

Rahmen-Gesundheitsziele Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Rahmen-Gesundheitsziele Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6

Autorin/Autor:

Robert Griebler
Petra Winkler

Unter Mitarbeit von:

Gudrun Braunegger-Kallinger
Gabriele Gruber
Sabine Haas
Christine Knaller

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Dezember 2014
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

ZI. P3/1/46212-8/14

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

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

Phase 2 des R-GZ-Prozesses widmet sich der **Konkretisierung** dieser R-GZ, indem spezifische **Strategie- und Maßnahmenkonzepte** erstellt werden. Die einzelnen R-GZ werden dabei anhand priorisierter **Wirkungsziele** näher bestimmt und mit spezifischen Maßnahmen ausgestattet. Intersektorale Arbeitsgruppen entwickeln Strategie- und Maßnahmenkonzepte und empfehlen dazu **Indikatoren** und Messgrößen, um die erarbeiteten Maßnahmen und Wirkungsziele kontinuierlich beobachten zu können (inklusive Zielvorgaben).

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird von einem umfassenden **Monitoring** begleitet. Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnismonitoring vor, das auf den vorgeschlagenen Indikatoren aufsetzt. Sie dienen der **strategischen Steuerung** und sollen zu einer **Optimierung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte** beitragen.

Der Monitoringplan zu den österreichischen R-GZ sieht vor, diese Indikatoren einer **Machbarkeitsprüfung** zu unterziehen. Diese wird von der GÖG/ÖBIG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der Wirkungsziele sicherstellen. Im Jahr 2014 setzte die GÖG/ÖBIG diesen Auftrag für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6 um.

Die Machbarkeitsprüfung hat gezeigt, dass die ausgewählten **Indikatoren grundsätzlich geeignet** sind, um die Wirkungsziele zu beobachten. Allerdings ist noch **unklar, ob es für einige Indikatoren auch zukünftig die dafür notwendige Datenbasis geben wird** (Gesundheitskompetenz, Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit). Dies gilt es durch (politische) Entscheidungen zu sichern. Darüber hinaus wurde deutlich, dass **einige Indikatoren mit äußerst ambitionierten Zielvorgaben versehen** wurden (Lebenszufriedenheit; Frühgeburtenrate), während bei anderen Indikatoren die Erarbeitung von Zielvorgaben noch erfolgen wird.

Inhalt

| | | |
|-----------|---|----|
| 1 | Hintergrund..... | 1 |
| 2 | Wirkungsziele-Indikatoren zu den R-GZ 3-Wirkungszielen..... | 2 |
| 3 | Wirkungsziele-Indikatoren zu den R-GZ 6-Wirkungszielen..... | 10 |
| 3.1 | WZ 1 - Lebenszufriedenheit | 11 |
| 3.2 | WZ 2 - Frühgeburtenrate..... | 18 |
| 3.3 | WZ 2 - Lebenszufriedenheit | 23 |
| 3.4 | WZ 3 - Selbstwirksamkeitserwartung..... | 24 |
| 3.5 | WZ 3 - Rate früher Schulabgänger/innen..... | 26 |
| 4 | Resümee und Ausblick..... | 29 |
| | Literatur | 30 |
| | Anhang | 33 |
| Anhang 1: | Zehn Rahmen-Gesundheitsziele | 35 |
| Anhang 2: | Überblick über die Meta-Indikatoren | 37 |
| Anhang 3: | Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren | 39 |

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abbildung 2.1: | Gesundheitskompetenz nach Subdimensionen und Geschlecht, 2011 | 5 |
| Abbildung 2.2: | Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bildung, 2011 | 5 |
| Abbildung 2.3: | Gesundheitskompetenz nach Subdimensionen, 2011 | 6 |
| Abbildung 2.4: | Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bundesländern, 2011 | 6 |
| Abbildung 2.5: | Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im internationalen Vergleich*, 2011 | 7 |
| Abbildung 2.6: | Gesundheitskompetenz 15-jähriger Schüler/innen nach Subdimensionen, 2011/2012 | 8 |
| Abbildung 2.7: | Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) 15-jähriger Schüler/innen im regionalen Vergleich, 2011/2012 | 8 |
| Abbildung 3.1: | Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Alter und Geschlecht, 2010 | 12 |
| Abbildung 3.2: | Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger im Zeitverlauf nach Alter und Geschlecht, 2002–2010 | 13 |
| Abbildung 3.3: | Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Familienwohlstand und Migrationshintergrund, 2010 | 14 |
| Abbildung 3.4: | Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Bundesländern, 2010 | 15 |
| Abbildung 3.5: | Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Alter und Geschlecht, 2010 | 15 |
| Abbildung 3.6: | Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger im Zeitverlauf nach Alter und Geschlecht, 2002–2010 | 16 |
| Abbildung 3.7: | Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Familienwohlstand und Migrationshintergrund, 2010..... | 17 |
| Abbildung 3.8: | Frühgeburtenrate nach Schweregrad der Frühgeburt, 1984–2013 | 20 |
| Abbildung 3.9: | Frühgeburtenrate nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Mutter, 1985–2012 | 22 |
| Abbildung 3.10: | Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht, 2006–2012 | 27 |
| Abbildung 3.11: | Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger im internationalen Vergleich, 2012 | 27 |

Tabellen

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 3.1: | Frühgeborenenrate seit 1984 nach Schwangerschaftsdauer | 21 |
|--------------|--|----|

Abkürzungen

| | |
|--------|---|
| AGES | Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit |
| BGK | Bundesgesundheitskommission |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Frauen |
| BMEIA | Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| CAPI | Computer Assisted Personal Interviewing |
| GK | Gesundheitskompetenz |
| GÖG | Gesundheit Österreich GmbH |
| HBSC | Health Behaviour in School-aged Children |
| HLS-EU | European Health Literacy Survey |
| HVB | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger |
| ISCED | International Standard Classification of Education |
| KEBÖ | Konferenz der Erwachsenenbildung Österreichs |
| LBIHPR | Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research |
| NEK | Nationale Ernährungskommission |
| ÖBIG | Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen |
| ONGKG | Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen |
| R-GZ | Rahmen-Gesundheitsziele |
| SD | Standardabweichung |
| SHÖ | Selbsthilfe Österreich |
| WZ | Wirkungsziel/e |

1 Hintergrund

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

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

Die Umsetzung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet (vgl. Winkler et al. 2014). Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnismonitoring vor, das auf den bereits erwähnten Indikatoren aufsetzt (in weiterer Folge Wirkungsziele-Indikatoren genannt). Sie dienen der strategischen Steuerung und sollen zu einer Optimierung der Strategie- und Maßnahmenkonzepte beitragen.

Das Monitoring der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele sieht eine Machbarkeitsprüfung zu diesen Indikatoren vor. Diese wird von der GÖG/ÖBIG durchgeführt und soll die langfristige Überprüfbarkeit der WZ sicherstellen. Die Machbarkeitsüberprüfung orientiert sich an den nachstehenden Fragen und wurde im Jahr 2014 für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6 umgesetzt. Die diesbezüglichen Ergebnisse finden sich in den nachstehenden Berichtskapiteln.

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

2 Wirkungsziele-Indikatoren zu den R-GZ 3-Wirkungszielen

Das R-GZ 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurde – laut Bericht der Arbeitsgruppe 3 (Bundesministerium für Gesundheit 2014a) – anhand nachstehender Wirkungsziele operationalisiert:

- » **WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen**
Unter diesem Wirkungsziel sind beispielsweise folgende Maßnahmen vorgesehen: Gesundheitskompetente Sozialversicherung (HVB), Gesundheitskompetente Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (LBIHPR in Kooperation mit dem ONGKG), Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe (BMG), Weiterentwicklung der Beteiligung der Bevölkerung insbesondere der Patientinnen und Patientinnen im Gesundheitswesen (Arge SHÖ)
- » **WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken**
Zum Erreichen vom Wirkungsziel 2 sollen etwa folgende Maßnahmen umgesetzt werden (exemplarisch): Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen/Migranten durch niederschwellige settingorientierte Programme (BMEIA), Leitfaden für Schulen: „Umgang mit Schülerin-nen/Schülern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ (BMBF), „Gesundheitskompetenz“ als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern (KEBÖ)
- » **WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern**
Maßnahmen zum Wirkungsziel 3 sind unter anderem: Themenpartnerschaften mit Unternehmen („win-win“), z. B. Auszeichnung für „gesündere Wahl“-Produkte (NEK), das Programm REVAN ausweiten und Gesundheitskompetenz-förderlich gestalten (AGES)

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

- » WZ 1: HLS-Index zur Krankheitsbewältigung
- » WZ 2: HLS-Index zur Gesundheitsförderung sowie zur Prävention
- » WZ 3: HLS-Gesamtindex zur Gesundheitskompetenz

Der HLS-Gesamtindex zur Gesundheitskompetenz fungiert darüber hinaus auch als Meta-Indikator zum R-GZ 3 (vgl. Winkler/Anzenberger 2013).

Da die drei vorgeschlagenen Kompetenz-Indikatoren aus derselben Studie stammen und inhaltlich sehr eng miteinander verknüpft sind, werden sie im Folgenden – anders als bei den Wirkungszielen zu R-GZ 6 – gemeinsam beschrieben.

Passung Indikator Wirkungsziel

Unter Gesundheitskompetenz (vom englischen Begriff „*health literacy*“ abgeleitet) wird die Fähigkeit des Menschen verstanden, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen: „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit [...] und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch 2006). Sie basiert auf der allgemeinen Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (vgl. Sørensen et al. 2012), wobei die individuelle Kompetenz immer in Relation zu den gestellten Anforderungen zu sehen ist (Brach et al. 2012; Parker 2009).

Die vorgeschlagenen Wirkungsziele-Indikatoren operationalisieren dieses health literacy-Verständnis und repräsentieren damit ein geeignetes Indikatorenset, um die oben genannten WZ zu beobachten.

Datengrundlage

Aussagen zur Gesundheitskompetenz (GK) können in Österreich auf Basis des European Health Literacy Survey (HLS-EU; 2011) sowie auf Basis einer ergänzenden Jugendkompetenzstudie getroffen werden. Der HLS-EU wurde in acht europäischen Ländern durchgeführt und beruht auf repräsentativen Zufallsstichproben. Die Datenerhebung erfolgte im Sommer 2011 (nach der Eurobarometer-Methode) und wurde in Österreich mittels fragebogenbasierter Face-to-Face-Interviews abgewickelt (CAPI-Methode; Computer Assisted Personal Interview). Neben den rund 1.000 vorgeschriebenen Interviews wurden in Österreich eine Zusatzerhebung von rund 800 Interviews (um Auswertungen auf Bundesländerebene zu ermöglichen) sowie eine Zusatzbefragung bei 15-Jährigen durchgeführt (HLS-EU Consortium 2012; Röthlin et al. 2013). Da in der österreichischen Jugenduntersuchung nicht der Euro-Barometer-Methodologie gefolgt werden musste, wurden im Gegensatz zur Erwachsenenstudie auch Nicht-EU-Bürger/innen berücksichtigt. Da nur 1,13 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher 15 Jahre alt sind, wurde anstelle einer Zufallsstichprobe auf eine Quotenstichprobe gesetzt (n = 571). Die Jugendkompetenzstudie fand zwischen Dezember 2011 und Februar 2012 statt und wurde mittels PAPI-Methode (Paper Assisted Personal Interview) durchgeführt.

