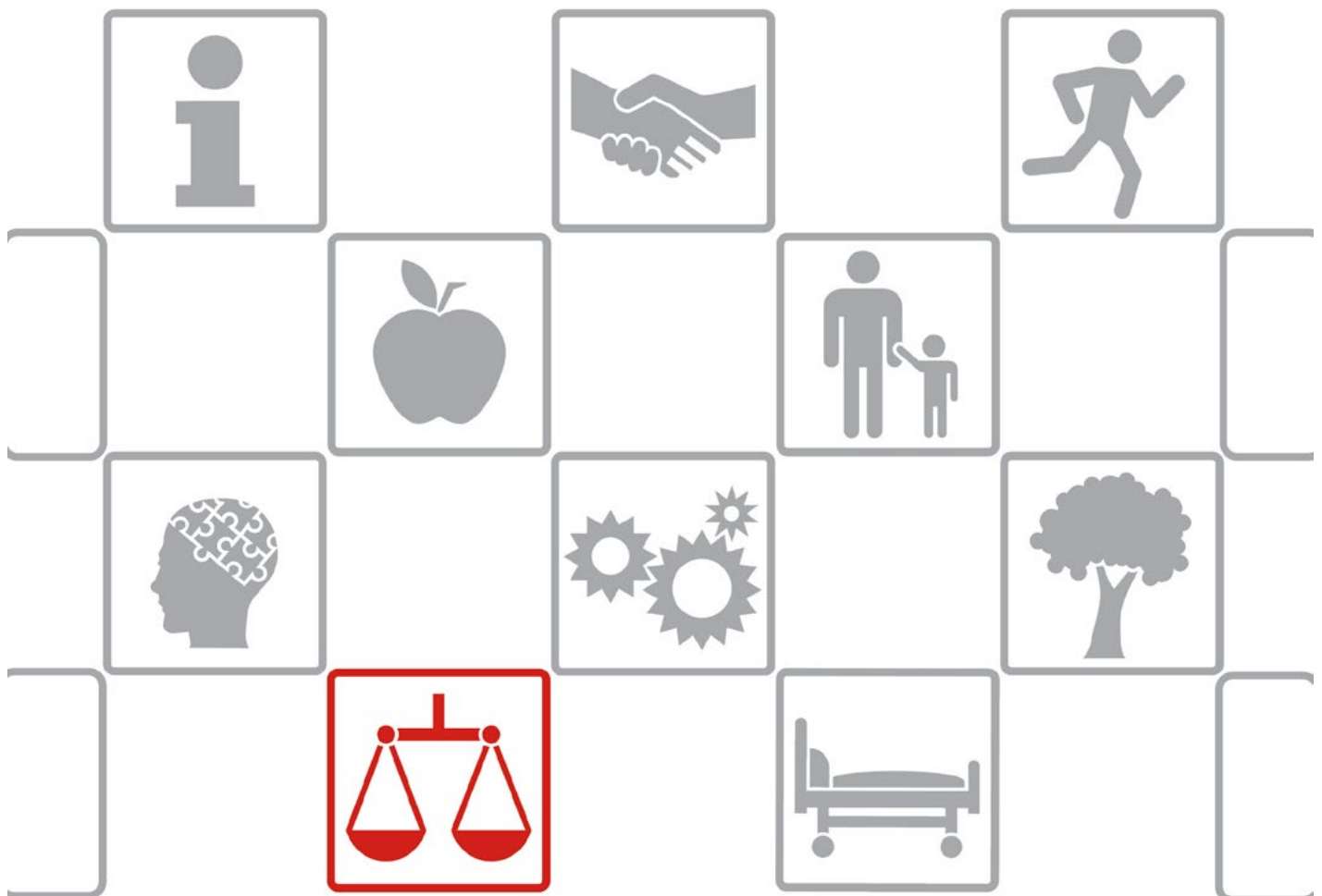


Gesundheitsziel 2

Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

Bericht der Arbeitsgruppe



Impressum

Eigentümer, Herausgeber, Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystr. 2, 1030 Wien,
Tel. +43 1 71100-0, www.bmgf.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich:

Anna Riebenbauer, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Martin Schenk, Armutskonferenz

Prozessbegleitung:

Gesundheit Österreich GmbH

Druck:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Erscheinungsdatum August 2015 / Ausgabe April 2017

Inhalt

Inhalt	1
Zusammensetzung der Arbeitsgruppe.....	2
Abkürzungen	3
Zusammenfassung	5
Einleitung	6
1 Wirkungsziel 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen	10
1.1 Erläuterung/Herausforderungen.....	10
1.2 Indikatoren	10
1.3 Maßnahmen	11
2 Wirkungsziel 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern.....	21
2.1 Erläuterung/Herausforderungen.....	21
2.2 Indikatoren	22
2.3 Maßnahmen	23
3 Wirkungsziel 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen	27
3.1 Erläuterungen/Herausforderungen.....	27
3.2 Indikatoren	27
3.3 Maßnahmen	28
4 Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele.....	36
4.1 Erläuterung/Herausforderungen.....	36
4.2 Maßnahmen	36
Anhang 1 – Maßnahmenverzeichnis	39
Anhang 2 – Erläuterungen zur Maßnahmentabelle.....	41
Anhang 3 – Maßnahmentabelle.....	42
Literatur	56

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Leitung der Arbeitsgruppe (AG):

Anna Riebenbauer, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Martin Schenk, Armutskonferenz

Mitglieder der AG „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“:

Ursula Achtsnit, Bundesministerium für Bildung und Frauen
Thomas Amegah, Landessanitätsdirektionen (Gemeinsamer Ländervertreter)
Gudrun Braunegger-Kallinger, Gesundheit Österreich GmbH
Edith Bulant-Wodak, Land NÖ, Initiative »Tut gut!«
Renate Fally-Kausek, Bundesministerium für Gesundheit
Andrea Fried, zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Rahmen-Gesundheitszieles 2 ARGE Selbsthilfe
Verena Grünstäudl, Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
Renate Hackl, Land Oberösterreich
Helga Haftner, Bundesministerium für Bildung und Frauen
Gabriele Jaksch, MTD-Austria
Karin Reis-Klingspiogl, AKS Austria / styria vitalis
Ines Stamm, Bundesministerium für Gesundheit
Stefan Spitzbart, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Martina Thomasberger, Arbeiterkammer Wien
Ingrid Wallner, Plattform Elterngesundheit
Ilana Ventura, Bundesministerium für Gesundheit

Stellvertreterinnen und Stellvertreter:

Irene Burian, Land NÖ, Initiative »Tut gut!«
Petra Braun, Land NÖ, Initiative »Tut gut!«
Eveline Brem, Plattform Elterngesundheit
Flora Haderer, Bundesministerium für Gesundheit
Sabine Stögerer, MTD-Austria

Expertinnen und Experten:

Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH

Redaktion des Berichts:

Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH
Flora Haderer, Bundesministerium für Gesundheit

Assistenz Berichterstellung:

Heike Holzer, Gesundheit Österreich GmbH

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AHS	Allgemein bildende höhere Schule
AK	Arbeiterkammer
AMS	Arbeitsmarktservice
APS	Austria Personalservice
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BBE	Beratungs- und Betreuungseinrichtungen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BIMM	Bundeszentrum für Interkulturalität und Mehrsprachigkeit
BKA	Bundeskanzleramt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BO	Berufsorientierung
BOLE	Bildungs- und Berufsorientierung
BOKO	Berufsorientierung-Koordination
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ECTS	European Credit Transfer System
ENIC-NARIC	Nationale Informationszentrum für akademische Anerkennung
ESF	Europäischer Sozialfonds
FAG	Facharbeitsgruppe
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GeSoEss	Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen
GFP	Gesellschaft für Personalentwicklung GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HPV	Humane Papillom Viren
i. R.	im Rahmen
IBOBB	Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf
KH	Krankenhaus
LBI/HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LEFÖ-IBF	LEFÖ - Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen IBF - Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel
NMS	Neue Mittelschule
MEN	Männergesundheitszentrum für Burschen und Männer
NGO	Nichtregierungsorganisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Oö. CHG	Oö. Chancengleichheitsgesetz
ÖSZ	Österreichisches Sprachenkompetenzzentrum
PFL	Pädagogik und Fachdidaktik für LehrerInnen
PSB	Psychosoziale Beratungsstelle
PTS	Polytechnische Schule

R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziel
SSR	Stadtschulrat
SV	Sozialversicherung
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
u. a.	unter anderem
UNDOK	Verband zur gewerkschaftlichen Unterstützung undokumentiert Arbeitender
v. a.	vor allem
WIFI	Wirtschaftsförderungsinsitut
WKO NÖ	Wirtschaftskammer Niederösterreich
WZ	Wirkungsziel
z. B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht fasst die **Ergebnisse der AG Chancengerechtigkeit** in der 2. Phase der Arbeiten zu den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen in den Jahren 2013 bis 2014 zusammen. Das R-GZ 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ wurde vom R-GZ-Plenum hoch priorisiert.

Die AG setzte sich aus **Vertreterinnen und Vertretern aus knapp 20 Organisationen** zusammen. Zwischen Oktober 2013 und Oktober 2014 wurden insgesamt sechs halb- bis eintägige Workshops abgehalten, in denen Wirkungsziele, Maßnahmen und Indikatoren intensiv diskutiert und vorgeschlagen wurden. Die Verantwortung für die Umsetzung der beschriebenen Einzelmaßnahmen liegt bei der jeweiligen Organisation, die für die Maßnahmenkoordination zuständig ist.

Chancengerechtigkeit ist eines der **zentralen Grundprinzipien** der Rahmen-Gesundheitsziele, das aufgrund seiner hohen Bedeutung im R-GZ 2 explizit verfolgt wurde. Der enge Bezug von Bildung, Sozialstatus und Einkommen mit Gesundheit ist evident. Deshalb ist Chancengerechtigkeit in Bezug auf alle Lebensbereiche und insbesondere im Bildungssystem sicherzustellen, womit sowohl gesunde Lebenserwartung erhöht als auch Krankheitslast verringert werden soll.

Die AG zum R-GZ 2 definierte im Arbeitsprozess folgende **Wirkungsziele (WZ)**:

- 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.

Einleitend zu jedem Wirkungsziel wird unter „Erläuterungen/Herausforderungen“ die jeweilige Problemlage beschrieben. Die Indikatoren legen fest, wie das Erreichen des Wirkungszieles überprüft werden kann. Wichtige Arbeitsschritte waren die Auswahl, Prüfung und Bewertung der Umsetzungsmaßnahmen sowie das Befüllen der Wirkungsziel-Tabellen nach den Vorgaben des R-GZ-Plenums, um eine einheitliche und vergleichbare Darstellung der Ergebnisse zwischen den unterschiedlichen R-GZ zu gewährleisten.

Einleitung

Zehn Rahmen-Gesundheitsziele liefern richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Ziel 2 – „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ – ist mit folgender Begründung verankert:

„Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteuren und Akteure im Gesundheitssystem sein.“[1]

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Morbidität, Mortalität, Lebenserwartung und -zufriedenheit unterscheiden sich nach sozialem Status und weiteren sozioökonomischen Kenngrößen und repräsentieren gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft. In den letzten Jahren wurde darüber hinaus empirisch belegt, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur in den zentralen Morbiditäts- und Lebenserwartungsindikatoren, sondern auch in der psychosozialen Gesundheit widerspiegeln.

Die internationale Forschung belegt, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitsstatus besteht [2-10], der als „sozialer Gradient“ der Gesundheit bezeichnet wird. Die gesundheitlichen Chancen verschlechtern sich mit sinkendem sozioökonomischem Status, der sich insbesondere aus Bildung, Einkommen und beruflichem Status zusammensetzt. Gesundheitliche Benachteiligung zeigt sich daher nicht nur bei der sozioökonomisch am schlechtesten gestellten Gruppe, sondern in der gesamten Bevölkerung außer in der am besten gestellten Gruppe. So haben beispielsweise Pflichtschulabsolventen eine um 6,2 Jahre niedrigere Lebenserwartung als Akademiker, Pflichtschulabsolventinnen eine um ca. 2,8 Jahre verkürzte Lebenserwartung gegenüber Akademikerinnen. Personen mit geringem Einkommen beurteilen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter als Personen mit höherem Einkommen und Personen, die voll im Erwerbsleben stehen, fühlen sich deutlich häufiger gesundheitlich (sehr) gut als Nicht-Beschäftigte [11].

Soziale Benachteiligung hat nicht nur dann negative Auswirkungen auf die Gesundheit, wenn sie sich in tatsächlichem Mangel (z. B. Armut) niederschlägt, sondern auch als relative Benachteiligung im Vergleich zur Gesamtgesellschaft. Es konnte gezeigt werden, dass Gesellschaften, die durch weniger (Haushalts-)Einkommensunterschiede und mehr Solidarität gekennzeichnet sind, in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht besser abschneiden. Ist die Kluft zwischen Arm und Reich kleiner, verringert sich der soziale Stress – nicht nur für die die am meisten benachteiligte Gruppe, sondern auch für alle weiteren, sozial bessergestellten Schichten –, mit positivem Effekt auf die Gesundheit. Verringert sich die Ungleichheit, steigen das Niveau des Vertrauens, die Lebenserwartung, die schulischen Leistungen der Kinder und die soziale Mobilität, während psychische Erkrankungen, Alkohol- und Drogen-sucht, Säuglingssterblichkeit, Fettleibigkeit, Teenager-Schwangerschaften, Selbstmorde und Zahl der Gefängnisstrafen sinken [12, 13].

Entsprechend dem Rahmen-Gesundheitsziel 2 (R-GZ 2) referiert dieser Bericht Maßnahmen, die gerechte Chancen ermöglichen sollen, um die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. ... „Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein“. [14]

Rahmen-Gesundheitsziele-Prozess

Die bis Ende 2012 durchgeführten Arbeiten zur Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele in Phase 1 des R-GZ-Prozesses schufen die Grundlage für Phase 2, in der ein Strategie- und Maßnahmenkonzept entworfen sowie Schwerpunkte und Indikatoren definiert werden. Am 12. 2. 2013 startete Phase 2 mit einem Plenumsworkshop, in dem unter anderem das Rahmen-Gesundheitsziel 2 hoch priorisiert wurde¹.

Anstrengungen in allen Politikfeldern

„Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in all Policies) ist eines der zentralen Grundprinzipien der R-GZ und erwächst der Erkenntnis, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann. Ausgehend von den zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit braucht es für die nachhaltige Förderung der Bevölkerungsgesundheit das Miteinander verschiedenster Politik- und Gesellschaftsbereiche. Daher sind unterschiedliche Stakeholder und Akteure eingeladen, in der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele mitzuwirken.

Bereits während Phase 1 waren im Plenum mehr als 40 Institutionen aus verschiedenen Politik- und Gesellschaftsbereichen vertreten. Dieser Health-in-all-Policies-Ansatz wurde auch in Phase 2 beibehalten: An der AG zu R-GZ 2 beteiligten sich Vertreter/innen aus etwa zwanzig Organisationen.

Arbeitsprozess und Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Der vorliegende Bericht dokumentiert den Fortschritt des R-GZ-Prozesses und seine Ergebnisse zum R-GZ 2. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Verantwortung für die Umsetzung und Gestaltung – und letztendlich auch für den Erfolg – der beschriebenen Maßnahmen bei der jeweiligen Organisation, die die Maßnahmen koordiniert, liegt.

➤ Zeitplan und Arbeitsschritte

Die AG R-GZ 2 trat im Zeitraum Oktober 2013 bis Oktober 2014 zu sechs Sitzungen zusammen, in deren Rahmen Wirkungsziele, Maßnahmen und Indikatoren erarbeitet bzw. diskutiert wurden. Anschließend wurde der vorliegende AG-Bericht verfasst.

