-Netzwerk}
	a) Betriebe bis 50 MA b) Betriebe mit mehr als 50 MA
WZ 3 – Ältere Menschen	75- bis 84-Jährige ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (in %) ^{ATHIS}
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen	
Bildungsniveau (Gesundheitsdeterminante)	Anteil der 25–64-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss (in %) ^{Bildungsstandregiste}
Armut (Gesundheitsdeterminante)	Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (in %) ^{EU-SILC}
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten
WZ 1 – Bildungsmobilität	Anteil der 25- bis 59-Jährigen, die bei niedrigstem Bildungsniveau der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen (in %) ^{Erwachsenenbildungserhebungen}
WZ 2 – Unterschiede in: – Lebenserwartung in Gesundheit – Einkommen – Lohn nach Geschlecht	Lebenserwartung in Gesundheit von 25-Jährigen mit höherem Bildungsabschluss (Matura+) versus jenen mit niedrigem (max. Pflichtschulabschluss) (in Lebensjahren) ^{TUS und ATHIS}
	Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (der 20 % der Bev. mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (der 20 % der Bev. mit dem niedrigsten Einkommen) (S80/S20) ^{EU-SILC}
	Verhältnis des Bruttostundenlohns von Männern und Frauen ^{Verdienststrukturstatistik}

Themenbereich	Indikator mit Datenquelle
WZ 3 – Gesundheitlicher und sozialer Schutz	Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (in %) ^{EU-SILC} (auch MI)
	Anteil der mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten (in %) ^{EU-SILC}
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	
Gesundheitskompetenz	HLS-Gesamtdindex: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) ^{HLS-EU}
Basiskompetenz – Lesen	Lesekompetenz bei 9- bis 10-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) ^{PIRLS}
	Lesekompetenz bei 15-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) ^{PISA}
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz
WZ 1 – Gesundheitssystem und GK	HLS-Index zur Krankheitsbewältigung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) ^{HLS-EU}
WZ 2 – Vulnerable Gruppen und GK	HLS-Index zur Prävention: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) ^{HLS-EU}
	HLS-Index zur Gesundheitsförderung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) ^{HLS-EU}
WZ 3 – Dienstleistungs- und Produktionssektor und GK	HLS-Gesamtdindex: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) ^{HLS-EU} (auch MI)
Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern	
Luftqualität	PM_{2,5}-Belastung (in µg/m ³) ^{Luftgütemessung}
Lärm	Lärmbelastung ^{MZ-UMW}
	a) sehr stark und stark b) mittelmäßig
Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken	
Verteilung	Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen (in %) ^{EU-SILC}
Sozialkapital	Soziales Vertrauen (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{ESS}
	Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen (in %) ^{ATHIS}
Teilhabe	Freiwilligenarbeit (in %) ^{MZ-Sonderfrageprogramm und IFES}
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
Gesundheit	Ausgezeichneter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (in %) ^{HBSC}
Lebenswelt Familie	Gesprächsklima¹ Vater (in %) ^{HBSC}
	Gesprächsklima¹ Mutter (in %) ^{HBSC}
Lebenswelt Kindergarten und Schule	Schulklima (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{HBSC}
Arbeitslosigkeit als wichtige Gesundheitsdeterminante	Jugendarbeitslosigkeit (in %) ^{MZ-AKE}
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen (in %) ^{MZ-AKE}
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtslegung zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
WZ 1 und 2	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) ^{HBSC}
WZ 1 – Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse (Policy-Ebene)	Kontinuierliche Steigerung der Anzahl beschlossener Strategien, Plänen, Gesetzen, Berichten und Reformkonzepten auf Bundes- und Landesebene, in denen Kinder und Jugendliche als Zielgruppe explizit berücksichtigt sind
WZ 2 – Schwangerschaft und frühe Kindheit	Frühgeborenenrate (in %) ^{BEVST}
WZ 3 – Lebenskompetenz	Selbstwirksamkeitserwartung (Wertebereich: 0 [-] bis 4 [+]; Mittelwert) ^{HBSC}
	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen (in %) ^{MZ-AKE} (auch MI)