Der Interview-Fragebogen bestand aus 47 Einzelfragen, die zu einem Gesamtwert sowie zu drei GK-Indices zusammengefasst wurden (GK-Krankheitsbewältigung, GK-Prävention sowie GK-Gesundheitsförderung). Das für diese Studie entwickelte HLS-EU-Q-Instrument basiert auf einer relationalen Definition von GK und stellt Fragen zum Schwierigkeitsgrad gesundheitsrelevanter Aufgaben und Tätigkeiten im Bereich der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Das Instrument misst daher nicht nur die unmittelbare Kompetenz der Bevölkerung, sondern erfasst zudem, wie schwierig bzw. einfach es ist, den unterschiedlichen

(System-)Anforderungen gerecht zu werden. Das HLS-EU-GK-Maß gibt daher nicht nur die Kompetenz der Bevölkerung wieder, sondern zugleich auch den „Schwierigkeitsgrad der Lebensverhältnisse“. Die Gesamtverteilung der einzelnen Indices wurde anhand definierter Grenzwerte in vier Kategorien unterteilt, die das Ausmaß der GK angeben (ausgezeichnet, ausreichend, problematisch, inadäquat) (HLS-EU Consortium 2012).

Die Überprüfung der R-GZ 3 WZ setzt kontinuierliche Datenerhebungen voraus. Sie scheinen derzeit nicht gesichert. Zudem müssten neben Informationen zur Allgemeinbevölkerung auch Daten zur GK von Jugendlichen und Migrantinnen/Migranten bereitgestellt werden (siehe Wirkungsziele). Um auch weiterhin alle drei GK-Bereiche differenzieren zu können, muss der vollständige Fragebogen zum Einsatz gelangen, da auf Basis der Kurzfassung nur ein Gesamtindex errechnet werden kann. Die Ergebnisse des HBSC-Survey 2014 genügen dieser Anforderung nicht.

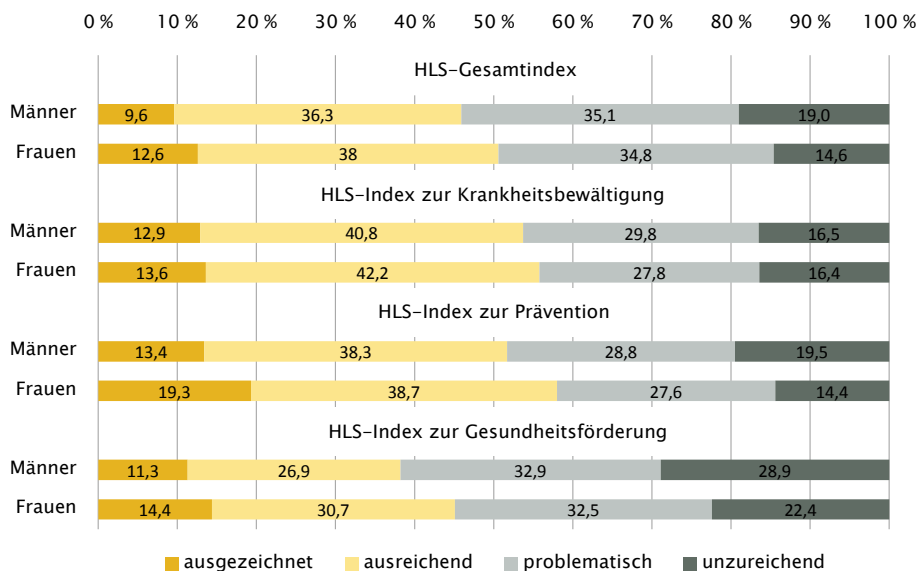
Ergebnisse

In Österreich weisen rund 51 Prozent der über 14-jährigen Österreicher/innen eine limitierte (d. h. unzureichende oder problematische) Gesundheitskompetenz auf: Männer etwas häufiger als Frauen (54 versus 49 %), über 65-Jährige häufiger als 15- bis 35-Jährige¹. Nur rund jede/r zehnte Österreicher/in verfügt über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Bezug auf die Krankheitsbewältigung (Abbildung 2.1).

1

Die statistischen Zusammenhänge und Effekte wurden – je nach Datenformat – mit Hilfe geeigneter Chi-Quadrat-Tests sowie mit Hilfe des Spearman- bzw. des Pearson-Korrelationskoeffizienten und dahinterliegender Signifikanztests ermittelt. Alle in diesem Abschnitt berichteten Ergebnisse sind auf dem 5%-Niveau ($p < 0,05$) statistisch signifikant.

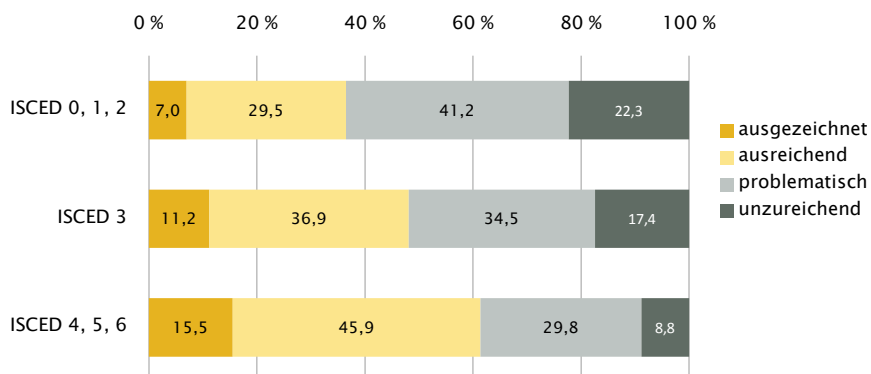
Abbildung 2.1:
Gesundheitskompetenz nach Subdimensionen und Geschlecht, 2011



Quelle: HLS-EU 2011, Zusatzerhebung 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein deutlicher Gradient in der Gesundheitskompetenz zeigt sich hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Bildung (Abbildung 2.2): Je niedriger dabei der Bildungsabschluss, desto niedriger ist auch die Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012). Dies gilt für alle Altersgruppen sowie für alle GK-Indices (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung).

Abbildung 2.2:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bildung, 2011

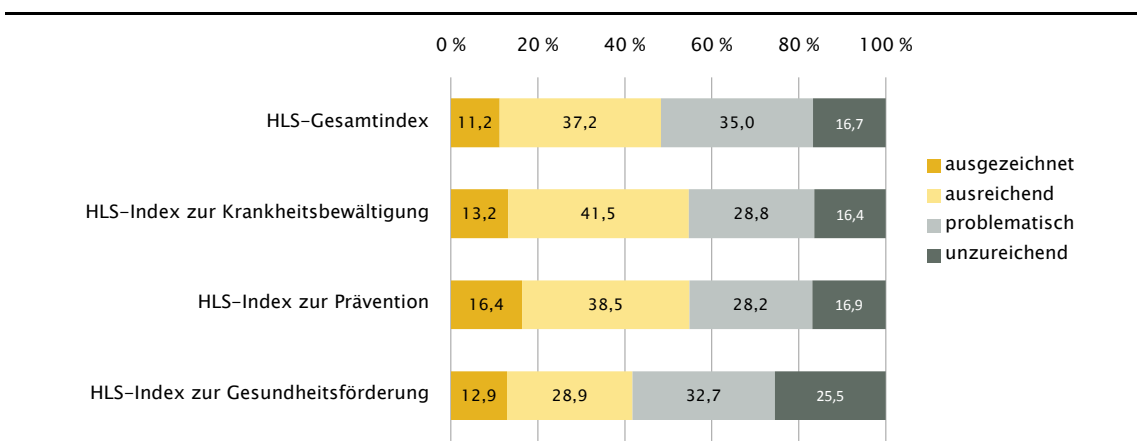


ISCED = International Standard Classification of Education

Quelle: HLS-EU 2011, Zusatzerhebung 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die geringste Kompetenz weist die österreichische Bevölkerung im Bereich der Gesundheitsförderung auf, während sie die Bereiche Krankheitsbewältigung und Prävention ganz ähnlich bewertet (Abbildung 2.3).

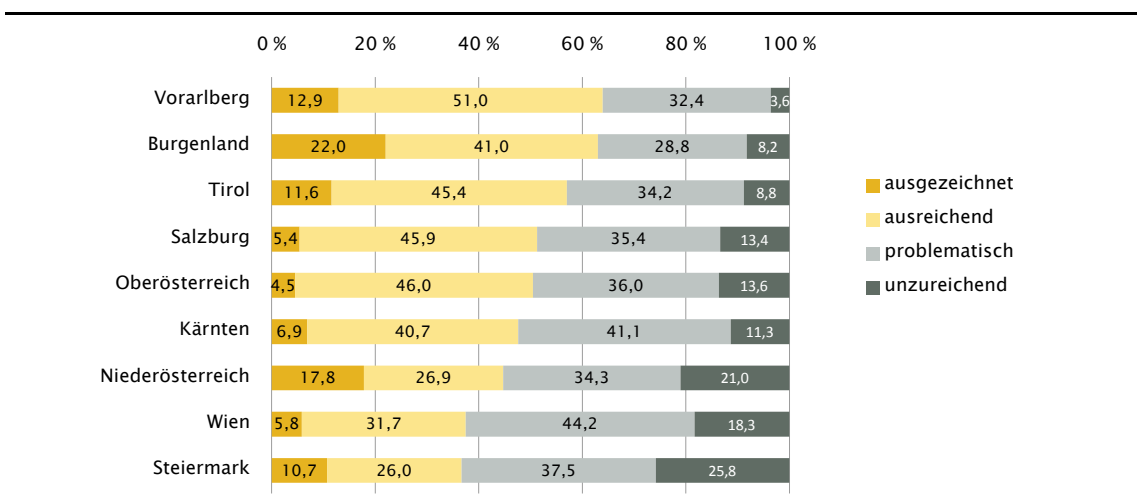
Abbildung 2.3:
Gesundheitskompetenz nach Subdimensionen, 2011



Quelle: HLS-EU 2011, Zusatzerhebung 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Vergleiche verdeutlichen, dass es Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Da es sich jedoch auf Ebene der Bundesländer um kleine Stichproben handelt und zudem keine altersstandardisierten Werte zur Verfügung stehen, ist dieser Vergleich jedoch nur eingeschränkt zulässig (Abbildung 2.4).

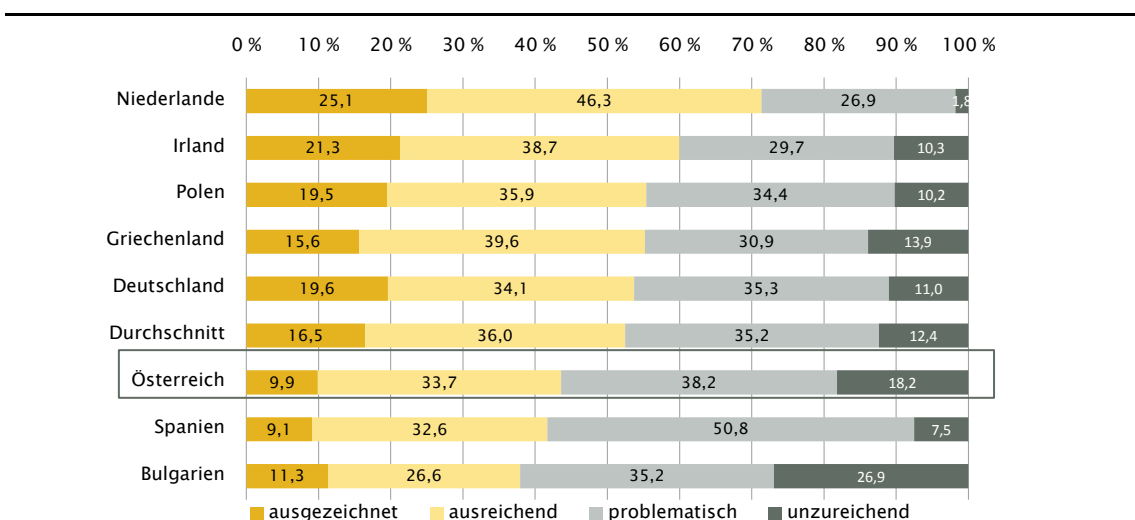
Abbildung 2.4:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bundesländern, 2011



Quelle: Pelikan et al. 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im internationalen Vergleich zählt Österreich zu jenen Ländern mit einem hohen Anteil an Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz (Abbildung 2.5). Es gilt jedoch zu beachten, dass die Vergleichsstichproben sowohl in ihrer Alterszusammensetzung als auch hinsichtlich ihres Bildungsniveaus deutlich voneinander abweichen; beides Faktoren, die eng mit Gesundheitskompetenz verknüpft sind (HLS-EU Consortium 2012). Ein Vergleich ist somit nur eingeschränkt möglich.

Abbildung 2.5:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im internationalen Vergleich*, 2011



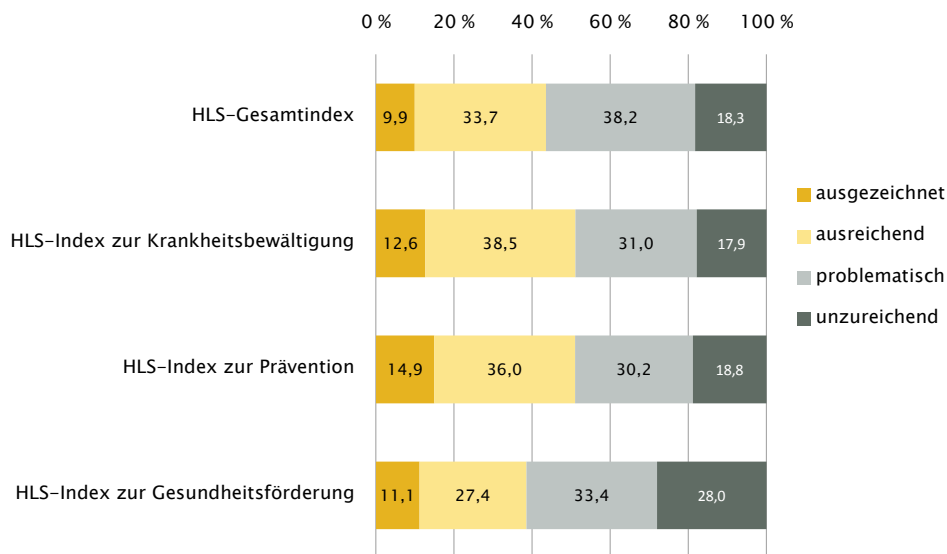
* die österreichischen Ergebnissen beruhen ausschließlich auf der HLS-EU Stichprobe

Quelle: HLS-EU Consortium Health Literacy 2012, 31; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Jugendliche

Eine im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) durchgeführte Jugendkompetenzstudie liefert Daten zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen (vgl. Röthlin et al. 2013). Ihr zufolge verfügen 6 Prozent der 15-Jährigen über ausgezeichnete, 36 Prozent über ausreichende und rund 58 Prozent über limitierte, d. h. problematische oder unzureichende, Gesundheitskompetenz. Unterschiede nach Geschlecht oder Migrationshintergrund zeigen sich dabei nicht. Ein Gradient in der Gesundheitskompetenz ist jedoch hinsichtlich der familiären Wohlstandssituation sowie hinsichtlich des Bildungsniveaus der Eltern erkennbar: Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sowie Jugendliche, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss aufweisen, verfügen über signifikant schlechtere Gesundheitskompetenz als Jugendliche aus finanziell besser gestellten sowie bildungsnahen Haushalten (Röthlin et al. 2013). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Gesundheitskompetenz vor allem im Gesundheitsförderungsbereich am dürtigsten ausgeprägt ist (Abbildung 2.6).

Abbildung 2.6:
Gesundheitskompetenz 15-jähriger Schüler/innen nach Subdimensionen, 2011/2012

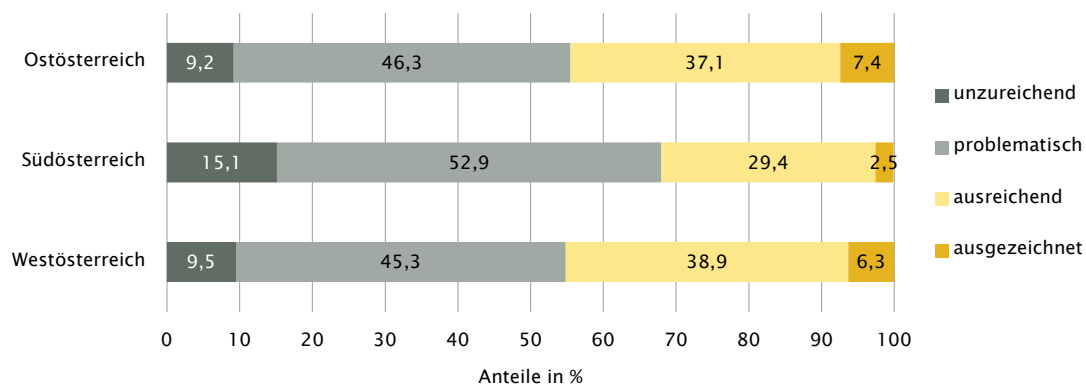


HLS = Health Literacy Survey

Quelle: Röthlin et al. 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich in regionaler Hinsicht: Jugendliche aus Südösterreich (Kärnten und Steiermark) weisen deutlich häufiger limitierte Gesundheitskompetenz auf (68 %) als Jugendliche aus West- (55 %; Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg) oder Ostösterreich (56 %; Burgenland, Niederösterreich, Wien; vgl. Abbildung 2.7).

Abbildung 2.7:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) 15-jähriger Schüler/innen
im regionalen Vergleich, 2011/2012



Quelle: Röthlin et al. 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zielvorgabe

Zielvorgaben zu den Wirkungszielen liegen derzeit noch nicht vor. Sie sind aufgrund des Fehlens einer Zeitreihe empirisch schwer zu begründen, aber Anhaltspunkte geben der internationale und der regionale innerösterreichische Vergleich der HLS-EU-Studie. Im Rahmen der Zielsteuerung wurde das Ziel formuliert, dass die Gesundheitskompetenz insgesamt bei zumindest 55 Prozent der Gesamtbevölkerung ausgezeichnet oder ausreichend sein soll. Derzeit ist dies etwa in Deutschland (Abbildung 2.5), aber auch in einzelnen österreichischen Bundesländern (Abbildung 2.4) bereits erreicht. Ein Zeithorizont für diesen Zielwert ist im Zielsteuerungsvertrag nicht angegeben, im Sinne der R-GZ sollte das Ziel bis 2032 erreicht werden.

Zusammenfassung

- » Die vorgeschlagenen Indikatoren sind geeignet, um den Zielerreichungsgrad der R-GZ 3 Wirkungsziele zu überprüfen.
- » Dafür sind kontinuierliche Datenerhebungen notwendig (z. B. im Abstand von drei bis fünf Jahren), die derzeit nicht gesichert erscheinen. Sie müssen Informationen zur Allgemeinbevölkerung, zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen sowie zur Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten bereitstellen und Aussagen zu allen GK-Indices ermöglichen. Diesbezügliche Datengrundlagen gilt es durch (politische) Entscheidungen abzusichern.
- » Zielvorgaben zu den Wirkungszielen liegen derzeit noch nicht vor. Ein auf Basis des Zielsteuerungsvertrags definierter Zielwert – 55 Prozent der Gesamtbevölkerung sollten bis zum Jahr 2032 eine ausgezeichnete oder ausreichende Gesundheitskompetenz aufweisen – scheint realistisch.

3 Wirkungsziele-Indikatoren zu den R-GZ 6-Wirkungszielen

Das R-GZ 6 „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“ wurde – laut Bericht der Arbeitsgruppe 6 (Bundesministerium für Gesundheit 2014b) – anhand nachstehender Wirkungsziele operationalisiert:

» **WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken**

Das Maßnahmenspektrum zu diesem Wirkungsziel umfasst die Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als Zielgruppe in Plänen und Strategien, die wirkungsorientierte Folgenabschätzung Kinder und Jugend, das Kinderrechte-Monitoring, die Verbesserung der kinder- und jugendgerechten Rahmen- und Behandlungsbedingungen in Gesundheitseinrichtungen sowie die Berücksichtigung kinder- und jugendspezifischer Anforderungen in der Aus- und Weiterbildung der relevanten Berufsgruppen, inkl. Schaffung kinderspezifischer (Zusatz-)Qualifikationen.

» **WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen**

In Wirkungsziel 2 wurden folgende Maßnahmen (-bereiche) formuliert: Verstärktes Etablieren von Frühen Hilfen, Verringerung der Anzahl von Mehrlingsgeburten bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, verstärktes Einbinden der Hebammen in die Schwangerenbetreuung, Maßnahmen zur Reduktion von Kaiserschnittgeburten, Erarbeitung eines Gesamtkonzepts zur Eltern-Kind-Vorsorge neu, Sicherstellung hoher Durchimpfungsraten bei relevanten Kinderimpfungen und Angebote für Kinder und Familien mit Migrationshintergrund.

» **WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen**

Das Maßnahmenspektrum zu Wirkungsziel 3 umfasst unter anderem die gesundheitsfördernde Ausrichtung von Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen, die Schulentwicklung im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung, den Ausbau ganztätiger Schulbetreuung unter Berücksichtigung der Anforderungen der Gesundheitsförderung, die Weiterentwicklung des Schulgesundheitswesens, die Förderung qualitätsvoller Elternbildung, die Förderung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen, die Förderung der Medienkompetenz und die Förderung und Vernetzung von Aktivitäten zur Integration von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt.

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

- » WZ 1: anhand der allgemeinen Lebenszufriedenheit
- » WZ 2: anhand der Frühgeburtenrate sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe WZ 1)
- » WZ 3: anhand der Selbstwirksamkeit sowie der Rate früher Schulabgänger/innen

Die Rate früher Schulabgänger/innen fungiert darüber hinaus auch als Meta-Indikator zum R-GZ 6 (vgl. Winkler/Anzenberger 2013).

3.1 WZ 1 – Lebenszufriedenheit

Passung Indikator Wirkungsziel

Die allgemeine Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*) beschreibt das Ausmaß, wie sehr Menschen mit ihrem Leben (als Ganzes) zufrieden sind, d. h. dieses als positiv bewerten² (Veenhoven 1996, 6). Sie repräsentiert ein umfassendes Maß zur Beurteilung der subjektiven Lebensqualität und zählt zu den bekanntesten Indikatoren zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens (vgl. Diener 1984).

Akzeptiert man die These, dass ein gesteigertes Bewusstsein der Gesellschaft für die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu bedürfnisgerechteren Entscheidungen führt, so ist zu erwarten, dass diese Entscheidungen zu günstigeren Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche und folglich zu ihrer gesteigerten Lebenszufriedenheit beitragen. Unter dieser Prämisse scheint der Indikator grundsätzlich zur Überprüfung der Zielerreichung geeignet, da er diesbezüglich einen relevanten Outcome markiert.

Datengrundlage

In Österreich wird die Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der „Health Behaviour in School-aged Children Study“ (HBSC-Studie) erfasst (bei 11-, 13- und 15-Jährigen). Seit 2002 liegen diesbezüglich vergleichbare Ergebnisse vor (für 2002, 2006, 2010 sowie demnächst für 2014), die – entsprechend einem internationalen Studienprotokoll – mittels einer leicht adaptierte Form der Cantril Ladder erhoben wurden (vgl. Cantril 1965). Die Schüler/innen werden dabei gebeten, ihr Leben anhand einer Leiter einzustufen, wobei die oberste Sprosse („10“) das bestmögliche, der Boden („0“) das schlechtest mögliche Leben symbolisiert. Laut HBSC-Protokoll werden Werte zwischen 0 und 5 als geringe, zwischen 6 und 8 als mittelmäßige und von 9 bis 10 als hohe Lebenszufriedenheit eingestuft.

Sollte die Lebenszufriedenheit auch weiterhin Bestandteil der österreichischen HBSC-Befragung bleiben, so wäre damit auch zukünftig eine vergleichbare Datengrundlage geschaffen. Dies sollte jedoch durch entsprechende Entscheidungen abgesichert werden.

Ergebnisse

Im Jahr 2010 bewertete Österreichs Jugend (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) ihre Lebenszufriedenheit mit durchschnittlich 7,6 von zehn Punkten ein ($SD^3 = 1,9$). Mädchen berichteten

2

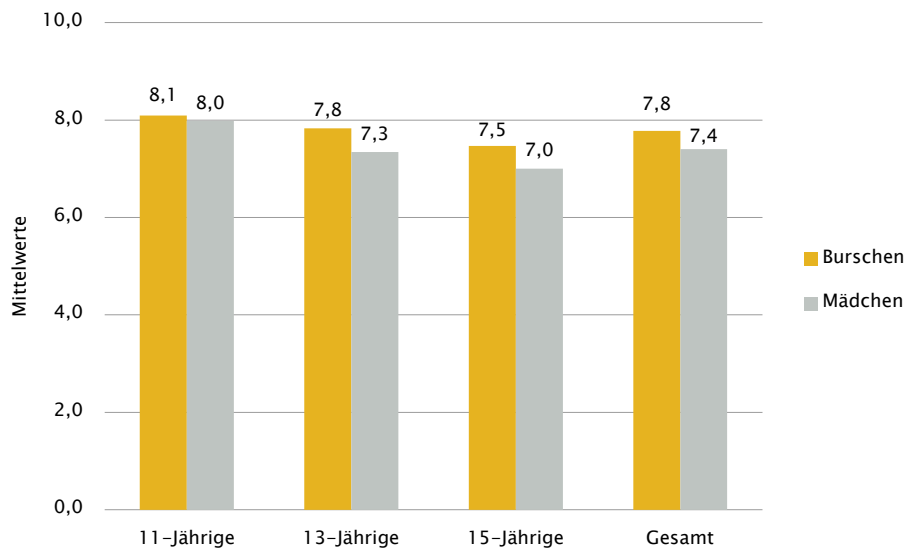
„[...] the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole.“ (Veenhoven 1996, 6)

3

Standardabweichung

dabei über eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit als Burschen (7,4 vs. 7,8), 15-Jährige über eine signifikant niedrigere als 11- und 13-Jährige⁴ (Abbildung 3.1). Die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen nimmt folglich mit dem Älterwerden ab, wobei Geschlechtsunterschiede erst ab dem 13. Lebensjahr ersichtlich werden.

Abbildung 3.1:
Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Alter und Geschlecht, 2010



0 = das schlechtest mögliche Leben; 10 = das bestmögliche Leben

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

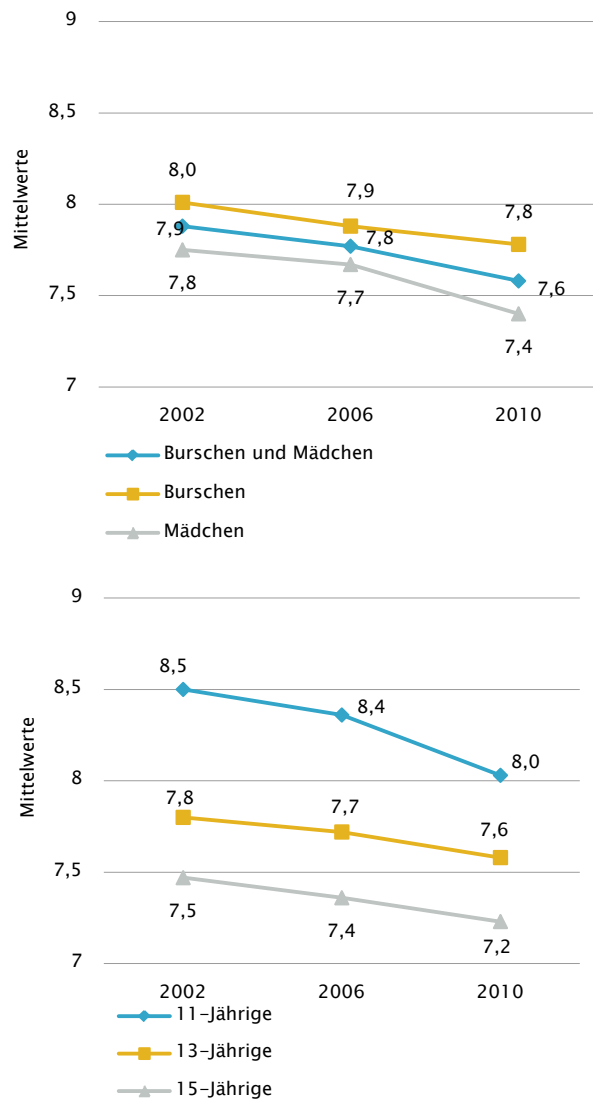
In Österreich hat die Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen seit 2002 signifikant abgenommen (Ramelow et al. 2011): Dies gilt für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen (Abbildung 3.2), erweist sich jedoch für Mädchen und 11-Jährige etwas stärker akzentuiert als für die anderen Gruppen.

4

Die statistischen Zusammenhänge und Effekte wurden – je nach Datenformat – mit Hilfe geeigneter Chi-Quadrat-Tests, mit Hilfe des Spearman- bzw. des Pearson-Korrelationskoeffizienten und dahinterliegender Signifikanztests sowie mit Hilfe univariater Varianzanalysen und nicht parametrischer Tests ermittelt. Alle in diesem Abschnitt berichteten Ergebnisse sind auf dem 5%-Niveau ($p < 0,05$) statistisch signifikant.

Abbildung 3.2:

Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-jähriger im Zeitverlauf nach Alter und Geschlecht, 2002–2010



0 = das schlechtest mögliche Leben; 10 = das bestmögliche Leben

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2002, 2006, 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

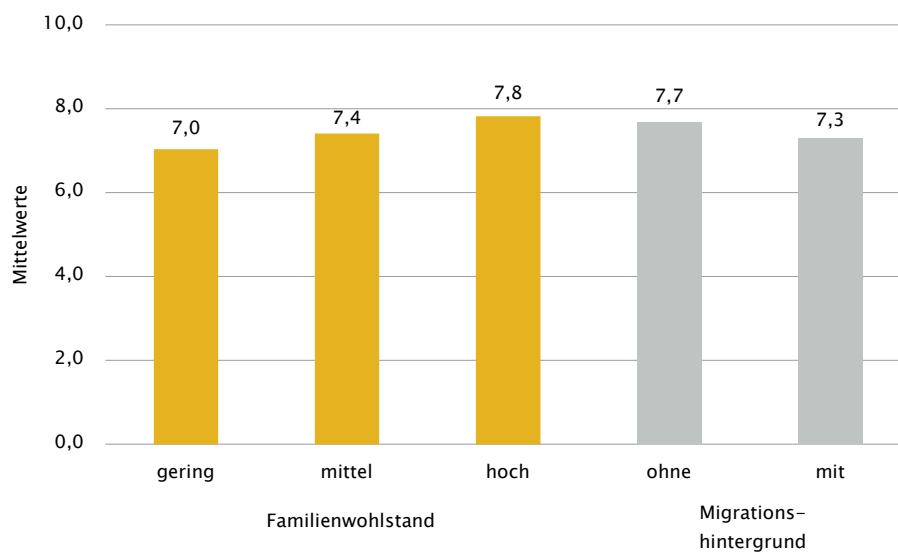
Vergleiche zwischen Wohlstandsgruppen⁵ sowie nach Migrationshintergrund⁶ verdeutlichen, dass Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sowie Kinder und

5

Die familiäre Wohlstandssituation wird im HBSC-Kontext mithilfe der „Family Affluence Scale“ (Familienwohlstandsskala)

Jugendliche mit Migrationshintergrund eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit berichten, als dies Kinder und Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien sowie Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund tun (Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Familienwohlstand und Migrationshintergrund, 2010



0 = das schlechtest mögliche Leben; 10 = das bestmögliche Leben

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen aus Süd- und Westösterreich jene der Kinder und Jugendlichen aus Nord- und Ostösterreich übersteigt (Abbildung 3.4).

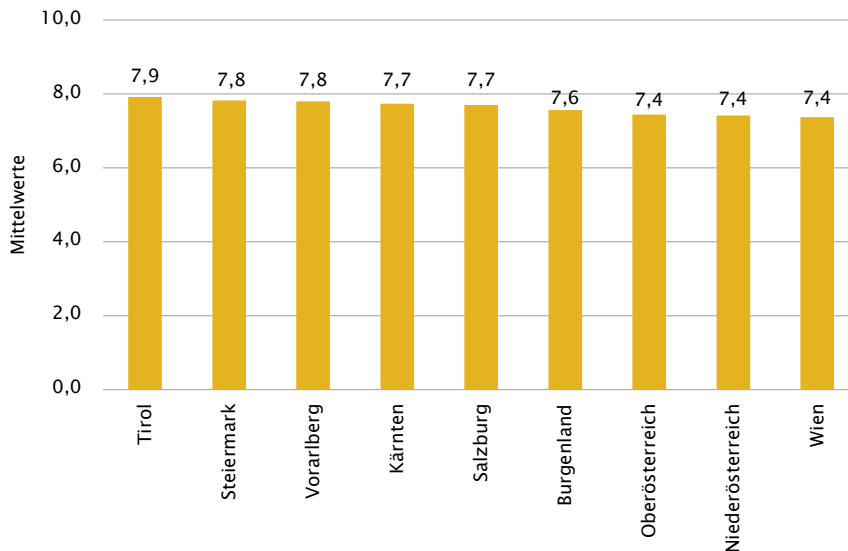
erhoben. Sie erfasst mit einfach zu beantwortenden Fragen (nach der Anzahl der Computer, Anzahl der Autos/Busse, dem Vorhandensein eines eigenen Zimmers und der Anzahl der in den letzten 12 Monaten verbrachten Urlaube), das Sachvermögen der Familien und bildet, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen ab. Die Einzelfragen werden dabei zu einem Gesamtindex zusammengefasst, der anschließend in drei Wohlstandsgruppen unterteilt wird (gering, mittel, hoch; vgl. Ramelow et al. 2011).

6

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in diesem Bericht jene Personen, die mindestens einen Elternteil aufweisen, der im Ausland geboren ist.

Abbildung 3.4:

Mittlere Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-jähriger nach Bundesländern, 2010

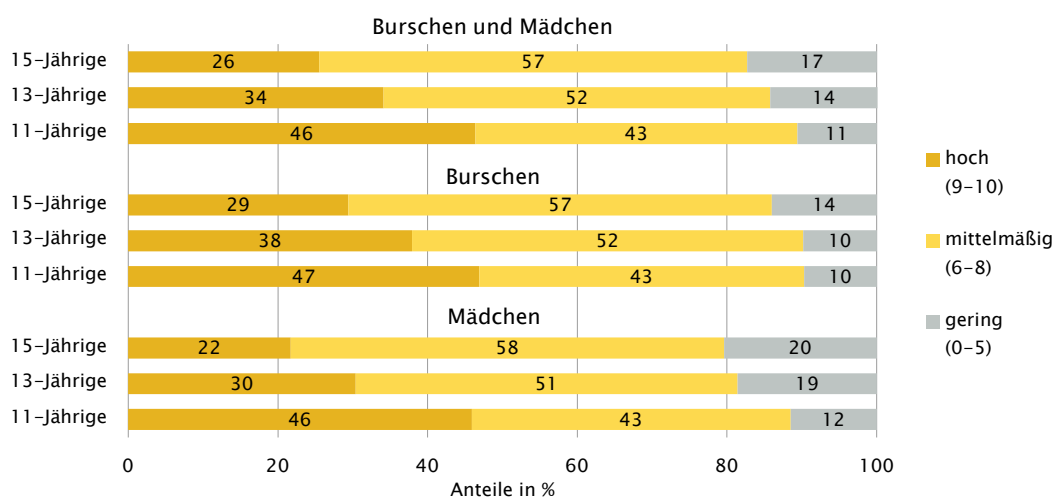


Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Insgesamt beurteilen rund 35 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen ihre Lebenszufriedenheit als hoch (Burschen: 38 %, Mädchen: 32 %), rund 14 Prozent als gering (Burschen: 11 %, Mädchen: 17 %). Der Anteil hoch Zufriedener nimmt mit dem Alter deutlich ab (von 46 auf 26 %), der Anteil geringfügig Zufriedener hingegen deutlich zu (von 11 auf 17 %; Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:

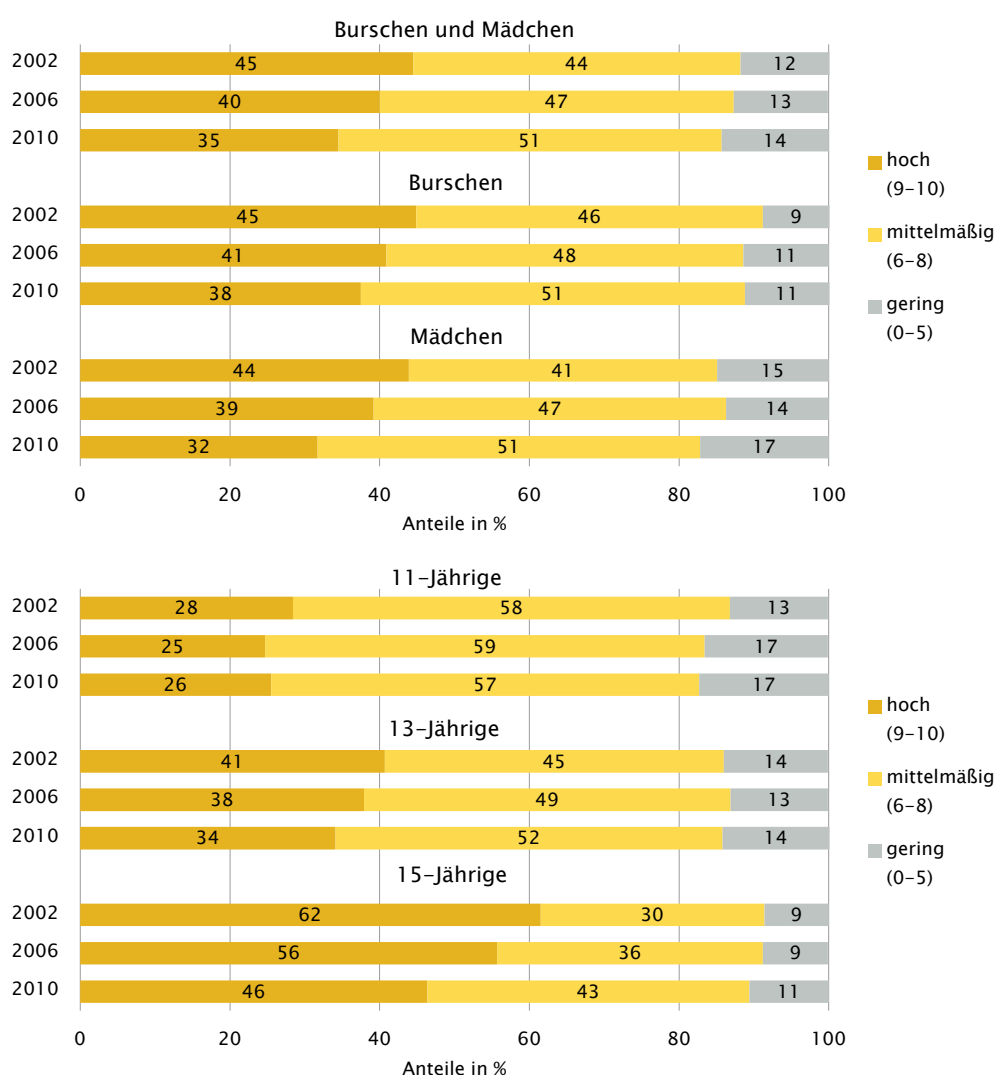
Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-jähriger nach Alter und Geschlecht, 2010



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Abnahme der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit (Abbildung 3.2) durch den sinkenden Anteil an hoch Zufriedenen sowie durch eine gleichzeitige Zunahme des Anteils an gering zufriedenen Kindern und Jugendlichen bedingt ist (Abbildung 3.6). Im internationalen Vergleich rangiert Österreichs Jugend damit (was den Anteil hoch zufriedener Schüler/innen anbelangt) – je nach Altersgruppe – im oberen bis mittleren Mittelfeld (Currie et al. 2012, 72 ff.).

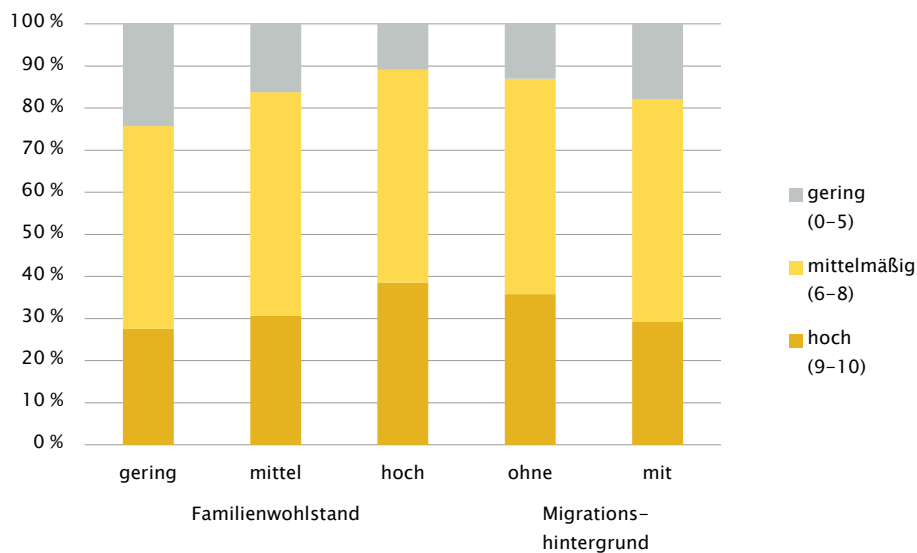
Abbildung 3.6:
Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger im Zeitverlauf nach Alter und Geschlecht, 2002–2010



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Die zusammengefasste Lebenszufriedenheit nach Wohlstandgruppen und Migrationshintergrund findet sich in Abbildung 3.7.

Abbildung 3.7:
Lebenszufriedenheit 11-, 13- und 15-Jähriger nach Familienwohlstand und
Migrationshintergrund, 2010



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung und Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Zielvorgabe

Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 scheint – unter Bedachtnahme der bisherigen Entwicklung (Rückgang der Lebenszufriedenheit zwischen 2002 und 2010 um 3,8 %) – ein ambitioniertes Vorhaben. Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit würde demnach nicht nur einer Trendumkehr bedürfen, sondern auch eine Steigerung um den beinahe dreifachen Faktor. Der Zielwert würde im Durchschnitt 8,3 Punkte betragen.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator ist geeignet, um den Zielerreichungsgrad des R-GZ 6 WZ 1 zu überprüfen.
- » Sollte die „Lebenszufriedenheit“ auch weiterhin Bestandteil der österreichischen HBSC-Befragung bleiben, so wäre damit auch zukünftig eine vergleichbare Datengrundlage geschaffen. Dies sollte durch entsprechende Entscheidungen abgesichert werden.
- » Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 scheint ein ambitioniertes Vorhaben und sollte von der Arbeitsgruppe noch einmal überdacht werden.

3.2 WZ 2 – Frühgeburtenrate

Passung Indikator Wirkungsziel

Die Frühgeburtenrate gibt Auskunft über den Anteil der Frühgeborenen (geboren ab der 22. und vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche⁷) an allen Lebendgeborenen⁸ (Klimont 2012; Statistik Austria 2013). Da Frühgeburten sowohl mit einem erhöhten Erkrankungs- und Sterberisiko als auch mit einem erhöhten Risiko späterer Gesundheits- und Entwicklungsprobleme einhergehen, kann die Frühgeburtenrate als ein geeigneter Indikator zur Operationalisierung des WZ 2 gesehen werden. Der Schweregrad der Frühgeburt wird dabei anhand des Schwangerschaftsalters festgelegt (Klimont 2012):

- » Extrem frühe Geburt: unter 28 vollendeten Wochen
- » Sehr frühe Geburt: von 28 vollendeten bis unter 32 vollendeten Wochen
- » Mäßig frühe Geburt: von 32 vollendeten bis unter 34 vollendeten Wochen
- » Späte Frühgeburt: von 34 vollendeten bis unter 37 vollendeten Wochen

Insgesamt betrachtet ist die Frühgeburtenrate im Steigen begriffen. Als mögliche Ursachen werden dabei nachstehende Punkte diskutiert (vgl. Beck et al. 2010; Shapiro-Mendoza/Lackritz 2012):

- » gesteigerte Anzahl an Mehrlingsschwangerschaften;
- » verstärkter Einsatz von assistierten Reproduktionstechnologien;
- » steigendes Fertilitätsalter (vor allem bei Frauen über 34 Jahren);
- » offensivere Maßnahmen bei der Reanimation sehr früh Geborener;
- » Zunahme geburtsunterstützender Interventionen wie zum Beispiel der vermehrte Einsatz geplanter Kaiserschnitte.

Aufgrund der deutlichen Zusammenhänge zwischen der Frühgeburtenrate mit anderen im Wirkungsziel angesprochenen Faktoren (zu geringes Geburtsgewicht, Mehrlingsschwangerschaften, Kaiserschnitte, Säuglingssterblichkeit; vgl. Klimont 2012), erscheint der Indikator geeignet, um das Wirkungsziel zu erfassen. Ergänzend dazu könnte noch –

7

In einigen europäischen Ländern gibt es eine Untergrenze, ab welcher Schwangerschaftswoche einer Lebendgeburt zu registrieren ist. Auch PERISTAT, ein EU-Projekt, das sich mit der Entwicklung und Berechnung perinataler Gesundheitsindikatoren beschäftigt hat, basiert seine Auswertungen auf Lebend- und Totgeburten ab der 22. vollendeten Schwangerschaftswoche. Ebenso empfehlen nationale Expertinnen und Experten bei der Berechnung der Frühgeburtenrate eine Untergrenze einzuziehen.

8

„Ein Lebendgeborenes ist eine aus der Empfängnis stammende Frucht, die unabhängig vom Schwangerschaftsalter vollständig aus dem Mutterleib ausgestoßen oder extrahiert ist, nach Verlassen des Mutterleibes atmet oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennen lässt, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchtrennt oder die Plazenta ausgestoßen wurde oder nicht. Jedes unter diesen Voraussetzungen neugeborene Kind ist als lebendgeboren zu betrachten.“ (Klimont 2012)

bezogen auf das Gratisimpfprogramm – die Durchimpfungsrate bei Säuglingen und Kleinkindern vorgeschlagen werden. Diesbezüglich mangelt es jedoch bisher an einer soliden und validen Datenbasis (Stoppacher et al. 2013).

Datengrundlage

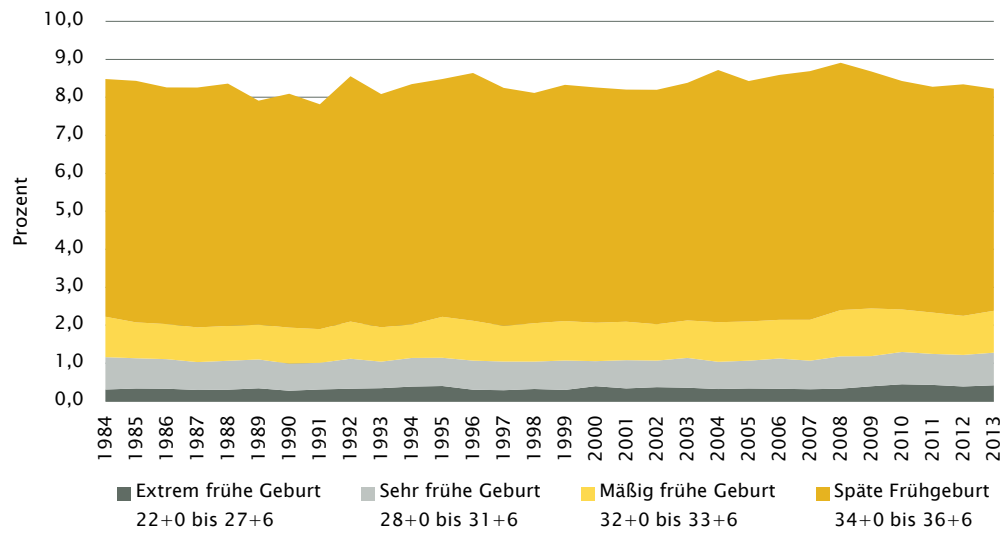
Die Datenbasis zur Frühgeburtenrate kann als verlässlich eingestuft werden. Sie wird jährlich veröffentlicht und beruht auf der Geburtenstatistik. Letztere umfasst alle Geburten von in Österreich wohnhaften Müttern (Klimont 2012).

Ergebnisse

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 78.924 Kinder lebend geboren (ab der Schwangerschaftswoche 22+0 und mehr). Davon kamen 6.587 zu früh auf die Welt. Die Frühgeburtenrate betrug damit rund 8,3 Prozent. Der Großteil der Frühgeborenen (73 %) wurde zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche (späte Frühgeburt), rund 12 Prozent wurden in der 32. oder 33. Schwangerschaftswoche geboren (mäßig frühe Geburt). Weitere 10 Prozent kamen in der 28. bis 31. Schwangerschaftswoche (sehr frühe Geburt), 5 Prozent vor Vollendung der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt (extreme Frühgeburten).

Die Frühgeburtenrate lag in den letzten zwanzig Jahren konstant zwischen 8 und 9 Prozent. Die Entwicklung der letzten zehn Jahre lässt dabei einen steigenden Trend zwischen 2002 (8,2 %) und 2008 (8,9 %) und seither einen leichten Rückgang erkennen (vgl. Abbildung 3.8 sowie Tabelle 3.1).

Abbildung 3.8:
Frühgeburtenrate nach Schweregrad der Frühgeburt, 1984–2013



Lebendgeborene in der Schwangerschaftswoche 22+0 bis 36+6
1995 bis 2010: revidierte Werte bezüglich der Schwangerschaftsdauer

Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 3.1:
Frühgeborenenrate seit 1984 nach Schwangerschaftsdauer

| Jahr | Frühgeborenenrate ¹⁾ nach Schwangerschaftsdauer | | | | |
|--------------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | insgesamt | 22+0 bis 27+6 | 28+0 bis 31+6 | 32+0 bis 33+6 | 34+0 bis 36+6 |
| 1984 | 8,5 | 3,7 | 10,0 | 12,5 | 73,8 |
| 1985 | 8,4 | 4,0 | 9,4 | 11,2 | 75,4 |
| 1986 | 8,3 | 4,0 | 9,4 | 11,2 | 75,4 |
| 1987 | 8,3 | 3,6 | 8,9 | 11,1 | 76,4 |
| 1988 | 8,4 | 3,7 | 9,1 | 11,0 | 76,3 |
| 1989 | 7,9 | 4,3 | 9,6 | 11,6 | 74,5 |
| 1990 | 8,1 | 3,4 | 8,8 | 11,7 | 76,0 |
| 1991 | 7,8 | 4,0 | 9,0 | 11,3 | 75,7 |
| 1992 | 8,6 | 3,9 | 9,2 | 11,4 | 75,5 |
| 1993 | 8,1 | 4,3 | 8,6 | 11,2 | 75,9 |
| 1994 | 8,4 | 4,6 | 9,0 | 10,6 | 75,7 |
| 1995 ²⁾ | 8,5 | 4,7 | 8,8 | 12,7 | 73,8 |
| 1996 | 8,6 | 3,5 | 8,9 | 12,1 | 75,5 |
| 1997 | 8,3 | 3,5 | 9,2 | 11,4 | 75,9 |
| 1998 | 8,1 | 4,0 | 8,9 | 12,4 | 74,7 |
| 1999 | 8,3 | 3,6 | 9,3 | 12,5 | 74,6 |
| 2000 | 8,3 | 4,8 | 8,0 | 12,2 | 75,0 |
| 2001 | 8,2 | 4,1 | 9,1 | 12,3 | 74,5 |
| 2002 | 8,2 | 4,5 | 8,5 | 11,7 | 75,3 |
| 2003 | 8,4 | 4,3 | 9,4 | 11,8 | 74,6 |
| 2004 | 8,7 | 3,7 | 8,2 | 12,0 | 76,1 |
| 2005 | 8,4 | 4,0 | 8,7 | 12,3 | 75,1 |
| 2006 | 8,6 | 3,8 | 9,3 | 11,9 | 75,0 |
| 2007 | 8,7 | 3,7 | 8,6 | 12,4 | 75,3 |
| 2008 | 8,9 | 3,7 | 9,5 | 13,7 | 73,1 |
| 2009 | 8,7 | 4,6 | 9,1 | 14,5 | 71,8 |
| 2010 | 8,4 | 5,3 | 10,1 | 13,3 | 71,3 |
| 2011 | 8,3 | 5,2 | 9,9 | 13,1 | 71,8 |
| 2012 | 8,3 | 4,7 | 10,0 | 12,3 | 73,0 |
| 2013 | 8,2 | 5,1 | 10,4 | 13,4 | 71,0 |

1) Lebendgeborene in der Schwangerschaftswoche 22+0 bis 36+6

2) 1995 bis 2010: revidierte Werte bezüglich der Schwangerschaftsdauer

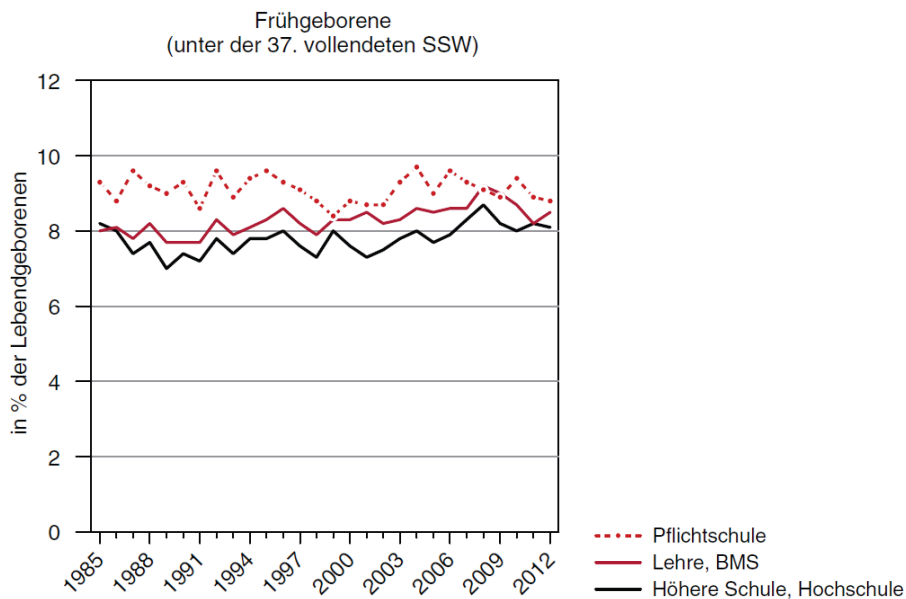
Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; erstellt am 21. 5. 2014

Eine gesteigerte Frühgeburtenrate findet man sowohl bei Mehrlingsschwangerschaften als auch bei einer späteren Mutterschaft. Im Jahr 2013 wurden 6,3 Prozent aller Einzelgeburten, jedoch 64,4 Prozent aller Mehrlingsgeburten zu früh geboren. Die Kaiserschnitttrate lag bei den Frühgeborenen unter der 34. Schwangerschaftswoche bei 75 Prozent. Darüber hinaus bestimmt die Schwangerschaftsdauer die Überlebenschancen eines Neugeborenen: Nur 70 Prozent der vor der 28. Schwangerschaftswoche Geborenen überleben das erste Lebensjahr. Wird hingegen die

32. Schwangerschaftswoche erreicht, steigt die Überlebenschance auf 99 Prozent.⁹ Die Schwangerschaftsdauer weist zudem einen engen Zusammenhang mit dem Geburtsgewicht der Neugeborenen auf. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 2.500g gelten dabei als unterge- wichtig. 2011 kamen in Österreich rund 71 Prozent aller „Low birth weight-Babys“ vor Vollen- dung der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt (Klimont 2012).

Je höher der Bildungsstand der Mutter, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Frühge- burt und desto größer sind auch die Überlebenschancen eines Frühgeborenen (Klimont 2012; Statistik Austria 2013). Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Frühgeborenen unter den Geburten von Frauen mit einem Pflichtschulabschluss 8,8 Prozent, während dieser bei Frauen mit abgeschlossener Lehre bzw. mit einer abgeschlossenen berufsbildenden mittleren Schule 8,5 Prozent, bei Frauen mit einem Universitätsabschluss „nur“ 8,1 Prozent betrug (STAT 2013). Zeitliche Entwicklungen lassen dabei erkennen, dass diese bildungsbedingten Unterschiede in der Frühgeburtenrate in den letzten Jahrzehnten jedoch abgenommen haben (Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
Frühgeburtenrate nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Mutter, 1985–2012



Quelle: Statistik Austria 2013 – Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012

9

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/fruehgeburten/index.html

Zielvorgabe

Die Reduktion der Frühgeburtenrate um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 scheint – unter Bedachtnahme der bisherigen Entwicklung (Abbildung 3.8) – ein ambitioniertes Vorhaben. Eine Reduktion um 10 Prozent würde (bezogen auf das Jahr 2012) eine Frühgeburtenrate von 7,5 Prozent bedeuten.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator ist geeignet, um den Zielerreichungsgrad des R-GZ 6 WZ 2 zu erfassen.
- » Die Datenbasis zur Frühgeburtenrate steht jährlich zur Verfügung und kann als verlässlich eingestuft werden.
- » Die Reduktion der Frühgeburtenrate um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 scheint ein ambitioniertes Vorhaben und sollte von der Arbeitsgruppe noch einmal überdacht werden.

3.3 WZ 2 – Lebenszufriedenheit

Passung Indikator Wirkungsziel

Wie bereits in Abschnitt 3.1 dargestellt, beschreibt die allgemeine Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*) das Ausmaß, in dem Menschen ihr Leben (als Ganzes) positiv beschreiben. Sie repräsentiert ein umfassendes Maß zur Beurteilung der subjektiven Lebensqualität und zählt zu den bekanntesten Indikatoren zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens.

Da das subjektive Wohlbefinden einen integralen Bestandteil moderner Gesundheitskonzepte darstellt (vgl. WHO 1946) und die zukünftige Gesundheit am stärksten durch den aktuellen Gesundheitszustand bestimmt wird (vgl. Becker 2006), kann davon ausgegangen werden, dass sich hohe Lebenszufriedenheit im Kindes- und Jugendalter auch im Erwachsenenalter fort-schreibt. Hohe Lebenszufriedenheit in dieser Lebensphase kann somit als ein wichtiges Fundament für eine langfristige Gesundheit angenommen werden.

Datengrundlage

siehe WZ 1 – Lebenszufriedenheit

Ergebnisse

siehe WZ 1 – Lebenszufriedenheit

Zielvorgabe

siehe WZ 1 – Lebenszufriedenheit

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator ist geeignet, um den Zielerreichungsgrad des R-GZ 6 WZ 2 zu überprüfen.
- » Sollte die „Lebenszufriedenheit“ auch weiterhin Bestandteil der österreichischen HBSC-Befragung bleiben, so wäre damit auch zukünftig eine vergleichbare Datengrundlage geschaffen. Dies sollte durch entsprechende Entscheidungen abgesichert werden.
- » Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 scheint ein ambitioniertes Vorhaben und sollte von der Arbeitsgruppe noch einmal überdacht werden.

3.4 WZ 3 – Selbstwirksamkeit

Passung Indikator Wirkungsziel

Die Selbstwirksamkeit ist das Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, alltägliche Probleme und Herausforderungen adäquat bewältigen und lösen zu können (Schwarzer 2004). Sie ist sowohl für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen als auch für ihr Gesundheitsverhalten von Bedeutung und spielt – im Sinne des „Life-skills-Approach“ – sowohl in der Prävention riskanter Verhaltensweisen (Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln), in der Vermeidung von Gewalt als auch in der Förderung der psychischen Gesundheit eine zentrale Rolle (Wirl/Braunegger-Kallinger 2012). Als Quellen der Selbstwirksamkeit fungieren dabei eigene Erfolgserlebnisse, beobachtete Bewältigungserfahrungen sowie Rückmeldungen und verbale Ermutigungen (Bandura 1977). Die Selbstwirksamkeit kann damit als ein geeigneter Indikator zur Operationalisierung der allgemeinen Lebenskompetenz verstanden werden.

Datengrundlage

In Österreich wurde die Selbstwirksamkeit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der HBSC-Studie erhoben (bei 11-, 13- und 15-Jährigen). Seit 2002 liegen diesbezüglich vergleichbare Ergebnisse vor (für 2002, 2006 und 2010), die mit Hilfe der General Self-Efficacy Scale von Ralf Schwarzer erhoben wurden (vgl. Schwarzer/Jerusalem 1999). In den Jahren 2002 und 2006 wurde eine gekürzte Fassung angewendet (5-Item-Version), während 2010 die gesamte Fragebatterie (10 Items) erhoben wurde. Zudem wurde 2010 ein modifiziertes Antwortschema eingesetzt, das nur eingeschränkt mit den vorangegangenen Erhebungswellen vergleichbar ist. Auf die Darstellung zeitlicher Entwicklung wird deshalb verzichtet.

2014 wurden keine Daten zur Selbstwirksamkeit erhoben. Vergleiche zum Jahr 2010 sind damit vorerst nicht möglich. Sollte die Selbstwirksamkeit allerdings wieder ins Fragenprogramm der

HBSC-Studie aufgenommen werden (was im nationalen Fragebogenteil jedenfalls möglich ist, unabhängig von der Abstimmung auf internationaler Ebene), könnten ab 2018 erste Vergleiche angestellt werden. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit müsste dabei allerdings auf das im Jahr 2010 verwendete Messinstrument zurückgegriffen werden.

Ergebnisse

Die Selbstwirksamkeit wurde 2010 von Österreichs Schüler/innen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) mit durchschnittlich 3,0 von 4 Punkten bewertet ($SD^{10} = 0,6$). Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen, älteren und jüngeren Schülerinnen und Schülern (vgl. Ramelow et al. 2011) sowie nach Migrationshintergrund fanden sich dabei nicht.¹¹

Ein deutlicher Gradient in der Selbstwirksamkeit zeigt sich hingegen hinsichtlich der familiären Wohlstandssituation: Kinder und Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien verfügen demnach über eine höhere Selbstwirksamkeit als Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Haushalten.

Gemäß HBSC-Befragung verfügte 2010 rund jede/r fünfte Schüler/in (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) über eine hohe, weitere zwei Drittel über eine eher hohe Selbstwirksamkeit. Rund 14 Prozent der Schüler/innen stuften diese als (eher) gering ein. Hinsichtlich der familiären Wohlstandssituation zeigt sich, dass rund 77 Prozent Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien über eine hohe oder eher hohe Selbstwirksamkeit verfügen, während dies auf rund 89 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus finanziell besser gestellten Familien zutrifft.

Zielvorgabe

Eine Steigerung der Selbstwirksamkeit um zehn Prozent bis zum Jahr 2032 würde eine Steigerung der mittleren Selbstwirksamkeit von rund 3,0 auf einen Wert von rund 3,3 Punkten bedeuten. Da jedoch keine Angaben zu zeitlichen Trends vorliegen, ist eine Einschätzung dieser Zielvorgabe derzeit nicht möglich.

¹⁰
Standardabweichung

¹¹
Die statistischen Zusammenhänge und Effekte wurden – je nach Datenformat – mit Hilfe geeigneter Chi-Quadrat-Tests, mit Hilfe des Spearman- bzw. des Pearson-Korrelationskoeffizienten und dahinterliegender Signifikanztests sowie mit Hilfe univariater Varianzanalysen und nicht parametrischer Tests ermittelt. Alle in diesem Abschnitt berichteten Ergebnisse sind auf dem 5%-Niveau ($p < 0,05$) statistisch signifikant.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator ist geeignet, um den Zielerreichungsgrad des R-GZ 6 WZ 3 zu überprüfen.
- » Zur Sicherung der Datenbasis sollte die „Selbstwirksamkeit“ wieder ins Fragenprogramm der HBSC-Studie aufgenommen werden. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit müsste dabei allerdings auf das im Jahr 2010 verwendete Messinstrument zurückgegriffen werden. Dies sollte durch entsprechende Entscheidungen abgesichert werden.
- » Eine Einschätzung der Zielvorgabe ist aufgrund fehlender zeitlicher Trends nicht möglich.

3.5 WZ 3 – Rate früher Schulabgänger/innen

Passung Indikator Wirkungsziel

Als frühe Schulabgänger/innen werden Personen zwischen 18 und 24 Jahren bezeichnet, die über keine weiterführenden Bildungsabschlüsse verfügen (ISCED 3a/b oder höher) und an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen (Winkler/Anzenberger 2013).

Da Bildung sowohl für die Gesundheit als auch für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von besonderer Bedeutung ist (z. B. Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Einkommen und berufliche Position; vgl. Richter/Hurrelmann 2009; Röthlin et al. 2013) (HLS-EU Consortium 2012), kann die Rate der frühen Schulabgänger/innen als ein wesentlicher Indikator zur Operationalisierung des WZ 3 angesehen werden.

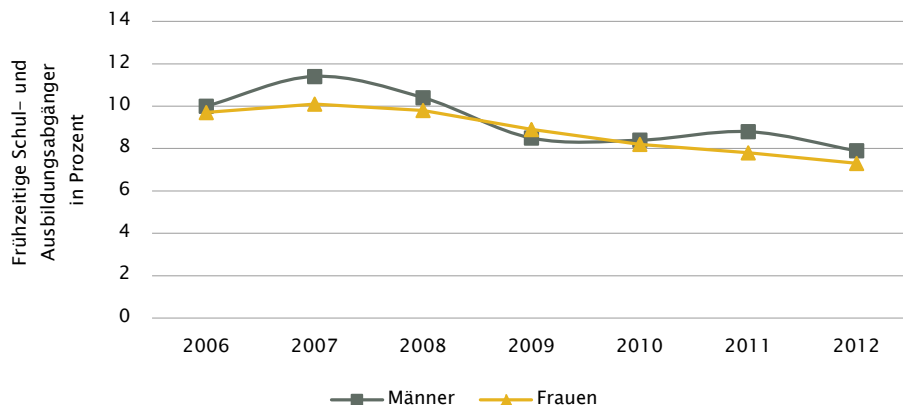
Datengrundlage

Ermittelt wird die Rate der frühen Schulabgänger/innen auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Sie liefert jährliche Ergebnisse und erlaubt EU-weite Vergleiche.

Ergebnisse

Seit 2009 ist die Quote der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger in Österreich gesunken (Abbildung 3.10). Sie betrug 2012 rund 7,6 Prozent und lag bei den Männern um 0,6 Prozentpunkte höher (7,9 %) als bei den Frauen (7,3 %).

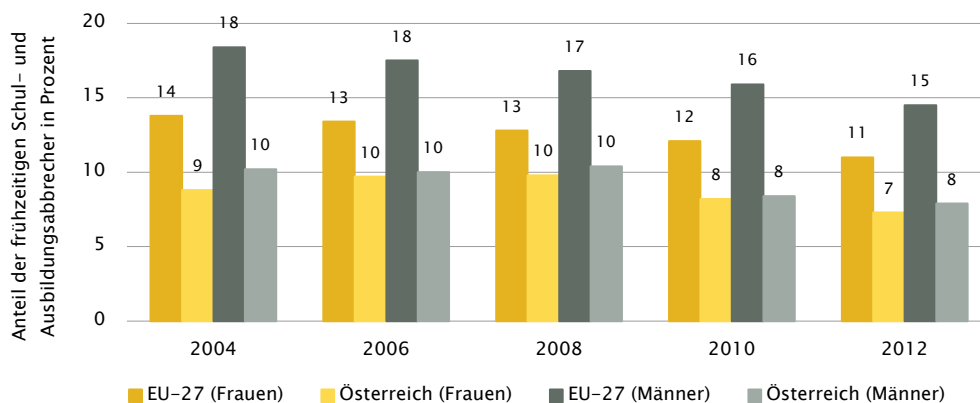
Abbildung 3.10:
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht, 2006–2012



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung nach Statistik Austria 2012, 43; Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Verglichen mit dem Großteil anderer europäischer Länder ist der Anteil an frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgängern in Österreich mit rund acht Prozent relativ gering. Damit liegt Österreich um fünf Prozentpunkte niedriger als der EU-27-Durchschnitt (Winkler/Anzenberger 2013). Weiterführende Vergleiche nach einzelnen Erhebungsjahren sowie nach Geschlecht sind in Abbildung 3.11 ersichtlich.

Abbildung 3.11:
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger im internationalen Vergleich, 2012



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zielvorgabe

Die Reduktion des Anteils früher Schulabgänger/innen um 30 Prozent bis zum Jahr 2032 scheint – unter Bedachtnahme der bisherigen Entwicklung (Rückgang des Anteils früher Schulabgänger/innen) –

ger/innen zwischen 2006 und 2012 um rund 22 %) – ein durchaus realistisches Ziel. Eine Reduktion um 30 Prozent bis zum Jahr 2032 würde demnach – im Vergleich zu 2012 – eine Rate früher Schulabgänger/innen von rund 5,3 Prozent bedeuten.

Zusammenfassung

- » Der vorgeschlagene Indikator ist geeignet, um den Zielerreichungsgrad des R-GZ 6 WZ 3 zu überprüfen.
- » Die Rate der frühen Schulabgänger/innen wird auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt. Sie liefert jährliche Ergebnisse und erlaubt EU-weite Vergleiche.
- » Die Reduktion des Anteils früher Schulabgänger/innen um 30 Prozent bis zum Jahr 2032 scheint ein realistisches Ziel.

4 Resümee und Ausblick

Die Umsetzung der R-GZ wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet. Dieses sieht auf Ebene der Wirkungsziele ein Ergebnismonitoring vor. Alle diesbezüglich vorgeschlagenen Indikatoren werden einer Machbarkeitsprüfung unterzogen, um sicherzustellen, dass die Indikatoren für ein langfristiges Monitoring geeignet sind. 2014 wurde dies für die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6 durchgeführt.

Die Machbarkeitsprüfung hat gezeigt, dass die ausgewählten Indikatoren grundsätzlich geeignet sind, um die Wirkungsziele zu beobachten. Für einige Indikatoren ist jedoch unklar, ob es auch zukünftig die dafür notwendige Datenbasis geben wird (Gesundheitskompetenz, Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit). Dies gilt es durch (politische) Entscheidungen zu sichern. Darüber hinaus wurde deutlich, dass einige Indikatoren mit äußerst ambitionierten Zielvorgaben versehen wurden (Lebenszufriedenheit, Frühgeburtenrate), während bei anderen Indikatoren die Erarbeitung von Zielvorgaben noch erfolgen wird.

2015 werden die Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 1 und 2 einer Machbarkeitsprüfung unterzogen. Zudem werden die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfungen zusammen mit den Ergebnissen der Meta-Indikatoren in einen Gesamtbericht integriert. 2016 wird dieser zudem um Ergebnisse zum Maßnahmen-Monitoring ergänzt.

Literatur

- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review 84/2:191–215
- Beck, Stacy; Wojdyla, Daniel; Say, Lale; Betran, Ana Pilar; Merialdi, Mario; Requejo, Jennifer Harris; Rubens, Craig; Menon, Ramkumar; Van Look, Paul FA (2010): The worldwide incidence of preterm birth. A systematic review of maternal mortality and morbidity. In: Bulletin of the World Health Organization 88/1:31–38
- Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J; Parker, Ruth (2012): Attributes of a health literate organization. Discussion Paper. academies, Institute of Medicine of the national
- Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Rahmen-Gesundheitsziel 6. Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Wien
- Cantril, Hadley (1965): The Pattern of human concerns. Rutgers University Press
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Policy for Children and Adolescents, Bd. 6, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Diener, Ed (1984): Subjective well-being. In: Psychological Bulletin 95/3:542–575
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Klimont, Jeanette (2012): Frühgeburten in Österreich. Zeitliche Trends und Risikofaktoren auf Basis revidierter Ergebnisse. In: Statistische Nachrichten 9/660–668

- Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Hg. v. Hernandez, Lyla M., The National Academies Press, Washington: 91–98
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften. Bd. 41. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Röthlin, Florian ; Pelikan, Jürgen ; Ganahl, Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin
- Schwarzer, Ralf (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarb. u. erw. Aufl., Hogrefe Verlag
- Shapiro-Mendoza, Carrie K.; Lackritz, Eve M. (2012): Epidemiology of late and moderate preterm birth. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, Elsevier
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z; Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12/80:
- Statistik Austria (2012): Arbeitskräfteerhebung 2011 – Ergebnisse des Mikrozensus.
- Statistik Austria (2013): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Stoppacher, Andreas; Anzenberger, Judith; Anton, Hlava (2013): Impfbericht 2013. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
- Veenhoven, Ruut (1996): Happy life-expectancy. A comprehensive measure of quality-of-life in nations. In: Social Indicators Research 39/1:1–58

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization, United Nations, City of New York

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

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

Wirl, Charlotte; Braunegger-Kallinger, Gudrun (2012): Gesundheitsförderung in der Volksschule mit Fokus auf die Stärkung von Lebenskompetenzen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Anhang

Anhang 1: Zehn Rahmen-Gesundheitsziele

Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele-Indikatoren

Anhang 1: Zehn Rahmen-Gesundheitsziele

Ziel 1:

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



Ziel 2:

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



Ziel 3:

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken



Ziel 4:

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



Ziel 5:

Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken



Ziel 6:

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen



Ziel 7:

Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen



Ziel 8:

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



Ziel 9:

Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern



Ziel 10:

Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 2: Überblick über die Meta-Indikatoren

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

Rahmen-Gesundheitsziel

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

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

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 3: Überblick über die bisher definierten Wirkungsziele–Indikatoren

| Rahmen–Gesundheitsziel | |
|---|--|
| Wirkungsziel (WZ) | Indikator (Datenquelle für den Indikator) |
| Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken | |
| WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen | Index Krankheitsbewältigung (HLS–EU) |
| WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken | Index Gesundheitsförderung (HLS–EU) Index Prävention (HLS–EU) |
| WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern | Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS–EU) |
| Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen | |
| WZ 1: Bewusstsein bei Verantwortlichen für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken | Allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC) Anzahl beschlossener Strategien, in denen Kinder und Jugendliche explizit als Zielgruppe berücksichtigt sind (Prozessindikator) |
| WZ 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen | Frühgeburtenrate (Geburtenstatistik) Allgemeine Lebenszufriedenheit (HBSC) |
| WZ 3: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen | Selbstwirksamkeitserwartung (HBSC) Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung) |

Abkürzungen: HLS–EU = European Health Literacy Survey, HBSC = Health Behavior in School–aged Children

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG