

Rahmen-Gesundheitsziele: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Rahmen-Gesundheitsziele: Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2

Autorin/Autor:

Petra Winkler
Robert Griebler

Unter Mitarbeit von:

Jennifer Delcour

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Dezember 2015

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

ZI. P3/1/46212-1/15

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Als Phase 1 des Rahmen-Gesundheitsziele-Prozesses wurden ab Mai 2011 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und mit fachlicher Begleitung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die österreichischen **Rahmen-Gesundheitsziele** (R-GZ) erarbeitet. Sie sind das Ergebnis eines intersektoralen Prozesses und wurden im Sommer 2012 sowohl von der Bundesgesundheitskommission (BGK) als auch vom Ministerrat beschlossen.

Phase 2 des R-GZ-Prozesses widmet sich der **Konkretisierung** dieser R-GZ in Form von spezifischen **Strategie- und Maßnahmenkonzepten**. Die einzelnen R-GZ werden dabei anhand priorisierter **Wirkungsziele** näher bestimmt und mit spezifischen Maßnahmen ausgestattet. Intersektorale Arbeitsgruppen entwickeln Strategie- und Maßnahmenkonzepte und empfehlen dazu **Indikatoren** und Messgrößen (inklusive Zielvorgaben), mit Hilfe derer die erarbeiteten Maßnahmen und Wirkungsziele kontinuierlich beobachtet werden können.

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird von einem umfassenden **Monitoring** begleitet. Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnis-Monitoring vor. Pro Wirkungsziel wurden ein bis drei Indikatoren definiert. Sie dienen der **strategischen Steuerung** und sollen zu einer **Optimierung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte** beitragen.

Der Monitoringplan zu den österreichischen R-GZ sieht vor, diese Indikatoren einer **Machbarkeitsprüfung** zu unterziehen. Diese wird von der GÖG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der Wirkungsziele sicherstellen. Im Jahr 2015 setzte die GÖG diesen Auftrag für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2 um.

Die Machbarkeitsprüfung hat gezeigt, dass alle neun Indikatoren sehr gut geeignet sind, um die Wirkungsziele zu beobachten. Eine Zielvorstellung wirkt aus heutiger Sicht besonders ambitioniert (der Anteil der Betriebe mit BGF-Gütesiegel), doch es geht möglicherweise nicht unbedingt darum, ein realistisches Ziel zu formulieren, sondern dafür zu sorgen, dass die Entwicklung in die richtige Richtung geht. Andere Ziele scheinen aus heutiger Sicht realistischer, sind jedoch auch von Faktoren außerhalb des Handlungsbereichs der in den beiden Arbeitsgruppen tätigen Akteure abhängig (z. B. Anteil der Armutsgefährdeten). Die Zielvorgaben für zwei Indikatoren konnten nicht eingeschätzt werden, weil die Datengrundlage noch unvollständig ist (HiaP-Anteil, WZ 1 R-GZ 1) oder eine Zeitreihe und der internationale Vergleich fehlen (Anteil der 75- bis 84-Jährigen ohne Einschränkungen bei den ADL, WZ 3 R-GZ 1).

Die Definition von *Health in All Policies* könnte bzw. sollte in der Arbeitsgruppe noch einmal diskutiert werden, um den Blick dafür zu schärfen, ob es um politikfeldübergreifende Zusammenarbeit bei Maßnahmen mit starkem Gesundheitsbezug geht, oder ob vielleicht doch im Vordergrund steht, dass Gesundheit bei Maßnahmen anderer Politikfelder berücksichtigt wird.

Inhalt

1	Einleitung/Hintergrund	1
2	Indikatoren zu den Wirkungszielen des R-GZ 1	2
2.1	WZ 1 – Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik: Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller R-GZ-Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden	3
2.2	WZ 2 – Arbeitswelten: Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe in Relation zur Gesamtanzahl der Betriebe in Österreich	5
2.3	WZ 3 – Gesundheitspotenziale ausschöpfen und aktive Rolle einnehmen: Anteil der 75- bis 84-Jährigen ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.....	9
3	Indikatoren zu den Wirkungszielen des R-GZ 2	12
3.1	WZ 1 – Sozialer Aufstieg: Bildungsmobilität	14
3.2	WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Fernere Lebenserwartung in Gesundheit.....	18
3.3	WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Verhältnis des Gesamteinkommens von unterstem und oberstem Quintil.....	21
3.4	WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Verhältnis des Bruttostundenlohns von Frauen und Männern	24
3.5	WZ 3 – Gesundheitlicher und sozialer Schutz: Anteil der armuts- und ausgrenzungsgefährdeten Menschen und Anteil der ausgrenzungsgefährdeten Menschen	26
4	Resümee und Ausblick	31
	Literatur	32
	Anhang	33
	Anhang 1: Zehn Rahmen-Gesundheitsziele	35
	Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren	36
	Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren	38

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Anzahl der Betriebe mit gültigem BGF-Gütesiegel, 2008–2014	7
Abbildung 2.2:	ADL-Einschränkungen bei 75- bis 84-Jährigen nach Geschlecht, 2014	10
Abbildung 2.3:	ADL-Einschränkungen bei 75- bis 84-Jährigen nach Bildungsgrad und Migrationshintergrund, 2014	11
Abbildung 3.1:	Bildungsmobilität der 25- bis 59-jährigen Männer 2007 und 2011/12	16
Abbildung 3.2:	Bildungsmobilität der 25- bis 59-jährigen Frauen 2007 und 2011/12	17
Abbildung 3.3:	Fernere Lebenserwartung in Gesundheit bei 25-Jährigen, nach Bildungsgrad und Geschlecht, 1981 und 2006.....	20
Abbildung 3.4:	Brutto-Stundenverdienst im Oktober 2010 nach Vollzeit-/Teilzeit-Beschäftigung sowie nach Geschlecht.....	25
Abbildung 3.5:	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung in Österreich und im EU-Durchschnitt, 2005–2014.....	28

Tabellen

Tabelle 2.1:	Anteil der Betriebe mit BGF-Gütesiegel, 2008–2014	7
Tabelle 3.1:	Verhältnis von oberstem zu unterstem Quintil des Gesamteinkommens, 2004–2014, in ausgewählten europäischen Ländern.....	23
Tabelle 3.2:	Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied 2006–2013 in ausgewählten europäischen Ländern	25
Tabelle 3.3:	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung sowie mehrfache Ausgrenzungsgefährdung in Österreich, 2008–2014	29

Abkürzungen

ADL	Activities of Daily Living
AES	Adult Education Survey
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ESS	European Social Survey
GF	Gesundheitsförderungsstrategie
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ESWC	European Survey on Working Conditions
EU	Europäische Union
EU-SILC	EU Statistics on Income and Living Conditions
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HIS	Health Interview Survey(s)
HPV	Humane Papillom Viren
KMU	Klein- und Mittelunternehmen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PIRLS	Progress in International Reading Literacy Study
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Wien
WZ	Wirkungsziel/e

1 Einleitung/Hintergrund

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

Phase 2 des Rahmen-Gesundheitszieleprozesses (R-GZ-Prozess) sieht die Konkretisierung dieser R-GZ anhand sogenannter Strategie- und Maßnahmenkonzepte vor. Die R-GZ werden dabei anhand priorisierter Wirkungsziele (WZ) präzisiert und mit spezifischen Maßnahmen(-plänen) hinterlegt. Diese Strategie- und Maßnahmenkonzepte werden durch definierte Arbeitsgruppen (bisher zu R-GZ 1, 2, 3, 6 und 8) entwickelt, die neben den Wirkungszielen und Maßnahmen auch Indikatoren und Messgrößen zu deren Beobachtung inklusive Zielvorgaben vorschlagen. Aktuell liegen derartige Strategie- und Maßnahmenkonzepte für die R-GZ 1, 2, 3 und 6 vor.

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet (vgl. Winkler et al. 2014). Dieses Monitoring erfolgt auf drei Ebenen: Anhand von 28 Meta-Indikatoren wird erstens die Entwicklung in Hinblick auf die zehn Rahmen-Gesundheitsziele beobachtet. Zweitens wurden bzw. werden für jedes Wirkungsziel ein bis drei Indikatoren definiert, um deren Veränderung zu messen. Um diese Wirkungsziele-Indikatoren geht es in dem vorliegenden Bericht. Drittens ist für jede Maßnahme eine Messgröße zur Beobachtung der Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahme vorgesehen.

Das Monitoring der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele sieht eine Machbarkeitsprüfung zu diesen Indikatoren vor. Diese wird von der GÖG/ÖBIG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der WZ sicherstellen. Die Machbarkeitsüberprüfung orientiert sich an den nachstehenden Fragen und wurde im Jahr 2015 für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2 umgesetzt. Die Ergebnisse finden sich in den nachstehenden Berichtskapiteln.

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

2 Indikatoren zu den Wirkungszielen des R-GZ 1

Das R-GZ 1 „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ wurde – laut Bericht der Arbeitsgruppe (BMG 2015a) – anhand nachstehender Wirkungsziele (WZ) operationalisiert und soll mit folgenden (hier zusammengefassten) Maßnahmen umgesetzt werden:

» **WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten Akteure im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufbauen**

Die Maßnahmen zu diesem Wirkungsziel decken ein breites Feld ab und setzen im Wesentlichen auf einer strategischen Ebene an: Eine politikfeldübergreifende Gesundheitspolitik soll als Grundsatz in der Gesundheitsförderungsstrategie festgeschrieben werden, HiAP (Health in All Policies) soll in politischen Programmen (wie etwa im Regierungsprogramm oder in Aktionsplänen) verankert werden, Informationen zum gemeinsamen Nutzen von HiAP sollen für verschiedene Ressorts aufbereitet werden. Zur Förderung von politikfeldübergreifenden Zusammenarbeitsformen auf Länderebene sollen regelmäßige Netzwerktreffen relevanter Akteure stattfinden und die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) soll etabliert werden. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) setzt eine Reihe von Aktivitäten zur Förderung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit auf kommunaler und regionaler Ebene, die Gesundheitsberichterstattung soll sich in Richtung Determinanten-Orientierung weiterentwickeln und es soll ein Konzept für einen HiAP-Dialog ausgearbeitet werden.

» **WZ 2: Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen**

Bewegung am Arbeitsplatz soll gefördert werden, einerseits durch eine Betriebssportstudie, andererseits im Rahmen von fit2work. Auf Basis einer Recherche bei bestehenden BGF-Angeboten hinsichtlich ihrer Stärken, Schwächen und Potenziale sollen Empfehlungen ausgearbeitet werden, die in eine nationale BGF-Strategie münden sollen. Die Qualität der BGF soll weiter entwickelt werden, etwa durch eine standardisierte Erhebung von Kennzahlen oder durch eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung. Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung stellt Qualitätskriterien für BGF-Angebote in Form eines Leitfadens zur Verfügung. Auf betrieblicher Ebene soll eine Gesundheitsberichterstattung etabliert werden, die verständliche und handlungsorientierte Gesundheitsinformationen liefert; dafür sollen Kennzahlen definiert werden. Ein qualitätsgesicherter Beraterpool für BGF soll auf- und ausgebaut werden. Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung bietet ein niederschwelliges Angebot für den Einstieg von KMU in BGF. Der FGÖ unterstützt mit einem Seminarprogramm für innerbetriebliche Akteure/Akteurinnen das Capacity Building für BGF.

- » **WZ 3: Durch die Gestaltung der relevanten Lebenswelten Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotentiale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen**

Die Maßnahmen zu Wirkungsziel 3 betreffen ein politikfeldübergreifendes Handeln zu einzelnen konkreten Themen wie zum Nichtraucherschutz (Diskurs zur Umsetzung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs) oder zu Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen (Strategie „Aktives Altern“). Die Möglichkeiten und Grenzen von Anreizsystemen sollen systematisch und wissenschaftlich fundiert aufgearbeitet werden. Die Sanierung und altersgerechte bzw. barrierefreie Umgestaltung von Altbestand an Wohnraum sollte gefördert werden, um alten Menschen möglichst lange den Verbleib in ihrer Wohnung zu ermöglichen. Netzwerktreffen sollen die determinantenorientierte Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie (GF) unterstützen.

2.1 WZ 1 – Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik: Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller R-GZ-Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Das Wirkungsziel 1 einer politikfeldübergreifenden Kooperation im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist ein schwer operationalisierbares Ziel, für das es keinen etablierten Indikator gibt. Allein der Begriff „Gesamtpolitik“ ist schwer abzugrenzen, auch weil es dabei nicht nur um die Bundesebene, sondern auch um die Landes- und kommunale Ebene gehen kann. Insofern ist es notwendig, in einem ersten Schritt HiAP einzugrenzen. Die Umsetzung dieses Ziels anhand der Projekte zu beurteilen, die über die GF-Strategie gefördert werden oder über die R-GZ laufen, ist sinnvoll und machbar.

Health in All Policies – oder Gesundheit in allen Politikfeldern – wurde in der Langfassung der Rahmen-Gesundheitsziele definiert als „Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (BMG 2012). Für die Messung von HiAP ist dies zu operationalisieren. Health in All Policies ist im Arbeitsbericht von R-GZ 1 mit „Politikfeldübergreifender Gesundheitspolitik“ übersetzt und so definiert, dass neben dem Gesundheitsressort zumindest ein weiteres Ressort an der Planung, Konzeption oder Umsetzung von Maßnahmen beteiligt ist. Beteiligung meint, dass Strukturen und Kompetenzen finanziell oder personell zur Verfügung gestellt werden. Diese Definitionen sind klar genug, die Maßnahmen danach zu beurteilen.

Prinzipiell könnte HiAP auch breiter verstanden werden, nämlich so, dass **alle** Maßnahmen von Einrichtungen/Ressorts außerhalb des Gesundheitswesens im Sinne von HiAP sind, sofern sie Gesundheit und Auswirkungen auf die Gesundheit (explizit) mitbedenken. Demnach wären nur jene R-GZ-Maßnahmen nicht im Sinne von HiAP, die ausschließlich vom Gesundheitsressort geplant, finanziert und umgesetzt werden und die nicht explizit HiAP befördern möchten. Die

enger gefasste Definition der Arbeitsgruppe hingegen schränkt auf Maßnahmen ein, an denen der Gesundheitsbereich in irgendeiner Form beteiligt ist.

Es wird deshalb an dieser Stelle angeregt, die Definition von HiAP, wie sie im Kontext mit den Rahmen-Gesundheitszielen am besten die Intention trifft, nochmal zu diskutieren, insbesondere in Abgrenzung zu dem Begriff der intersektoralen Zusammenarbeit.

Datengrundlage

Datengrundlage sind die Ergebnisse, die aus dem Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie gewonnen werden können. Dieses wird als Online-Tool etabliert. In diesem Monitoring ist ein Fragenblock explizit dem Thema HiAP gewidmet. Es wird danach gefragt, ob andere Politikfelder und Gesellschaftsbereiche (z. B. Bildung, Infrastruktur, Soziales) informiert sind, ob gemeinsam gesteuert wird, gemeinsame Ziele verfolgt werden, gemeinsam finanziert wird oder die Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam erfolgt. Abschließend soll auf einer fünfteiligen Skala eingeschätzt werden, wie sehr die Maßnahme politikfeldübergreifend ausgerichtet bzw. wie stark andere Gesellschaftsbereiche einbezogen werden.

Die R-GZ-Maßnahmen sind in den jeweiligen Arbeitsberichten durch die Angabe von Zielgruppen, Akteuren und Finanzierung pro Maßnahme ausreichend dokumentiert, um die Frage nach HiAP beantworten zu können.

Ergebnisse

Ergebnisse aus dem GF-Monitoring sind frühestens Mitte 2016 zu erwarten.

Laut den Arbeitsberichten der R-GZ 1, 2, 3 und 6 wurden insgesamt 155 Maßnahmen gemeldet. Bei rund einem Drittel dieser Maßnahmen (52 bzw. 34 %) lassen die Projektbeschreibungen (Koordination, Mitwirkende, Überlegungen zur Finanzierung) laut Tabelle im Anhang des Arbeitsgruppenberichts vermuten, dass sie politikfeldübergreifend gemäß der Definition der Arbeitsgruppe konzipiert sind (das Gesundheitsressort und ein weiteres sind an Planung, Konzeption oder Umsetzung der Maßnahme beteiligt). Ein weiteres Drittel der Maßnahmen wird von einem oder mehreren Ressorts außerhalb des Gesundheitsbereichs umgesetzt, könnte also im weiteren Sinn auch als HiAP gelten. Etwa ein Drittel der Projekte wird von Institutionen im Gesundheitsbereich ohne Beteiligung von anderen Ressorts durchgeführt. Sechs Projekte (das betrifft v. a. R-GZ 1) werden zwar nur vom Gesundheitsressort geplant und konzeptioniert, nennen aber HiAP als explizites Ziel.

Bei manchen Projekten ist allerdings schwer abzuschätzen, ob sie politikfeldübergreifend gedacht sind. Im Zuge der Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Aktualität kann es diesbezüglich deshalb zu Präzisierungen kommen.

Zielvorgabe

Bis zum Jahr 2022 sind zwei Drittel der dokumentierten Maßnahmen im Sinne einer politikfeld-übergreifenden Gesundheitspolitik umgesetzt.

Eine Einschätzung der Zielvorgabe ist mit der derzeitigen Datenlage nicht möglich, da die Ergebnisse aus dem GF-Monitoring noch ausständig sind.

Zusammenfassung

- » Der Indikator kann die Intention des Ziels zu einem nicht unerheblichen Teil abbilden, kann aber frühestens ab dem Jahr 2016 vollständig erhoben werden.
- » Die Definition des Begriffs HiAP ist plausibel, könnte aber auch weiter gefasst werden. Es empfiehlt sich, sie nochmal zu diskutieren.
- » Eine Einschätzung der Zielvorgabe ist mit dem derzeitigen Datenstand nicht möglich.

2.2 WZ 2 – Arbeitswelten: Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe in Relation zur Gesamtanzahl der Betriebe in Österreich

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Das Erreichen von Wirkungsziel 2 soll über die Anzahl jener Betriebe, die Gesundheitsförderung systematisch umsetzen, gemessen werden. Der Indikator misst relativ genau das Wirkungsziel.

Das Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sieht drei Qualitätsstufen vor:

- » Die erste Stufe, die BGF-Charta, ist eine Absichtserklärung von Unternehmen, die Grundsätze der BGF einzuhalten und ein BGF-Projekt zu planen.
- » Die zweite Stufe, das BGF-Gütesiegel, prämiiert ein Unternehmen für ein erfolgreich abgeschlossenes BGF-Projekt bzw. für die Implementierung in den Regelbetrieb. Das BGF-Gütesiegel wird für drei Jahre vergeben, kann dann neuerlich beantragt und nach Prüfung der Gesundheitsorientierung neu vergeben werden.
- » In einer dritten Stufe können herausragende Projekte aus dem Kreis der aktuellen Gütesiegelträger prämiert werden.

In der Arbeitsgruppe zu R-GZ 1 wurden als gesundheitsfördernde **Betriebe** jene definiert, die ein **BGF-Gütesiegel** haben. Für die Bereiche der Ein-Personen-Unternehmen sind hierzu noch entsprechende Gütesiegel-Kriterien zu erarbeiten.

Darüber hinaus könnte eine Zusatzinformation den Indikator des Anteils der Betriebe mit BGF-Gütesiegel präzisieren, nämlich die **Anzahl der Mitarbeiter/innen**, die in Betrieben mit BGF-Gütesiegel arbeiten. Diese Bilanz würde ein erfolgreicherer Bild zeigen als die aktuelle Darstellung,

weil Mittel- und Großbetriebe (ab 50 Mitarbeitenden) häufiger ein BGF-Gütesiegel beantragen und erhalten als Klein- und Kleinstbetriebe (siehe unten).

Die Frage ist lediglich, ob „gesundheitsfördernde Betriebe“ tatsächlich über das BGF-Gütesiegel gemessen werden können. Da das Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung die Qualität der BGF-Projekte bzw. die Gesundheitsorientierung der Betriebe überprüft und das Gütesiegel nur für einen begrenzten Zeitraum vergeben wird, wird dies als gegeben eingeschätzt. Möglicherweise gibt es darüber hinaus Betriebe, die sich „systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen“, aber den Weg der Beantragung des Gütesiegels nicht beschreiten. Diese Betriebe wären dann nicht erfasst und der Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe wäre höher, als der hier definierte Indikator anzeigt. Aber diese Unschärfe ist aufgrund der mangelnden Datenverfügbarkeit unvermeidbar.

Sowohl Ziel als auch Indikator haben – laut Arbeitsbericht – ein dahinterliegendes Ziel, nämlich die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung zu erhalten. Der im Arbeitsbericht für die langfristige Analyse in den Raum gestellte Indikator „Anteil der erwerbstätigen Personen, die in guter Gesundheit die Pension mit dem Regelpensionsalter antreten“ könnte näherungsweise über den selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand der 50- bis 59-jährigen¹ Erwerbsbevölkerung gemessen werden.

Datengrundlage

Datengrundlage ist die Datenbank des österreichischen BGF-Netzwerks (<http://www.netzwerk-bgf.at/>), die laufend aktualisiert wird und online zugänglich ist. Die Kategorisierung der Betriebsgrößen in dieser Datenbank entspricht allerdings nicht ganz den drei Kategorien der Zielformulierung. Die kleinste Kategorie in der Datenbank fasst Betriebe mit bis zu 20 Mitarbeitenden zusammen, während in der Arbeitsgruppe Zielwerte für Betriebe mit 0 bis 9 Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen festgelegt wurden. Die Zahlen entsprechend der vorliegenden Zielwerte sind deshalb von der Koordinationsstelle für das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung gesondert auszuwerten.