Themenbereich	Indikator mit Datenquelle
Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen	
Ernährung	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen (in %) ^{HBSC}
	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %) ^{ATHIS}
Körpergewicht	Übergewicht und Adipositas (in %) ^{HBSC}
	Untergewicht (in %) ^{ATHIS}
	Adipositas (in %) ^{ATHIS}
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	
Bewegungsverhalten	Täglich für mind. 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv (in %) ^{HBSC}
	Gesundheitswirksame Bewegung (in %) ^{ATHIS}
Mobilität – Modal-Split	Täglich Wege zu Fuß (mindestens 250 Meter, in %) ^{MZ-UMW}
	Mehrmals wöchentlich oder täglich Wege mit dem Fahrrad (in %) ^{MZ-UMW}
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Bewegungsplans (NAP.b)
WZ 1 und 2	Täglich für mind. 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv (in %) ^{HBSC} (auch MI)
	Gesundheitswirksame Bewegung (in %) ^{ATHIS} (auch MI)
WZ 3 (Policy-Ebene)	Anzahl der Vernetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Netzwerks zur gesundheitsfördernden Bewegung
Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	
Psychische Gesundheit	Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{ATHIS} a) psychisches Wohlbefinden (pWB) b) soziales Wohlbefinden (sWB)
Lebenswelt Schule und Arbeitsplatz	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz : Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %) ^{MZ-AKE} (auch Indikator bei GZ 1) Schulbelastung (ziemlich stark bis sehr stark belastet in %) ^{HBSC}
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer Mental-Health-Strategie für Österreich
WZ 1 – Lebenswelten, Lebenskompetenzen	Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) ^{ATHIS} (auch MI)
	a) psychisches Wohlbefinden (pWB) b) soziales Wohlbefinden (sWB)
WZ 3 – Offenes Klima	Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose (in %) ^{ATHIS}
Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	
Chancengerechtigkeit	Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (in %) ^{VU-Statistik}
Gesundheitssystem	Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (in %) ^{SHA/OECD}
	Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an allen laufenden Gesundheitsausgaben (in %) ^{SHA/OECD}
Policy-Ebene	Umsetzung der Performance-Messung im Gesundheitswesen
Policy-Ebene	Umsetzung der operativen Ziele für die Qualitätsstrategie

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; BEVST = Bevölkerungsstatistik; BGF = Betriebliche ; ESS = European Sozial Survey; EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; GK = Gesundheitskompetenz; HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; HiAP = Health in All Policies; IFES = Institut für Empirische Sozialforschung; MI = Metaindikator; MZ-AKE = Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung; MZ-UMW = Mikrozensus Umweltbedingungen und Umweltverhalten; SHA/OECD = System of Health Accounts, abgefragt von der OECD-Datenbank; SHARE = Survey of Health, Aging and Retirement in Europe; TUS = Todesursachenstatistik; VU-Statistik: Statistik der Vorsorgeuntersuchungen; WZ = Wirkungsziel

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 0.2:
Übersicht Indikatorenbewertung

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Übergeordnete Indikatoren							
Lebenserwartung (in Jahren) <small>TUS</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊	😞	😐	😞 😊
Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit (in Jahren) <small>TUS und ATHIS</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊	😞	😐	Keine Daten verfügbar
Beschwerdefreie Lebenserwartung (in Jahren) <small>TUS und EU-SILC</small>	Meta-Indikator	😞	😞	😞	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😞 😞
Selbstberichteter Gesundheitszustand (gut oder sehr gut; in %) <small>ATHIS</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😐	😊	😐	😊 😐
Gesundheitsziel 1							
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) <small>EU-SILC</small>	Meta-Indikator	😊	😐	😊	😊	😐	😊
Allgemeine Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) <small>ATHIS</small>	Meta-Indikator	😐	😐	😐	😐	😐	Keine Daten verfügbar
75- bis 84-Jährige ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (in %) <small>ATHIS</small>	Indikator WZ 3	😞	😊	😞	😞	😞	Dzt. keine Daten verfügbar
Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen (50-64 Jahre) (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) <small>SHARE</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😞	😊	Keine Daten verfügbar	😊 😊
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %)* <small>MZ-AKE</small>	Meta-Indikator	😞	😞	😞	😞	😞	Keine Daten verfügbar

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Anteil gesundheitsfördernder Betriebe an allen Betrieben in Österreich (in %) a) Betriebe bis 50 MA b) Betriebe mit mehr als 50 MA <small>Koordinationsstelle BGF-Netzwerk</small>	Indikator WZ 2	😊	😊			Dzt. keine Auswertungen verfügbar	Keine Daten verfügbar
Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller GZ-Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden (in %) a) GF-Strategie b) GZ-Maßnahmen <small>Maßnahmen-Monitoring</small>	Indikator WZ 1	😊	😊			Dzt. keine Auswertungen verfügbar	Keine Daten verfügbar

Gesundheitsziel 2

Lebenserwartung in Gesundheit von 25-Jährigen mit höherem Bildungsabschluss (Matura+) versus jenen mit niedrigem (max. Pflichtschulabschluss) (in Lebensjahren) <small>TUS und ATHIS</small>	Indikator WZ 2	😞	Liegt nur nach Geschlecht vor	😞		Dzt. keine Auswertungen verfügbar	Keine Daten verfügbar
Anteil der 25- bis 64-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss (in %) <small>Bildungsstandregister</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊		😊	😊 😊
Anteil der 25- bis 59-Jährigen, die bei niedrigsten Bildungsniveau der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen (in %) <small>Erwachsenenbildungserhebungen</small>	Meta-Indikator und Indikator WZ 1	😊	😊	😞		Keine Daten verfügbar	Dzt. keine Auswertungen verfügbar
Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (in %) <small>EU-SILC</small>	Meta-Indikator und Indikator WZ 3	😊	😊	😊	😊	😊	😊 😊
Anteil der mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten (in %) <small>EU-SILC</small>	Indikator WZ 3	😊	😊	😊	😞	😊	Keine Daten verfügbar

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (der 20 % der Bev. mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (der 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen) (S80/S20) <small>EU-SILC</small>	Indikator WZ 2	☹️	☹️	Wenig aussagekräftig	Wenig aussagekräftig	Keine Auswertungen verfügbar	😊 😊
Verhältnis des Bruttostundenlohns von Männern und Frauen <small>Verdienststrukturstatistik</small>	Indikator WZ 2	😊	😊	😊	Steht nach Bildungsgrad nicht zur Verfügung	Keine Auswertungen verfügbar	😊 😊

Gesundheitsziel 3

HLS-Gesamtindex: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small>	Meta-Indikator und Indikator WZ 3	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine brauchbaren Daten verfügbar	☹️
HLS-Index zur Krankheitsbewältigung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small>	Indikator WZ 1	☹️	☹️	😊	☹️	Keine brauchbaren Daten verfügbar	☹️
HLS-Index zur Prävention: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small>	Indikator WZ 2	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine brauchbaren Daten verfügbar	☹️
HLS-Index zur Gesundheitsförderung: ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (in %) <small>HLS-EU</small>	Indikator WZ 2	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine brauchbaren Daten verfügbar	☹️
Lesekompetenz von 9- bis 10-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) <small>PIRLS</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊	☹️	Keine Daten verfügbar	😊 😊

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Lesekompetenz von 15-Jährigen: Kompetenzstufe 1 oder darunter (in %) <small>PIISA</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Gesundheitsziel 4							
PM _{2,5} -Belastung (in µg/m ³) <small>Luftgütemessung</small>	Meta-Indikator	😊	😊	Nicht möglich	Nicht möglich	Keine Daten verfügbar	☹️
Lärmbelastung a) sehr stark und stark b) mittelmäßig <small>MZ-UMW</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	😊	☹️	☹️	☹️ ☹️
Gesundheitsziel 5							
Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen (in %) <small>EU-SILC</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	Wenig aussagekräftig	Wenig aussagekräftig	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Soziales Vertrauen (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) <small>ESS</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Freiwilligenarbeit (in %) MZ- <small>Sonderfrageprogramm und IFES</small>	Meta-Indikator	☹️	😊	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen (sehr zufrieden oder zufrieden; Personen in %) <small>ATHIS</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	😊	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar
Gesundheitsziel 6							
Ausgezeichneter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (in %) <small>HBSC</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Allgemeine Lebenszufriedenheit (Wertebereich: 0 [-] bis 10 [+]; Mittelwert) <small>HBSC</small>	Indikator WZ 1 & 2	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Selbstwirksamkeitserwartung (Wertebereich: 0 [-] bis 4 [+]; Mittelwert) <small>HBSC</small>	Indikator WZ 3	☹️	☹️	😊	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar
Gesprächsklima ² Vater (in %) <small>HBSC</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	😊	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Gesprächsklima ¹ Mutter (in %) HBSC	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Schulklima (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) HBSC	Meta-Indikator	😊	😊	😊	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😊
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen (in %) MZ-AKE	Meta-Indikator & WZ 3	☹️	😊	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Jugendarbeitslosigkeit nach ILO (in %) MZ-AKE	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😊 ☹️
Frühgeborenenrate (in %) BEVST	Indikator WZ 2	😊	😊		Keine Auswertungen verfügbar	☹️	Keine Daten verfügbar

Gesundheitsziel 7

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %) HBSC	Meta-Indikator	☹️	😊	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😊 ☹️
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum (in %) ATHIS	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️
Übergewicht und Adipositas (in %) HBSC	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😊 ☹️
Untergewicht (in %) ATHIS	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	😊	☹️ ☹️
Adipositas (in %) ATHIS	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	😊	😊 ☹️

Gesundheitsziel 8

Täglich für mind. 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv (in %) HBSC	Meta-Indikator und Indikator WZ 1 & 2	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	☹️ ☹️
Gesundheitswirksame Bewegung (in %) ATHIS	Meta-Indikator und Indikator WZ 1 & 2	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar
Täglich Wege zu Fuß (mindestens 250 Meter, in %) MZ-UMW	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	😊	Keine Daten verfügbar
Mehrmals wöchentlich oder täglich Wege mit dem Fahrrad (in %) MZ-UMW	Meta-Indikator	☹️	😊	☹️	☹️	☹️	Keine Daten verfügbar

Indikator		Gesamteinschätzung	Gesamtentwicklung	Geschlechterunterschied	Bildungsunterschied	Bundesländerunterschied	EU-Vergleich ¹
Gesundheitsziel 9							
Lebensqualität (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert) a) psychisches Wohlbefinden (pWB) b) soziales Wohlbefinden (sWB) <small>ATHIS</small>	Meta-Indikator und Indikator WZ 1	☹️ ☹️	☹️ ☹️	☹️ ☹️	☹️ ☹️	☹️ ☹️	Keine Auswertungen verfügbar
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung (in %)* <small>MZ-AKE</small>	Meta-Indikator	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine Auswertungen verfügbar
Schulbelastung (ziemlich stark bis sehr stark belastet in %) <small>HBSC</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊	Keine Daten verfügbar	Keine Daten verfügbar	😊 😊
Erwerbstätigenquote der Bevölkerungsgruppe mit Depressionsdiagnose (in %) <small>ATHIS</small>	Indikator WZ 3	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	Keine Auswertungen verfügbar
Gesundheitsziel 10							
Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (in %) <small>VU-Statistik</small>	Meta-Indikator	😊	😊	😊	Keine Daten verfügbar	☹️	Keine Daten verfügbar
Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (in %) <small>SHA/OECD</small>	Meta-Indikator	😊	😊			Dzt. keine Auswertungen verfügbar	😊 😊
Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an allen laufenden Gesundheitsausgaben (in %) <small>SHA/OECD</small>	Meta-Indikator	😊	😊			Dzt. keine Auswertungen verfügbar	😊 😊

Gesamteinschätzung der Entwicklungen:

😊 positive Entwicklung

😐 keine nennenswerte Entwicklung und/oder positive wie negative Entwicklungen

☹️ negative Entwicklung

Gesamteinschätzung ohne Ergebnisse im Trend:

😊 positives Ergebnis

😐 weder positives noch negatives Ergebnis

☹️ negatives Ergebnis

¹ Für den EU-Vergleich wird sowohl die Entwicklung als auch der Status quo bewertet (schwarze Smileys; im Vergleich zum EU-Durchschnitt und zum Ranking).

* Indikator kommt zweimal zur Anwendung (GZ 1 und GZ 9).

ATHIS = Austrian Health Interview Survey; BEVST = Bevölkerungsstatistik; ESS = European Sozial Survey; EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions; HBSC = Health Behaviour in School-aged Children Study; IFES = Institut für Empirische Sozialforschung; MZ-AKE = Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung; MZ-UMW = Mikrozensus Umweltbedingungen und Umweltverhalten; SHA/OECD = System of Health Accounts, abgefragt von der OECD-Datenbank; SHARE = Survey of Health, Aging and Retirement in Europe; TUS = Todesursachenstatistik; VU-Statistik: Statistik der Vorsorgeuntersuchungen

Quelle und Darstellung: GÖG