➤ Handlungsfelder, Herausforderungen und Wirkungsziele

Im ersten Schritt wurden von den AG-Mitgliedern Handlungsfelder identifiziert, die damit verbundenen Herausforderungen definiert und dazu drei Wirkungsziele (WZ) formuliert:

¹

siehe auch: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/beteiligte/> bzw <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/umsetzung-monitoring/>

- 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

➤ **Maßnahmen**

Während mehrerer Arbeitsgruppentermine wurden Maßnahmenvorschläge zu den drei definierten Wirkungszielen erarbeitet. Wichtige Schritte waren das Prüfen und Bewerten von Umsetzungsmaßnahmen auf ihre Eignung. Bewertet wurde anhand folgender Kriterien:

1. Besteht seitens der Teilnehmer/innen Konsens, dass die Maßnahme geeignet ist, das Wirkungsziel zu erreichen?
2. Handelt es sich um eine überregionale Maßnahme?
3. Gibt es eine Institution, die bereit ist, die Umsetzung zu koordinieren und zu finanzieren?
4. Wie hoch ist der zu erwartende Outcome einzuschätzen?

Die Bewertungsergebnisse wurden folgendermaßen kategorisiert:

Hochbewertete Maßnahme:

- 1: Konsens
- 2 und 3: zutreffend
- 4: erwarteter Outcome mittel bis hoch

Startermaßnahme:

Wie bei hochbewerteter Maßnahme;
zusätzlich: es gibt politischen Support, es handelt sich um aktuelle politische Themen, Vorarbeiten bestehen, die Akzeptanz ist hoch und rasche Erfolge sind nachweisbar.
Nicht alle müssen, aber möglichst viele dieser Kriterien sollten zutreffen.

Maßnahme mit Klärungsbedarf:

- 1 und 3: Konsens
- 2: nicht geklärt oder nicht zutreffend
- 4: erwarteter Outcome mittel bis hoch

Auszuscheidende Maßnahme:

- 1: kein Konsens; und/oder
- 2 und 3: kein Konsens bzw. nicht zutreffend; und/oder
- 4: erwarteter Outcome niedrig

➤ **Präzisierung**

Das Ergebnis der Maßnahmenbewertung wurde in die Wirkungsziel-Tabellen (siehe Anhang 3) eingetragen. Daraufhin hatte jedes AG-Mitglied erneut die Möglichkeit zur Rückkoppelung innerhalb der eigenen Organisation und zur Rückmeldung. Die Kommentare wurden von der AG-Leitung mit der jeweils für die Maßnahme verantwortlichen Organisation abgestimmt und in die Tabellen eingearbeitet. Maßnahmen mit Klärungsbedarf bzw. Maßnahmen, für die niemand die Umsetzungsverantwortung übernommen hat, die aber als grundsätzlich sinnvoll erachtete wurden, wurden in einen Ideen- bzw. Themenspeicher gestellt (nicht Teil dieser Publikation).

In der letzten AG-Sitzung im Oktober 2014 wurden die ausgewählten Maßnahmen samt Indikatoren und Messgrößen vorgestellt, diskutiert und final bearbeitet.

➤ **Indikatoren und Datenerhebung**

Die in den Wirkungszielen angegebenen Indikatoren pro Wirkungsziel bzw. die Messgrößen (Meilensteine) pro Maßnahme sollen letztlich die Beurteilung der Zielerreichung und des Erfolgs der Maßnahmen ermöglichen.

Zum Bericht

Der vorliegende Bericht fasst die in der Phase 2 von der AG zum R-GZ 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ erarbeiteten Ergebnisse zusammen.

In den Kapiteln 2 bis 4 werden die drei definierten Wirkungsziele mit Erläuterungen/Herausforderungen, den Indikatoren sowie den definierten Maßnahmen dargestellt. Die Erläuterungstexte zu den Maßnahmen wurden von den für die Maßnahmenkoordination verantwortlichen Organisationen bereitgestellt.

Anhang 1 fasst in einem Verzeichnis alle erarbeiteten Maßnahmen zusammen.

Im Anhang 2 finden sich allgemeine Erläuterungen zu den Wirkungsziel-Listen.

Anhang 3 widmet sich den Detailmaßnahmen in den Wirkungsziel-Tabellen.

1 Wirkungsziel 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen

1.1 Erläuterung/Herausforderungen

Sozialer Aufstieg in Hinblick auf Bildung, Einkommen und sozialen Status soll unabhängig von Herkunft (familiärer Hintergrund, Region, Migration) und Geschlecht möglich sein. Unter sozialer Mobilität versteht man die Bewegung von Einzelpersonen und/oder Gruppen zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Positionen. Diese Bewegung kann über die Generationen (Intergenerationen-Mobilität) und innerhalb eines Menschenlebens (Intragegenerationen-Mobilität) stattfinden.

In Hinblick auf sozialen Aufstieg und höhere Gesundheitschancen wird dem sozioökonomischen Einflussfaktor Bildung zentrale Bedeutung beigemessen, da der Bildungsstand den Lebensstandard einer Person wesentlich beeinflusst und eng mit dem Grad der Deprivation [15] korreliert. Bildung – die häufig mit einer höher qualifizierten Berufstätigkeit einhergeht – führt zu höherem Einkommen, niedrigerer Erwerbslosenquote und schützt dadurch vor Armutsgefährdung. Auffallend ist, dass das Bildungsniveau über die Generationen „vererbt“ zu werden scheint: Während 40,6 Prozent der 15- bis 34-Jährigen mit akademisch gebildeten Eltern einen tertiären Bildungsabschluss erreichen, tun dies lediglich 4,5 Prozent jener Personen, deren Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss haben, d. h. es gibt in Österreich eine geringe „Bildungsmobilität“. Bildung führt aber nicht automatisch zu sozialem Aufstieg. Entscheidend ist auch immer, ob Bildung am Arbeitsmarkt „verwertbar“ ist. Für gut ausgebildete „Ich-AGs“, studierte Taxifahrer und eine große Zahl an Migranten/Migrantinnen verbindet sich hohe Bildung nicht mehr mit hohem Einkommen. Viele müssen in Österreich weit unter ihrer Qualifikation arbeiten.

Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in der Kindheit haben hohe Prognosewirkung für die Morbidität im Erwachsenenalter. Je früher und je länger Kinder sozialer Deprivation ausgesetzt sind, desto stärker sind die Auswirkungen.

1.2 Indikatoren

Ergebnisindikator

Bildungsmobilität der 25- bis 59-Jährigen (Bildung der Befragten nach Bildung der Eltern) nach Geschlecht (auch in Hinblick auf Wirkungsziel 2 relevant):

Die Bildungsmobilität dieser Altersgruppe soll für beide Geschlechter erhöht werden: Bis zum Jahr 2032 soll der Anteil jener, die bei niedrigstem Bildungsniveau² der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss erreichen, von 72 Prozent (im Jahr 2011, 64 % bei Frauen und 79 % bei Männern) auf 80 Prozent (im Jahr 2032) gestiegen sein, wobei der Unterschied nach Geschlecht nur mehr als halb so groß sein soll.

²
Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss

Erläuterungen

Basis der Erhebung der Bildungsmobilität ist die Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey, AES), die im Fünf-Jahresrhythmus geplant ist und bisher zwei Mal durchgeführt wurde (2007, 2011/12). Die nächste Befragung ist für 2016/2017 geplant. Auch im Rahmen von EU-SILC wurden bereits zwei Mal (2005 und 2011) Fragen zur Bildung von Betroffenen und deren Eltern gestellt. Die beiden Befragungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Der jeweils höhere Bildungsabschluss der Eltern (Mutter oder Vater) definiert die Bildung der Eltern. Im Jahr 2011 zeigt sich im unteren Segment, dass die Bildungsmobilität von Frauen deutlich geringer ist als die der Männer: 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit max. einem Pflichtschulabschluss kamen über dieses Bildungsniveau nicht hinaus. Umgekehrt formuliert: 64 Prozent der Frauen und 79 Prozent der Männer erreichten bei niedrigstem Bildungsniveau³ der Eltern einen weiterführenden Schulabschluss.

1.3 Maßnahmen

1.3.1 Im Kontext Vorsorgemittel 2015/2016: Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen

Startermaßnahme

Eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben wird in der frühen Kindheit gelegt. Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben positiv beeinflussen. Eine zentrale Strategie dafür sind „Frühe Hilfen“. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. In der praktischen Umsetzung bilden „Frühe Hilfen“ ein Netzwerk von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention beginnend in der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt, wobei spezifische Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt werden.

Längerfristig sollen Frühe Hilfen in Österreich flächendeckend etabliert sichergestellt werden (siehe dazu auch Maßnahmenbereich „Verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen“ bei R-GZ 6 „Gesundes Aufwachsen“). Um dies zu unterstützen, wurden Frühe Hilfen als eine empfohlene Umsetzungsmaßnahme im Kontext der „Vorsorgemittel (2015/16) zum Schwerpunktthema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Kindern und Jugendlichen“ festgelegt.

Maßnahmenkoordination

Bundesgesundheitsagentur in Kooperation mit Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familien und Jugend, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Ländern und Sozialversicherungsträgern

³

Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Im Jahr 2015 startete im Rahmen der Vorsorgemittel der regionale Auf- und Ausbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken in allen Bundesländern; spätestens bis Mitte 2016 sollen alle geplanten Netzwerke ihr Angebot für die Familien bereitstellen.

1.3.2 Produktionsschulen

Startermaßnahme

Produktionsschulen stellen ein Angebot dar, das an das Jugendcoaching anschließt und wesentlich dazu beitragen soll, die Ausgrenzung von Jugendlichen am Übergang von der Pflichtschule in eine weiterführende (Berufs-)Ausbildung oder in den Arbeitsmarkt zu verhindern. Junge Menschen bis zum vollendeten 21. bzw. bis zum vollendeten 24. Lebensjahr (bei Jugendlichen mit Behinderung bzw. sonderpädagogischem Förderbedarf), denen soziale Kompetenzen und Kulturtechniken fehlen, bekommen die Möglichkeit, diese nachträglich zu erwerben. Im Rahmen der Teilnahme an Produktionsschulen sollen die Jugendlichen an den für sie am besten geeigneten nächsten Ausbildungsschritt herangeführt werden. Dabei rücken die individuell vorhandenen Kompetenzen und Entwicklungspotenziale der Jugendlichen in den Vordergrund. Das Programm basiert auf den vier Säulen Training, Wissenswerkstatt, Coaching und Sport; die Dauer der Teilnahme ist bis auf Ausnahmefälle auf ein Jahr begrenzt.

Produktionsschulen stellen ein sehr individuelles Unterstützungsangebot dar, das an das Jugendcoaching (siehe RGZ 6) anschließt und als Nachreifungsprojekt konzipiert ist. Junge Menschen mit fehlenden sozialen Kompetenzen und Kulturtechniken bekommen die Möglichkeit, versäumte Basisqualifikationen und Social Skills nachträglich zu erwerben. In Produktionsschulen sollen die Jugendlichen an den für sie am besten geeigneten nächsten Ausbildungsschritt herangeführt werden.

Maßnahmenkoordination

Sozialministerium

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

1. Ausbauphase im Jahr 2014 (Pilotphase)

Weiterer Ausbau im Jahr 2015

1.3.3 Netzwerke Sprachförderung („Sprachfördercluster“)

Dem Ministerratsbeschluss entsprechend sollen Kinder mit sprachlichem Förderbedarf von Anfang an spezielle Förderung erhalten. Aus diesem Grund entwickelte das Ministerium für Bildung und Frauen mit wissenschaftlicher Begleitung und auf Basis bestehender Fördermaßnahmen entsprechende Sprachförderungs-Modelle weiter, die seit dem Schuljahr 2013/14 in allen Bundesländern eingerichtet und erprobt werden.

Ziel der Förderung ist es, Grundlagen für das Erlernen der Bildungssprache Deutsch früh zu legen und die Kinder mit individueller Förderung zu befähigen, dem Unterricht adäquat folgen zu können. Damit soll eine aktive Teilnahme am Unterricht und eine bessere Integration im Klassenverband ermöglicht werden.

Zentrale Bedeutung hat die kindgerechte Gestaltung der Schuleingangsphase und die individualisierte (Sprach-)Förderung in der Volksschule, insbesondere in der Grundstufe I.

Ziel der Modellprojekte ist standortspezifische Ansätze umfassender Sprachförderung zu erproben. Dabei werden wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen erfolgreicher Praxis genutzt. Die Modellprojekte werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Auf Basis dieser Erkenntnisse und Erfahrungen sollen mittelfristig die Cluster bedarfsgerecht ausgeweitet werden. Die Gesamtevaluation wird vom BIFIE geleitet.

Maßnahmenkoordination/Hauptverantwortung

Bundesweit: Bundesministerium für Bildung und Frauen

In den Bundesländern: Landeslehrkräfte für die allgemeinen Pflichtschulen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Start im September 2013; Laufzeit bis Ende Schuljahr 2015/16

1.3.4 Rahmencurricula frühe sprachliche Bildung

Die Pädagogischen Hochschulen bieten seit 2008/09 Lehrgänge im Ausmaß von 6 ECTS-Punkten für die frühe Sprachförderung als Fortbildungsmaßnahme an. Diese können sowohl von Grundschulpädagoginnen/-pädagogen als auch Kindergärtnerinnen/Kindergärtnern besucht werden. Dieses Angebot wurde vom Bildungsministerium beauftragt und finanziert. Im Jahr 2014 wurde die Überarbeitung der Rahmencurricula in Richtung „Basislehrgang“ und „Ausbaustufe“ des Lehrgangs, je nach regionalem Bedarf, weiterentwickelt.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Lehrgänge mit überarbeiteten Curricula starteten im Wintersemester 2014/15, die vertiefenden Module sind in Entwicklung.

1.3.5 Schwerpunkte in der Lehrer/innenfort- und -weiterbildung

„Deutsch als Zweitsprache“ und „Interkulturelles Lernen“ sind als Schwerpunkte in der Fort- und Weiterbildung verstärkt seit 2007 verankert. 2014 wurden die umfassende Sprachförderung sowie Leseförderung in allen Altersstufen mit besonderer Berücksichtigung der Elementar- und Grundschulpädagogik, Sprachenvielfalt, Mehrsprachigkeit, Interkulturalität und Internationalisierung als längerfristiger Schwerpunkt bis 2018 festgelegt.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen und Österreichisches Sprachenkompetenzzentrum in Zusammenarbeit mit den österreichischen Pädagogischen Hochschulen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Maßnahme startet im Wintersemester 2014/15 und läuft voraussichtlich bis 2018.

1.3.6 Fachtagungen und Symposien zur Förderung eines wissenschaftlichen Diskurses in der Pädagogenbildung

Um die wissenschaftliche Kompetenz an Pädagogischen Hochschulen zu stärken und den österreichweiten Austausch über pädagogische Konzepte und Entwicklungen zu fördern, initiiert und beauftragt das BMBF einzelne Pädagogische Hochschulen mit der Durchführung von Tagungen zu unterschiedlichen Schwerpunkten mit Migrations-Bezug.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen und Österreichisches Sprachenkompetenzzentrum, Bundeszentrum für Interkulturalität und Mehrsprachigkeit und andere im Auftrag des BMBF

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Dezember 2013: Sprachen AIRleben 2013, ÖSZ, Graz

März 2014: Symposium „Migration und Begabung“, PH Salzburg

Oktober 2014: Fachtagung „Diversitätskompetenz in Bildungseinrichtungen – Identitäten in der Migrationsgesellschaft“, BIMM in Kooperation mit dem Zentrum für Diversitätspädagogik an der PH Salzburg, in Salzburg

2015: Tagung „Diversität als Führungsaufgabe“, PH OÖ, Linz

Auch über den beschriebenen Zeitraum – 2013 bis 2015 – hinaus werden weiterhin facheinschlägige Veranstaltungen angeboten.

1.3.7 Bundeszentrum für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit

Das Bundeszentrum für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit (BIMM) wurde im Jahr 2013 im BMBF-Auftrag an der Pädagogischen Hochschule Steiermark eingerichtet. Es soll im Kontext Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit die Zusammenarbeit der österreichischen Pädagogischen Hochschulen stärken, die österreichweite, vernetzte gemeinsame Weiterentwicklung des Professionalitätsverständnis von Pädagoginnen/Pädagogen unterstützen und einzelne Kontakte mit PH-externen Partnern/Partnerinnen (Universitäten, Sprachenzentren, andere Bundeszentren) aufbauen bzw. vertiefen. Die konkreten Maßnahmen werden jeweils für Kalenderjahre festgelegt.

Maßnahmenkoordination

Bundeszentrum für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Treffen mit PH-Partnern/Partnerinnen aus ganz Österreich im 3-Jahres-Rhythmus

2014–2016: Durchführung des Pädagogik- und Fachdidaktik LehrerInnen-Lehrgangs (PFL) „Sprachliche Bildung im Kontext der Mehrsprachigkeit“, Professionalisierungsmaßnahme für PH-Lehrende und Pädagoginnen/Pädagogen

Seit 2014: Koordination des Schulentwicklungsprojekts „voXmi“ – Voneinander miteinander Sprachen lernen

2015: Erhebung von Schwerpunkten in der PädagogInnenbildung NEU in den Bereichen sprachliche, kulturelle und interreligiöse Bildung sowie in der Migrationspädagogik

1.3.8 Diversität und Mehrsprachigkeit in pädagogischen Berufen

Ausgehend vom aktuellen österreichischen Regierungsprogramm, dem Nationalen Aktionsplan für Integration und Empfehlungen auf internationaler Ebene (OECD, Europäische Union, Europarat) war das BMBF (damals bmukk) seit Anfang 2010 mit der Umsetzung der Forderung nach „mehr Lehrer/innen mit Migrationshintergrund“ befasst. Ergebnisse waren unter anderem

- Empfehlungen für Entwicklungen in den Bereichen Organisation, Personal, Curricula, Forschung und Lehre
- Förderdiagnoseinstrument für Lehramtsstudierende zur Begleitung der (wissenschaftlichen und professionsbezogenen) Sprachentwicklung in deutscher Sprache unter dem Titel „Wege zur wissenschaftlichen Textkompetenz – Schreiben für reflexive Professionalisierung“

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Maßnahme wurde in den Jahren 2010–2013 durchgeführt, 2014 folgte die Verbreitung der Ergebnisse.

1.3.9 Schulversuch „PTS 2020“

Im Zusammenhang mit der im Jahr 2012 gestarteten Qualitätsinitiative zur Steigerung der Attraktivität der Polytechnischen Schule wird der Schulversuch „PTS 2020“ nach einem bundesweiten Rahmenmodell an aktuell 14 Pilotschulen in allen Bundesländern durchgeführt. Mit diesem Prototyp und den Schwerpunkten Individualisierung und Modularisierung werden Strategien und Modelle hinsichtlich einer flexiblen, individuellen Förderung und Vorbereitung für die weitere Bildungs- oder Berufswahlentscheidung erprobt.

Über diesen Schulversuch soll dem Umstand einer sehr leistungsheterogenen Schülerpopulation (der Bogen spannt sich vom sensiblen Ausgleich bisheriger Lerndefizite und Schullaufbahnverluste bis hin zur speziellen Vorbereitung für höhere Qualifikationen, z. B. Lehre mit Matura) durch höchstmögliche Flexibilität über modulare Angebote und regelmäßiges, stärkenorientiertes Individual-Feedback Rechnung getragen werden.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Der Start erfolgte mit September 2013 mit einer geplanten Laufzeit von vier Jahren.

1.3.10 Flächendeckende Einführung der Neuen Mittelschule an Hauptschulstandorten

Die flächendeckende Einführung der Neuen Mittelschule an Hauptschulstandorten als erster Schritt zu einer gemeinsamen Schule der 10- bis 14-Jährigen trat mit dem Schuljahr 2012/13 in Kraft. AHS-Unterstufen können sich im Rahmen von Schulversuchen am Reformprojekt beteiligen. Ziel der Maß-

nahme ist das Erhöhen der Chancengerechtigkeit im österreichischen Schulsystem und damit mehr Jugendliche zu einem höheren Bildungsabschluss zu führen sowie eine neue Lernkultur an Schulen der Sekundarstufe I mit den Eckpfeilern Individualisierung und innere Differenzierung zu etablieren.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

In den Jahren 2012/13 wurden alle bestehenden Pilotschulen des Modellversuchs Neue Mittelschule zu Regelschulen. Seither nehmen schrittweise – beginnend mit den 1. Klassen – alle Hauptschulen die Entwicklungsarbeit zur Neuen Mittelschule auf. Bis 2015/16 werden alle vormaligen Hauptschulen als Neue Mittelschulen (aufsteigend mit den 1. Klassen) geführt. Im Schuljahr 2018/19 ist die Maßnahmenumsetzung abgeschlossen. Im Schuljahr 2013/14 gab es 936 Standorte mit insgesamt 5.837 Klassen (Stand Oktober 2013).

Im Schuljahr 2014/15 kamen bundesweit noch 136 Standorte mit ca. 280 Klassen hinzu (Stand Dezember 2013).

1.3.11 Soziale Arbeit an Schulen im Rahmen der bundesweiten Entwicklungspartnerschaft

Startermaßnahme

Das Operationelle Programm des Europäischen Sozialfonds (ESF) 2014–2020 sieht die Förderung von Projekten zur Schulsozialarbeit vor. Schulsozialarbeit wird dabei als systemisch orientierte psychosoziale Unterstützung für Schulen verstanden, die insbesondere sozial benachteiligten Schülerinnen/Schülern zu Gute kommen. Demgemäß und auf Basis einschlägiger Befunde aus den Bildungsstandarterhebungen, wonach Schulen mit schwierigen sozialen Umfeldbedingungen besonderer Unterstützung bedürfen, sollen die Projekte auf Schulstandorte mit hoher oder sehr hoher sozialer Benachteiligung konzentriert werden. Die Wahl wird aufgrund eines für jeden Schulstandort errechenbaren Sozialindex [16] getroffen.

Konkret gefördert werden Schulsozialarbeitsprojekte, die von Trägervereinen an ausgewählten Schulstandorten im Bereich der Sekundarstufe I sowie an berufsbildenden mittleren Schulen durchgeführt werden. Die Vereine werden von der jeweils zuständigen Landesbehörde für Kinder- und Jugendhilfe autorisiert, während ein Landesgremium bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern der Schulbehörde und des Landes für die Standortwahl verantwortlich sind. Hohe oder sehr hohe soziale Benachteiligung und eine hohe Schulabsentismus-Rate sind für die Auswahl ausschlaggebend. Auf Entwicklung eines maßgeschneiderten Konzeptes für den jeweiligen Schulstandort und enge Abstimmung mit den anderen Unterstützungssystemen wird großer Wert gelegt.

Die Projekte werden zu 50 Prozent aus Mitteln des ESF und zu 50 Prozent aus nationalen Mitteln gefördert, wobei nationale Mittel im Falle der Pflichtschul-Projekte von Ländern und Gemeinden und in Bundesschulen vom BMBF beigebracht werden.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Landesregierungen und Landesschulräte wurden im Juni 2014 über die Maßnahmenplanung informiert. Nach Beschluss des Operationellen Programms ESF 2014–2020 erfolgte im Frühjahr 2015

ein „Call for Projects“, an dem sich das Auswahlverfahren anschließt. Die operative Tätigkeit an den Schulen startet voraussichtlich mit September 2015.

1.3.12 Kooperationsprojekte zwischen NGOs (Mädchenberatungsstellen) und Schulen im Rahmen der geschlechtssensiblen Berufsorientierung und Lebensplanung

Ausgewählte Schulen (Schwerpunkt NMS) in mehreren Bundesländern werden in der Umsetzung von geschlechtssensibler Ausbildungs- und Berufsorientierung durch Mädchenberatungsstellen unterstützt. Dies geschieht v. a. mit Workshops für die BO-Akteurinnen/Akteure der beteiligten Schulen sowie für Schülerinnen (teilweise auch Schüler) unter Einbindung von Role-Models in untypischen Ausbildungs- und Berufsfeldern. Im Rahmen der Workshops haben die Mädchen die Möglichkeit, sich kritisch mit einengenden Geschlechterstereotypen auseinanderzusetzen. Ein gleichwertiges Angebot für Buben sind Boys Days (Nov. 2014), die ausgewählte Schulen parallel nutzen sollen. Ziel ist das Erweitern von Lebens- und Berufswahlperspektiven der Schüler/innen jenseits geschlechterstereotyper Zuschreibungen. Schulen sollen die Konzepte und Methoden in deren weitere pädagogische Arbeit nachhaltig integrieren (v. a. i. R. der BO) bzw. in deren Standortkonzept zur BO (gemäß IBOBB-Strategie des BMBF soll jede Schule ein derartiges Konzept ausarbeiten).

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und Laufzeit der Maßnahme

- Juni 2014: Abschluss von Verträgen mit ausgewählten Nichtregierungsorganisationen
- Sept. 2014 – Mai 2015: Durchführung der Workshops bzw. Veranstaltungen an den Schulen
- Juni 2015: Abschluss und Auswertung mit Abschlussveranstaltung

1.3.13 Initiative in der Erwachsenenbildung, Nachholen von Bildungsabschlüssen, Basisbildung

Die Initiative Erwachsenenbildung fördert mit den Programmbereichen Basisbildung und Pflichtschulabschluss bildungsbenachteiligte und formal gering qualifizierte Erwachsene, um ihnen bessere Zugangschancen zum Arbeitsmarkt zu eröffnen und die soziale Integration zu fördern. Die Initiative Erwachsenenbildung ist ein Förderprogramm der Länder und des Bundes. Grundlage ist eine Vereinbarung nach Art. 15a B-VG. Personen haben bundesweit die Möglichkeit zum kostenlosen Kursbesuch im Bereich Basisbildung oder Nachholen des Pflichtschulabschlusses. Qualitative Eckpunkte der Initiative Erwachsenenbildung sind:

Einheitliche Qualitätsstandards

- Mindeststandards für Anbieter (Infrastruktur, Ausstattung, ...)
- Mindeststandards für die Kursgestaltung und -inhalte (Curriculum, Betreuung)
- Qualifikation der Trainer/innen und Berater/innen

Prinzipien der Umsetzung

- 50:50 Finanzierung durch Land und Bund auf Basis gemeinsam erarbeiteter Normkostenmodelle
- Konkrete Förderentscheidung erfolgt durch das Land (Bund refundiert Förderanteil)
- Einheitliche Qualitätssicherung durch Akkreditierung der Angebote (Geschäftsstelle finanziert vom Bund)

Maßnahmenkoordination/Hauptverantwortung

Bundesministerium für Bildung und Frauen, Länder

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die erste Programmphase lief von 1. 1. 2012 bis 31. 12. 2014. Danach erfolgte eine Verlängerung um weitere drei Jahre bis Ende 2017.

1.3.14 Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf (ibobb)

Ziel ist die Entwicklung der sogenannten „Career Management Skills“ und der Erwerb einschlägigen Faktenwissens im Unterricht der Pflichtgegenstände, ergänzt durch Information und Beratung sowie die Möglichkeit, praktische Erfahrungen zu sammeln.

Entscheidungen zur Wahl von Bildungswegen und Berufen sollen nach eigenen Potenzialen und Interessen getroffen werden, Stärken sollen erkannt und ein selbstkritischer und reflektierter Umgang mit Lebensentscheidungen soll gefördert werden. Es ist Aufgabe und Verantwortung jeder Schule – insbesondere an den Nahtstellen – diese Lern- und Entwicklungsprozesse zu unterstützen und zu begleiten. Vor allem als präventive Maßnahme zu Schul- bzw. Ausbildungsabbruch sind qualitativ hochwertige Maßnahmen im Bereich von ibobb von entscheidender Bedeutung. Das prozesshafte Zustandekommen der Entscheidungen von Schülerinnen und Schülern erfordert koordiniertes Zusammenwirken aller Maßnahmen, dargestellt in einem standortbezogenen Umsetzungskonzept: Abstimmen des inhaltlichen und zeitlichen Zusammenwirkens, breite Umsetzung, Realbegegnungen, Bewerbungstrainings, begleitende Dokumentation, Einbeziehen der Eltern/Erziehungsberechtigten als Partner/innen, Informations- und Beratungstätigkeit durch Schülerberater/innen etc.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Seit 2009 werden Maßnahmen zum Thema „Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf (ibobb)“ gesetzt:

- Rundschreiben 17/2012 (Erstfassung 17/2009) des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) zum „Katalog verbindlicher Maßnahmen im Bereich Information, Beratung, Orientierung“. Es gilt für Hauptschule/NMS, Allgemeine Sonderschule und AHS mit Fokus auf die 7./8. Schulstufe.
- Konstituierung einer Arbeitsgruppe aus ibobb-Verantwortlichen aller öffentlicher Pädagogischen Hochschulen sowie der Schulaufsicht (APS und AHS).
- Rahmencurricula für die Lehrgänge zur Bildungs- und Berufsorientierung (BOLE) und zur Berufsorientierung-Koordination (BOKO) sowie Entwicklung eines Curriculums für einen ibobb Train-the-Trainer-Lehrgang.
- Seit dem Schuljahr 2012/13 ist im Lehrplan der NMS (alle Schwerpunktbereiche) die verbindliche Übung Berufsorientierung als eigenständiger Unterrichtsgegenstand im Ausmaß von mindestens einer Wochenstunde vorgesehen, zusätzlich 32 Jahresstunden in der 3. bzw. 4. Klasse integriert in den Unterricht von Pflichtgegenständen. (An Hauptschulen und AHS gibt es diese verbindliche Übung seit 1998/99, sie kann allerdings teilweise oder zur Gänze in den Unterricht von Pflichtgegenständen integriert geführt werden.)
- Anfang 2014 wurde ein Kompetenzprofil für Bildungs- und Berufsorientierung (ein Leitfaden für die PädagogInnenbildung NEU) erstellt.

Mit einem Konzept für den Ausbau auf der gesamten Sekundarstufe I wurde die Maßnahme im Schuljahr 2014/15 wesentlich weiterentwickelt. Es wurden Qualitätskriterien gemeinsam mit den Pädagogischen Hochschulen und der Schulaufsicht erarbeitet sowie ein bundesweiter Rahmen für die landesspezifischen Qualitätsentwicklungsprozesse zur Umsetzung von ibobb an den Schulen aufgesetzt.

Die folgenden drei Maßnahmen 1.3.15 bis 1.3.17 sind exemplarisch (österreichweit nicht verfügbar):

1.3.15 Chancengleichheitsprogramm Frühförderung-Familienbegleitung

Das Angebot der Familienbegleitung richtet sich an Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf und wird ergänzend zur Allgemeinen Frühförderung angeboten. Für die Betreuung und Begleitung der Familie steht damit mehr Zeit zur Verfügung, zum Beispiel um elternbildende Elemente zu vermitteln oder Unterstützung in schwierigen Situationen zu ermöglichen. Wesentlich ist, dass sich die Familienbegleitung bzw. deren Ziele ausschließlich an der Entwicklung des Kindes und am damit verbundenen familiären Prozess orientiert (Leistungen im Rahmen der Frühförderung gem. Oö. ChG). Kein Selbstbehalt bei Familienbegleitung, bei der Frühförderung gibt es einen Selbstbehalt über das Pflegegeld.

Maßnahmenkoordination

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales

Umfang, Beginn und Ende je Maßnahme

- Umfang einer Einheit: 90 min.
- Ausmaß pro Jahr: max. 24 Einheiten
- Beginn (Alter): von Geburt an

Beendigung der Leistung: Eintritt in Kindergarten mit Sonderkindergartenpädagogen/ -pädagogin, Eintritt in Wohneinrichtung gem. § 12 Oö. Chancengleichheitsgesetz (Oö. ChG), spätestens: Schuleintritt

Start der Maßnahme

Die Familienbegleitung kann nur in Verbindung mit der Allgemeinen Frühförderung in Anspruch genommen werden, Bedarfsmeldungen sind dafür nicht vorgesehen.

1.3.16 TalenteCheck Berufsbildung für Wiener Schüler/innen

Die TalenteCheck Berufsbildung bietet Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe eine gute Orientierung im Hinblick auf die eigenen Stärken und Schwächen sowie auf die Anforderungen der Wirtschaft. Gleichzeitig ist die TalenteCheck Berufsbildung eine gute Übung für spätere Aufnahmetests vor allem für jene Jugendlichen, die eine Lehrlingsausbildung beginnen möchten. Durch gezieltes Entdecken der Stärken der Jugendlichen werden die Berufswahl und -suche erleichtert und damit ein Beitrag zur Armutsbekämpfung durch Beschäftigung geschaffen.

Seit dem Schuljahr 2013/14 ist der TalenteCheck Berufsbildung fixer Bestandteil des Unterrichtsangebots für alle Schüler/Schülerinnen der 8. Schulstufe.

Nähere Informationen unter <http://www.talentecheckwien.at>

Maßnahmenkoordination

Wirtschaftskammer Wien und Wiener Stadtschulrat

Start der Maßnahme

Die Maßnahmen wurde - nach einem Pilotprojekt im Schuljahr 2012/13 - im Schuljahr 2013/14 gestartet und soll längerfristig laufen.

1.3.17 Begabungskompass

Im Rahmen dieses Projekts werden Berufsorientierungstests mit Jugendlichen durchgeführt, um den Auswahlprozess des weiteren Ausbildungsweges zu optimieren. Damit kann Schulabbrüchen vorgebeugt und somit Armutsgefährdung verhindert werden.

Ziel der Tests ist das Abklären von Fähigkeiten und Neigungen der Jugendlichen. Dabei werden Intelligenz- und Leistungstestverfahren sowie Interessen- und Neigungstests und ein Persönlichkeitsverfahren eingesetzt.

Die Tests gliedern sich in einen Anamnesebogen, ein Interessenprofil, ein Neigungsverfahren, einen Persönlichkeitsfragebogen, eine kognitive Leistungserfassung sowie die Erfassung von praktisch handwerklichen Fähigkeiten.

In den ersten drei Kategorien werden allgemeinen Fakten, das Interesse an Tätigkeiten und Beschäftigungen und das Kontaktverhalten sowie das Leistungsverhalten und das emotionale Verhalten ermittelt. Die kognitive Leistungserfassung gliedert sich in das Überprüfen der Rechtschreibkenntnisse, der seriellen Logik und des Merkvermögens. Besonders die Tests zu den praktisch handwerklichen Fähigkeiten müssen anhand verschiedener interaktiver Stationen bewältigt werden. Diese testen unter anderem das technische Verständnis, das räumliche Vorstellungsvermögen, die praktische Rechenfertigkeit und Geschicklichkeit.

Es wird versucht viele Testdimensionen sprachfrei zu ermitteln, um die Ergebnisse auch für Jugendliche mit anderen Muttersprachen aussagekräftig zu machen.

Die bisherige Zufriedenheit mit der Maßnahme zeigt, dass die vielfältigen Tests zur optimalen Auswahl des weiteren Bildungsweges beitragen und so eine effektive Maßnahme zur Armutsvermeidung sind.

Maßnahmenkoordination

Wirtschaftsförderungsinstitut Niederösterreich, Niederösterreichische Landesakademie

Start der Maßnahme

Das Programm läuft seit dem Schuljahr 2013/14.

2 Wirkungsziel 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern

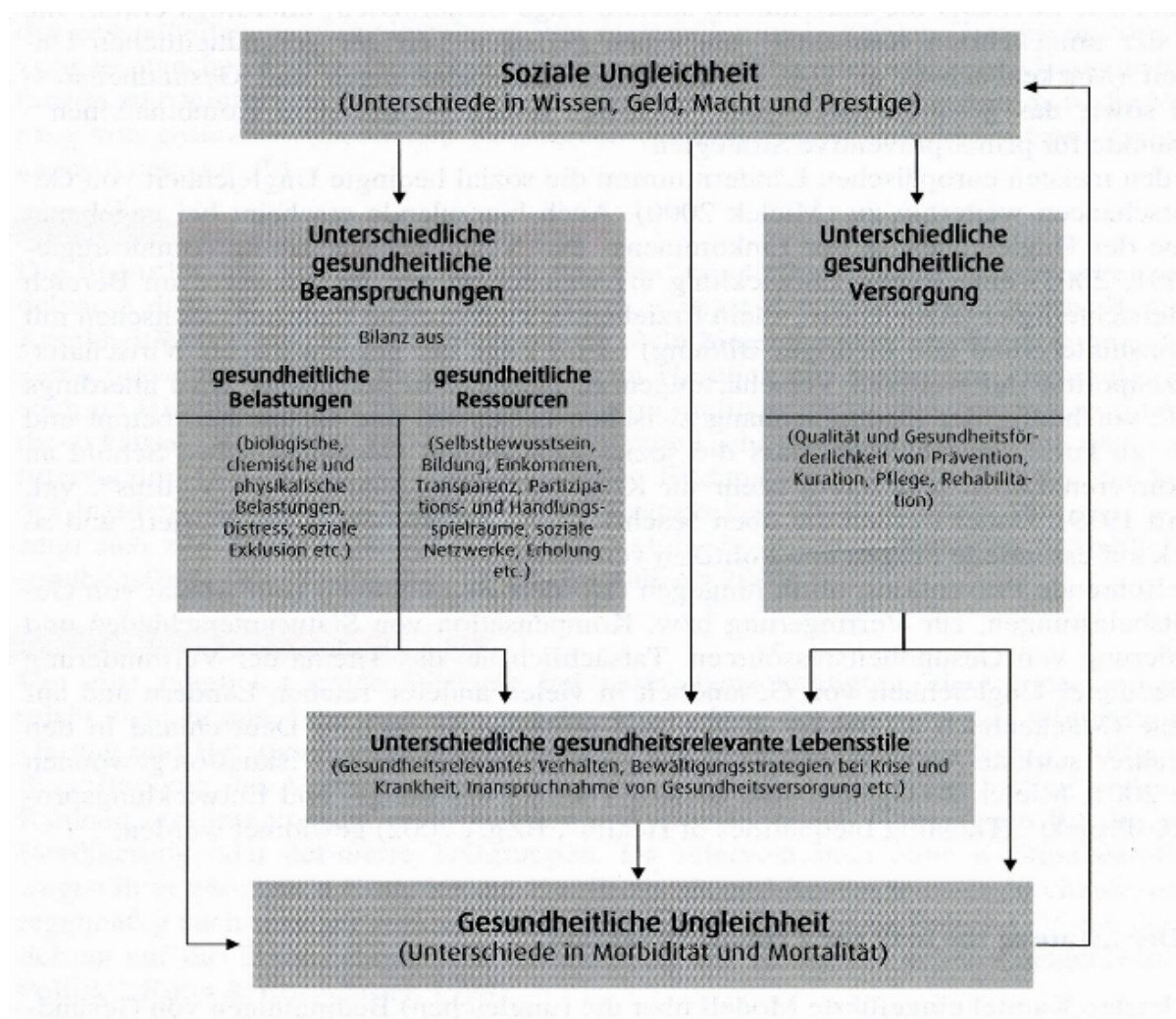
2.1 Erläuterung/Herausforderungen

Der Begriff *soziale Ungleichheit* definiert Unterschiede zwischen Gesellschaftsmitgliedern bezüglich sozialer Schichtmerkmale, wie z. B. Einkommen, Teilhabe an den Bildungsgütern, berufliches Sozialprestige, verfügbarer Besitz, Gesundheitsrisiken von Arbeitsbedingungen und Wohngegend. Wenn beispielsweise Einkommen ungleich verteilt ist, spricht man von Verteilungsungleichheit. Unter Chancenungleichheit hingegen versteht man, wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen innerhalb der Verteilung eines Gutes eine bessere oder schlechtere Stellung einnehmen.

Gesundheitliche Ungleichheiten beschreiben die Unterschiede, die sich in Krankheits- und Sterberisiko nach sozialen Schichten, sozialem Status oder anderen sozioökonomischen Maßzahlen ergeben.

Abbildung 2.1:

Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Rosenbrock, 2006

Was führt zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere? Es sind die

- (1) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den
- (2) Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, in der
- (3) gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im
- (4) Gesundheits- und Krankheitshandeln.

Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsverhalten sind, zeigt die Abbildung 2.1. Sie weist auch auf den dominanten Einfluss von Wissen, Macht, Geld und Prestige hinsichtlich Unterschieden in Morbidität und Mortalität hin.

Gesundheitsförderung ohne Berücksichtigung des Umfelds greift genauso zu kurz wie sozialer Ausgleich ohne den Blick auf das Handeln von Personen. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar.

2.2 Indikatoren

Ergebnisindikatoren

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.

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

Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen sollen reduziert werden, gemessen am **An teil des Bruttostundenlohns von Frauen am Bruttostundenlohn von Männern**. 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).

Erläuterungen

Basis der Berechnung der **ferneren Lebenserwartung in Gesundheit** ist die österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) in Kombination mit der Todesursachenstatistik. 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. Eine Reduktion des Unterschieds um 30 Prozent würde bedeuten, dass bei Männern der Unterschied nur mehr 10 und bei Frauen nur mehr 8 Jahre beträgt.

Die Berechnung der **Einkommensunterschiede** zwischen **Menschen mit Höchst- und Niedrigsteinkommen** beruht auf der jährlichen EU-SILC-Befragung. Der Indikator misst das **Verhältnis des Ge-**

samteinkommens des obersten Quintils (der 20 Prozent der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) **zum Gesamteinkommen des untersten Quintils** (der 20 Prozent der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen (inkl. Sozialleistungen) definiert, in dem das Haushaltseinkommen auf die in diesem Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird. (Anteilsverhältnis der Einkommensquintile, S80/S20)

Das **Verhältnis des Bruttostundenverdiensts zwischen Männern und Frauen** ist ein EU-Strukturindikator. Er wird im Rahmen der Verdienststrukturerhebung europaweit einheitlich alle vier Jahre erhoben (2006, 2010, 2014 ist noch nicht publiziert). Im Oktober 2010 verdienten unselbstständig beschäftigte Männer in Österreich 16,66 Euro brutto pro Stunde, Frauen nur 12,64 Euro.

2.3 Maßnahmen

2.3.1 Curriculum für Besuchsbegleiter/innen: Sensibilisierung und Umgang mit (Verdachts-)Fällen von sexueller, häuslicher und/oder körperlicher Gewalt

Das Sozialministerium initiierte ein Curriculum zur Vermittlung der Grundlagen betreffend Sensibilisierung und Umgang mit (Verdachts-)Fällen von sexueller, häuslicher und/oder körperlicher Gewalt sowie anderen Härtefällen im Rahmen der Besuchsbegleitung und einen darauf basierenden Pilotlehrgang. Nach der erfolgreichen Pilotphase startet der Lehrgang nun in den Regelbetrieb als Ausbildung für alle Besuchsbegleiter/innen, deren Trägerorganisationen vom Sozialministerium gefördert werden. Der Lehrgang wird vom Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen durchgeführt.

Die vom Sozialministerium geförderte Besuchsbegleitung dient der Aufrechterhaltung bzw. Neu- oder Wiederanbahnung persönlicher Kontakte zwischen einkommensschwachen und armutsgefährdeten besuchsberechtigten Elternteilen und ihren nicht im selben Haushalt lebenden minderjährigen Kindern. Einkommensschwache und armutsgefährdete besuchsberechtigte Elternteile können Besuchsbegleitung kostenlos in Anspruch nehmen.

Maßnahmenkoordination

Umsetzung: Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

- Pilotphase inkl. Evaluierung: 2013
- START des Lehrgangs: November 2013

2.3.2 Anlaufstellen zur Anerkennung und Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen

Um eine qualifikationsadäquate Integration von Migrantinnen und Migranten in den Arbeitsmarkt zu erleichtern und ihre Kompetenzen bestmöglich zu nutzen, wurden mit Anfang 2013 vier Anlaufstellen in Wien, Linz, Graz und Innsbruck eingerichtet. Diese bieten kostenlose, mehrsprachige Information, Beratung und Begleitung an. Die Anlaufstellen sind niederschwellig konzipiert und stehen allen Personen (unabhängig von einer AMS-Vormerkung) offen, die formelle Qualifikationen im Ausland erworben und Fragen zur Anerkennung und beruflichen Verwertung ihrer Kompetenzen haben. Die Anlaufstellen arbeiten dabei eng mit den Geschäftsstellen des AMS zusammen, um die Arbeitsmarktintegration von Migrantinnen und Migranten entsprechend ihrer Qualifikationen bestmöglich zu unterstützen. Seit April 2013 gibt es in allen Anlaufstellen Vollbetrieb bzw. Sprechstunden. Von Jänner bis

Mai 2013 wurden ca. 1.600 Personen in ca. 2.300 persönlichen Gesprächen beraten. 62 Prozent der beratenen Personen waren weiblich, 38 Prozent männlich. Etwa ein Fünftel kam aus EWR-Staaten (inkl. Österreich), der andere Teil aus Drittstaaten. Fast 50 Prozent verfügten über mindestens einen tertiären Bildungsabschluss (Universität, Fachhochschule), weitere 30 Prozent über die Maturareife.

Die Anlaufstellen leiten mitgebrachte Diplome tertiärer Abschlüsse an eine Bewertungsstelle (ENIC/NARIC) weiter. Da eine formelle Anerkennung meist nur im reglementierten Bereich (insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegeberufe) notwendig ist, ist die Bewertung eine wertvolle Grundlage für eine zielgerichtete und qualifikationsadäquate AMS-Betreuung und dient in erster Linie zur Orientierung und Positionierung für Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen. Im Facharbeiterbereich gibt es meist die Möglichkeit der Gleichhaltung eines mitgebrachten Lehrabschlusses, der in den meisten Staaten schulisch erworben wird. Das BMASK stellte während der Aufbauphase (Jänner 2013 bis Dezember 2014) rund 1,6 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

Maßnahmenkoordination

Sozialministerium

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Ab Jänner 2013

2.3.3 Vorsorgemittel 2015/2016 – Schwerpunktthema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“

Die Bundesgesundheitsagentur beschloss in ihrer Sitzung am 21. 3. 2014 auch für die Jahre 2015/2016 Vorsorgemittel gemäß Artikel 33 der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Verfügung zu stellen. Mittelempfänger sind Bund, Länder und SV-Träger. Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG (BGBl I Nr. 105/2008, kurz: 15a-Vereinbarung) [17] sieht vor, dass jährlich Mittel für Gesundheitsförderungs- und Vorsorgemaßnahmen – sogenannte Vorsorgemittel – zur Verfügung gestellt werden. Die Mittelvergabe hat sich an der „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ und an der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu orientieren. Die geförderten Maßnahmen haben sich jeweils auf ein definiertes Schwerpunktthema zu beziehen.

Als Schwerpunkt wurde das Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ gewählt. Die Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Als konkrete Umsetzungsmaßnahmen sind Frühe Hilfen und Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen festgelegt. Die Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen (siehe 1.1.2) sollen auf den Vorarbeiten im Rahmen des Grundlagenprojekts Frühe Hilfen und dem Modell guter Praxis „Frühe Hilfen Vorarlberg (insb. Netzwerk Familie)“ aufbauen. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen sollen auf den Modellen guter Praxis wie „Jugendgesundheitskonferenz“ sowie „Alls im grüana“ („Jugend trifft Gesundheit“) aufbauen.

Im Jahr 2014 starteten die Vorarbeiten für die Periode 2015/16 im Kontext der Vorsorgemittel (Ausarbeitung von Modellen guter Praxis, Einreichen von Anträgen, Entscheidung über Mittelvergabe etc.), in den Jahren 2015/16 sollen die aus Vorsorgemitteln geförderten regionalen Maßnahmen in der Praxis umgesetzt werden.

Maßnahmenkoordination

Bundesgesundheitsagentur in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den Ländern und den Sozialversicherungsträgern

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Das Schwerpunktthema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ gilt vorläufig für die Vorsorgemittelperiode 2015 und 2016

Die folgenden zwei Maßnahmen 2.3.4 und 2.3.5 sind exemplarisch (österreichweit nicht verfügbar):

2.3.4 Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit

Der Lehrgang »Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit« richtet sich an interessierte Bürgerinnen und Bürger, aber auch an Personen mit Funktion in der Gemeinde, wie Jugendgemeinderätinnen/-gemeinderäte und Vereinsverantwortliche, an Menschen, die in ihrer Gemeinde Projekte und Veranstaltungen für und mit Kindern und Jugendlichen gestalten möchten. Dieser Lehrgang soll den Teilnehmenden auf praxisbezogene Art und Weise Werkzeuge in die Hand geben, um die Herausforderungen, die solche Vorhaben mit sich bringen, gut bewältigen zu können.

Ziel des Lehrgangs ist es, dass Absolventinnen/Absolventen in ihren Gemeinden selbstständig Projekte und Veranstaltungen umsetzen können. Die Jugendlichen sollen von Beginn an in die Planung und Umsetzung der Projekte eingebunden werden, da durch ihr partizipatives Mitgestalten die nachhaltige Verankerung der Aktivitäten verstärkt wird.

Maßnahmenkoordination

Die Hauptverantwortung liegt bei der Initiative »Tut gut!«, inhaltliche Kooperationspartner sind Bildungs- und Heimatwerk sowie Jugend:info. (Niederösterreich)

Start der Maßnahme

Der Lehrgang wird seit 2013 angeboten.

2.3.5 Oberösterreichischer Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen

Beratungen in den Psychosozialen Beratungsstellen

Im Oktober 2010 beauftragte die Abteilung Soziales eine Projektgruppe mit der Erstellung des Oö. Gesundheits- und Sozialplanes zu Essstörungen (GeSoEss), der bereichsübergreifend ein flexibles, aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken von niedergelassenen, ambulanten und stationären Behandlungsangeboten beinhalten sollte.

Der Gesundheits- und Sozialplan zielt auf verbesserte Prävention und Früherkennung wie auch auf eine verbesserte Versorgungssituation für Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige in Oberösterreich. Langfristig soll eine Bedarfsdeckung – mit aufeinander abgestimmten Angeboten – in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Essstörungen erreicht werden.

Im Jahr 2013 wurde die Projektphase abgeschlossen, es folgte die schrittweise Umsetzung des vereinbarten Maßnahmenkatalogs. So wurde auf Basis des Projektberichtes u. a. ab Herbst 2014 mit dem Beratungsangebot zu Essstörungen in den Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) begonnen. Für die therapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich erfolgt eine kontinuierliche Aufstockung der Psychotherapie als Sachleistung und Zweckwidmung für Menschen mit Essstörungen.

Maßnahmenkoordination

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales

Start der Maßnahme

Seit September 2014 werden Personen mit Essstörungen und deren Angehörige in den Psychosozialen Beratungsstellen (pro Bezirk zumindest eine PSB) von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zweier Träger kostenlos beraten.

3 Wirkungsziel 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen

3.1 Erläuterungen/Herausforderungen

414.000 Personen (4,9 % der Bevölkerung) können als „mehrfach ausgegrenzt“ bezeichnet werden [15]. Sie sind von einem sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, chronischer Krankheit und starker Einschränkung bei Alltagstätigkeiten betroffen - dreimal so stark wie der Rest der Bevölkerung. Ein Viertel der Armutsbetroffenen sind Kinder. Ihre Eltern sind zugewandert, erwerbslos, krank, alleinerziehend oder haben Jobs, von denen sie nicht leben können. Armutsbetroffene Menschen im Alter sind öfter krank und pflegebedürftig als Ältere mit hohen Pensionen. Armutsbetroffene haben weniger Geld zur Bezahlung sozialer Dienstleistungen zur Verfügung. Sie leiden besonders unter der schlechten Wohnsituation, dem mangelnden finanziellen Spielraum, sozialer Isolation und einem erhöhten Risiko zu erkranken.

Internationale Evidenz zeigt, dass in Ländern wie Österreich mit gut entwickeltem Sozialschutz das Anheben des Niveaus existierender Maßnahmen nur wenig zusätzlichen Nutzen bringt. Effektiver ist es, das Sozialschutzsystem laufend in Hinblick auf neue Anforderungen und bestehende Lücken weiterzuentwickeln [18]. Die neuen sozialen Risiken («new social risks») liegen quer zu den klassischen Risiken sozialstaatlicher Sicherungssysteme und müssen in Zukunft noch stärker berücksichtigt werden. Relevant sind diesbezüglich beispielsweise neue Selbständige, prekäre Beschäftigung und Risiken, die aus Pflegebedürftigkeit oder Migration resultieren.

Herausforderungen im Gesundheitsschutz betreffen v. a. fehlende Krankenversicherung, nicht leistbare Heilbehelfe oder den niederschweligen Behandlungszugang. Hinsichtlich Gesundheits(dienst)leistungen können vier Bereiche unterschieden werden: Grundrecht, Zugang, Inanspruchnahme und Qualität.

- (1) Gibt einen Rechtsanspruch?
- (2) Wenn es Rechtsanspruch gibt, ist der Zugang offen und barrierefrei?
- (3) Wenn es Rechtsanspruch und Zugang gibt, wird die Dienstleistung in Anspruch genommen?
- (4) Wenn Rechtsanspruch, Zugang und Inanspruchnahme gegeben sind: Wie ist die Qualität der Dienstleistung – unabhängig vom sozialen Status?

3.2 Indikatoren

Ergebnisindikatoren

Gemäß der EU 2020-Strategie soll der Anteil der **armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Menschen** in Österreich bis zum Jahr 2020 um 235.000 Personen (Ausgangswert EU-SILC 2008) reduziert werden. Dieses Ziel ist auch ein Wirkungsziel des Sozialministeriums. Nach dem Jahr 2020 sollen bis 2032 weitere 5 Prozent der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen aus der Armut geführt werden. Im Jahr 2014 waren rd. 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (das entspricht 1,6 Mio. Menschen), eine Reduktion im Rahmen der EU-2020-Strategie erfolgte um 90.000 Personen seit 2008. Letztlich sollte der Anteil der armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten Personen im Jahr 2032 bei rund 17 Prozent liegen.

Der **Anteil der mehrfach ausgrenzungsgefährdeten Menschen** soll gemäß der Definition des Nationalen Indikators, welcher von der Bundesanstalt Statistik Austria und dem Sozialministerium in Kooperation mit der Armutsplattform entwickelt wurde, von 2014 bis 2032 um 20 Prozent reduziert werden. 2014 waren in Österreich 4,9 Prozent der Wohnbevölkerung mehrfach ausgrenzungsgefährdet (das entspricht rund 414.000 Menschen). Eine Reduktion um 20 Prozent bis 2032 würde einen Anteil von 3,9 Prozent bedeuten.

Erläuterungen

Die Ausgangszahlen für beide Indikatoren stammen aus der europaweiten Erhebung zu den Einkommens- und Lebensbedingungen (EU-SILC). EU-SILC ist eine Erhebung auf Haushaltsebene.

Als **armuts- oder ausgrenzungsgefährdet** gelten Personen, auf die zumindest eines der drei Merkmale zutrifft:

- Pro-Kopf-Einkommen liegt unter 60 Prozent des nationalen Medianeinkommens,
- Haushalt leidet unter erheblich materieller Deprivation oder
- Kaum eine oder keine der im Haushalt lebenden Personen im erwerbsfähigen Alter geht einer Beschäftigung nach (Haushalt mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität).

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

3.3 Maßnahmen

3.3.1 Anlaufstelle für von Menschenhandel betroffene Männer

Beratung für Frauen, die von Menschenhandel betroffen sind, ist bereits institutionalisiert. Seit 1998 gibt es die Einrichtung „Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel“, geführt von LEFÖ.

Das Sozialministerium initiierte – aufbauend auf Ergebnissen einer Studie von MEN und in Zusammenarbeit mit MEN, dem „Verband zur gewerkschaftlichen Unterstützung undokumentiert Arbeitender“ (UNDOK) und LEFÖ-IBF – ein Pilotprojekt in Wien, das mit Jänner 2014 startete. Das Projekt schließt vorrangig zwei Lücken im Opferschutz: Über zwei Beratungs- bzw. Anlaufstellen und mit Einbindung von LEFÖ-IBF werden zum einen Frauen und Männer, die von Arbeitsausbeutung betroffen sind (Anlaufstelle für undokumentiert Arbeitende), beraten und unterstützt, zum anderen Männer, die von Menschenhandel betroffen sind. Durch die enge Kooperation zwischen den zwei Beratungsstellen kommen die Erfahrungen und Kompetenzen der AK, der beteiligten Fachgewerkschaften, von LEFÖ-IBF und MEN sowohl in der aufsuchenden Arbeit, im Feld, in der psychosozialen Betreuung und in der arbeits-, sozial- und aufenthaltsrechtlichen Beratung bestmöglich zum Einsatz.

Die Anlaufstelle für von Menschenhandel betroffene Männer umfasst sowohl Krisenintervention und psychologische Begleitung, interkulturelle, genderreflektierte Kompetenz zum Vertrauensaufbau, Dolmetsch-Ressourcen, sichere Unterbringungsmöglichkeiten (in Kooperation mit bestehenden Einrichtungen), Know-how und Mittel für individuelle Erste-Hilfe-Pakete. Die Zusammenarbeit mit der Anlaufstelle für undokumentiert Arbeitende berät in arbeits-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragen und bietet Prozessbegleitung (in Kooperation mit bestehenden Einrichtungen) an.

Maßnahmenkoordination

MEN (Männerberatungsstelle), UNDOK (Beratungsstelle der undokumentierten Personen), LEFÖ-IBF

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Maßnahme wurde von Dezember 2013 bis Dezember 2014 einer Pilotphase umgesetzt und für das Jahr 2015 verlängert.

3.3.2 Optimierung der Gesundheitsangebote unter Einbindung von Migrantinnen/Migranten

Startermaßnahme

Um die zielgruppenadäquate gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen/Migranten gewährleisten zu können, wurde mit der Erhebung von Problemlagen an verschiedenen Stellen des Gesundheitssystems (Verwaltung, medizinischer Dienst) innerhalb der SV-Träger begonnen.

Darauf aufbauend sind gemeinsam Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen zu erarbeiten, die das System zukünftig besser auf die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe ausrichten.

Ebenso sollen sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen stärker an der Zielgruppe orientieren und diese im Sinne eines Empowerments in die betreffenden Gestaltungsprozesse einbezogen werden.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Sozialversicherungsträger

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Problemerkhebung innerhalb der SV-Träger startete im Frühjahr 2014 und wurde Ende 2014 abgeschlossen. 2015 ist einer genauen Analyse gewidmet. Migrantinnen/Migranten werden je nach Bedarf und Stand der Planungsprozesse durch die einzelnen SV-Träger in die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten einbezogen.

3.3.3 Demenzstrategie

Im aktuellen Arbeitsplan der Österreichischen Bundesregierung ist eine „Demenzstrategie“, mit dem Ziel Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, enthalten. In einer Demenzstrategie sollen u. a. klare Empfehlungen für die notwendige öffentliche Bewusstseinsbildung, Versorgungsstrukturen sowie Schulung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen erarbeitet werden.

Dabei soll ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz verfolgt werden: Aufklärung, Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zu Demenzerkrankungen generell und dem weiten Feld der Folgen dieser Erkrankung; Verbesserung der bundesweiten Versorgungsstruktur für **alle** Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige.

Aufbauend auf der Ist-Stand-Beschreibung im „Österreichischen Demenzbericht 2014“, der von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt wurde, soll eine Demenzstrategie von intersektoralen Partnern in partizipativem Setting erarbeitet werden.

Maßnahmenkoordination

Sozialministerium, Bundesministerium für Gesundheit, Umsetzer: Gesundheit Österreich GmbH

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Vorbereitungsarbeiten starten 2014, 2015 wird die Strategie erstellt, Abschluss der Arbeiten und Präsentation der Strategie ist für Ende 2015 geplant.

3.3.4 Dialogforum Versorgungsgerechtigkeit

In der ARGE Selbsthilfe Österreich – ein Zusammenschluss der themenübergreifenden Selbsthilfe-Dachverbände und -Kontaktstellen und der themenbezogenen, bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen – werden auf Bundesebene regelmäßige Dialogforen eingerichtet. Ziel ist es, in einem partizipativen Rahmen Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfeorganisationen den moderierten Austausch über Versorgungsprobleme im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens zu ermöglichen. Ein konstruktiver Dialog soll in geeigneten Formaten mit den Entscheidungsträgern auf Bundes-, Landes- und Sozialversicherungsebene in Gang gesetzt werden. In diesem Zusammenhang findet auf Länderebene vor allem ein intensiver Austausch mit den themenübergreifenden Selbsthilfe-Dachverbänden und -Kontaktstellen statt. Vorrangiges Ziel ist es, benachteiligten und vulnerablen Gruppen niederschweligen Zugang zu Leistungen zu verschaffen und bestehenden Ungerechtigkeiten entgegenzuwirken.

Maßnahmenkoordination

ARGE Selbsthilfe Österreich

Voraussichtlicher Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Die Dialogforen sollen im Jahr 2015 starten.

3.3.5 Verstärktes Einbinden von Hebammen in die Schwangerenbetreuung

Das verstärkte Einbinden von Hebammen in die Schwangerenbetreuung soll u. a. dazu dienen, Unsicherheiten und unbegründete Ängste abzubauen und das Selbstvertrauen für einen natürlichen Geburtsablauf zu stärken. Persönliche Beratung für alle Schwangeren ermöglicht das Eingehen auf das individuelle psychosoziale Umfeld der Schwangeren. Eventuelle Sorgen und Probleme sowie ungünstige Begleitumstände in Zusammenhang mit der Schwangerschaft können angesprochen werden. Im Sinne „Früher Hilfen“ (vgl. 1.3.1) können bei Bedarf weitere Ansprechstellen zur Unterstützung eingebunden werden. Deshalb wurde die Möglichkeit einer kostenlosen Hebammenberatung in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie und Jugend, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Start der Maßnahme

Die diesbezüglichen Novellen des Hebammengesetzes und des Kinderbetreuungsgeldgesetzes wurden im Juni 2013 im Ministerrat beschlossen. Die Regelung trat mit 1. November 2013 in Kraft.

3.3.6 Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte und betroffene Mädchen und junge Frauen

Die Einrichtung schützt 16- bis 24-jährigen Frauen aus ganz Österreich vor psychischer und physischer Gewalt, sofern eine anonyme Unterbringung notwendig ist, um vor Zwangsheirat und damit verbundenen anderen Gewaltformen zu schützen. Die Notwohnung für bis zu 10 Personen sorgt für Sicherheit zwischen wenigen Tagen bis mehreren Monaten, je nach individueller Situation und Gefährdung, wobei die Frauen laufend betreut werden.

Die Zusammenarbeit mit Frauen- und Mädchenberatungseinrichtungen und vor allem der bundesweiten Frauenhelpline 0800 222 555 ist wichtiger Bestandteil, da die Betroffenen in der Regel nicht direkt, sondern über Telefon- oder E-Mail-Kontakt mit Beratungsstellen zur Krisenunterbringung gelangen.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Bildung und Frauen gemeinsam mit dem Bundesministerium für Inneres

Start der Maßnahme

Die Einrichtung besteht seit Sommer 2013.

3.3.7 Pflegekarenzgeld

Seit 1. 1. 2014 können Personen zur Pflege und Betreuung eines Angehörigen, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 3 bezieht (bei dementiell erkrankten und minderjährigen Angehörigen bereits ab Pflegegeldstufe 1), zur besseren Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Verpflichtungen eine Pflegekarenz oder Pflegeeteilzeit in Anspruch nehmen. Für die Dauer der Pflegekarenz oder Pflegeeteilzeit besteht – ebenso wie einer Familienhospizkarenz – ein Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenzgeld, das einen Einkommensersatz darstellt.

Der Grundbetrag des Pflegekarenzgeldes ist einkommensabhängig und gebührt bei Pflegekarenz oder Familienhospizkarenz in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld, zumindest jedoch in Höhe der monatlichen Geringfügigkeitsgrenze. Bei Pflegeeteilzeit und Familienhospizteilzeit gebührt das Pflegekarenzgeld aliquot.

Maßnahmenkoordination

Sozialministerium

Start der Maßnahme

Der Anspruch auf Pflegekarenzgeld besteht seit 1. 1. 2014.

3.3.8 Etappenpläne „Barrierefreies Gesundheitswesen 2020“

Ausarbeitung von Etappenplänen für ein „Barrierefreies Gesundheitswesen 2020“ unter Einbeziehung der Menschen mit Behinderung.

Im gesamten Gesundheitswesen soll – wie auch in anderen im öffentlichen Interesse stehenden Bereichen – bis zum Jahr 2020 umfassende Barrierefreiheit hergestellt werden. Durch Reduktion der Barrieren wird die Selbstständigkeit gefördert und Unterstützungsbedarf langfristig vermindert. Diese Maßnahme ist auch im Nationalen Aktionsplan Behinderung (Maßnahme Nr. 209) verankert.

Diese Zielsetzung betrifft neben den stationären Einrichtungen (insbesondere Ambulanzen) sämtliche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Bauliche Barrieren in Praxen, Ambulatorien, Apotheken etc. sollen beseitigt und ein barrierefreier Zugang zu Informationen gewährleistet werden (Websites, Medikamenteninfos, „Leichter Lesen“-Versionen etc.).

Für Vertrags-Gruppenpraxen besteht eine gesetzliche Vorgabe, dass die diesbezüglichen Gesamtverträge Regelungen zur Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges nach den ÖNORMEN B 1600 und B 1601 vorzusehen haben.

Für Einzelordinationen sind entsprechende Regelungen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit von Vertragsarztordinationen in unterschiedlicher Form in den Gesamtverträgen zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung verankert, teilweise mit Etappenplänen versehen und mit der Zielsetzung, jedenfalls für neue Vertragsarztstellen nach Möglichkeit Barrierefreiheit zu gewährleisten. Die Zusage zur Herstellung der Barrierefreiheit ist auch ein Reihungskriterium für die Besetzung freier Vertragsarztstellen.

Auch mit anderen Vertragspartnerinnen und -partnern (weitere Gesundheitsberufe) bemüht sich die Sozialversicherung um die vertragliche Bindung zur Sicherstellung der Barrierefreiheit.

Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger, die (noch) nicht barrierefrei sind, werden sukzessive, insbesondere im Fall anstehender Sanierungen bzw. Um- oder Zubauten, jedenfalls unter Bedachtnahme auf die einschlägigen ÖNORMEN B 1600 und B 1601 umgestaltet. Neubauvorhaben werden ausnahmslos nach Maßgabe der Normen zur Barrierefreiheit geplant und errichtet.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Gesundheit (federführend), Sozialministerium, Sozialversicherungsträger

Start und Laufzeit der Maßnahme

Die Umsetzung soll bis 2020 in Etappen erfolgen.

3.3.9 Case Management für BMS-Bezieher/innen

Im Rahmen der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung wurde ein Case Management als optimaler Ansatz bei arbeitsmarktpolitischen (Wieder-)Eingliederung von BezieherInnen der bedarfsorientierten Mindestsicherung erachtet, da bei arbeitsmarktfernen Personen oft nicht nur ein Problem vorliegt, sondern Mehrfachproblematiken vorherrschen. Diese können nicht von einer einzelnen Institution gelöst werden, daher wurde nach der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung verstärkt ein Augenmerk auf Case Management als Hilfe zur (Wieder-)Eingliederung gelegt.

Case Management wird meist bei den Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, die als arbeitsmarktpolitische Projekte finanziert werden, angeboten und ist ein Mittel zur Vernetzung von verschiedensten Institutionen. Bevor eine Arbeitsmarktintegration oder eine Qualifizierung erfolgen kann, werden mit diesem ganzheitlichen Betreuungsansatz die spezifischen Problemlagen der Kundinnen/Kunden abgeklärt und gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet.

Beratungs- und Betreuungseinrichtungen mit Case Management Ansätzen (BBE) haben sich vor allem bei vollunterstützten BMS-Bezieherinnen/-bezieher bewährt. Seit September 2010 waren insgesamt 164.541 Mindestsicherungsbezieher/innen beim AMS vorgemerkt (Stand Sept. 2014). Seit September 2010 wurden 49.340 BMS-Bezieher/innen (24.832 Frauen, 24.510 Männer) in Beratungs- und Betreuungseinrichtungen betreut.

Maßnahmenkoordination

Arbeitsmarktservice

Start der Maßnahme

Seit 2012, wird mittlerweile in den meisten Bundesländern umgesetzt.

3.3.10 Impfprogramme: „Schutz vor HPV-Infektionen“

Die HVP-Impfung schützt vor der Entstehung eines Großteils der durch Humane Papillom Viren bedingten Krebsformen und Genitalwarzen. HPV wird sowohl von Frauen als auch von Männern übertragen. Wenn sowohl Mädchen als auch Buben zu einem Zeitpunkt geimpft werden, zu dem noch kein Kontakt mit HPV stattgefunden hat, wird die Infektionskette effektiv durchbrochen.

Die Impfung wird für alle in Österreich lebenden Mädchen und Buben in der vierten Schulstufe kostenfrei im Rahmen des bestehenden Schulimpfprogramms angeboten. Zusätzlich wird die Impfung auch an öffentlichen Impfstellen der Bundesländer und/oder von niedergelassenen Impfärzten/-ärztinnen bei Personen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (= 12. Geburtstag) kostenfrei durchgeführt.

Das kostenfreie Bereitstellen dieser Impfung leistet einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, da allen jungen Mädchen und Burschen unabhängig von ihrer finanziellen Situation die Möglichkeit geboten wird, HPV-Infektionen und damit bedingte Krebsformen zu verhindern.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Gesundheit

Start der Maßnahme

Einführung der kostenlosen HPV-Impfung mit 1. 2. 2014

3.3.11 Weiterentwicklung Mutter-Kind-Pass

Seit dem Jahr 2009 beauftragt das BMG das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI/HTA) mit dem Zusammenführen von Studien zu wesentlichen Gesundheitsbedrohungen für Schwangere und Kinder im 21. Jahrhundert, zu Betreuungsmodellen in anderen Ländern und Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien zu Screening-Maßnahmen in Schwangerschaft, Wochenbett und früher Kindheit. Diese Arbeiten stellen die Grundlage für die auch im aktuellen Regierungsprogramm verankerte Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes dar. Der Entwicklungsprozess startete im Oktober 2014 mit der Gründung einer multidisziplinär zusammengesetzten Facharbeitsgruppe (FAG) als transparenter Multi-Stakeholder-, Multi-Level-Prozess. Die FAG beurteilt Screening-Empfehlungen zu rund 100 Gesundheitsbedrohungen nach einem standardisierten Verfahren. Der Ergebnisbericht der FAG soll nach etwa zwei Jahren vorliegen. Ein noch zu gründendes Gremium der Systempartner/innen und betroffenen Interessengruppen wird sich anschließend mit der Umsetzung der fachlichen Empfehlungen befassen. Der jeweilige Stand der Entscheidungsfindung der FAG ist transparent und kann unter www.bmg.gv.at/muki verfolgt werden.

Ziel ist im Sinne der Chancengerechtigkeit, dass jede Frau und jedes Kind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes Leistungen, die wissenschaftlich empfohlen sind, zum richtigen Zeitpunkt erhalten – rechtzeitig, verlässlich, niederschwellig. Gesundheit soll bewahrt, Risiken rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Gesundheit

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Der Prozess wurde im November 2014 gestartet; der Ergebnisbericht der FAG soll Ende 2016 vorliegen.

Die folgenden zwei Maßnahmen 3.3.12 und 3.3.13 sind exemplarisch (österreichweit nicht verfügbar):

3.3.12 Palliativ- und Hospizversorgung Tirol

Das Reformpool-Projekt „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ konnte in den zwei Modellregionen Lienz und Reutte zeigen, dass die regionale Palliativ- und Hospizversorgung durch das vorliegende Konzept verbessert wurde. Die Konzepte für beide Modellregionen wurden bedarfs- und beteiligungsorientiert erstellt. Da die strukturell als notwendig erachteten Maßnahmen (Palliativteam mit integrierter Palliativkoordination, regionale Hospizkoordination, integrierte Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim), für beide Regionen gleich waren, kann davon ausgegangen werden, dass sie auch in den übrigen Tiroler Bezirken zu einer Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgungssituation führen. Gleichzeitig zeigte sich in der zweijährigen Pilotphase auch, dass bei gleichen Strukturen dennoch unterschiedliche Schwerpunkte möglich sind. So lag in der Modellregion Reutte der Schwerpunkt der Einsätze des Palliativteams im extramuralen Bereich, hingegen in der Region Lienz im Krankenhausbereich. Das in den Pilotregionen erarbeitete Konzept der Palliativ- und Hospizversorgung Tirol wird in Folge in allen Tiroler Bezirken umgesetzt.

Die Maßnahme entspricht sowohl dem Versorgungsziel als auch dem Chancengerechtigkeitsziel: Durch die Maßnahme erhalten alle Betroffenen, unabhängig von ihrem Einkommen, Zugang zum Angebot. Bisher konnten sozioökonomisch besser gestellte Personen diese Leistungen durch Zusatzversicherungen bzw. Privatzahlung in Sanatorien etc. finanzieren, mit der Einführung ist es für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich. Mit der Maßnahme werden auch Angehörige entlastet.

Maßnahmenkoordination

Tiroler Gesundheitsfonds, Tiroler Gebietskrankenkasse, Land Tirol Sozialabteilung

Start der Maßnahme

Start der Pilotprojekte in den Bezirken Lienz und Reutte war 2011. Im Herbst 2014 startete die flächendeckenden Ausrollung in ganz Tirol.

3.3.13 Ambulante Rehabilitation von Schlaganfallpatienten Tirol

Das im Pilotbezirk Landeck erarbeitete Konzept der ambulanten Rehabilitation von Schlaganfallpatientinnen und -patienten beruht auf der Betreuung in einem lokalen Netzwerk durch: Gesundheitssprengel-/Pflegeheimmitarbeiter/innen, niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten/-therapeutinnen sowie Logopäden/Logopädinnen, neurologischen Fachärzten/-ärztinnen, Entlassungsmanagement des entsprechenden Akutkrankenhauses und lokalen Hausärzten/-ärztinnen. Demografische Entwicklung und steigende Zahl an älteren Menschen mit zunehmendem Bedarf an Rehabilitation, die den individuellen Lebensbedingungen und -gewohnheiten Rechnung trägt, sind Fakt. Es erscheint dringend notwendig, neben stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ambulante Strukturen zu schaffen, die interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah anbieten, damit die Möglichkeit besteht, die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalls flexibel anzupassen. In der neurologischen Rehabilitation nach einem Schlaganfall gilt der Grundsatz der frühzeitigen Einleitung rehabilitativer Maßnahmen. Rehabilitation als Behandlungsauftrag setzt daher bereits während der Akutbehandlung im Krankenhaus ein.

Die Maßnahme entspricht sowohl dem Versorgungsziel als auch dem Chancengerechtigkeitsziel: Durch die Maßnahme erhalten alle Betroffenen, unabhängig von ihrem Einkommen, Zugang zum Angebot. Bisher konnten sozioökonomisch besser gestellte Personen diese Leistungen durch Zusatzversicherungen bzw. Privatzahlung zukaufen.

Maßnahmenkoordination

Tiroler Gesundheitsfond, Tiroler Gebietskrankenkasse, Land Tirol Sozialabteilung

Start und Laufzeit der Maßnahme

Start der flächendeckenden Ausrollung Herbst 2014; Projektlaufzeit 4 Jahre

4 Unterstützende Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung der Wirkungsziele

4.1 Erläuterung/Herausforderungen

Ein koordinierter, zielgerichteter und effizienter Umsetzungsprozess erfordert übergeordnete, unterstützende Maßnahmen, um die definierten Wirkungsziele zu erreichen. Alle festgelegten Maßnahmen, die strukturell und institutionell gesundheitliche Chancengerechtigkeit verankern und deren Beachtung sicherstellen, werden im Folgenden aufgezeigt.

4.2 Maßnahmen

4.2.1 Strategische Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit durch den FGÖ

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) setzt seit Beginn 2011 innerhalb seines Aufgabenprofils unterschiedliche Aktivitäten zum Thema gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Mit einem Gesamtkonzeptes für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit im FGÖ startete der FGÖ einen internen Reflexionsprozess, um fundierte Grundlagen für ein langfristiges Umsetzen dieses Schwerpunktes zu erarbeiten. Der FGÖ lädt dazu auch Partner/innen zur Diskussion und Abstimmung ein. Die Gesamtstrategie bildet die Grundlage für langfristige Maßnahmenplanung und -umsetzung vor allem unter dem Aspekt des Capacity Building nach innen und außen.

Das Ergebnis sowie der Prozess werden nach außen kommuniziert.

Maßnahmenkoordination

Fonds Gesundes Österreich unter Einbezug von Partnerinnen und Partnern

Start der Maßnahme

Im Zeitraum 2014/2015 erfolgt die Erarbeitung des Gesamtkonzeptes; danach startet die schrittweise Umsetzung.

4.2.2 Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus der Vorsorgemittelperiode 2011 bis 2014

Das BMG-Projekt „Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung“ versucht konkrete Handlungsempfehlungen zu Chancengerechtigkeit aus bestehender Evidenz zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Erfahrungswerten abzuleiten. Lernerfahrungen und Empfehlungen liefern wichtige Inputs für die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in Österreich, die im Kontext der Rahmen-Gesundheitsziele, der Verwendung der in der 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Gesundheitsförderungsmittel („Gesundheitsförderungsfonds“), der Projektförderung des FGÖ sowie des Einsatzes weiterer Vorsorgemittel vorangetrieben werden soll.

Maßnahmenkoordination

Bundesministerium für Gesundheit (Gesundheit Österreich GmbH = Umsetzer)

Start und Laufzeit der Maßnahme

1. 7. 2013 bis 31. 12. 2014

4.2.3 Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsberichterstattung als Kriterium etablieren

Im Rahmen der Österreichischen Plattform Gesundheitsberichterstattung (Plattform der Akteur/innen, die mit Gesundheitsberichterstattung befasst sind) wurden Standards zur Erstellung von Gesundheitsberichten definiert und zwischen zentralen Stakeholdern abgestimmt. Im Arbeitsgruppenbericht zu R-GZ 1 wurde bereits festgelegt die Determinantenorientierung in der Gesundheitsberichterstattung stärker zu betonen. Gesundheitsdeterminanten inkludieren auch Indikatoren wie Einkommen, Bildung, Geschlecht etc. also Indikatoren, die Aussagen zum Thema Chancengerechtigkeit ermöglichen. Solche Aussagen sollen im Rahmen zukünftiger Gesundheitsberichte und diesbezüglicher Empfehlungen stärker Berücksichtigung finden.

Maßnahmenkoordination

Gesundheit Österreich GmbH, Institutionen, die Gesundheitsberichte beauftragen und/oder selbst verfassen (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesländer, Sozialministerium, Bundeskanzleramt)

Start und Laufzeit der Maßnahme

Ab 2015 laufend

4.2.4 Studie zu Migration und Gesundheit

Einen relativ großen Anteil an der österreichischen Bevölkerung bilden Menschen mit Migrationshintergrund. Zu ihrem Gesundheitszustand und zu Hintergründen, die zu einem gegebenenfalls schlechteren Gesundheitszustand führen, zu ihrem Zugang und Barrieren zum Gesundheitssystem und Besonderheiten, die im Umgang mit Migrantinnen und Migranten aufgrund ihres spezifischen soziokulturellen Hintergrundes zu beachten sind, wurde in Österreich noch nicht umfassend geforscht.

Die Studie „Migration und Gesundheit“ verschafft einen Überblick über den derzeitigen – insbesondere österreichspezifischen – Kenntnisstand zum Thema Migration und Gesundheit.

Maßnahmenkoordination

Gesundheit Österreich im Auftrag von Arbeiterkammer Wien und Bundesministerium für Gesundheit

Start und voraussichtliche Laufzeit der Maßnahme

Im Jahr 2014 wurde ein erster Bericht mit einem Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand fertiggestellt. Anschließend sollen thematische Schwerpunkte festgelegt und in Folgestudien bearbeitet werden.

4.2.5 Studie zu Gesundheitswissen und Gesundheitsversorgung von Roma

Bisher fehlen statistische Informationen zu Roma und Sinti in Österreich, wodurch die aktuelle gesundheitliche Situation der Volksgruppe kaum beurteilt werden kann. Im Zuge der Studie „Roma und Gesundheit – Gesundheit, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung“ sollen erstmals demografische Daten gesammelt werden. Die Studienergebnisse sollen in weiterer Folge für migrationspezifische Fragestellungen zu Roma und Sinti in Österreich zur Verfügung stehen.

Das Projekt ist Teil der Umsetzung der nationalen Roma-Strategie innerhalb der EU-Strategie zur Integration von Roma bis 2020. Die Strategie wird vom Bundeskanzleramt geplant und koordiniert und vom Bundesministerium für Gesundheit mitfinanziert.

Maßnahmenkoordination

Bundeskanzleramt

Start und Laufzeit der Maßnahme

Die Studie wurde im Dezember 2013 beauftragt; die Ergebnisse liegen seit März 2015 vor.

Anhang 1 – Maßnahmenverzeichnis

Verzeichnis der Maßnahmen

1.3.1	Im Kontext Vorsorgemittel 2015/2016: Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen	11
1.3.2	Produktionsschulen	12
1.3.3	Netzwerke Sprachförderung („Sprachfördercluster“)	12
1.3.4	Rahmencurricula frühe sprachliche Bildung	13
1.3.5	Schwerpunkte in der Lehrerfort- und -weiterbildung	13
1.3.6	Fachtagungen und Symposien zur Förderung eines wissenschaftlichen Diskurses in der Pädagogenbildung	14
1.3.7	Bundeszentrum für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit	14
1.3.8	Diversität und Mehrsprachigkeit in pädagogischen Berufen	15
1.3.9	Schulversuch „PTS 2020“	15
1.3.10	Flächendeckende Einführung der Neuen Mittelschule an Hauptschulstandorten	15
1.3.11	Soziale Arbeit an Schulen im Rahmen der bundesweiten Entwicklungspartnerschaft	16
1.3.12	Kooperationsprojekte zwischen NGOs (Mädchenberatungsstellen) und Schulen im Rahmen der geschlechtssensiblen Berufsorientierung und Lebensplanung	17
1.3.13	Initiative in der Erwachsenenbildung, Nachholen von Bildungsabschlüssen, Basisbildung	17
1.3.14	Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf (ibobb)	18
1.3.15	Chancengleichheitsprogramm Frühförderung-Familienbegleitung	19
1.3.16	TalenteCheck Berufsbildung für Wiener Schüler/innen	19
1.3.17	Begabungskompass	20
2.3.1	Curriculum für Besuchsbegleiter/innen: Sensibilisierung und Umgang mit (Verdachts-)Fällen von sexueller, häuslicher und/oder körperlicher Gewalt	23
2.3.2	Anlaufstellen zur Anerkennung und Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen	23
2.3.3	Vorsorgemittel 2015/2016: Schwerpunktthema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“	24
2.3.4	Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit	25
2.3.5	Oberösterreichischer Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen	25
3.3.1	Anlaufstelle für von Menschenhandel betroffene Männer	28
3.3.2	Optimierung der Gesundheitsangebote unter Einbindung von Migrantinnen und Migranten	29
3.3.3	Demenzstrategie	29
3.3.4	Dialogforum Versorgungsgerechtigkeit	30
3.3.5	Verstärktes Einbinden von Hebammen in die Schwangerenbetreuung	30

3.3.6	Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte und betroffene Mädchen und junge Frauen.....	30
3.3.7	Pflegekarenzgeld.....	31
3.3.8	Etappenpläne „Barrierefreies Gesundheitswesen 2020“	31
3.3.9	Case Management für BMS-Bezieher/innen	32
3.3.10	Impfprogramme: „Schutz vor HPV-Infektionen“	32
3.3.11	Weiterentwicklung Mutter-Kind-Pass	33
3.3.12	Palliativ- und Hospizversorgung Tirol	34
3.3.13	Ambulante Rehabilitation von Schlaganfallpatienten Tirol.....	34
4.1.1	Strategische Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit durch den FGÖ	36
4.1.2	Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus der Vorsorgemittelperiode 2011 bis 2014.....	36
4.1.3	Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsberichterstattung	37
4.1.4	Studie zu Migration und Gesundheit.....	37
4.1.5	Studie zu Gesundheitswissen und Gesundheitsversorgung von Roma.....	38

Anhang 2 – Erläuterungen zur Maßnahmentabelle

Erläuterungen zur nachfolgenden Tabelle

Wirkungsziel: Der Begriff soll verdeutlichen, dass die angestrebte Wirkung in der Formulierung der Ziele im Vordergrund steht und nicht die Maßnahmen (diese werden im Anschluss abgeleitet). Die formulierten Wirkungsziele sollen einzelne Aspekte des jeweiligen Rahmen-Gesundheitszieles beinhalten (im Sinne von Teil- oder Subzielen).

Startermaßnahme: Die Startermaßnahme ist eine der ausgearbeiteten Maßnahmen. Diese soll schnell umsetzbar und/oder besonders bedeutsam sein („Quick win“).

Maßnahmen: Alle Maßnahmen sollen die vereinbarten Grundprinzipien und insbesondere die Aspekte der Chancengerechtigkeit und „Health in all Policies“ berücksichtigen und geeignet sein, das jeweils definierte Wirkungsziel zu erreichen. Es sollen Maßnahmen festgelegt werden, die im Wirkungsbereich der in der Arbeitsgruppe vertretenen bzw. eingebundenen Institutionen liegen und bestehende Strukturen und Akteure berücksichtigen (siehe auch Dokument „Ist-Analyse R-GZ“). Diesbezüglich ist allenfalls eine Ausweitung der Arbeitsgruppe zu überlegen (siehe auch Maßnahmenkoordinationen unten). Unterstützung bei Aufbereitung von Evidenz zu Maßnahmen (z. B. Literaturrecherchen und -aufbereitung) durch GÖG möglich.

Zielgruppen, strategische Zielgruppen: Die primären Zielgruppen sind jene Personengruppen, die von den Maßnahmen profitieren sollen (z. B. Kinder). Die strategischen Zielgruppen sind jene Personengruppen, an die sich eine Maßnahme direkt richtet, da diese Personengruppen für die angestrebte Veränderung von zentraler Relevanz sind (z. B. Eltern, Lehrkräfte).

Maßnahmenkoordination: Übernimmt jene Institution, die die Verantwortung für die Umsetzung der konkreten Maßnahme trägt. Diese Institution sollte jedenfalls in die Festlegung der Maßnahmen eingebunden sein. (Diese Einrichtungen werden in der entsprechenden Spalte an erster Stelle und in fetter Schrift angeführt, um sie von den anderen Akteuren im öffentlich-rechtlichen Bereich abzuheben).

Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich: Alle jene Organisationen/Institutionen, die auf Grund ihres rechtlichen Status zentrale Verantwortung für die Umsetzung tragen. Dabei ist der Health-in-all-Policies-Ansatz zu berücksichtigen.

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, Mitwirkende: Erstere haben vor allem Transferfunktion im Umsetzungsprozess und unterstützen das Etablieren der Maßnahmen in der Praxis und erhöhen deren Reichweite. Mitwirkende sind an der Gestaltung und/oder Umsetzung von Maßnahmen beteiligt, sie tragen aber keine zentrale Verantwortung dafür.

Überlegungen zur Finanzierung: Erstellen einer groben Kostenschätzung mit Zuständigkeiten

Messgrößen bezüglich Maßnahmen: Messgrößen, anhand derer geprüft werden kann, ob die Maßnahme umgesetzt wurde.

Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen: Hinweise auf andere Rahmen-Gesundheitsziele oder Wirkungsziele, die durch die gesetzten Maßnahmen angesprochen werden.

Anhang 3 – Maßnahmentabelle

Liste der Wirkungsziele und Maßnahmen

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

Wirkungsziel 1: Sozialen Aufstieg im Lebenslauf und über die Generationen ermöglichen

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Vorsorgemittel 2015/2016: Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen	Schwangere und Kinder unter 6 Jahren, Eltern- und Bezugspersonen, insbesondere Familien mit Belastungen	BGA in Kooperation mit BMG, BMFJ, Sozialministerium, Länder, SV-Träger		Vorsorgemittel der BGA	Zahl der Bezirke, in denen Frühe-Hilfen-Netzwerke etabliert sind	R-GZ 1, 3, 5, 6, 9 (Grundlagenarbeit zu Frühen Hilfen)
Produktionsschulen	<p>Primäre Zielgruppe: Jugendliche und junge Erwachsene bis 21 bzw. Jugendliche mit Behinderung bzw. sonderpädagogischem Förderbedarf bis 24, die aufgrund von Defiziten im Bereich definierter Basiskompetenzen (Kulturtechniken inkl. Neuer Medien und sozialer Kompetenzen) mit der Absolvierung einer Berufsausbildung (auch einer Teilqualifizierung) überfordert sind.</p> <p>Strategische Zielgruppen: ausgrenzunggefährdete und ausgegrenzte Jugendliche</p>	Sozialministerium	Sozialministeriumservice, BMBF	Sozialministerium	Anzahl der geförderten Personen (m, w) pro Jahr	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Netzwerke Sprachförderung („Sprachfördercluster“)	Begleiter/innen Übergang vom Kindergarten in die Volksschule: alle Kinder; Sprachförderung: alle Kinder mit Förderbedarf in der Bildungssprache Deutsch. Strategische Zielgruppen: Pädagoginnen/Pädagogen in Kindergärten und Volksschulen, Schul- und Kindergartenaufsicht	BMBF, Landesschulräte für die allgemeinen Pflichtschulen	BMBF, Landesschulräte, ausgewählte Volksschulen und Kindergärten, Bundesanstalten für Kindergartenpädagogik, Pädagogische Hochschulen, BIFIE, Ämter der Landesregierungen	BMBF	Beteiligungsquote der verschiedenen Bildungseinrichtungen	
Rahmencurricula frühe sprachliche Bildung	Grundschul- und Kindergartenpädagoginnen/-pädagogen	BMBF	Pädagogische Hochschulen	BMBF	Anzahl der Teilnehmer/innen am PH-Lehrgang; Anzahl der Pädagogischen Hochschulen, die Lehrgänge anbieten	
Schwerpunkte in der Lehrerfort- und -weiterbildung	Pädagoginnen und Pädagogen	BMBF, Österreichisches Sprachenkompetenzzentrum (ÖSZ) im Auftrag des BMBF in Zusammenarbeit mit den österreichischen Pädagogischen Hochschulen		BMBF	Ressourcen, die zur Verfügung gestellt werden; Teilnehmerzahlen	
Fachtagungen und Symposien zur Förderung eines wissenschaftlichen Diskurses in der Pädagogenbildung	Lehrkräfte, Lehrende an Pädagogischen Hochschulen, Schulleiter/innen, Schulaufsicht	BMBF, Österreichisches Sprachenkompetenzzentrum (ÖSZ), Bundeszentrum für Interkulturalität und Mehrsprachigkeit (BIMM) und andere im Auftrag des BMBF		BMBF	Teilnehmerzahlen	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Beauftragung des Bundeszentrums für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit	Lehrende an Pädagogischen Hochschulen	Bundeszentrum für Interkulturalität, Migration und Mehrsprachigkeit (BIMM)		BMBF, PH Steiermark	Anzahl der beteiligten Pädagogischen Hochschulen, Anzahl der gemeinsamen Projekte	
Diversität und Mehrsprachigkeit in pädagogischen Berufen	Lehramtsstudierende, Lehrende an Pädagogischen Hochschulen	BMBF		BMBF, Pädagogische Hochschulen	Anzahl an Pädagogischen Hochschulen, die Maßnahmen durchführen; Anzahl Studierende	
Schulversuch „PTS 2020“	Schülerinnen und Schüler der Polytechnischen Schule	BMBF	Landesschulräte / SSR für Wien (Strategiegruppe), Pädagogische Hochschulen Salzburg und Steiermark	Im Schulversuch fallen keine Kosten an	Reduzierte Anzahl negativer Abschlüsse	
Flächendeckende Einführung der Neuen Mittelschule an Hauptschulstandorten	Primäre Zielgruppe: Alle 10- bis 14-Jährigen unabhängig von ihrer Herkunft, Eltern, Lehrkräfte (durch die angeschlossenen Professionalisierungsmaßnahmen) Strategische Zielgruppe: Führungskräfte im Bereich des Schulwesens, Schulleitungen und Lehrkräfte, Eltern	BMBF	Landesschulräte / SSR für Wien, Pädagogische Hochschulen, an der Lehrpersonenausbildung beteiligte Universitäten, Bundeszentrum für lernende Schulen und weitere Entwicklungspartner	Pro NMS Klasse werden seitens des Bundes sechs Werteinheiten für den Bundeslehrperson-Einsatz zur Verfügung gestellt.	Anzahl aller Schulen/Klassen, die als Neue Mittelschule geführt werden (Referenzwert ab 2014)	
Soziale Arbeit an Schulen im Rahmen der bundesweiten Entwicklungspartnerschaft	Primäre Zielgruppe: Schüler/innen an Schulen mit einem hohen Anteil sozial Benachteiligter Strategische Zielgruppe: Schulsozialarbeiter/innen	BMBF		50 % ESF-Mittel und 50 % nationale Mittel (bei Pflichtschulen von Ländern und Gemeinden, bei Bundesschulen vom BMBF).	Anzahl und Anteil der Schulen, an denen das Projekt durchgeführt wird	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Kooperationsprojekte zwischen NGOs (Mädchenberatungsstellen) und Schulen im Rahmen der geschlechtssensiblen Berufsorientierung und Lebensplanung	Primäre Zielgruppe Schüler/innen (v. a. 7. und 8. Schulstufe) und Schulstandorte Strategische Zielgruppe: Schulleitung und gesamtes Lehrerteam der Schule	BMBF	NGOs, Schulen, Schulaufsicht	BMBF	Anzahl der durchgeführten Workshops	
Initiative in der Erwachsenenbildung , Nachholen von Bildungsabschlüssen, Basisbildung	Bildungsbenachteiligte und formal gering qualifizierte Erwachsene	BMBF, Länder		Bund, Länder, Mittel des Sozialfonds der EU (Programmphase ab 2015)	Teilnehmerzahlen	
Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf (ibobb)	Primäre Zielgruppe: Alle Schüler/innen (insb. in der 7./8./9. Schulstufe) Strategische Zielgruppe: Schulleitung und gesamtes Lehrerteam der Schule	BMBF	Pädagogische Hochschulen, Schulaufsicht (APS und AHS), Eltern, Sozialpartner	Die Maßnahmen sind Bestandteil des Unterrichts. Für die Fortbildung der Lehrer/innen stellt das BMBF den Pädagogischen Hochschulen zweckgewidmete Budgetmittel zur Verfügung.	Konzept wurde erstellt	
Chancengleichheitsprogramm Frühförderung-Familienbegleitung	Zielgruppe der allgemeinen Frühförderung: Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder Beeinträchtigungen, Kinder, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Beeinträchtigung nicht ausgeschlossen werden kann	Land OÖ, Abteilung Soziales		Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales	Teilnehmerzahl	
TalenteCheck Berufsbildung für Wiener Schüler/innen	Primäre Zielgruppe: Schülerinnen und Schüler Strategische Zielgruppe: Eltern	Wirtschaftskammer Wien und Wiener Stadtschulrat	Wiener Schulen	Wirtschaftskammer Wien, Wiener Stadtschulrat	Anzahl der teilnehmenden Schüler/innen Anzahl der teilnehmenden Schulen	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Begabungskompass	<p>Primäre Zielgruppe: Jugendliche, die vor der Auswahl des weiteren Bildungsweges stehen; erwachsene Personen, die sich umorientieren möchten/müssen</p> <p>Strategische Zielgruppe: Insb. Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte</p>	WIFI NÖ, NÖ Landesakademie	WIFIs gemeinsam mit Schulen und diplomierten Psychologinnen/Psychologen	WKÖ NÖ	Anzahl der teilnehmenden Schüler/innen Anzahl der teilnehmenden Schulen	

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

Wirkungsziel 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern

¶

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Curriculum für Besuchsbegleiter/innen: Sensibilisierung und Umgang mit (Verdachts-) Fällen von sexueller, häuslicher und/oder körperlicher Gewalt	Primäre Zielgruppe: Besuchsbegleiter/innen Strategische Zielgruppe: Kundinnen/Kunden der Besuchsbegleiter/innen: Eltern und Kinder Kooperationspartner/innen der Trägerorganisationen	Umsetzung: Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen		Sozialministerium	Anzahl der Teilnehmer/innen, die den Lehrgang absolviert haben	
Anlaufstellen zur Anerkennung und Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen	Primäre Zielgruppe: Migrantinnen/Migranten (bzw. Personen mit Ausbildungsabschluss im Ausland) Strategische Zielgruppe: Alle Personen (unabhängig von einer AMS-Vormerkung), die formelle Qualifikationen im Ausland erworben und Fragen zur Anerkennung und beruflichen Verwertung ihrer Kompetenzen haben	Sozialministerium	Strategische Netzwerkpartner: AMS, andere Ministerien, NGOs, Wissenschaft	Sozialministerium	Anzahl der beratenen Personen	Diese Maßnahme adressiert Wirkungsziel 1 und 2 gleichermaßen.
Vorsorgemittel 2015/2016: Schwerpunktthema „ Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen “	Kinder und Jugendliche	BGA in Kooperation mit BMG, Ländern, SV-Trägern		Vorsorgemittel der BGA	Die Maßnahmen wurden von den Mittlempfängern Bund, Länder und SV gemäß Finanzierungsvereinbarungen bis Ende Mai 2017 umgesetzt	Diese Maßnahme adressiert Wirkungsziel 1 und 2 gleichermaßen. RGZ 3, 6;

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Ehrenamtliche in der Kinder- und Jugendprojektarbeit		Die Hauptverantwortung liegt bei der Initiative »Tut gut!«, inhaltliche Kooperationspartner sind Bildungs- und Heimatwerk sowie Jugend:info		Initiative „Tut gut!“	Anzahl der Lehrgangsabsolventinnen und -absolventen	RGZ 6
Oö. Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen	Strategische Zielgruppe: Es gibt für Personen mit Essstörung keine Altersbegrenzung. Angemerkt wird, dass der Beratungsbedarf vor allem bei 12- bis 16-Jährigen liegt und deren Angehörigen. Psychosozialen Beratungsstellen sollen Anlaufstellen für Schulen zum Thema Essstörungen werden.	Land OÖ , Abteilung Soziales	pro mente Oö, Exit Sozia, Arcus Sozialnetzwerk gGmbH	Keine zusätzlichen Kosten. Das Beratungsangebot wird im Rahmen der vorhandenen Ressourcen angeboten. Referentenhonorare zur Schulung der Berater/innen der Psychosozialen Beratungsstellen übernimmt die Abteilung Soziales	Anzahl der Beratungsstellen	

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

Wirkungsziel 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Anlaufstelle für von Menschenhandel betroffene Männer	<p>Primäre Zielgruppe: von Arbeitsausbeutung betroffene Personen, Opfer von Menschenhandel</p> <p>Strategische Zielgruppe: NGOs und weitere Beratungs-/Anlaufstellen im Bereich Opferschutz, Menschenhandel ...; Sozialarbeiter/innen und andere Expertinnen/Experten, die Kundinnen/Kunden der Anlaufstellen betreuen (profitieren von Lückenschluss, Zusammenarbeit und Vernetzung); Arbeitgeber/innen und Kolleginnen/Kollegen der Betroffenen; Kinder und Angehörige der Betroffenen</p>	MEN, UNDOK, LEFÖ-IBF, Sozialministerium (Förderung)		Pilotprojekt Sozialministerium	Anlaufstelle existiert ja/nein	
Optimierung der Gesundheitsangebote unter Einbindung von Migrantinnen/Migranten	Mitarbeiter/innen innerhalb der SV-Träger sowie in weiterer Folge Migrantinnen/Migranten	BMEIA, HVB, SV-Träger		Die Kosten sind durch Personalressourcen gedeckt.	<p>Maßnahmenvorschläge zur besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse der Zielgruppe sind ausgearbeitet (2015)</p> <p>Ausgewählte Maßnahmen werden umgesetzt (2015+2016)</p> <p>Austauschtreffen mit Zielgruppevertretungen finden statt (2015+2016)</p>	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Demenzstrategie	Primäre Zielgruppe: Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige Strategische Zielgruppe: Angehörige, professionelle Betreuungspersonen, freiwillige Helfer, Öffentlichkeit	Sozialministerium, BMG Umsetzer: GÖG		Sozialministerium, BMG	Strategie liegt vor	
Dialogforum Versorgungsgerechtigkeit		ARGE Selbsthilfe Österreich		ARGE Selbsthilfe Österreich aus dem laufenden Budget (Fördergeber: FGÖ, Hauptverband der österreichischen SV-Träger, Pharmig, BMG, Sozialministerium)	Zahl der Institutionen, die sich am Prozess beteiligen	
Verstärktes Einbinden von Hebammen in die Schwangerenbetreuung	Primäre Zielgruppe: Schwangere	BMG, BMFJ, HVB	Hebammen	2/3 FLAF, 1/3 SV-Träger	Anzahl der durchgeführten Beratungen	RGZ 6, WZ 2
Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte und betroffene Mädchen und junge Frauen	Primäre Zielgruppe: 16- bis 24-jährige Frauen, die von Zwangsheirat und damit verbundenen anderen Gewaltformen bedroht sind. Strategische Zielgruppe: Frauen- und Mädchenberatungseinrichtungen, v. a. der bundesweiten Frauenhelpline 0800 222 555	BMBF gemeinsam mit dem BMI	Verein Orient Express, Wien	Die Finanzierung erfolgt in Form von Förderungen durch das BMBF gemeinsam mit dem BMI	Abweisungsrate von rat- und hilfesusuchenden Mädchen, Ziel: Liegt bei 0	
Pflegekarenzgeld	Primäre Zielgruppe: Pflegende Angehörige, Betroffene	Sozialministerium	Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	Sozialministerium	Anzahl der Antragsteller/innen (m, w)	
Etappenpläne „Barrierefreies Gesundheitswesen 2020“	Primäre Zielgruppe: Menschen mit Behinderungen Strategische Zielgruppe: Gesundheitsdienstleister	BMG (federführend), Sozialministerium, SV-Träger		Förderungen (z. B. Förderungen des Bundes für investive Maßnahmen zur Herstellung baulicher Barrierefreiheit), Länder, Gemeinden, SV-Träger	Anteil der barrierefreien Vertragsarztordnungen; Anteil der barrierefreien Ambulanzen	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Case Management für arbeitsfähige BMS-Empfänger/innen	Primäre Zielgruppe: BMS-Bezieher/innen, arbeitsmarktferne Personen Strategische Zielgruppe: AMS, Sozialhilfebehörden, SV-Träger	AMS	Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, die als arbeitsmarktpolitische Projekte finanziert werden	AMS	Anzahl der betreuten Personen im Verhältnis zu den BMS-Personen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen	
Impfprogramme: „Schutz vor HPV-Infektionen“	Primäre Zielgruppe: Kinder	BMG	Eltern, Bundesländer, Ärztinnen und Ärzte, SV	2/3 Bund, 1/6 Bundesländer, 1/6 SV	Durchimpfungsrate	RGZ 6, WZ 3

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Weiterentwicklung Mutter-Kind-Pass	Schwangere und Kinder bis zum 5. Lebensjahr	BMG	Medizinische Fachgesellschaften, Fachgruppe Fachhochschulen, Hebammen-Studiengänge, ARGE Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, EBM-Netzwerk Österreich, Bioethikkommission des BKA, Netzwerk Frauengesundheitszentren, ARGE Selbsthilfe, GÖG, BMG, BMFJ, HVB, ernannte Fachexperten	BMG	Fertigstellung des Berichts der Facharbeitsgruppe ja/nein	R-GZ 6, WZ 2
Palliativ- und Hospizversorgung Tirol	Primäre Zielgruppe: Unheilbar kranke Menschen und deren Angehörige unabhängig vom Ort der Versorgung Strategische Zielgruppe: Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Tiroler Gesundheitsfond, TGKK, Land Tirol Sozialabteilung	Mobile Palliativteams, ehrenamtliche Hospizgruppen, Sozial- und Gesundheits-sprengel, Hausärzte	Die Kosten werden vom Tiroler Gesundheitsfond, der Tiroler Gebietskrankenkasse und dem Land Tirol getragen.	Anzahl der Bezirke, in denen diese Maßnahme umgesetzt wird	R-GZ 10

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen/ Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Ambulante Rehabilitation von Schlaganfallpatienten Tirol	Schlaganfallpatienten	Tiroler Gesundheitsfonds, TGKK, Land Tirol Sozialabteilung	Gesundheitssprengel- und Pflegeheimmitarbeiterinnen, niedergelassene Physio-/ Ergotherapeuten und -therapeutinnen sowie Logopäden/Logopädinnen, neurologische Fachärztinnen/-ärzte, Entlassungsmanagement Akut-KH und Reha-Zentrum, Hausärzte/-ärztinnen	Die Kosten werden vom Tiroler Gesundheitsfond, der Tiroler Gebietskrankenkasse und dem Land Tirol getragen.	Anzahl der Bezirke, in denen diese Maßnahme umgesetzt wird	

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

Unterstützende Maßnahmen zur Erreichung der Wirkungsziele

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Strategische Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit durch den FGÖ		FGÖ unter Einbezug von Partnerinnen und Partnern			Strategie liegt vor ja/nein	Querbezug zu nachstehender Maßnahme
Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern: Systematisches Erfassen, Nutzen und Verankern von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus der Vorsorgemittelperiode 2011 bis 2014	Primäre Zielgruppe: sozial und gesundheitlich benachteiligte Schwangere und Kinder Strategische Zielgruppe: Umsetzer/innen von Gesundheitsförderungsprojekten	BMG (GÖG = Umsetzerin)		Finanzierung durch die Vorsorgemittel der BGA	Handlungsempfehlungen liegen vor ja/nein	RGZ 6, 7
Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsberichterstattung als Kriterium etablieren		GÖG, Institutionen , die Gesundheitsberichte beauftragen und/oder selbst verfassen (BMG, Bundesländer, Sozialministerium, BKA)	Institutionen, die Gesundheitsberichte verfassen; Plattform für Gesundheitsberichterstattung	Durch Personalressourcen abgedeckt	Empfehlungen zur Darstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in Gesundheitsberichten in der GBE-Plattform begonnen / in Arbeit / liegen vor; Anteil der jährlich veröffentlichten Gesundheitsberichte auf Bundes- und Länderebene, die diese Empfehlungen berücksichtigen; in %	

Maßnahmen Startermaßnahmen	Zielgruppen	Maßnahmenkoordination / Akteure im öffentlich-rechtlichen Bereich	Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen / Mitwirkende	Überlegungen zur Finanzierung	Messgrößen bezüglich Maßnahmen	Querverweise zu anderen Rahmen- und Wirkungszielen
Studie zu Migration und Gesundheit	Primäre Zielgruppe: Migrantinnen und Migranten Sekundäre Zielgruppe: Entscheidungsträger/innen	GÖG im Auftrag von AK Wien, BMG	GÖG	BMG, AK	Schlussfolgerungen und Empfehlungen anhand der Literaturanalyse sowie Verbesserungs- und Maßnahmenvorschläge sind vorhanden ja/nein	
Studie zu Gesundheitswissen und Gesundheitsversorgung von Roma	Primäre Zielgruppe: Sinti und Roma	BKA	BMG, BMEIA (Mitfinanzierung)	BMG, BKA	Umsetzung ja/nein	

Literatur

- [1] BMG. **Rahmen-Gesundheitsziele. Gesundheit in allen Politikfeldern. Die 10 Ziele** Bundesministerium für Gesundheit; 2013. Available online: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/>. [Zugriff am: 09.02.2015]
- [2] Mackenbach JP, Bakker MJ, Sihto M, Diderichsen F. **Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health**. Reducing inequalities in health: a European perspective, 200225-49.
- [3] Marmot M. **Social determinants of health inequalities**. The Lancet, 2005: 365(9464):1099-1104.
- [4] Mielck A. **Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von anderen westeuropäischen Staaten**. In: Richter M, Hurrelmann K: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Aufl. 1. Oktober 2006: Verlag für Sozialwissenschaften; 2006. Seite 439.
- [5] OECD. **Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators**: OECD; 2014 28.03.2014. 147.
- [6] Orpana HM, Lemyre L. **Explaining the social gradient in health in Canada: Using the National Population Health Survey to examine the role of stressors**. International journal of behavioral medicine, 2004: 11(3):143-151.
- [7] Pickett KE, Wilkinson RG. **People like us: ethnic group density effects on health**. Ethnicity & health, 2008: 13(4):321-334.
- [8] Siegrist J, Marmot M. **Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen**. Bern: Huber; 2008 29.07.2015. 320.
- [9] Townsend P, Davidson N. **Inequalities in Health, The Black Report**. London: Penguin Books; 1982 10.05.2012. 240.
- [10] Van Lenthe FJ, Schrijvers CT, Droomers M, Joung IM, Louwman MJ, Mackenbach JP. **Investigating explanations of socio-economic inequalities in health**. The European Journal of Public Health, 2004: 14(1):63-70.
- [11] Till-Tentschert U, Till M, Glaser T, Heuberger R, Kafka E, Lamei N, Skina-Tabue M. **Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; 2011 20.12.2011. 176 Available online: www.bmask.gv.at.
- [12] Wilkinson R, Marmot M. **Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Siehe auch englische Fassung: Social determinants of health. The solid facts**. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa; 2004 22.02.2012. 42.
- [13] Wilkinson R, Pickett K. **Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind**. Berlin: Tolkemitt bei Zweitausendeins; 2009 05.10.2011. 333.
- [14] Rendi-Wagner P, Peinhaupt C. **Rahmen-Gesundheitsziele: Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012.
- [15] Statistik Austria. **Tabellenband EU-SILC 2014. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen**. Wien, 2015.
- [16] Bruneforth M, Weber C, Bacher J. **Chancengleichheit und garantiertes Bildungsminimum in Österreich**. Nationaler Bildungsbericht Österreich Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen. 2: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; 2012. Seite 189.
- [17] Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG: **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesamte Rechtsvorschrift für Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Fassung vom 25.05.2010**, BGBl. I Nr. 105/2008. 2010. www.ris.bka.gv.at.

[18] Marmot M. **Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.** Denmark: World Health Organization; 2014 29.07.2015. 234.

www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Im Sinne von Gesundheit in allen Politikbereichen haben VertreterInnen von 20 Institutionen gemeinsam mit Expertinnen und Experten Ziele und Maßnahmen zum Gesundheitsziel 2 „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter“ erarbeitet. Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Maßnahmen sind gute Beispiele, wie eine gemeinsame Strategie durch konkrete Aktivitäten umgesetzt werden kann.