Ergebnisse

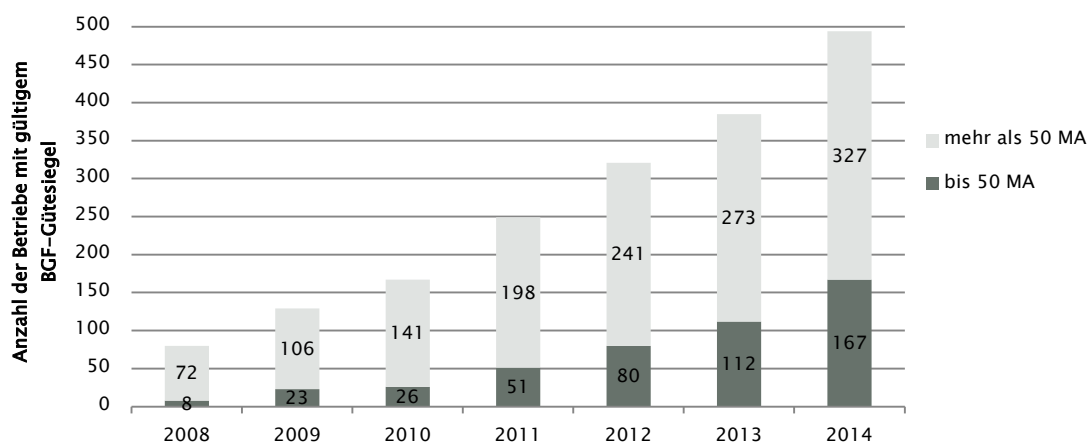
Die Zahl der Vergaben von BGF-Gütesiegeln steigt kontinuierlich. Im Jahr 2005 wurden 16 Gütesiegel vergeben, 2010 waren es 74 und im Jahr 2014 bereits 226. Der Großteil dieser Gütesiegel wurde an Betriebe mit mehr als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vergeben (in den ersten Jahren etwa 90 %), in den letzten drei Jahren (2012–2014) betrug der Anteil der Betriebe mit weniger als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern immerhin etwa ein Drittel. Es gibt bis dato allerdings fast keine Kleinstbetriebe (0 bis 9 Mitarbeiter/innen) mit einem BGF-Gütesiegel.

1

Das durchschnittliche Pensionsalter lag im Jahr 2014 bei knapp 60 Jahren.

Da ein BGF-Gütesiegel drei Jahre gültig ist, sind die Vergaben für jeweils drei Jahre zu addieren, um die Anzahl der Betriebe mit gültigem BGF-Siegel zu erhalten. Im Jahr 2014 gab es demnach fast 500 Betriebe mit gültigem BGF-Gütesiegel, wobei 167 dieser Betriebe 50 Mitarbeiter/innen oder weniger und 327 Betriebe mehr als 50 Mitarbeiter/innen hatten (vgl. Abbildung 2.1). Das entspricht rund 2,4 Prozent der Betriebe mit mehr als 50 Mitarbeitenden und 0,03 Prozent der kleineren Betriebe.

Abbildung 2.1:
Anzahl der Betriebe mit gültigem BGF-Gütesiegel, 2008–2014



MA = Mitarbeiter/innen

Quelle: OÖ Gebietskrankenkasse, Forum Gesundheit Koordinationsstelle für das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung; Stand: 9. 11. 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.1:
Anteil der Betriebe mit BGF-Gütesiegel, 2008–2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Bis 50 MA	0,001	0,004	0,004	0,008	0,013	0,018	0,026
Mehr als 50 MA	0,544	0,820	1,092	1,486	1,768	2,007	2,404

* Geschätzt auf Basis der Leistungs- und Strukturstatistik 2013

Quellen: StatCube/Statistik Austria: Leistungs- und Strukturstatistik; OÖGKK, Forum Gesundheit Koordinationsstelle für das Österreichische Netzwerk für BGF; Stand: 9. 11. 2015; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Der für die langfristige Analyse angedachte Indikator zum Gesundheitszustand der 10 bis 15 Jahre vor der Pensionierung stehenden Erwerbsbevölkerung kann über die österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) dargestellt werden. Eine Möglichkeit wäre, den Anteil der

erwerbstätigen Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren² zu messen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen. Im Jahr 2006 traf dies für 76 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe zu, im Jahr 2014 waren es 81 Prozent. Diese Bevölkerungsgruppe schätzte also – entsprechend dem Trend in der Gesamtbevölkerung – ihren allgemeinen Gesundheitszustand 2014 besser ein als 2006.

Zielvorgaben

Die Zielvorgaben wurden für drei Betriebsgrößenklassen und für zwei Zeitpunkte stufenweise definiert:

Bis zum Jahr 2022 sollen

- » 5 Prozent der Betriebe mit 0 bis 9 Mitarbeitenden
- » 10 Prozent der Betriebe mit 10 bis 49 Mitarbeitenden und
- » 20 Prozent der Betriebe mit 50 oder mehr Mitarbeitenden

ein BGF-Gütesiegel aufweisen.

Bis zum Jahr 2032 sollen

- » 10 Prozent der Betriebe mit 0 bis 9 Mitarbeitenden
- » 20 Prozent der Betriebe mit 10 bis 49 Mitarbeitenden und
- » 30 Prozent der Betriebe mit 50 oder mehr Mitarbeitenden

ein BGF-Gütesiegel aufweisen.

Trotz der positiven Entwicklung besteht derzeit noch viel Entwicklungspotenzial, um das vorläufige Ziel bis 2022 zu erreichen. Im Jahr 2014 hatten 2 bis 2,5 Prozent³ aller Betriebe mit mehr als 50 Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen ein gültiges BGF-Gütesiegel. Von den Klein- und Kleinstbetrieben (bis zu 50 Mitarbeiter/innen) hatten im Jahr 2014 nur rund 0,02 Prozent ein BGF-Gütesiegel. Eine Differenzierung nach Kleinst- und Kleinbetrieben (0 bis 9 und 10 bis 49 Mitarbeiter/innen) entsprechend der Zieldefinition ist aufgrund dieser Größenordnung vorerst noch nicht sinnvoll (vgl. Tabelle 2.1). Aus heutiger Sicht scheinen die Ziele sehr ambitioniert.

2

Laut ATHIS 2006 waren 63 % der 50- bis 59-Jährigen erwerbstätig (72 % der Männer, 54 % der Frauen).

Laut ATHIS 2014 waren 74 % der 50- bis 59-Jährigen erwerbstätig (82 % der Männer und 66 % der Frauen).

Diese Werte entsprechen etwa den Ergebnissen der Erwerbsstatistik, nach der im Jahr 2013 75 % der 50- bis 59-Jährigen erwerbstätig waren (81 % der Männer und 69 % der Frauen).

3

2,5 Prozent ist geschätzt auf Basis der Anzahl der Betriebe aus dem Jahr 2013.

Zusammenfassung

- » Der Indikator kann das Wirkungsziel sehr gut abbilden.
- » Er könnte ergänzt werden um die Zahl der Beschäftigten in BGF-Betrieben und – langfristig – um den allgemeinen Gesundheitszustand der vor der Pensionierung stehenden Erwerbsbevölkerung bzw. um den Anteil der vor der Pensionierung stehenden Erwerbsbevölkerung mit sehr guter oder guter Gesundheit.
- » Im Jahr 2014 hatten rund 0,03 Prozent der Klein- und Kleinstbetriebe und 2,4 Prozent der größeren Betriebe ein gültiges BGF-Gütesiegel.
- » Insbesondere bei den Klein- und Kleinstbetrieben, aber auch bei größeren Betrieben besteht noch viel Entwicklungspotenzial, um die angestrebten Anteile an Betrieben mit BGF-Gütesiegel für 2022 und 2032 zu erreichen.

2.3 WZ 3 – Gesundheitspotenziale ausschöpfen und aktive Rolle einnehmen: Anteil der 75– bis 84-Jährigen ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Gemäß der Formulierung von Wirkungsziel 3 sollen durch die Gestaltung von Lebenswelten Menschen jeden Alters ihre Gesundheitspotenziale ausschöpfen und eine aktive Rolle einnehmen können. Voraussetzung dafür ist die allgemeine Gesundheit, die als Meta-Indikator für die Rahmen-Gesundheitsziele festgelegt ist. Spezifischer und insbesondere für ältere Menschen relevant sind die sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living / ADL). Die ADL beschreiben fünf Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person. ADL sind Voraussetzung für die Fähigkeit, allein zu Hause zu leben. Diesbezügliche Einschränkungen erschweren es deutlich, eine aktive Rolle im Leben bzw. in der Gesellschaft einzunehmen. Insofern ist der Indikator geeignet, WZ 3 zu messen. Der Indikator ist gemäß Bericht der Arbeitsgruppe R-GZ 1 definiert als der Anteil der 75– bis 84-jährigen Menschen, die alle Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig meistern. Sinnvoll ist die Altersbeschränkung nach oben, um beim zeitlichen Vergleich den Effekt auszuschalten, dass das Durchschnittsalter steigt und deshalb mehr Hochaltrige in die beobachtete Bevölkerungsgruppe fallen, die gegen Lebensende naturgemäß mehr Einschränkungen bei den ADL aufweisen.

Datengrundlage

Das Konzept der ADL wird in Befragungen häufig verwendet, so auch bei der österreichischen Gesundheitsbefragung. ADL umfassen fünf Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Versorgung: essen und trinken, aufstehen und hinsetzen, an- und ausziehen, Toilette benutzen, baden und duschen. Im Rahmen von ATHIS wird für alle fünf Aktivitäten gefragt, ob sie ohne Schwierigkeiten alleine bewältigt werden können.

Bei der Gesundheitsbefragung 2014 wurden im Vergleich zur Befragung 2006/2007 die Antwortkategorien bei Frage nach den ADL verändert. Im Jahr 2014 wurde gefragt: „Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, einer der folgenden Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen“ mit den vier Antwortkategorien „keine“, „einige“, „große“, „nicht in der Lage“. Im Jahr 2006 hingegen wurde gefragt: „Haben Sie normalerweise Problem, selbst zu“ mit den drei Antwortkategorien „ja“, „nein“ und „unsicher“. Deshalb ist die Vergleichbarkeit dieser beiden Ergebnisse für ADL eingeschränkt.

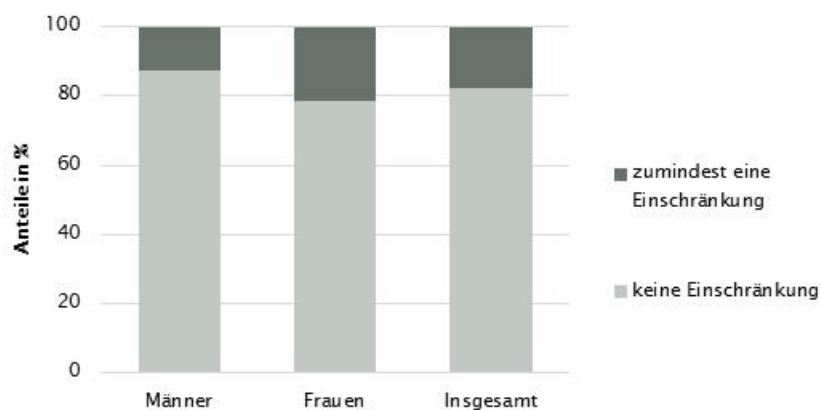
Ergebnisse

Ältere Frauen sind in Aktivitäten des täglichen Lebens deutlich häufiger eingeschränkt als ältere Männer. Mehr als 20 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen sind bei zumindest einer der fünf Aktivitäten des täglichen Lebens insofern eingeschränkt, als sie sagen, sie hätten zumindest einige Probleme damit. In der entsprechenden Altersgruppe der Männer hingegen geben nur 13 Prozent an, Schwierigkeiten mit zumindest einer ADL zu haben (vgl. Abbildung 2.2).

Menschen mit niedrigem Bildungsgrad haben größere Schwierigkeiten, in höherem Alter die Aktivitäten des täglichen Lebens zu meistern, als Menschen, die zumindest einen Lehrabschluss aufweisen können. Ein nennenswerter Unterschied nach Migrationshintergrund zeigt sich nicht (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.2:

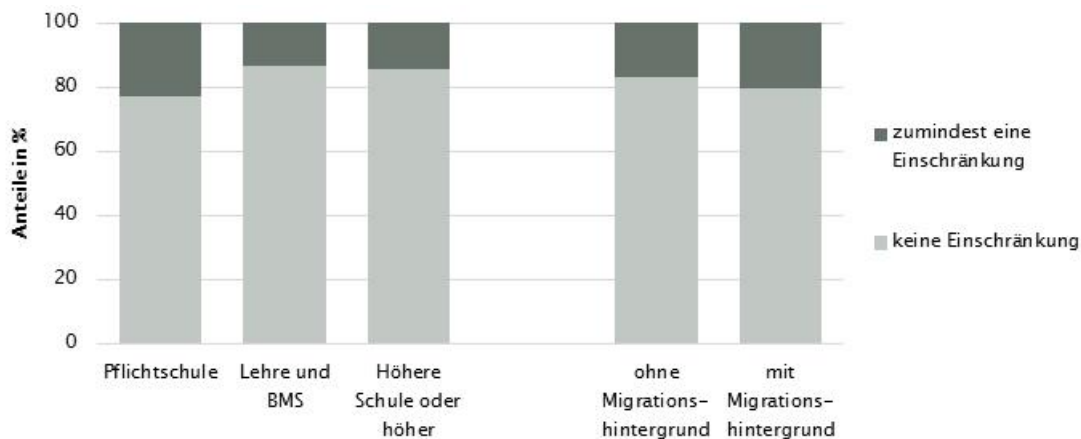
ADL-Einschränkungen bei 75- bis 84-Jährigen nach Geschlecht, 2014



Quellen: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.3:

ADL-Einschränkungen bei 75- bis 84-Jährigen nach Bildungsgrad und Migrationshintergrund, 2014



BMS = Berufsbildende mittlere Schule

Quellen: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zielvorgabe

Der ADL-Index – das ist jener Prozentsatz der Bevölkerungsgruppe, der alle fünf ADL ohne Hilfe bewerkstelligen kann – soll um zehn Prozentpunkte erhöht werden. Basis stellt die Gesundheitsbefragung 2014 dar. Das bedeutet, dass zwischen 2014 und 2032 der Anteil derer, die keine ADL-Einschränkungen haben, von 82 Prozent auf 92 Prozent steigen soll.

Eine Einschätzung der Erreichbarkeit dieses Ziels ist derzeit nicht möglich, weil es keine Trenddaten gibt.

Zusammenfassung

- » Das Ziel ist sehr breit formuliert, sodass eine passgenaue Messung mit vorhandenen Daten unmöglich scheint. Da Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens es deutlich erschweren, eine aktive Rolle im Leben bzw. in der Gesellschaft einzunehmen, ist der Indikator geeignet, WZ 3 von R-GZ 1 zu messen.
- » Knapp 80 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen und 87 Prozent der Männer dieser Altersgruppe hatten im Jahr 2014 keine Einschränkungen bei den ADL.
- » Frauen und Menschen mit sehr geringem Bildungsniveau haben deutlich mehr Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Maßnahmen für diese Bevölkerungsgruppen haben deshalb höheres Erfolgspotenzial.
- » Da sich die Fragestellung zu den ADL in der österreichischen Gesundheitsbefragung nicht unerheblich verändert hat, kann kein Trend dargestellt werden und ist insofern auch keine Einschätzung bezüglich des Erreichens des Wirkungsziels bis 2032 möglich.

3 Indikatoren zu den Wirkungszielen des R-GZ 2

Das R-GZ 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ wurde – laut Bericht der Arbeitsgruppe (BMG 2015b) – anhand nachstehender Wirkungsziele operationalisiert. Die Maßnahmen, die im Zuge dessen umgesetzt werden, sind im Folgenden kurz zusammengefasst:

- » **WZ 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen**
Die Maßnahmen zu diesem Wirkungsziel betreffen im Wesentlichen zwei Bereiche: Frühe Hilfen und Frühförderung zum Lebensbeginn sowie Maßnahmen im Bildungssektor. Letztere umfassen sprachliche Bildung im Kindergarten- und Grundschulalter (Angebote für Kinder und für Pädagoginnen/Pädagogen), Beratungs- und Unterstützungsangebote im Berufseinstiegsalter, strukturelle Veränderungen (Polytechnische Schulen und Mittelschule), Bildungsinitiativen im Erwachsenenalter (Nachholen von Bildungsabschlüssen) und Schulsozialarbeit an benachteiligten Standorten.
- » **WZ 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern**
Zum Wirkungsziel 2 wurden folgende Maßnahmen(-bereiche) formuliert: Ein Lehrgang für Besuchsbegleiter/innen⁴ soll diese für Gewalt sensibilisieren, damit sie zur Gewaltprävention beitragen können. Eigene Anlaufstellen unterstützen Migrantinnen und Migranten bei der Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikationen und damit bei ihrer beruflichen Integration. „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ ist Schwerpunktthema bei der Verwendung der Vorsorgemittel 2015/2016. Aus den Bundesländern wurden zwei Beispiele für Maßnahmen exemplarisch genannt: die Umsetzung des OÖ Gesundheits- und Sozialplans zu Essstörungen in Oberösterreich und der Lehrgang „Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit“ in Niederösterreich, der Projektumsetzer/innen in der Gemeinde dazu befähigen soll, Jugendliche gut einzubinden.
- » **WZ 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen**
Das Maßnahmenspektrum zu Wirkungsziel 3 umfasst zwei Anlaufstellen für vulnerable Gruppen: für Menschen, die von Arbeitsausbeutung betroffen sind, und für Männer, die vom Menschenhandel betroffen sind (Pilotprojekt in Wien). Weiters gehört dazu die Optimierung (zielgruppenadäquat) der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen/Migranten (Erhebung von Problemlagen), die Demenzstrategie (u. a. klare Empfehlungen für die notwendige öffentliche Bewusstseinsbildung, Versorgungsstrukturen sowie Schulung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen), Dialogforen für Selbsthilfeorganisationen zum Austausch

4

Besuchsbegleiter/innen sollen einkommensschwachen und armutsgefährdeten besuchsberechtigten Elternteilen den Kontakt mit ihren nicht im eigenen Haushalt lebenden Kindern erleichtern.

über Versorgungsprobleme im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens (mit dem Ziel, benachteiligten und vulnerablen Gruppen niederschweligen Zugang zu Leistungen zu verschaffen und bestehenden Ungerechtigkeiten entgegenzuwirken), Verstärktes Einbinden von Hebammen in die Schwangerenbetreuung (Mutter-Kind-Pass), Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte und betroffene Mädchen und junge Frauen, Pflegekarengeld, Etappenpläne für ein „Barrierefreies Gesundheitswesen 2020“ unter Einbeziehung der Menschen mit Behinderung, Case Management für Bezieher/innen der bedarfsorientierten Mindestsicherung, Gratis-HPV-Impfung, Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes, Verbesserung der regionalen Palliativ- und Hospizversorgung (Lienz und Reutte) und der ambulanten Rehabilitation von Schlaganfallpatienten in Tirol.

Der Grad der Zielerreichung soll langfristig anhand nachstehender Wirkungsziele-Indikatoren überprüft werden:

- » WZ 1: **Bildungsmobilität** der 25- bis 59-Jährigen (Bildung der Befragten im Verhältnis zur Bildung der Eltern) nach Geschlecht (auch in Hinblick auf Wirkungsziel 2 relevant)
- » WZ 2:
 - » Unterschiede der **ferneren Lebenserwartung in Gesundheit** im Alter von 25 Jahren nach Bildungsgrad (hoher [Matura-/Hochschulabschluss] versus geringer [max. Pflichtschulabschluss] Bildung)
 - » Einkommensunterschiede zwischen **Menschen mit Höchst- und Niedrigsteinkommen**, gemessen am **Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils** (der 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) **zum Gesamteinkommen des untersten Quintils** (der 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). (S80/S20⁵).
 - » Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen, gemessen am **Anteil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern**.
- » WZ 3:
 - » **Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen** in Österreich nach Geschlecht
 - » **Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen** (von manifester Armut betroffen)

Einige dieser Indikatoren sind auch Meta-Indikatoren (vgl. Anhang 2), nämlich:

- » Bildungsmobilität der 25- bis 59-Jährigen (für R-GZ 2)
- » (fernere) Lebenserwartung in Gesundheit (übergeordneter Indikator für die R-GZ insgesamt)
- » Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (für R-GZ 2)

5

Das Quintilverhältnis „S80/S20“ (income quintile share ratio) ist die international übliche Bezeichnung des beschriebenen Indikators.

3.1 WZ 1 – Sozialer Aufstieg: Bildungsmobilität

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Bildungsmobilität beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Eltern und jenen ihrer Kinder. Je höher die Übereinstimmung, desto geringer ist die Bildungsmobilität.

Bildung ist in Hinblick auf die soziale Stellung eines Menschen zentral. Bildung erhöht die Chancen auf dem Arbeitsmarkt, die Aussicht auf ein höheres Einkommen und ist generell eine wesentliche Einflussgröße für materielle Lebensbedingungen. Bildung korreliert auch positiv mit Gesundheit. Diese Zusammenhänge sind vielfach belegt. (vgl. Mielck et al. 2012; Moor et al.; OECD 2014)

Von **sozialem Aufstieg** von einer Generation zur nächsten wird gesprochen, wenn sich die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, die im Wesentlichen durch Einkommen und Bildung determiniert ist, nach oben verändert. Bezüglich Bildung heißt dies, dass Kinder einen höheren Bildungsabschluss erreichen als ihre Eltern. Wenn diese sog. Bildungsmobilität hoch ist, ist sozialer Aufstieg möglich und die Bildung von Kindern hängt nicht von der Bildung ihrer Eltern ab.

Der Indikator Bildungsmobilität ist gut geeignet, die Möglichkeit sozialen Aufstiegs zu messen.

Datengrundlage

In Österreich stehen zumindest zwei Datenquellen zur Verfügung, in denen nicht nur die höchsten Bildungsabschlüsse der Befragten, sondern auch die der Eltern erhoben werden. Einerseits war die Bildungsmobilität im Jahr 2011 (und davor auch schon 2005) Gegenstand eines Ad-hoc-Moduls der EU-SILC-Befragung⁶. Sie stellte zum Zeitpunkt der Erstellung des Baseline-Berichts die diesbezüglich aktuellste Quelle dar.

Außerdem wird Bildungsmobilität im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey / AES) ermittelt, die alle fünf Jahre durchgeführt wird und bisher zwei Mal stattfand (2007 freiwillig, 2011/12 verpflichtend für alle EU-Staaten). Die Befragung stellt eine Personenerhebung der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Die letzte Erhebung in Österreich umfasste die Daten von 5.754 Personen. Die nächste Befra-

6

EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) ist eine jährliche Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen von Privathaushalten in Europa, die in Österreich seit 2004 als integrierte Längs- und Querschnitterhebung durchgeführt wird (das heißt jeweils rund drei Viertel der Haushalte werden auch im Folgejahr wieder befragt, ein Viertel der Stichprobe kommt jährlich neu hinzu).

gung ist für 2016/2017 geplant. Die AES-Befragung und die EU-SILC-Befragung kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert.

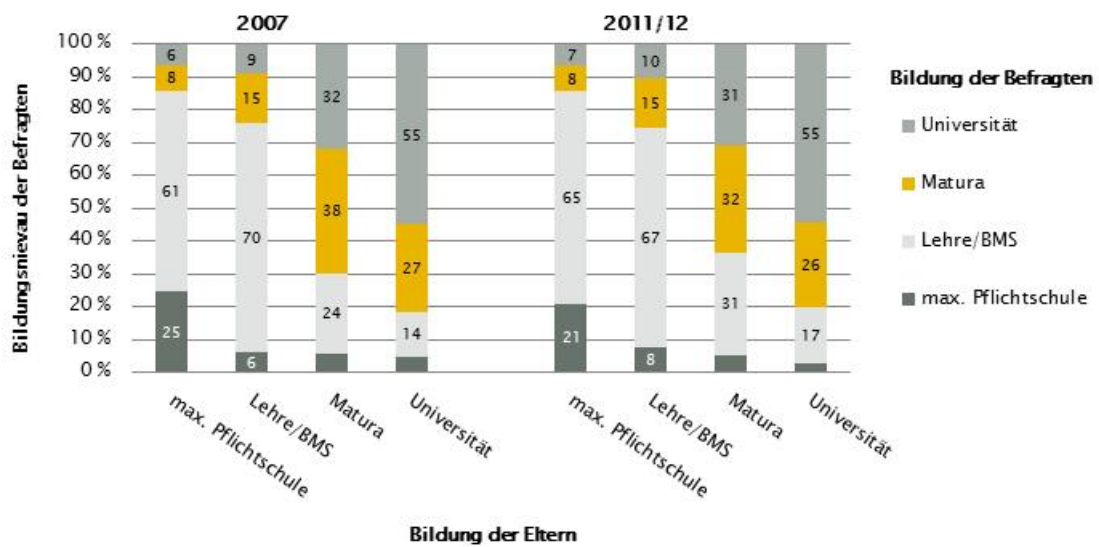
Ergebnisse

In Österreich wirkt sich das Bildungsniveau der Eltern stark auf das ihrer Kinder aus (OECD 2014).

Die Erhebung 2011/2012 zeigte, dass 57 Prozent der 25- bis 64-Jährigen, die zumindest einen akademischen Elternteil haben, ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss erreichen. Wenn beide Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, schaffen dies lediglich fünf Prozent. Für den unteren Bildungsbereich sind die Daten ebenfalls deutlich: 28 Prozent der Kinder, deren elterlicher Bildungsabschluss nicht über die Pflichtschule hinausgeht, bleiben ebenfalls auf diesem Bildungsniveau, während nur vier Prozent der Kinder mit einem akademischen Elternteil über einen Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen. Es ist also deutlich, dass die „Bildungsmobilität“ in Österreich gering ist. Je geringer die Bildung der Eltern, desto geringer sind die Chancen auf eine akademische Ausbildung der Kinder und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Gefahr, auf einem niedrigen Ausbildungsniveau zu bleiben.

Ein Vergleich der beiden folgenden Abbildungen zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss bleiben auf dem Pflichtschulniveau.

Abbildung 3.1:
Bildungsmobilität der 25- bis 59-jährigen Männer, 2007 und 2011/12



BMS: Berufsbildende mittlere Schule

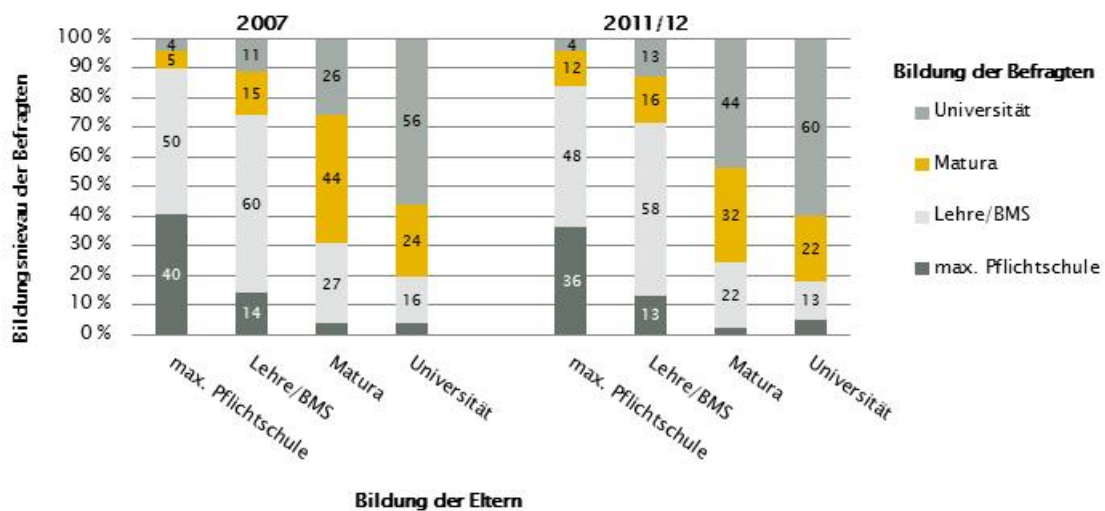
Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandte Ausbildung

Quelle: Statistik Austria, Erwachsenenbildungserhebungen 2007 und 2011/12

Der zeitliche Vergleich zeigt, dass der Anteil jener, die über den niedrigsten Bildungsabschluss der Eltern hinauskommen, steigt – und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Abbildung 3.2:

Bildungsmobilität der 25- bis 59-jährigen Frauen, 2007 und 2011/12



Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandte Ausbildung

Quelle: Statistik Austria, Erwachsenenbildungserhebungen 2007 und 2011/12

Zielvorgabe

Das Ziel zu Bildungsmobilität wird positiv formuliert und betrifft das untere Bildungssegment:

Bis zum Jahr 2032 soll der Anteil jener, die bei niedrigstem Bildungsniveau⁷ der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen, von 72 Prozent im Jahr 2011 (64 % bei Frauen und 79 % bei Männern) auf 80 Prozent gestiegen sein, wobei der Unterschied nach Geschlecht nur mehr halb so groß sein soll.

Derzeit beträgt der Unterschied zwischen Männern und Frauen 15 Prozentpunkte. Ist der geschlechtsspezifische Unterschied im Jahr 2032 nur mehr halb so groß – also maximal 7,5 Prozentpunkte –, sollten etwa 76 Prozent der Frauen und 84 Prozent der Männer eine höhere Bildung als ihre Eltern erreichen, falls diese max. einen Pflichtschulabschluss aufweisen.

Dieses Ziel erscheint angesichts der Veränderung von 2007 auf 2011/12 realistisch. Die Maßnahmen zu diesem Wirkungsziel sind allesamt auf Bildung, die eine wesentliche Voraussetzung für sozialen Aufstieg darstellt, ausgerichtet. Es handelt sich durchwegs um Angebote, die insbesondere sozial Benachteiligten zugutekommen sollten.

7

Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss

Zusammenfassung

- » Der Indikator ist gut geeignet, WZ 1 von R-GZ 2 zu messen.
- » In Österreich wirkt sich das Bildungsniveau der Eltern stark auf das ihrer Kinder aus, bei Mädchen noch stärker als bei Burschen.
- » Die Bildungsmobilität ist zwischen 2007 und 2011/12 gestiegen.
- » Das Ziel bis zum Jahr 2032 scheint vor dem Hintergrund der Entwicklung seit 2007 realistisch, insbesondere wenn die Maßnahmen, die durchwegs sozial Benachteiligten zugutekommen, auf Mädchen fokussieren.

3.2 WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Fernere Lebenserwartung in Gesundheit

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Das Wirkungsziel besteht aus zwei Teilen:

- » **soziale Ungleichheiten verringern** und
- » **gesundheitliche Ungleichheiten verringern.**

Der vorliegende Indikator soll gesundheitliche Ungleichheiten abbilden.

Gesundheitliche Ungleichheiten beschreiben die Unterschiede, die sich in Gesundheitschancen sowie in Krankheits- und Sterberisiko nach sozioökonomischen Merkmalen zeigen. Ein anerkanntes Maß für den sozioökonomischen Status, das vergleichsweise einfach und gesichert zu erheben ist, ist der Bildungsgrad. Insofern ist es sinnvoll, gesundheitliche Ungleichheit anhand der Lebenserwartung in Gesundheit nach dem Bildungsgrad zu messen, und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem die formale Bildung weitgehend abgeschlossen ist. Der konkrete Indikator ist somit die **fernere Lebenserwartung in Gesundheit nach dem Bildungsgrad**.

Datengrundlage

Basis der Berechnung der **Lebenserwartung in Gesundheit** sind die Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik in Kombination mit Befragungsergebnissen. Die Lebenserwartung in Gesundheit kann für jedes Lebensalter berechnet werden.

International und national (z. B. von Statistik Austria) werden unterschiedliche Fragen und Befragungen für die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit herangezogen:

- » ATHIS: Frage nach dem **allgemeinen Gesundheitszustand**⁸:
Von den fünf Antwortkategorien werden „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst (Mikrozensus-Erhebungen früherer Jahre, ATHIS 2006, ATHIS 2014).
- » EU-SILC⁹: Frage nach chronischen Krankheiten¹⁰
- » EU-SILC: Frage nach funktionalen Einschränkungen¹¹
- » EU-SILC: Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand.
Von den fünf Antwortkategorien werden von Eurostat, die diesen Indikator ausweisen, – im Gegensatz zu ATHIS – „sehr gut“, „gut“ und „mittelmäßig“ zusammengefasst.

Der Indikator „Lebenserwartung in Gesundheit“ ist ein Meta-Indikator für alle Rahmen-Gesundheitsziele. Im Baseline-Bericht wurde die Berechnungsmethode gewählt, die den ATHIS verwendet, weil auf dieser Basis regionale Vergleiche und Vergleiche nach sozioökonomischem Status möglich sind. Nur für den internationalen Vergleich wurde die Berechnung nach EU-SILC verwendet. Die Begründung dafür ist dort nachzulesen und auch weiterhin gültig. Deshalb ist es sinnvoll, auch hier die Berechnungsmethode nach ATHIS anzuwenden. Die Datenlage hat sich seit der Erstellung des Baseline-Berichts nicht verändert.

Zwar sind die Ergebnisse des ATHIS 2014 publiziert, doch weiterführende Berechnungen – wie etwa die Lebenserwartung in Gesundheit nach dem Bildungsgrad – sind noch ausständig. Eine diesbezügliche Publikation ist im Frühjahr 2016 zu erwarten.

Ergebnisse

Im Jahr 2006 konnten 25-jährige Männer und Frauen mit weiteren 46 bzw. 45 Jahren in **guter Gesundheit** rechnen, sofern sie einen Matura- oder höheren Bildungsabschluss aufwiesen. Männer und Frauen mit maximal einem Pflichtschulabschluss hingegen konnten lediglich 32 bzw. 33 weitere Lebensjahre in Gesundheit erwarten. Der Unterschied betrug also 14 Jahre bei Männern und 12 Jahre bei Frauen.

8

Fragestellung 1978–1999: „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“
Fragestellung 2006 und 2014: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“

9

Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen / European Union Statistics on Income and Living Conditions (jährliche Erhebung)

10

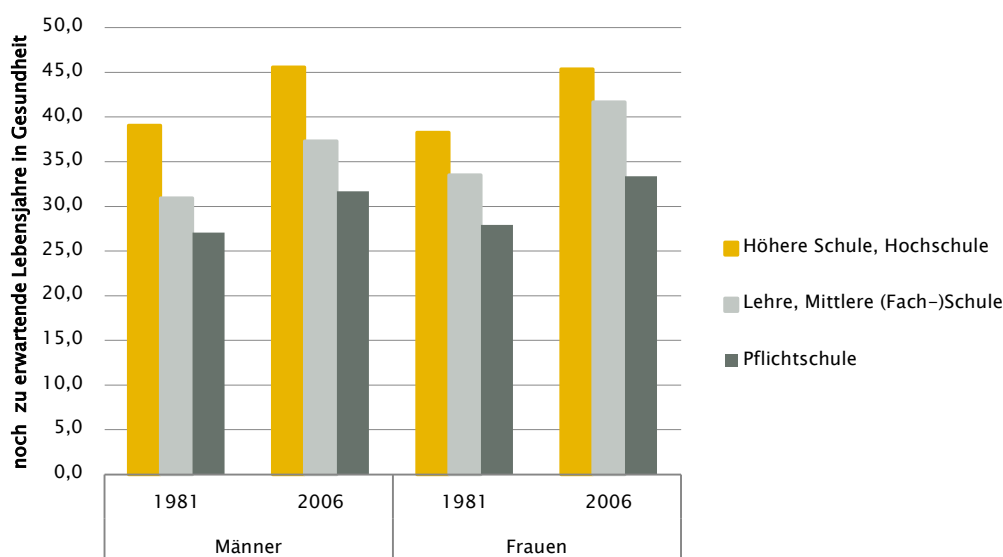
Fragestellung EU-SILC 2008 ff.: „Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?“

11

Fragestellung EU-SILC 2008 ff.: „Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“

Seit 1981 konnte die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei beiden Geschlechtern und in allen Bildungsschichten deutlich erhöht werden, und zwar je nach Bildungsgrad um 4,6 bis 6,5 Jahre bei Männern und um 5,5 bis 7,1 Jahre bei Frauen. Der Unterschied in der gesunden Lebenserwartung zwischen den Gruppen mit höchstem und mit niedrigstem Bildungsabschluss hat sich seit 1981 allerdings vergrößert. Damals betrug der Unterschied 12 Jahre bei Männern und 10 Jahre bei Frauen. Das bedeutet, dass die gesundheitliche Chancengerechtigkeit in diesem Zeitraum geringer geworden ist.

Abbildung 3.3:
Fernere Lebenserwartung in Gesundheit bei 25-Jährigen, nach Bildungsgrad und Geschlecht, 1981 und 2006



Quelle: Statistik Austria - Bildungsspezifische Sterbetafeln 1981/82 und 2006/07 bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978 und 1983 sowie Gesundheitsbefragung 2006/07; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zielvorgabe

Die Unterschiede der **ferneren Lebenserwartung in Gesundheit** im Alter von 25 Jahren nach Bildungsgrad (hoher [Matura-/Hochschulabschluss] versus geringer [max. Pflichtschulabschluss] Bildung) sollen bis 2032 um 30 Prozent verringert werden, indem die Lebenserwartung in Gesundheit von Menschen mit niedriger Bildung erhöht wird.

Eine Reduktion des Unterschieds um 30 Prozent würde bedeuten, dass im Jahr 2032 bei Männern der Unterschied nur mehr 10 und bei Frauen nur mehr 8 Jahre beträgt (2006: 14 bzw. 12 Jahre). In Anbetracht der Entwicklung seit 1981 bedeutet dies, dass bei der Verbesserung der Gesundheit insbesondere in bildungsfernere Schichten investiert werden muss.

Zusammenfassung

- » Der Indikator ist gut geeignet, gesundheitliche Ungleichheiten abzubilden.
- » Im Jahr 2006 betrug der Unterschied zwischen der Lebenserwartung in Gesundheit von 25-Jährigen mit sehr niedrigem Bildungsabschluss und jener von 25-Jährigen mit Matura- oder höherem Bildungsabschluss 14 Jahre (Männer) bzw. 12 Jahre (Frauen).
- » Dieser Unterschied war im Jahr 1981 geringer: Damals betrug er 12 Jahre bei Männern und 10 Jahre bei Frauen.
- » Trotzdem ist im Zeitraum 1980 bis 2006 die Lebenserwartung in Gesundheit von 25-Jährigen mit sehr niedrigem Bildungsniveau gestiegen.
- » In Anbetracht der Entwicklung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit seit 1981 scheint dieses Ziel zwar ambitioniert, jedoch nicht unmöglich zu erreichen, weil Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit sehr niedrigem Bildungsniveau größeres Wirkungspotenzial haben.

3.3 WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Verhältnis des Gesamteinkommens von unterstem und oberstem Quintil

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Der vorliegende Indikator bildet den Teil „Verringerung **sozialer Ungleichheiten**“ des Wirkungsziels 2 (vgl. 3.2) ab.

Ein zentrales Element sozialer Ungleichheit ist das **Einkommen**. Der Arbeitsbericht zum R-GZ 2 schlägt dazu zwei Indikatoren vor, einerseits die Messung des **Unterschieds von Höchst- und Niedrigsteinkommen** anhand der Einkommensquintile (vgl. ff) und andererseits die Messung des **Einkommensunterschieds von Frauen und Männern** (vgl. Abschnitt 3.4).

Soziale Ungleichheit wird üblicherweise an Einkommens- und/oder Vermögensverhältnissen zwischen den einkommensstärksten/reichsten und einkommensschwächsten/ärmsten Bevölkerungsanteilen gemessen. Das ist – je nach Sachlage – grundsätzlich mittels aller Quantile (Lagemaße) möglich. Quintile stellen neben Quartilen, Dezilen und Perzentilen eines der klassischen Quantile dar. Der vorgeschlagene Indikator misst das **Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils** (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) **zum Gesamteinkommen des untersten Quintils** (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen)¹². Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen definiert, das Sozialtransfers (z. B. Kinder-/Familienbeihilfe) beinhaltet und auf die in diesem Haushalt

12

Das Anteilsverhältnis berechnet sich als Summe der Äquivalenzeinkommen des obersten Einkommensquintils (80% niedriger als ...) dividiert durch Summe der Äquivalenzeinkommen des untersten Einkommensquintils (20 % niedriger als ...).

lebenden Personen (auf Basis einer EU-Skala gewichtet) umgerechnet wird. (Anteilsverhältnis der Einkommensquintile, S80/S20)

Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen hätte jeder Haushalt das gleiche Äquivalenzeinkommen und somit den gleichen Anteil am gesamten Einkommen. In diesem Fall würde der Quotient 1 betragen. Beträgt der Quotient 4,1 wie im Jahr 2014 in Österreich, bedeutet dies, dass das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent.

Dieser Indikator ist ein transparentes Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit – und demnach ein guter Indikator zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Ein anderer sehr verbreiteter Indikator zur Darstellung von Gleich- bzw. Ungleichverteilung ist der Gini-Koeffizient, der auch für Nettoeinkommen berechnet werden kann. Der Gini-Koeffizient ist ein Meta-Indikator für das R-GZ 5 (Sozialer Zusammenhalt). In Kombination damit kann der hier gewählte Indikator S80/S20 aus einer weiteren Perspektive interpretiert werden.

Datengrundlage

Die Berechnung der **Einkommensunterschiede** zwischen **Menschen mit Höchst- und Niedrigsteinkommen** beruht auf der jährlichen EU-SILC-Befragung¹³. Zunächst werden die Einkommen aller Personen eines Haushalts addiert (Erwerbseinkommen, Kapitaleinkommen, Sozialleistungen, erhaltene Alimente etc. abzüglich Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen, geleisteten Alimenten). Dieses Gesamteinkommen wird durch die Anzahl der Personen im Haushalt dividiert anhand eines Äquivalenzschlüssels (der erste Erwachsene wird mit dem Faktor 1 gerechnet, weitere Haushaltsmitglieder von 14 oder mehr Jahren mit 0,5 und Kinder unter 14 Jahren mit 0,3).

Ergebnisse

Das **Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils** (der 20 Prozent der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) **zum Gesamteinkommen des untersten Quintils** (der 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen) betrug in den Jahren 2013 und 2014 in Österreich 4,1, lag in den ersten Jahren der Erhebung (2004 bis 2007) unter dem Faktor 4 und soll bis 2032 auf 3,5 reduziert werden.

13

EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) ist eine jährliche Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen von Privathaushalten in Europa, die in Österreich seit 2004 als integrierte Längs- und Querschnittserhebung durchgeführt wird (das heißt, jeweils rund drei Viertel der Haushalte werden auch im Folgejahr wieder befragt, ein Viertel der Stichprobe kommt jährlich neu hinzu).

Tabelle 3.1:

Verhältnis von oberstem zu unterstem Quintil des Gesamteinkommens, 2004–2014, in ausgewählten europäischen Ländern

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Österreich	3,8	3,8	3,7	3,8	4,2	4,2	4,3	4,1	4,2	4,1	4,1
EU-28							4,9	5,0	5,0	5,0	
EU-27		5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	4,9	5,0	4,9	5,0	
Schweden	3,3	3,3	3,6	3,3	3,5	3,7	3,5	3,6	3,7	3,7	
Deutschland		3,8	4,1	4,9	4,8	4,5	4,5	4,5	4,3	4,6	
Dänemark	3,4	3,5	3,4	3,7	3,6	4,6	4,4	4,4	4,5	4,3	
Niederlande		4,0	3,8	4,0	4,0	4,0	3,7	3,8	3,6	3,6	
Finnland	3,5	3,6	3,6	3,7	3,8	3,7	3,6	3,7	3,7	3,6	3,6

Quelle: OECD-Datenbank, abgefragt am 12. 8. 2015
(<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi180&plugin=1>)

Ein Vergleich des Gini-Koeffizienten des Netto-Äquivalenzeinkommens der österreichischen Haushalte im Zeitraum 2004 bis 2014 mit dem Indikator „Verhältnis vom obersten zum untersten Einkommensquintil“ zeigt eine nahezu parallele Entwicklung. Der Gini-Koeffizient hatte im Jahr 2006 mit 25,3 einen Tiefpunkt erreicht und war im Jahr 2010 auf einem Höchstwert von 28,3; seither schwankt er geringfügig zwischen 27,0 und 27,6.

Zielwert

Einkommensunterschiede zwischen **Menschen mit Höchst- und Niedrigsteinkommen** sollen reduziert werden, gemessen am **Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils** (jener 20 Prozent der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) **zum Gesamteinkommen des untersten Quintils** (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Dieses Verhältnis lag in Österreich in den Jahren 2013 und 2014 bei 4,1 und soll bis 2032 auf 3,5 reduziert werden (S80/S20).

Dieser Zielwert unterschreitet das Niveau des Jahres 2006; damals betrug das Verhältnis 3,7. In mehreren nordischen Ländern, etwa in Dänemark (2004 bis 2006), in Schweden oder in Finnland wurde ein Wert von 3,5 oder weniger ermittelt. (vgl. Tabelle 3.1) Insofern scheint der Zielwert erreichbar zu sein.

Zusammenfassung

- » Der Indikator ist gut geeignet, soziale Ungleichheiten abzubilden.
- » Das Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils zum untersten Quintil der Bevölkerung betrug in den Jahren 2013 und 2014 in Österreich 4,1.
- » Eine Reduktion dieses Verhältnisses auf 3,5 bis zum Jahr 2032 würde dem österreichischen Wert des Jahres 2006 (3,7) sehr nahe kommen und erscheint vor diesem Hintergrund realistisch, zumal dieser Zielwert in einigen europäischen Ländern in den Jahren 2004 bis 2007

schon erreicht und teilweise unterschritten war. Schließlich ist die Verringerung von sozialen Ungleichheiten zurzeit ein wichtiges politisches Anliegen.

3.4 WZ 2 – Ungleichheiten verringern: Verhältnis des Bruttostundenlohns von Frauen und Männern

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

Der vorliegende Indikator bildet ebenso wie der letztgenannte die Verringerung **sozialer Ungleichheiten** (Wirkungsziel 2) ab, und zwar im vorliegenden Fall die Verringerung der Einkommensunterschiede nach Geschlecht. Ein Vergleich des Bruttostundenlohns von Frauen und Männern schafft eine vergleichbare Basis und ist deshalb sehr gut geeignet, diesen Aspekt des Wirkungsziels abzudecken.

Datengrundlage

Das **Verhältnis des Bruttostundenverdiensts zwischen Männern und Frauen** ist ein EU-Strukturindikator. Seit 2006 wird dieser Indikator für geschlechtsspezifische Lohnunterschiede in der gesamten Europäischen Union der Verdienststrukturerhebung (vgl. Statistik Austria 2015a) entnommen. Die Verdienststrukturerhebung wird auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 530/1999 des Europäischen Rates europaweit einheitlich alle vier Jahre erhoben. Für Österreich liegen derzeit Ergebnisse für die Jahre 2002, 2006 und 2010 vor. Daten für 2014 sind noch nicht publiziert. Die Erhebung wird bei Unternehmen mit zehn und mehr Beschäftigten im Produktions- und Dienstleistungsbereich in Form einer Stichprobe durchgeführt und ist laut § 10 Verdienststrukturstatistik-Verordnung, BGBl. II Nr. 66/2007, zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 99/2011, verpflichtend. Die Erhebung ist eine Kombination aus Primär- und Sekundärstatistik. Im Jahr 2010 standen Daten von rund 200.000 unselbständig Beschäftigten aus rund 11.160 Unternehmen zur Verfügung.

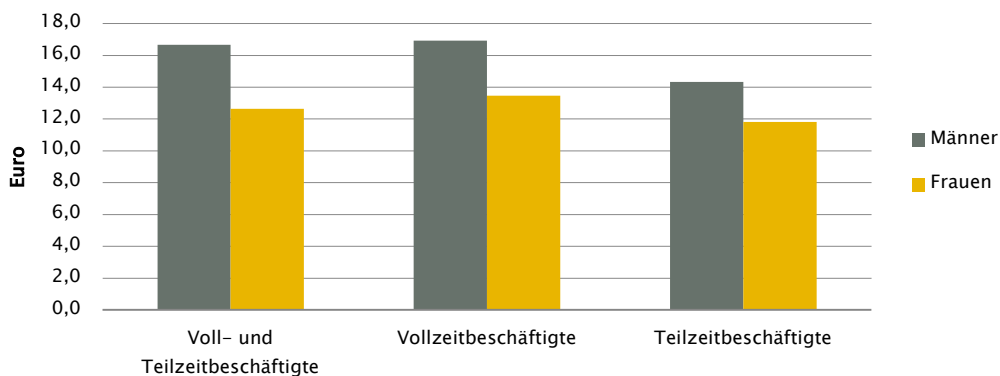
Für die Ermittlung der **Einkommensunterschiede** zwischen **Männern und Frauen** wurde der Indikator **Anteil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern** gewählt. Er bildet sehr gut die Unterschiede in der Entlohnung unabhängig vom Ausmaß der Arbeitszeit ab.

Ergebnisse

Im Oktober 2010 verdienten unselbständig beschäftigte Männer in Österreich durchschnittlich 16,66 Euro brutto pro Stunde, Frauen nur 12,64 Euro. Vollzeitbeschäftigte hatten einen höheren Stundenlohn als Teilzeitbeschäftigte; zusätzlich zu der Tatsache, dass Frauen viel häufiger einer geringer entlohnten Teilzeitarbeit nachgehen, ist in beiden Kategorien der Bruttostundenlohn von Frauen niedriger als der von Männern.

Abbildung 3.4:

Brutto-Stundenverdienst im Oktober 2010 nach Vollzeit-/Teilzeit-Beschäftigung sowie nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria – Verdienststrukturerhebung 2010, S. 26

Der **Bruttostundenlohn** von Frauen war im Jahr 2010 somit um 24 Prozent niedriger als der von Männern, mit sinkender Tendenz seit 2006. Trotzdem lag Österreich damit deutlich über dem Durchschnitt der EU-28-Länder, höher war er in diesem Jahr nur in Estland. In Deutschland, Finnland und Tschechien war diese Quote zwar niedriger als in Österreich, lag aber über 20 Prozent; in allen anderen Ländern lag sie bereits im Jahr 2010 unter 20 Prozent.

Tabelle 3.2:

Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied 2006–2013 in ausgewählten europäischen Ländern

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Österreich	25,5	25,5	25,1	24,3	24,0	23,7	23,4	23,0
EU-28	-	-	-	-	16,1	16,4	16,5	16,4
EU-27	17,7	-	17,3	17,2*	16,2	16,5*	16,6*	16,4*
Schweden	16,5	17,8	16,9	15,7	15,4	15,8	15,9	15,2
Deutschland	22,7	22,8	22,8	22,6	22,3	22,2*	22,4*	21,6*
Dänemark	17,6	17,7	17,1	16,8	15,9	16,3	16,8	16,4
Niederlande	23,6	19,3	18,9	18,5	17,8	17,9	16,9	16,0
Finnland	21,3	20,2	20,5	20,8	20,3	19,6	19,4	18,7*

- Nicht verfügbar
* Vorläufiger Wert

Quelle: Eurostat, abgefragt am 12. 8. 2015

Zielwert

Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen – gemessen am **Anteil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern** – sollen reduziert werden. Im Jahr 2010 war der Bruttostundenlohn von Frauen um 24 Prozent niedriger als der von Männern. Im Jahr 2032 soll dieser Unterschied maximal 16 Prozent betragen (das entspricht dem derzeitigen Durchschnitt der EU 28-Länder, vgl. Tabelle 3.2).

Dieser Zielwert scheint insofern erreichbar zu sein, als er einerseits im Trend (der Einkommensunterschied sinkt kontinuierlich seit 2006) und Österreich andererseits deutlich unter dem derzeitigen EU-Durchschnitt liegt. Viele europäische Länder haben diesen Wert längst erreicht.

Zusammenfassung

- » Der Indikator eignet sich gut für die Darstellung der Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen, weil er unabhängig vom Ausmaß der Arbeitszeit ist.
- » Der Unterschied im Bruttostundenlohn von Frauen und Männern hat sich seit 2006 kontinuierlich verringert, ist aber mit 23,0 Prozent noch immer deutlich über dem EU-Durchschnitt.
- » Vor diesem Hintergrund scheint der Zielwert erreichbar zu sein.

3.5 WZ 3 – Gesundheitlicher und sozialer Schutz: Anteil der armuts- und ausgrenzungsgefährdeten Menschen und Anteil der ausgrenzungsgefährdeten Menschen

Passung zwischen Indikator und Wirkungsziel

In Wirkungsziel 3 wird formuliert, die Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und sicherstellen zu wollen. Es geht also nicht unbedingt um den Ausbau von Sozialmaßnahmen, sondern um die Erhöhung der Wirksamkeit dessen, was ohnehin vorhanden ist. Rund 14 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind armutsgefährdet, 19 Prozent sind **armuts- oder ausgrenzungsgefährdet**, knapp fünf Prozent zählen zur Gruppe der „**mehrfach ausgrenzungsgefährdeten**“ Menschen (Definitionen siehe unten). Diese Menschen sind nicht nur in materieller Hinsicht benachteiligt, sondern – darüber hinaus oder daraus resultierend – generell bei schlechterer Gesundheit, öfter krank, leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen, sind im höheren Alter häufiger pflegebedürftig und einem größeren Risiko sozialer Isolation ausgesetzt. (BMG 2015b)

Das österreichische Sozialsystem ist gut entwickelt. Wenn es keine Sozialtransfers (exkl. Pension) gäbe, wären 26 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet. Entsprechend höher wäre auch die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung. Und doch sind in Österreich derzeit etwa 19 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Gelingt es, den sozialen Schutz engmaschiger (d. h. weniger Lücken) zu gewährleisten, wird der Anteil der armuts- und ausgrenzungsgefährdeten

ebenso sinken wie der Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten. Insofern drücken die beiden Indikatoren genau das aus, was im Rahmen dieses Wirkungsziels angestrebt wird.

Datengrundlage

Beide Indikatoren beruhen auf der EU-SILC-Erhebung (European Community Statistics on Income and Living Conditions), die in Österreich jährlich von Statistik Austria durchgeführt wird. Die Erhebung ist eine wichtige Grundlage für die Europäische Sozialstatistik. Die österreichische EU-SILC ist eine Befragung von ca. 6.000 Haushalten (in denen 2014 13.250 Personen lebten) zu den Themen Einkommen, Wohnen, Beschäftigung, Gesundheit und finanzieller Lage. Sie wird seit 2004 als integrierte Längs- und Querschnitterhebung durchgeführt, „d. h. jeweils rund drei Viertel der Haushalte werden auch im Folgejahr wieder befragt, ein Viertel der Stichprobe kommt jährlich neu hinzu. Im Jahr 2007 wurde die integrierte Quer- und Längsschnitterhebung erstmals voll implementiert.“ (Statistik Austria 2014, 8).

Als armutsgefährdet gelten 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 der nationalen Medianeinkommens nicht,
- » sie sind erheblich materiell depriviert¹⁴,
- » 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.

Die **Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung** ist ein Indikator der Strategie *Europa 2020*¹⁵.

Ergebnisse

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdungsquote lag in Österreich in den letzten Jahren bei 19 Prozent, sie war bei Frauen um zwei bis drei Prozentpunkte höher als bei Männern. Die Quote ist seit 2009 weitgehend konstant. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass im Jahr 2014 1,6 Millionen Menschen armuts- oder ausgrenzungsgefährdet waren (vgl. Tabelle 3.3). Damit geht es der österreichischen Bevölkerung etwas besser als dem Durchschnitt der Bevölkerung

14

Erhebliche materielle Deprivation liegt vor, wenn zumindest 4 der folgenden 9 Merkmale zutreffen. Der Haushalt kann sich nicht leisten: regelmäßige Zahlungen in den letzten 12 Monaten rechtzeitig zu begleichen; unerwartete Ausgaben bis zu 1.050 € zu finanzieren; die Wohnung angemessen warm zu halten; jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch (oder entsprechende vegetarische Speisen) zu essen; einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren; einen PKW; eine Waschmaschine; ein Farbfernsehgerät; ein Telefon oder Handy.

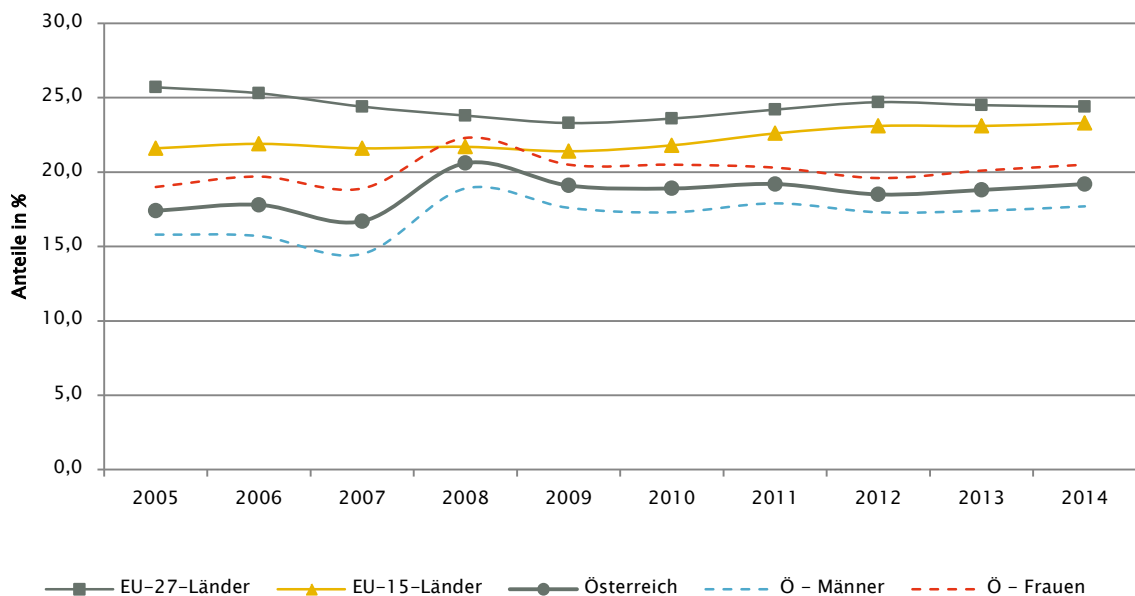
15

http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

der EU-Länder, wo in den letzten Jahren, für welche Daten verfügbar sind, 23 bis 25 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet waren. In einzelnen dieser Länder liegt die Quote bei rund 30 Prozent (Lettland, Ungarn, Spanien, Portugal, Italien) oder deutlich darüber (Griechenland). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist in Österreich etwas größer als im Durchschnitt der EU-Länder (vgl. Abbildung 3.5).

Die relativ konstante Quote während der letzten Jahre soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es insofern eine problematische Entwicklung gibt, als das reale Einkommen der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten seit 2008 leicht zurückgegangen ist. Das heißt, dass der Einkommensunterschied dieser Bevölkerungsgruppe zum Durchschnittseinkommen der Gesamtbevölkerung größer geworden ist. Die Intensität der Armutsgefährdung hat sich somit tendenziell verstärkt. (Statistik Austria 2015b)

Abbildung 3.5:
Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung in Österreich und im EU-Durchschnitt, 2005–2014



Die Werte der EU-15-Länder des Jahres 2014 sind geschätzt.

Quelle: Eurostat, abgefragt am 3. 11. 2015

Beinahe fünf Prozent bzw. rund 414.000 Menschen der österreichischen Bevölkerung sind mehrfach ausgrenzungsgefährdet. Auch dieser Wert war in den letzten Jahren weitgehend konstant.

Tabelle 3.3:

Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung sowie mehrfache Ausgrenzungsgefährdung in Österreich, 2008–2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung						
In Prozent	20,6	19,1	18,9	19,2	18,5	18,8	19,2
absolut	1.699.000	1.577.000	1.566.000	1.593.000	1.542.000	1.572.000	1.609.000
	Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdung						
In Prozent	5,0	4,4	4,9	4,8	4,9	4,6	4,9
absolut	411.000	361.000	406.000	400.000	411.000	385.000	414.000

Quelle: Eurostat, abgefragt am 12. 8. 2015

Zielwerte

Gemäß der *EU 2020*-Strategie und einem Wirkungsziel des Sozialministeriums soll die Anzahl der **armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen** in Österreich bis zum Jahr 2020 um 235.000 Personen (Ausgangswert: EU-SILC 2008) reduziert werden. Von 2020 bis zum Jahr 2032 sollen weitere fünf Prozent der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen aus der Armut geführt werden. Im Jahr 2014 waren rund 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (das entspricht 1,6 Mio. Menschen), im Jahr 2032 sollte der Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen maximal bei etwa 17 Prozent liegen.

Der **Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen** soll bis zu Jahr 2032 um 20 Prozent reduziert werden. Das würde eine Reduktion von 4,9 Prozent auf 3,9 Prozent bedeuten oder – absolut ausgedrückt – von 414.000 auf rund 356.000 Menschen.

Diese Zielwerte würden bedeuten, dass im Jahr 2020 maximal 1,46 Millionen Menschen in Österreich armuts- oder ausgrenzungsgefährdet sein dürften.

Das Ziel, dass zwischen 2020 und 2032 weitere fünf Prozent aus der Armut geführt werden, würde bedeuten, dass im Jahr 2032 um rund 70.000 Menschen weniger, also maximal 1,39 Millionen Menschen, armuts- oder ausgrenzungsgefährdet sind. Dies würde, bezogen auf die aktuelle Bevölkerung, einen Anteil von rund 17 Prozent und, bezogen auf die aktuellste Bevölkerungsprognose¹⁶, einen Anteil von 15 Prozent bedeuten.

Grundsätzlich werden diese Zielwerte als machbar eingestuft. Wie bei allen Indikatoren gibt es jedoch auch hier Einflussfaktoren, die außerhalb des Verantwortungsbereichs der im Kontext dieser Arbeitsgruppe tätigen und verantwortlichen Institutionen liegen.

16

Laut ÖROK-Bevölkerungsprognose 2013 von Statistik Austria (Hauptvariante) rechnet man in Österreich mit 9.271.860 Einwohnerinnen/Einwohnern im Jahr 2032.

Zusammenfassung

- » Die beiden vorgeschlagenen Indikatoren sind geeignet, um den Grad der Zielerreichung des Wirkungsziels 3 von R-GZ 2 zu messen.
- » Im Jahr 2014 waren in Österreich 19,2 Prozent der Bevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet und 4,9 Prozent mehrfach ausgrenzungsgefährdet.
- » Die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung ist seit 2009 weitgehend konstant mit einer leichten Steigerung zwischen 2012 und 2014, die Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdung schwankte in den letzten Jahren zwischen 5,0 und 4,4 Prozent ohne erkennbaren Trend.
- » Die Zielvorgabe zum Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen hat insofern große Erfolgschancen, als sie nicht nur im Rahmen-Gesundheitsziel 2, sondern auch in der *EU 2020*-Strategie enthalten ist und ein eigenes Wirkungsziel des Sozialministeriums darstellt.

4 Resümee und Ausblick

Die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wird durch ein umfassendes **Monitoring** begleitet. Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnismonitoring vor. Alle diesbezüglich vorgeschlagenen Indikatoren werden einer **Machbarkeitsprüfung** unterzogen, um sicherzustellen, dass die Indikatoren für ein langfristiges Monitoring geeignet sind.

Im Jahr 2015 wurde die Machbarkeitsprüfung für insgesamt neun Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2 durchgeführt. Sie hat gezeigt, dass alle **ausgewählten Indikatoren sehr gut geeignet** sind, um die Wirkungsziele zu beobachten. Bei einem Indikator – dem HiAP-Anteil (WZ 1 R-GZ 1) – wird empfohlen, die **Definition** noch einmal zu **diskutieren** und zu **schärfen**. Dieser Indikator ist auch der einzige, für den die Daten frühestens ab 2016 zur Gänze erhoben werden können. Für alle anderen Indikatoren werden die Daten regelmäßig erhoben.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass **für einige Indikatoren äußerst ambitionierte Zielvorgaben** festgelegt wurden (z. B. WZ 2 R-GZ 1 – Anteil der BGF-Projekte), doch kann dies durchaus Teil der Strategie sein.

Im Jahr **2016** werden die **Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 8** einer Machbarkeitsprüfung unterzogen und um die Ergebnisse zum **Maßnahmen-Monitoring** ergänzt.

Beim Monitoring-Update des Baseline-Berichts mit den Meta-Indikatoren werden die bis dahin festgelegten Indikatoren der Wirkungsziele ebenso integriert wie die Ergebnisse aus dem Maßnahmen-Monitoring.

Literatur

- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a): Rahmen-Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015b): Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Mielck, Andreas; Lungen, Markus; Korber, Katharina (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Moor, I; Ackermann, S; Richter, M Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review. In: Das Gesundheitswesen 73/08/09:A230
- OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, Paris
- Statistik Austria (2014): TABELLENBAND EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
- Statistik Austria (2015a): Statistiken. Verdienststrukturerhebung [Online]. Statistik Austria. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/verdienststruktur/index.html [Zugriff am 14.12.2015]
- Statistik Austria (2015b): Eingliederungsindikatoren 2014. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich. Studie der Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- Winkler, Petra; Griebler, Robert; Haas, Sabine; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Gruber, Gabriele; Knaller, Christine (2014): Rahmen-Gesundheitsziele: Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Anhang

Anhang 1: Zehn Rahmen-Gesundheitsziele

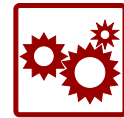
Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Anhang 1: Zehn Rahmen-Gesundheitsziele

Ziel 1:

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



Ziel 2:

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



Ziel 3:

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken



Ziel 4:

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



Ziel 5:

Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken



Ziel 6:

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen



Ziel 7:

Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen



Ziel 8:

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



Ziel 9:

Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern



Ziel 10:

Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

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

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

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

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele–Indikatoren

Rahmen–Gesundheitsziele	
Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens– und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik– und Gesellschaftsbereiche schaffen	
WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten Akteure im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufbauen	Anteil der Maßnahmen aus der Gesundheitsförderungsstrategie und aller R–GZ–Maßnahmen, die im Sinne von HiAP umgesetzt werden (Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie)
WZ 2: Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen	Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe in Relation zur Gesamtanzahl der Betriebe in Österreich (BGF–Datenbank)
WZ 3: Durch die Gestaltung der relevanten Lebenswelten Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotentiale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen	Anteil der 75– bis 84–Jährigen ohne Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATHIS)
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen	
WZ 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen	Bildungsmobilität der 25– bis 59–Jährigen (EU–SILC, Erwachsenenbildungserhebung)
WZ 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern	Fernere Lebenserwartung in Gesundheit im Alter von 25 Jahren nach Bildungsgrad Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (EU–SILC) Anteil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern (Verdienststruktur–Erhebung)
WZ 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen	Anteil der armuts– oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen (EU–SILC) Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen (EU–SILC)
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	
WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen	Index Krankheitsbewältigung (HLS–EU)
WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken	Index Gesundheitsförderung (HLS–EU) Index Prävention (HLS–EU)
WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs– und Produktionssektor verankern	Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS–EU)
Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken	Allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC) Anzahl beschlossener Strategien, in denen Kinder und Jugendliche explizit als Zielgruppe berücksichtigt sind (Prozessindikator)

Rahmen-Gesundheitsziele

Wirkungsziel (WZ)	Indikator (Datenquelle für den Indikator)
WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen	Frühgeburtenrate (Geburtenstatistik) Allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC)
WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen	Selbstwirksamkeitserwartung (HBSC) Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)

HLS-EU = European Health Literacy Survey, HBSC = Health Behavior in School-aged Children

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG