

Gesundheit in und für alle Politikfelder: Wege zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit

Gottlob, Anita; Ladurner, Joy; Ostermann, Herwig; Rojatz, Daniela

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gottlob, A., Ladurner, J., Ostermann, H., & Rojatz, D. (2023). Gesundheit in und für alle Politikfelder: Wege zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. In A. Buxbaum, U. Filipič, S. Pirklbauer, N. Soukup, & N. Wagner (Hrsg.), *Soziale Lage und Sozialpolitik in Österreich 2023: Entwicklungen und Perspektiven* (S. 69-90). Wien: ÖGB-Verlag. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-86880-0>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

GESUNDHEIT IN UND FÜR ALLE POLITIKFELDER: WEGE ZUR GESUNDHEITLICHEN CHANCENGERECHTIGKEIT

ZUSAMMENFASSUNG

Dieses Kapitel befasst sich mit Fragen der Gesundheit, der Sozialpolitik und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit im Kontext der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus. In Anbetracht aktueller und künftiger Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden die folgenden zentralen Erkenntnisse hervorgehoben:

- Die Bewältigung künftiger Krisen und die Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung kann durch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit mit gemeinsamen Zielen und Synergien zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Sektoren erleichtert werden.
- Krisen- und Resilienzpläne sollten alle Versorgungsebenen einbeziehen, um insbesondere auch Menschen zu erreichen, die sozial benachteiligt sind.
- Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass etablierte Beteiligungsstrukturen – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Interessenlagen und auch nach Maßgabe von Transparenz und Nachvollziehbarkeit – in Krisensituationen förderlich sind, um rasche Austausch- und Abstimmungsprozesse einzuleiten.

ABSTRACT

This chapter addresses questions related to health, social policy and health equity in the light of the COVID-19 pandemic and beyond. Considering future public health crises, the following key findings are emphasized:

- Countering future crises and strengthening public health can be facilitated through trans-sectoral cooperation with common goals and synergies between the health sector and other sectors.
- Crisis and resilience plans should address all levels of care provision and should make an effort to reach the whole of society, in particular people who are socially disadvantaged.
- The COVID-19 pandemic has shown that established participation structures – considering differing interests and also in accordance with transparency and traceability – facilitate the initiation of rapid exchange and coordination processes in crisis situations.

1 EINLEITUNG

Auf der 75. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2022 wurde Gesundheitsförderung von der WHO zur höchsten Priorität erklärt (Kickbusch 2022). In vielen Fällen sind Krankheiten nicht nur auf einzelne Ursachen zurückzuführen; Gesundheit wird von vielen Bereichen des sozialen Lebens beeinflusst (von der wirtschaftlichen Lage und der Arbeitsmarktsituation über die Infrastruktur bis hin zu den Bildungs- und Sozialsystemen). Der sozioökonomische Status ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Einzelnen, Gemeinschaften und der Bevölkerung (Haas et al. 2021). Insbesondere soziale Ungleichheit bzw. eine ungleiche Ressourcenverteilung und damit einhergehende Möglichkeiten und Autonomiegrade haben einen Einfluss auf betroffene Personen, Gruppen und Gesellschaften (ebd.).

Die COVID-19-Pandemie hat bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten sichtbar(er) gemacht und zum Teil noch weiter verschärft oder neue geschaffen (Haas et al. 2021, Bambra et al. 2020; ECDC 2020). Eine starke Zusammenarbeit in unterschiedlichen Politikbereichen und Sektoren wurde in vielen Ländern seit Beginn der Pandemie gelebt. Dies hat gezeigt, wie effektiv eine transsektorale, wechselseitige Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und anderen Sektoren mit gemeinsamen Zielen sein kann (Greer et al. 2022a). In zahlreichen europäischen Ländern sind die Grundsätze der Gesundheitsförderung inzwischen im Bewusstsein vieler Entscheidungsträger:innen angekommen, ebenso wie das Konzept „Health in All Policies“ (Kickbusch 2022). „Health in All Policies“ (HiAP) ist eine politische Strategie, die darauf abzielt, Bereiche wie Verkehrs-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt- oder Wirtschaftspolitik so zu gestalten, dass sie die Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit wirksam und nachhaltig für die Bevölkerung fördern (WHO 2023). Dabei spielen partizipative Prozesse und ein Fokus auf Chancengerechtigkeit eine wichtige Rolle.

Im gegenständlichen Kapitel wird einleitend kurz das österreichische Gesundheitssystem vorgestellt, des Weiteren werden zentrale reformpolitische Entwicklungen der letzten Jahre präsentiert. In der Folge wird die Bedeutung des Sozialsystems für die Gesundheit der Bevölkerung mit einem Fokus auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie diskutiert. Das Kapitel schließt mit Ansätzen für eine Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik und gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Österreich im aktuellen sozialpolitischen Kontext.

2 DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM

Das österreichische Gesundheitssystem beruht auf den Prinzipien der Solidarität und Selbstverwaltung. Alle im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen haben einen Anspruch auf solidarisch finanzierte Leistungen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zum Großteil durch eine Kombination aus Steuereinnahmen und Beiträgen der sozialen Krankenversicherung (Bachner et al. 2019). Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in Österreich im Vergleich zu anderen OECD-Ländern überdurchschnittlich hoch, ebenso wie die Zahl der Arbeitskräfte in dem Sektor und der Krankenhausbetten (OECD 2021b). Die höchsten Ausgaben erfolgen im Bereich der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhausbetten, Arbeitskräfte). Im niedergelassenen Bereich entfallen die höchsten Ausgaben auf pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (Statistik Austria 2023). Während die Gesamtausgaben für Prävention 2019 unter dem Durchschnitt der OECD-Länder lagen (OECD 2019), zeigt eine Analyse des Betrachtungszeitraums von 2012 bis 2016 (BMSGPK 2019a), dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in

Österreich in diesem Zeitraum um 21,3 % bzw. 428,6 Millionen Euro angestiegen sind. Dieser Anstieg lag gemäß OECD deutlich über der generellen Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich, die einen Zuwachs von 12,6 % in diesem Zeitraum verzeichneten (BMSGPK 2019a).

2.1 Wichtige Entwicklungen der letzten Jahre

Eine Besonderheit des österreichischen Gesundheitssystems ist die primär zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern geteilte Zuständigkeit in puncto Finanzierung und Leistungserbringung. Diese Fragmentierung bringt vielfältige Herausforderungen mit sich, wie zum Beispiel eine unzureichende Koordination der angebotenen Leistungen und damit der Versorgung für die Patient:innen (Stichwort „Best Point of Service“) sowie ein relativ hohes Ausgabenwachstum (Bachner et al. 2018). Um u. a. diesen Aspekten entgegenzuwirken, wurden auf Bundes- und Landesebene zwei Reforminitiativen ergriffen. Diese hatten folgende Ziele: erstens die strukturierte Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung entlang klar definierter gemeinsamer Ziele und zweitens die Förderung einer gemeinsamen Planung und Entscheidungsfindung, um der Zersplitterung der Finanzierung und der Zuständigkeiten entgegenzuwirken.

2.1.1 Gesundheitsziele Österreich

Die erste Initiative umfasste die Entwicklung und Einführung der „[Gesundheitsziele Österreich](#)“ (BMSGPK 2023) im Jahr 2012, die u. a. laufenden und zukünftigen Reformen bis zum Jahr 2032 einen Orientierungsrahmen bieten sollen. Mit den Gesundheitszielen Österreich soll die Lebensqualität gefördert und die Zahl der gesunden Lebensjahre für alle Menschen in Österreich erhöht werden (ebd.). Die zehn Gesundheitsziele wurden auf Basis einer [EntschlieÙung aus dem Jahr 2011](#) mit Beschluss des Nationalrats (Parlament Österreich 2023) von einem aus mehreren Sektoren besetzten Gremium („Gesundheitsziele-Plenum“) entwickelt, und sie orientieren sich am Prinzip der Gesundheit in allen Politikfeldern („Health in All Policies“, HiAP).

Der Gesundheitsziele-Prozess war einer der ersten größeren HiAP-Prozesse in Österreich, der für viele weitere nationale Pläne und Strategien zum Vorbild wurde. Auch die partizipative Einbindung relevanter Akteur:innen aus diversen Politik- und Gesellschaftsbereichen wurde seither immer bedeutender für die Entwicklung gesundheitsbezogener Initiativen (Braunegger-Kallinger et al. 2016). Das Grundprinzip des HiAP-Ansatzes stützt sich auf die Erkenntnis, dass Gesundheit wichtig für gesellschaftliche Stabilität ist und dass soziale Faktoren eng mit Gesundheit und Wohlbefinden verbunden sind – man spricht in diesem Zusammenhang auch von den sozialen Determinanten der Gesundheit (Whitehead/Dahlgren 1991). Im Zusammenhang mit den Gesundheitszielen Österreich ist auch gesundheitliche Chancengerechtigkeit ein zentraler Aspekt. Nicht alle Menschen in Österreich sind mit den gleichen Ressourcen ausgestattet, daher braucht es für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, von Armut betroffene Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund) unterschiedliche und dem jeweiligen Bedarf entsprechende Maßnahmen (Bachner et al. 2018).

Der Gesundheitsziele-Prozess ist ein dynamischer Prozess, der sich immer wieder auch aktueller Themen und gesellschaftlicher Entwicklungen und Herausforderungen annimmt – dazu zählen beispielsweise [Digitalisierung \(ELGA 2023\)](#), Herausforderungen im Zusammenhang mit der alternden Gesellschaft, Auswirkungen der Pandemie, die Verringerung von Ungleichheiten und der Einfluss des Klimawandels.

2.1.2 Zielsteuerung-Gesundheit

Die Grundprinzipien des HiAP-Ansatzes dienen auch als Orientierungsrahmen für die zweite zentrale österreichische Reformentwicklungsinitiative: die Einführung der „Zielsteuerung-Gesundheit“ (ZS-G) im Jahr 2013. Damit einher ging die Etablierung eines neuen obersten Entscheidungsgremiums für das Gesundheitssystem, der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK). Die Hauptakteur:innen der „Zielsteuerung-Gesundheit“ sind der Bund, die Länder und die Sozialversicherungsträger, diese erarbeiten gemeinsame Ziele zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Ziele und Maßnahmen werden in Bundes-Zielsteuerungsverträgen (B-ZV) festgehalten und in weiterer Folge hinsichtlich einer Umsetzung auf Landesebene von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK) in Landes-Zielsteuerungsübereinkommen operationalisiert. Zentrale Schwerpunkte im [aktuell gültigen Zielsteuerungsvertrag](#) (BMSGPK 2022) sind u. a. die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit, die Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Stärkung des ambulanten Bereichs, die [Umsetzung der Primärversorgung](#) (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2022) und die Forcierung einer gemeinsamen integrativen Versorgungsplanung. Auch im Bereich der Digitalisierung gab es Entwicklungen, wie beispielsweise den Ausbau des e-Impfpasses (Bachner et al. 2019). Ein weiterer Fokus liegt auf der psychosozialen Gesundheit.

Laut BMSGPK (2022) zeichnet sich die ZS-G durch eine innovative Form der Zusammenarbeit der zentralen Finanziers (Bund, Länder, Sozialversicherungsträger) des Gesundheitssystems aus. In Bezug auf Kooperation ist die schrittweise Einführung eines Primärversorgungsmodells in Österreich ein erster Ansatz, der auf dem Prinzip von multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegepersonen, Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und psychosozialen Personal, fußt. Primärversorgungseinheiten sind patient:innenorientiert, und die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften sowie die Verteilung ihrer Aufgaben ändern sich je nach den Bedürfnissen der Patient:innen (D'Amour et al. 2005; Saint-Pierre et al. 2018; Schwarz et al. 2022).

3 SOZIALES UND GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

3.1 Sozialschutz und Gesundheit in Österreich

Wissenschaftliche Arbeiten haben gezeigt, dass unterschiedliche, aber miteinander verflochtene sozioökonomische Faktoren die Gesundheit von Menschen auf verschiedenen Ebenen beeinflussen und starke Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit haben (CDC 2021; Marmot 2014; WHO 2021a). Der sozioökonomische Status einer Person steht in einem deutlichen Zusammenhang mit deren Gesundheit (Richter/Hurrelmann 2006). Faktoren wie Bildungsstand, Einkommen oder Lebensstandard wirken sich signifikant auf Sterblichkeit, Krankheit und gesundheitliche Outcomes aus. Ein niedriger Bildungsstand steht beispielsweise in Zusammenhang mit einer höheren Exposition gegenüber verschiedenen Risikofaktoren wie dem Rauchen und schlechteren Ernährungsgewohnheiten (OECD 2021a). Besonders Menschen, die über geringe Ressourcen verfügen, die beispielsweise von Armut betroffen oder gefährdet sind, sind weniger resilient und daher vulnerabler und haben schlechtere gesundheitliche Chancen (Marmot/Bell 2016). Sie sind u. a. häufiger von chronischen Erkrankungen und/oder frühzeitigem Tod betroffen (Wilkinson/Marmot 2003). Die durch die sozioökonomische Benachteiligung verursachte gesundheitliche Ungleichheit kann sich über den Lebensverlauf verstärken (Marmot 2014).

Sozialschutzsystemen kommt im Kontext gesundheitlicher Chancen und Chancengerechtigkeit eine zentrale Bedeutung zu (Bobek et al. 2019). Sie können Grundbedürfnisse erfüllen und existenzieller Not vorbeugen, sie können schützen, stützen und soziale Sicherheit fördern sowie Ungleichheiten reduzieren und diesen entgegenwirken. Unterstützung erfolgt in Sozialschutzsystemen durch öffentliche Leistungen, unter anderem Geldleistungen wie etwa Pensionszahlungen, Kinderbetreuungsgeld, diverse weitere Familienleistungen, Leistungen bei Arbeitslosigkeit, aber auch durch Sachleistungen wie z. B. im Bereich der Krankenversorgung (Bobek et al. 2019; Europäische Kommission 2022). Sozialschutzsysteme in europäischen Ländern sind hinsichtlich ihres Ausmaßes und ihrer Ausgestaltung sehr unterschiedlich. Österreich weist umfassende öffentliche Schutzsysteme auf; im OECD-Vergleich ist die Höhe der Sozialausgaben gemessen am Anteil am BIP hoch (Bradley/Taylor 2013; Rubin et al. 2016). Es ist belegt, dass höhere – insbesondere öffentliche – Sozialausgaben mit besseren gesundheitlichen Outcomes einhergehen (Rubin et al. 2016). Angebote wie die Frühen Hilfen (Marbler et al. 2020) versuchen, gezielt und frühzeitig anzusetzen und Familien mit verschiedenen Belastungen, darunter auch finanziellen, bedarfsgerecht zu unterstützen.

In vielen europäischen Ländern spielten die Sozialschutzsysteme eine wichtige Rolle bei der Abmilderung negativer sozialer Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (Europäische Kommission 2022; WHO 2021a). Einkommen ersetzende bzw. sichernde Maßnahmen (z. B. in Österreich das Modell der Kurzarbeit), überbrückende Hilfen und niedrigschwellige Angebote sind in solchen Zeiten speziell für stark betroffene und marginalisierte Gruppen von elementarer Bedeutung. NGOs kommt bei der Beratung, Versorgung und Betreuung eine zentrale Rolle zu (z. B. Angebote in den Bereichen Gesundheit, Lebensmittel, Wohnen usw.) (Bobek et al. 2019).

Trotz eines gut ausgebauten Sozialschutzes in Österreich bestehen – insbesondere für Menschen mit einer höheren Vulnerabilität (z. B. aufgrund von chronischen Erkrankungen, keinen/ beschränkten Kenntnissen der deutschen Sprache, beschränkten finanziellen Ressourcen, einer fehlenden Versicherung oder der Betroffenheit von Stigmatisierung) – zahlreiche Barrieren und damit geringere Chancen im Gesundheitssystem, z. B. hinsichtlich des Aufsuchens und Findens von Angeboten und/oder der Inanspruchnahme dieser (Schenk 2020). Geringere Chancen beeinflussen auch die Kontinuität der Versorgung und letztendlich gesundheitliche Outcomes wie beispielsweise Morbidität oder Mortalität. Die Orientierung im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem überfordert viele Menschen: 33 % der Bevölkerung haben Probleme, sich darin zurechtzufinden, was zur Folge hat, dass Leistungen nicht zielgerecht wirken und/oder Personen(gruppen) nicht erreicht werden (Schwarz et al. 2022).

3.2 Barrieren im Gesundheitssystem

Wie bereits erwähnt, ist die Fragmentierung der finanziellen und organisatorischen Strukturen eine zentrale Herausforderung des österreichischen Gesundheitswesens. Die oben angeführten Reformen versuchen, diese Fragmentierung zu überwinden, u. a. indem die Leistungserbringung vom stationären Sektor in die ambulante Versorgung verlagert wird (Schmidt et al. 2018). Auf einer strukturellen Ebene entstehen Barrieren, wenn nicht genügend Ressourcen und/oder Kapazitäten zur Verfügung stehen oder die Erreichbarkeit von Leistungen in einer angemessenen Zeit nicht gegeben ist (ebd.). Laut einer rezenten Studie (Schwarz et al. 2022) tragen Faktoren wie geringe Gesundheitskompetenz oder Angst vor Stigmatisierung zur Vermeidung oder Verzögerung des Aufsuchens professioneller Hilfe bei. Was die psychische oder psychosoziale Versorgung betrifft, reichen die Hauptbarrieren von Stigmatisierung über Informationsdefizite

und Wartezeiten bei Menschen mit psychischen Problemen (z. B. auf einen Termin bei Kassenpsychiater:innen) bis hin zu Hindernissen beim Zugang zu Psychotherapie sowie zu stationärer psychiatrischer Versorgung und psychiatrischer Versorgung in Krankenhausambulanzen (Akkaya-Kalayci et al. 2017; Anzenberger/Nowak 2015; Kaiser 2018).

Insbesondere Patient:innen mit niedrigem sozioökonomischem Status und darunter vor allem jene, die von Obdachlosigkeit oder Armut betroffen sind, haben ein höheres Risiko, u. a. von chronischen Schmerzen betroffen zu sein (Großschädl et al. 2016) und die richtigen Behandlungspfade nicht zu finden (Riffer/Schenk 2015; Zechmeister-Koss/Reichel 2012). Ebenso können soziokulturelle Faktoren zu Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Krankheiten beitragen (Biyikli Gültekin 2017).

Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund bringen nicht per se als gesamte Gruppe schlechtere Voraussetzungen für Gesundheit mit als andere Bevölkerungsgruppen. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe, die z. B. sowohl in der Gruppe der Akademiker:innen als auch in der Gruppe derjenigen, die als formale Bildung maximal einen Pflichtschulabschluss haben, überproportional vertreten ist (z. B. Weigl et al. 2021). Jedoch zeigen Daten auch, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger von Arbeitslosigkeit und Armutsgefährdung betroffen sind (Statistik Austria 2022; Armutskonferenz 2020). Zusätzliche spezifische Belastungen können aus dem unsicheren Aufenthaltsstatus, traumatischen Fluchterfahrungen sowie einem fehlenden sozialen Netz resultieren. Hürden für die rechtzeitige und passende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems können Verständigungsschwierigkeiten (in der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal, aber auch beim Verständnis von Informationen und Befunden), Unterschiede im Gesundheitssystem, die eine Orientierung erschweren, aber auch Diskriminierungserfahrungen sein (Haas/Braunegger-Kallinger 2021).

3.3 „Emerging Issues“ durch die COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat neue Themen und Herausforderungen mit sich gebracht, aber auch bestehende Problemlagen im Sinne eines Brennglases bzw. eines Katalysators verdeutlicht oder verstärkt. Dies betrifft u. a. Versorgungslücken, benachteiligte Personengruppen und Belastungen.

3.3.1 Zugang zu Versorgung – ungedeckter Behandlungsbedarf

In der ersten Phase der Pandemie gab in Österreich fast jede fünfte Person im erwerbsfähigen Alter an, von ungedecktem Behandlungsbedarf betroffen gewesen zu sein (Schmidt et al. 2021). Tatsächlich konnten zwar zahlreiche aufgeschobene Operationen und Behandlungen nachgeholt bzw. kompensiert werden (Eglau 2021). Dennoch stieg der Anteil der Personen, die einen ungedeckten Behandlungsbedarf aufgrund eines verschobenen Eingriffs angeben, bis zum Jänner 2021 weiter an (von 7,3 % auf 7,7 %) (Schmidt et al. 2021). Insgesamt waren ältere Menschen von ungedecktem Behandlungsbedarf eher betroffen, ebenso wie Personen mit einem subjektiv eingeschätzten schlechteren Gesundheitszustand (Schmidt et al. 2022).

Laut Auswertungen der [AKCOVID-Studie](#)¹ (IHS 2023) blieb im Juni 2020 bei jeder fünften Person im erwerbsfähigen Alter, die in Österreich einen Behandlungsbedarf hatte, dieser ungedeckt,

¹ Die Studie wurde von der Gesundheit Österreich GmbH, dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung und dem Institut für Höhere Studien durchgeführt – in Kooperation mit weiteren Partnern (Arbeiterkammer Wien und Institut für empirische Sozialforschung).

zum Großteil aus Gründen, die auf die Pandemie zurückzuführen waren (Steiber/Siegert 2021). Zudem nahmen psychische Belastungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, deutlich zu, wie [eine Erhebung](#) der Donau-Universität Krems in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien zeigt (Donauuniversität 2023). Es ist zu befürchten, dass auch diese indirekten Folgen der Pandemie verwundbare Gruppen stärker betreffen (Dale et al. 2022; Pieh et al. 2021; Schmidt 2021).

3.3.2 COVID-19-Auswirkungen auf verschiedene Personengruppen

Eine aktuelle Studie (Trauner et al. 2023) zeigt, dass die COVID-19-Hospitalisierungen zu den Spitzen der Infektionswellen teilweise große Auswirkungen auf die Auslastung der Bettenkapazitäten hatten. Auslastungen von über 33 % auf den Intensivstationen bzw. über 10 % auf den Normalstationen haben erhebliche Auswirkungen auf die intramurale Regelversorgung² und damit die öffentliche Gesundheit: Stationen müssen geschlossen werden, nicht akut notwendige Untersuchungen oder Operationen werden verschoben etc.

Das Geschlechterverhältnis aller COVID-19-Patient:innen (Normal- und Intensivpflege) war über den bisherigen Pandemieverlauf bis Ende November 2022 relativ ausgeglichen. Etwa 51 % der Patient:innen waren männlich. In den ersten beiden Pandemie Jahren war der Anteil der männlichen Patienten noch etwas größer. Ab der Phase mit Dominanz der Omikron-Variante (ab Jänner 2022) ist jedoch der Anteil der weiblichen COVID-19-Patientinnen minimal größer. Das Ungleichgewicht ist auf den Intensivstationen jedoch deutlich größer, da im bisherigen Pandemieverlauf (Aufnahmen bis Ende November 2022) etwa 63 % der Patient:innen in „Intensive Care Units“ (ICUs) männlich waren. Dieses Ungleichgewicht hat sich über die Zeit jedoch immer schwächer ausgeprägt, sodass im Herbst 2022 nur mehr etwa 58 % der ICU-Patient:innen männlich waren. Bei den männlichen COVID-19-Hospitalisierungen konnte über den gesamten bisherigen Pandemieverlauf eine durchwegs höhere Sterblichkeit beobachtet werden als bei den weiblichen Hospitalisierungen (ebd.).

Die Personengruppe der über 80-Jährigen hatte über den bisherigen Pandemieverlauf die mit Abstand höchste Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner:innen. Sowohl im März als auch im November 2022 lag die wöchentliche Hospitalisierungsrate bei über 200 pro 100.000 Einwohner:innen und damit etwa drei- bis viermal höher als jene der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen. Außerdem steigt das Risiko, im Verlauf der COVID-19-Hospitalisierung zu versterben, mit steigendem Alter deutlich an (ebd.).

Über den Pandemieverlauf hinweg ist die Sterblichkeit – abgesehen von einem Anstieg in der Phase mit Dominanz der Delta-Variante (Juli bis Dezember 2021) – gesunken. Mögliche Gründe dafür sind u. a. ein ansteigender Immunisierungsgrad in der Bevölkerung durch Impfung und Infektion, weniger virulente COVID-Varianten seit Anfang 2022 und eine möglicherweise bessere Versorgung der COVID-19-Patient:innen aufgrund verbesserter Therapiemöglichkeiten (ebd.).

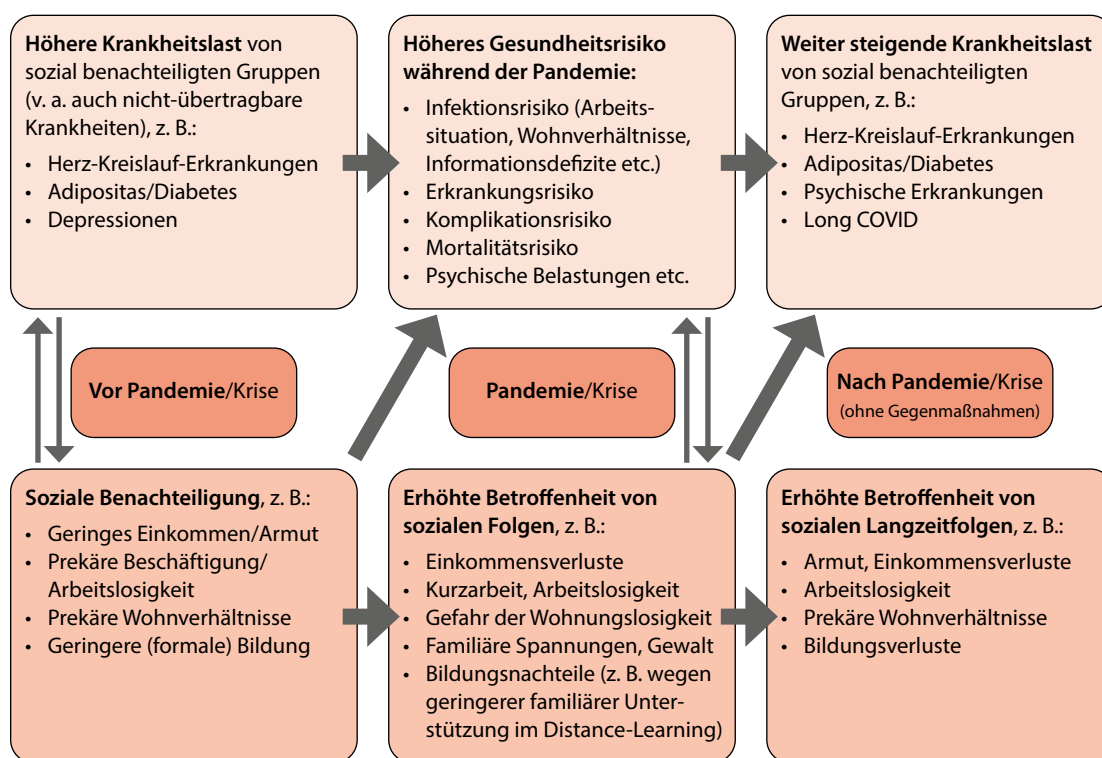
3.3.3 Sichtbarkeit sozialer Probleme, benachteiligte Gruppen und kumulierte Benachteiligungseffekte

Die COVID-19-Pandemie hat bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten sichtbar(er) gemacht und zum Teil noch weiter verschärft – sowie neue geschaffen (Bambra et al. 2020; ECDC 2020; Haas et al. 2021). Neben Bevölkerungsgruppen, deren Situation sich

² Versorgung im Krankenhaus.

durch die Pandemie weiter verschlechterte, gab bzw. gibt es auch Menschen, die durch die Pandemie und damit einhergehende Entwicklungen erstmals signifikant von Krankheit (u. a. Long COVID, psychische Erkrankungen), Arbeitsplatzverlust oder wirtschaftlichen Einbußen bis hin zu Armut (z. B. erstmaliger Bezug von Sozialhilfe) betroffen waren oder sind. Besonders zu beachten ist, dass Benachteiligungen in verschiedenen Bereichen oft gehäuft auftreten: Benachteiligende gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Faktoren wirk(t)en häufig kumulativ, reduzieren Chancengerechtigkeit und verstärken bestehende Ungleichheiten – z. B. hinsichtlich der Exposition von Erkrankungsrisiken, der Anfälligkeit für Krankheiten oder der Möglichkeiten, sich vor Ansteckungen zu schützen oder Präventions- sowie Behandlungsangebote zu nutzen. Bambra et al. (2020) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Syndemie“. Der Begriff beschreibt das gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten und sozialer Probleme, die zusammen einen besonders starken negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben (Bambra et al. 2020, 965).

Abbildung 1: COVID-19 als Syndemie



Quelle: eigene Darstellung

Kinder und Jugendliche gehören beispielsweise zu den von der Pandemie besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen. Sie sind zwar nach heutigem Wissensstand – vor allem, was frühere Varianten von COVID-19 betrifft – im Vergleich zu Erwachsenen gesundheitlich weniger gefährdet, waren aber in hohem Maße von den Corona-Maßnahmen (zum Beispiel von Schulschließungen) betroffen, die sich zum Teil auch auf die psychische Gesundheit sehr negativ auswirkten (Eurofound 2021; Humer et al. 2022; Plener et al. 2021; The Lancet 2022; UNICEF 2021). Wie auch bei Erwachsenen kommen hier sozioökonomische Dimensionen der Pandemie in Bezug auf das Infektionsgeschehen selbst wie auch auf viele Folgeerscheinungen der Pandemie und der sie begleitenden Maßnahmen zum Tragen. Zudem zeigen Ergebnisse aus dem Jahresbericht der Sozialorganisation neunerhaus (neunerhaus 2021), dass die Inanspruchnahme von Einrichtungen für wohnungslose bzw. nicht versicherte Menschen steigt – darunter auch durch Kinder

(ebd.). Auch fremduntergebrachte Jugendliche, die mit Erreichen der Volljährigkeit die Einrichtungen verlassen („Care Leavers“), sind besonders vulnerabel und Belastungen in höherem Maße ausgesetzt (BMSGPK 2019b; gesundheit.gv.at 2022; Young Carers Austria 2023).

Aus Ländern, in denen entsprechende Daten vorliegen, wie z. B. Großbritannien, wird auch von einer erhöhten Mortalitätsrate im Zusammenhang mit COVID-19 bei Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund berichtet (Haas et al. 2021). Dies wird auf die oben erwähnten Hürden beispielsweise für eine rechtzeitige Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zurückgeführt (ebd.). Verschärfte Problemlagen und Risiken bestehen in Österreich auch bei Sexarbeiter:innen, gesundheitlich beeinträchtigten Personen (insbesondere bei jenen, die auf Assistenzleistungen angewiesen sind) oder Haftentlassenen (ebd.).

3.3.4 Mentale Gesundheit – verstärkte psychische Belastungen als Folge der Pandemie

Im Zuge der COVID-19-Pandemie ist die mentale Gesundheit stärker in den Fokus medialer und gesellschaftlicher Aufmerksamkeit gerückt. Bereits zu Beginn der Pandemie wurde vor einer großen Zunahme von psychosozialen Problemen gewarnt, welche die pandemische Situation mit sich bringen könnte (UN 2020). Erste internationale und nationale Studien fanden bereits in der Anfangsphase der Pandemie Hinweise auf eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit (Choi et al. 2020; Pieh et al. 2021; Shevlin et al. 2020). Diverse österreichische Studien zeigen eine Zunahme an Depressions- und Angstsymptomen, problematischem Essverhalten sowie suizidalen Gedanken – insbesondere bei jungen Menschen, Frauen und Mädchen und im Speziellen bei Menschen mit sozioökonomischer und/oder psychosozialer Vorbelastung (Dale et al. 2021a; Dale et al. 2021b; Dale et al. 2022; Lueger-Schuster et al. 2022; Zandonella 2021). Studien zu früheren Krisen wie der Wirtschaftskrise 2008 oder Epidemien lassen vermuten, dass das höchste Ausmaß der psychosozialen Belastungen und Belastungsreaktionen erst beim Abflauen der physischen Bedrohung erreicht wird. Auch wirtschaftliche Folgen für die:den Einzelne:n, die einen bedeutenden Risikofaktor für psychische Erkrankungen und Suizid darstellen, treten in vielen Fällen zeitversetzt auf (Kreditstundungen, Arbeitslosigkeit, Rezession etc.) (Klein 2015; Morganstein/Ursano 2020; Niederkrotenthaler et al. 2020; Zortea et al. 2021).

Aktuelle Arbeiten zur Entwicklung der mentalen Gesundheit im weiteren Pandemieverlauf liefern unter anderem aufgrund von Unterschieden bei den Studiendesigns und den einbezogenen Bevölkerungsgruppen heterogene Befunde (Penninx et al. 2022). Es gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, dass in Österreich die psychosoziale Belastung für bestimmte Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Kinder und Jugendliche nach wie vor sehr hoch ist (Dale et al. 2022; Humer et al. 2022; Pieh et al. 2022; Sevecke et al. 2023).

4 AKTUELLE POLITISCHE DISKURSE ZUR WEITERENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Grundsätzlich hat die Pandemie Handlungsnotwendigkeiten in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung offengelegt, die mitunter, wie in Abschnitt 3.3 dargelegt, bereits Forschungsprozessen zugeführt sind und insbesondere auf technische Erfordernisse der Gesundheitssystemgestaltung und -steuerung hinweisen. Im Besonderen geht es dabei um die Frage, anhand welcher Daten- und Berichtsstrukturen es gelingen kann, allfällige Veränderungen in der Gesundheitslage oder der Versorgungssituation der Gesamtbevölkerung oder bestimmter Gruppen möglichst rasch zu erkennen.

Das Thema der zeitnahen Verfügbarkeit von pseudonymisierten und zusammenführbaren Routedaten im fragmentierten Gesundheitssystem wurde hierbei bereits mehrfach diskutiert und auch von verschiedenen wissenschaftlichen Akteur:innen eingefordert (Eglau et al. 2018). Mit der Etablierung des Austrian Micro Data Center (AMDC) bei der Statistik Austria wurde hierfür eine Struktur geschaffen, die rein technisch dazu in der Lage wäre, sofern die rechtlichen Bedingungen dafür geschaffen werden. Ähnliche Grundsätze einer offenen Registerforschung verfolgt der von der Europäischen Kommission propagierte Health Data Space.

Zugleich wurde aber auch klar, dass nicht alle Daten, die zu einer hinreichend feinmaschigen und sensiblen Surveillance erforderlich sind, bereits in Form von routinemäßig befüllten Registern von Abrechnungs- oder Verordnungsdaten vorliegen. Vielmehr gilt es, anhand von Primärdatenerhebungen, Sekundärquellen (wie etwa den Anrufen bei Beratungshotlines, Krankenstandstagen, Konsumverhalten o. Ä.) sowie unter Einbeziehung von Fachpersonen und Betroffenen jenes umfassende Bild zu erstellen, das für eine rasche und zielgerichtete Anpassung der sozialen Sicherungssysteme maßgeblich ist. Auch hier liegt in der Verbindung mit Registerdaten ein erhebliches Potenzial. Der durch die Pandemie verstärkte Dialog zwischen den einzelnen (wissenschaftlichen) Disziplinen, aber auch zwischen Wissenschaft und Verwaltung kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten, sofern es den Beteiligten gelingt, diese Diskursformate mit (struktureller) Nachhaltigkeit zu untermauern.

Darüber hinaus hat die Pandemie aber auch Fragen – oder besser Diskurse – offengelegt, die weniger auf technische Fragen des Datenmonitorings und der Steuerungsintelligenz abstellen, sondern vielmehr Grundfragen der Gestaltung sozialer Sicherungssysteme und deren Bedeutung im Staatsaufbau adressieren. Diese sollen im Folgenden kurz erörtert werden.

4.1 Politischer Diskurs 1: vulnerable vs. nicht vulnerable Bevölkerungsgruppen – wie viel Gesundheitsschutz ist gesellschaftlich gewünscht und in welcher Form?

Spätestens mit der Lancierung der Kampagne „Schau auf mich, schau auf dich“ wurde auch in der Öffentlichkeit klar, dass Schutzmaßnahmen gegen Infektionserkrankungen neben der Bedeutung für die eigene Gesundheit immer auch ein kollektives Element aufweisen und dass eine Schutzmaßnahme nicht nur aus Eigeninteresse, sondern auch deswegen getroffen werden kann, um andere Personen vor einer Erkrankung zu schützen. Besonders schutzbedürftig erscheinen dabei jene Personen, denen entweder bestimmte Möglichkeiten zum Eigenschutz verwehrt bleiben (etwa durch Arbeit in Schlüsselbereichen oder mangelnde Immunreaktion nach einer Impfung) oder die aufgrund von Vorerkrankungen möglicherweise besonders negative Auswirkungen einer Erkrankung zu befürchten haben. Gelingt es nunmehr nicht, ein hinreichendes Niveau an allgemeinen Schutzmaßnahmen aufzubauen, so läuft die Gesellschaft Gefahr, dass den oben genannten Personengruppen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verwehrt bleibt. Letzteres widerspräche dem Grundprinzip, dass in einer solidarischen, inklusiven und demokratischen Gesellschaft gerade vulnerable Personen besonders geschützt werden sollen, insbesondere wenn dies mit gelinderen Mitteln³ erfolgt. Solche Mittel können etwa zunächst allgemeine Empfehlungen umfassen, die als breit akzeptierte Verhaltensnormen übernommen werden (wie etwa die Änderungen bei Begrüßungsritualen zu Beginn der Pandemie),

3 Folgendes Zitat aus einer Stellungnahme des [Deutschen Ethikrates](#) ist hier relevant: „Das Verhältnismäßigkeitsprinzip als Regulativ gewährt dem demokratischen Gesetzgeber einen über verschiedene Ebenen zu entfaltenden Gestaltungsspielraum, der nicht zwingend ausschließlich auf eine Lösung zuläuft, sondern unter Umständen verschiedene vertretbare Lösungsvarianten anerkennt“ (Deutscher Ethikrat 2022, 179).

oder die Schaffung von spezifischen „Safer Settings“ für Personen, die sich bestimmten Risiken nicht aussetzen wollen (etwa Maskenwagone, Maskenzeit in Supermärkten, 2G-Veranstaltungen an bestimmten Wochentagen). Erst wenn die allgemeine Bedrohungslage so weit ansteigt, dass allfällige negative (Gesundheits-)Auswirkungen überwiegen, wären in einem nächsten Schritt verpflichtende Maßnahmen zu implementieren.

Damit wird aber auch klar, dass – wie im Übrigen auch bei sämtlichen anderen Infektions- und/oder lebensbedrohenden Erkrankungen – eine gesellschaftliche Interessenabwägung zu treffen ist. Wie bei Influenza und grippalen Infekten geht es darum, die Frage zu beantworten, wie viel Gesundheitsschutz gesellschaftlich akzeptiert und auch möglich ist. Unbestritten ist hier, dass es diese Gesundheitslast ist, der die Maßnahmen des Gesundheitsschutzes gegenüberzustellen sind – und zwar nicht individuell, sondern gesellschaftlich, da gerade bei kollektiven Ereignissen wie einer Pandemie der Gesundheitsschutz dann besonders wirksam ist, wenn möglichst viele dabei mitwirken.

4.2 Politischer Diskurs 2: Anpassungsfähigkeit von (Gesundheits-)Systemen im Krisenfall

Der Beginn der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 stellte für Gesundheitssysteme in Europa und darüber hinaus einen unvergleichbaren Krisenfall dar, der alle Akteur:innen und Funktionsbereiche im öffentlichen Gesundheitssystem – von der ambulanten bis hin zur stationären Versorgung – unter extreme Belastungen stellte und Schwächen in der Systemresilienz offenlegte. Die Konsequenz war ein rascher Handlungsbedarf auf vielen Ebenen, dem in Österreich wie auch in anderen Ländern damit begegnet wurde, dass Krisenstrukturen als parallele Steuerungsstrukturen etabliert wurden, die ein möglichst rasches Handeln auf der Grundlage hierarchisch gegliederter Organisationseinheiten sicherstellen sollten.

Diese Umstellung der Steuerungslogik war insbesondere deswegen notwendig, weil fragmentierte Gesundheitssysteme wie das österreichische in der „regulären“ Entscheidungsfindung auf – im Regelfall länger dauernde – Prozesse der Konsensfindung unter Einbindung vieler Interessengruppen ausgerichtet sind.

Offen bleibt, in welche Richtung die Steuerungsmöglichkeiten des österreichischen Gesundheitssystems weiterentwickelt werden, nachdem sich die Pandemie zu einer „neuen Normalität“ entwickelt hat. Klar ist, dass es vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Änderungen (siehe Abschnitt 3.3) einer steten Anpassung bedarf, um den erkannten Herausforderungen zeitnah und auch funktional adäquat zu begegnen. Ebenso klar ist, dass dies partizipativ, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Interessenlagen und auch nach Maßgabe von Transparenz und Nachvollziehbarkeit in den Entscheidungsprozessen zu erfolgen hat.

5 ANSATZPUNKTE FÜR EINE WEITERENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS IM KONTEXT DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALPOLITIK

Nachfolgend werden zentrale Ansatzpunkte beschrieben, die zu einer Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems beitragen könnten: Partizipation ermöglichen, die Lehren aus der Pandemie für die Gesundheitsversorgung ziehen und die Versorgung vulnerabler Gruppen gewährleisten.

5.1 Partizipation als Beitrag zu Chancengerechtigkeit und Solidarität

Partizipation kann als Strategie verstanden werden, der „Unwahrscheinlichkeit gelingender Kommunikation“ gerade in komplexen Situationen gegenzusteuern (Marent 2011). Dies kann auf individueller, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene erfolgen. Durch die soziale und inhaltliche Einbeziehung jener Personengruppen, die von einer Entscheidung unmittelbar betroffen sind, wird sichergestellt, dass die Adressat:innen der Entscheidung erreicht werden, was wiederum bedeutsame und handhabbare Entscheidungen begünstigen kann. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn eine Entscheidung ein neues und/oder kontroverses Thema betrifft.

Auf individueller Ebene gilt die gesetzliche Absicherung der Patient:innenrechte als gut verankert (Marent/Forster 2013). In der Patientencharta (vgl. etwa Bund/Wien 2006), einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, sind die grundlegenden Patient:innenrechte festgeschrieben. Geregelt sind u. a. das Recht auf Selbstbestimmung und jenes auf Information. Allerdings fehlt in der Bevölkerung, wie eine aktuelle Studie auf Basis von Expert:inneninterviews zeigt, mitunter das Wissen über diese Rechte, insbesondere das Wissen über Vorsorgevollmacht, Patient:innenverfügung oder Widerspruch gegen eine Organspende (Nowak/Schmotzer 2021). Dies zeigt, dass eine rein formale Absicherung von Rechten nicht ausreicht, wenn diese nicht entsprechend bekannt sind.

Kollektive Beteiligung von Patient:innen bzw. der Bevölkerung im Gesundheitswesen auf organisationaler und gesellschaftlicher Ebene hat in Österreich keine lange Tradition (Braunegger-Kallinger et al. 2006). Das Leitmotiv der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sowie weitere internationale Rahmendokumente (WHO 2022) greifen die Forderung von Selbstvertretungsinitiativen auf: „Nothing about us without us.“ Das Einbinden jener, die direkt von Entscheidungen und Maßnahmen betroffen sind, ist unverzichtbar, um deren Lebensrealitäten zu erfassen und bedarfsgerechte Angebote und Leistungen zu schaffen. Zu dieser Thematik wurden bereits einige Gutachten erstellt, die vom BMG (Moser et al. 2022; Steingruber et al. 2014), dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Czypionka et al. 2019) und der ARGE Selbsthilfe Österreich (Forster 2015) beauftragt wurden.

Die Gutachten empfehlen eine größere Transparenz und eine Stärkung und Strukturierung von Beteiligung, ebenso wie eine zentrale Übersicht über und Koordination von Beteiligungsprozessen.

5.2 Umfassende Krisen- und Resilienzpläne

Im Rahmen der Pandemie sind in Österreich Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung entstanden (OECD 2021a; OECD 2021b), wenngleich das generelle Niveau im europäischen Vergleich nach wie vor als sehr positiv beurteilt werden kann. Als Lektion aus den Monaten der Pandemie geht im Zusammenhang mit dem Zugang zur Versorgung hervor, dass effiziente Termin- bzw. Reihungssysteme für ausgewählte Eingriffe insbesondere in Krisenzeiten, in denen mit einer Überlastung des Gesundheitssystems zu rechnen ist, es erlauben, Patient:innen anhand von objektiven Kriterien zu versorgen (etwa hinsichtlich der Dringlichkeit oder des Schmerzempfindens). Zudem ist die weitere Stärkung der Primärversorgung zu forcieren: Je niederschwelliger Patient:innen auch in Krisenzeiten erreicht werden können, desto eher können auch Überlastungen von Spitalsambulanzen vermieden werden. So wären etwa Krisen- und Resilienzpläne, die alle Versorgungsebenen und insbesondere die Primärversorgung adressie-

ren, ein hilfreiches Instrument, um sozial und gesundheitlich gefährdete Personen frühzeitig über gezielte Präventionsmaßnahmen zu erreichen.

5.2.1 Chancengerechtigkeit und Inklusion

Die Pandemie bringt kurz- und langfristige Auswirkungen auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten mit sich, die nur durch entsprechende Gegenmaßnahmen in den verschiedenen Politikfeldern abgemildert werden können (Hoffmann et al. 2020; Marmot et al. 2020). Die UN verfolgen mit der Initiative „Leave No One Behind“ einen wichtigen Ansatz, um auf universeller Ebene Ungleichheiten, Vulnerabilitäten, Diskriminierung sowie Exklusion zu verringern (UNSDG o. J.). In diesem Zusammenhang ist auch der „Life Course Approach“ relevant, der darauf hinweist, dass so früh wie möglich gehandelt werden sollte, da Ungleichheiten über den Lebensverlauf wirken und sich verstärken können (GOV.UK 2023). Ein weiterer Ansatz zur Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten ist das Konzept „Proportionate Universalism“ zur graduellen Verbesserung der Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen, angepasst an den Grad ihrer Benachteiligung (EuroHealthNet 2023; Marmot et al. 2010). Schließlich zeigen die Ergebnisse der Studie von Schwarz et al. (2022), wie wichtig eine integrierte patient:innenorientierte Versorgung unabhängig von sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen ist, damit Gesundheitsdienste für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen besser zugänglich werden.

5.3 Ausbau psychosozialer Unterstützung

Der Ausbau von psychosozialen Betreuungsangeboten ist insbesondere in Hinblick auf Krisensituationen von großer Bedeutung. Angebote müssen für alle, die sie benötigen, leicht zugänglich sein, d. h., sie müssen bekannt, kostenlos, erreichbar, inklusiv und nicht stigmatisierend oder diskriminierend sein. Nicht nur die Fachversorgung, sondern v. a. gesundheitsfördernde und präventive Angebote sollten ausgebaut werden, um allfälligen Krisen vorzubeugen. Dabei sollte auf Angebote von NGOs, der Laienversorgung und sozialer und familiärer Bezugssysteme nicht vergessen werden.

5.4 Paradigmenwechsel – von „Health in All Policies“ zu „Health for All Policies“

Wie dieses Kapitel zeigt, sind gesundheitliche Probleme oft auf Faktoren in anderen Sektoren zurückzuführen. Der sozioökonomische Status ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Einzelnen, Gemeinschaften und der Bevölkerung. Vieles wirkt sich auf die Gesundheit aus, doch nicht alle politischen Entscheidungsträger:innen betrachten Gesundheit als ihre Zuständigkeit. Zudem hat die COVID-19-Pandemie deutlich gezeigt, dass eine Gesundheitsbedrohung zu massiven Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die meisten Aspekte des Lebens führen kann (Greer et al. 2022b). Die COVID-19-Pandemie erforderte eine starke Kooperation unterschiedlicher Politikbereiche und Sektoren, „Health in All Policies“ – die Zusammenarbeit aller Bereiche zur Verbesserung der Gesundheit, meist ausgehend vom Gesundheitsbereich – wurde gelebt.

Das HiAP-Konzept ist ein wichtiger Ansatz, um nachhaltige gesundheitsbezogene Entwicklungen in allen relevanten und miteinander verknüpften Sektoren zu erreichen. Die Vorteile der Einbeziehung gesundheitsbezogener Ziele in verschiedene Politikbereiche gehen in beide Richtungen, d. h., dass sowohl der Gesundheitsbereich als auch die anderen Politikfelder von der Zusammenarbeit profitieren. Studien haben gezeigt, dass die Anwendung des HiAP-Konzepts

zu höheren Ausgaben für und Investitionen in Armutsbekämpfung, Bildung und urbane Entwicklung führen kann (Guglielmin et al. 2022; Ramirez-Rubio et al. 2019; van Eyk et al. 2020).

Durch die Pandemie wurde deutlich sichtbar, wie bedeutend Gesundheit für das Funktionieren anderer Bereiche ist. Greer et al. (2022a) plädieren daher für eine Veränderung der Diktion von „Health IN All Policies“ zu „Health FOR All Policies“, also zu einer transsektoralen Zusammenarbeit für Gesundheit mit gemeinsamen Zielen – z. B. den „Sustainable Development Goals“ (SDGs) der Vereinten Nationen – und Synergien sowie positiven Nebeneffekten, die allen nützen. Die Autor:innen empfehlen, das HiAP-Konzept, das eine auf eine Richtung beschränkte Zusammenarbeit impliziert (d. h., der Gesundheitssektor profitiert von anderen Sektoren), zu einem Ansatz der Kooperation in beide Richtungen zu erweitern (d. h., sowohl der Gesundheitssektor als auch andere Sektoren profitieren von der Beziehung).⁴ Gleichzeitig ermöglicht dies hervorzuheben, was der Gesundheitssektor für andere Sektoren tun kann, während er gleichzeitig für sich selbst einen Zusatznutzen erzielt (Greer et al. 2022a).

Eine gesamtpolitische und -gesellschaftliche Perspektive sowie Kooperation in Bezug auf öffentliche Gesundheit ist in Krisenzeiten einfacher zu gewährleisten, wenn Kooperationen auch außerhalb von Krisenzeiten etabliert sind. Die „Gesundheitsziele Österreich“ versuchen, die Gesundheit in allen Politikfeldern voranzutreiben, dabei wurden viele Fortschritte in der Kooperation erzielt (Haas et al. 2021).

Schließlich zeigen Studien, dass ein Wohlfahrtsstaat, der auf eine gerechte Verteilung von Ressourcen ausgerichtet ist, sich positiv auf das Gesundheitsniveau der Bevölkerung auswirkt (Bambra 2011; Israel 2016). Um das bestmögliche Gesundheitsniveau zu erzielen und einen dem 21. Jahrhundert angemessenen Sozialschutz gewährleisten zu können, müssen die Sozialschutzsysteme jedoch laufend angepasst werden. Herausforderungen entstehen beispielsweise durch Veränderungen in den Bereichen Arbeitsmarkt, Technologie, Umwelt und Demografie. Es geht darum, aktuellen und zukünftigen Krisen und Herausforderungen (z. B. Krieg, Klima, Energiewende, Inflation) adäquat zu begegnen und gleichzeitig die soziale Sicherheit der Bevölkerung nachhaltig zu stärken.

BIBLIOGRAFIE

Akkaya-Kalayci, Türkan/Popow, Christian/Waldhör, Thomas/Winkler, Dietmar/Özlu-Erkilic, Zeliha (2017). Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *neuro-psychiatrie* 31 (1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0213-y>.

Anzenberger, Judith/Bodenwinkler, Andrea/Breyer, Elisabeth (2015). Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Wien, Gesundheit Österreich.

Armutskonferenz (Die Armutskonferenz) (2020). Diskussionspapier Migration und Armut. Online verfügbar unter https://www.armutsnetzwerk.at/images/uploads/armutskonferenz_diskussionspapier_migration_2020.pdf (abgerufen am 13.03.2023).

Bachner, Florian/Bobek, Julia/Habimana, Katharina/Ladurner, Joy/Lepuschütz, Lena/Ostermann, Herwig/Rainer, Lukas/Schmidt, Andrea E./Zuba, Martin/Quentin, Wilm/Winkelmann, Juliane (2018). Austria: Health system review. *Health Systems in Transition* 20 (3), 1–256. Online ver-

⁴ Beispielsweise verweist die WHO auf deren Website im Bereich „Climate Change and Health“ darauf, dass der Klimawandel erhebliche Gesundheitsrisiken birgt, weshalb eine Politik zur Bekämpfung des Klimawandels auch zur Vermeidung klimabedingter Gesundheitsauswirkungen beitragen kann (WHO 2021b).

- füßbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/austria-health-system-review-2018> (abgerufen am 20.03.2023).
- Bachner, Florian/Bobek, Julia/Habimana, Katharina/Ladurner, Joy/Lepuschütz, Lena/Ostermann, Herwig/Rainer, Lukas/Schmidt, Andrea E./Zuba, Martin/Quentin, Wilm/Winkelmann, Juliane* (2019). Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Gesundheitssysteme im Wandel 20 (3), 1–288. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327980/HiT-20-3-2019-ger.pdf?sequence=7&isAllowed=y> (abgerufen am 20.03.2023).
- Bambra, Clare* (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health ‘puzzle’. *Journal of Epidemiology & Community Health* 65 (9), 740–745.
- Bambra, Clare/Riordan, Ryan/Ford, John/Matthews, Fiona* (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health* 74 (11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
- Biyikli Gültekin, Elif* (2017). Difficulties in health care for female Turkish immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study in Vienna. *Wiener klinische Wochenschrift* 129 (9–10), 337–344. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1190-2>.
- BMSGPK* (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2019a). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Wien, BMSGPK.
- BMSGPK* (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2019b). Young Carers. Unsichtbare Pflege in Österreich. Online verfügbar unter <https://broschueren-service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=430> (abgerufen am 02.11.2022).
- BMSGPK* (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2022). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2022 und 2023. Online verfügbar unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) (abgerufen am 17.11.2022).
- BMSGPK* (2023). Gesundheitsziele Österreich. Online verfügbar unter <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> (abgerufen am 03.03.2023).
- Bobek, Julia/Braunegger-Kallinger, Gudrun/Haas, Sabine/Ladurner, Joy/Winkler, Petra* (2019). Sozialschutz und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen Sozialschutzmaßnahmen und Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 14, 231–236. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00701-y>.
- Bradley, Elizabeth H./Taylor, Lauren A.* (2013). The American Health Care Paradox. Why Spending More is Getting Us Less. New York, Public Affairs.
- Braunegger-Kallinger, Gudrun/Forster, Rudolf/Krajic, Karl/Nowak, Peter* (2006). Health Consumer Groups and Policy Making in Europe. Case Study Austria, 18. Februar 2006. Wien.
- Braunegger-Kallinger, Gudrun/Gruber, Gabriele/Haas, Sabine/Loder, Christine/Winkler, Petra* (2016). Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Wien, Gesundheit Österreich.
- Bund/Wien* (Land Wien) (2006). Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta). BGBl. I Nr. 42/2006. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004633> (abgerufen am 20.03.2023).

- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2021). Social Determinants of Health at CDC. Online verfügbar unter <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm> (abgerufen am 21.11.2022).
- Choi, Edmond Pui Hang/Hui, Bryant Pui Hung/Wan, Eric Yuk Fai (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (10), 3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>.
- Czypionka, Thomas/Reiss, Miriam/Stegner, Christoph (2019). Wege der Beteiligung. Zur Einbindung von BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen in Entscheidungen im Gesundheitswesen. Wien, Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS).
- Dale, Rachel/Budimir, Sanja/Probst, Thomas/Stippel, Peter/Piehl, Christoph (2021a). Mental Health during the COVID-19 Lockdown over the Christmas Period in Austria and the Effects of Socio-demographic and Lifestyle Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (7), 3679. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073679>.
- Dale, Rachel/Jesser, Andrea/Piehl, Christoph/O'Rourke, Teresa/Probst, Thomas/Humer, Elke (2022). Mental health burden of high school students, and suggestions for psychosocial support, 1.5 years into the COVID-19 pandemic in Austria. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02032-4>.
- Dale, Rachel/O'Rourke, Teresa/Humer, Elke/Jesser, Andrea/Plener, Paul L./Piehl, Christoph (2021b). Mental Health of Apprentices during the COVID-19 Pandemic in Austria and the Effect of Gender, Migration Background, and Work Situation. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (17), 8933. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178933>.
- D'Amour, Danielle/Ferrada-Videla, Marcela/San Martin Rodriguez, Leticia/Beaulieu, Marie-Dominique (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care* 19/sup1, 116–131.
- Deutscher Ethikrat (2022). Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie. Online verfügbar unter https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=159&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cookieLevel=not-set (abgerufen am 06.04.2023).
- Donauuniversität Krems (2023). 16 Prozent der SchülerInnen haben suizidale Gedanken. Online verfügbar unter <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/16-prozent-der-schuelerinnen-haben-suizidale-gedanken.html> (abgerufen 08.02.2023).
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2020). Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic, 3 July 2020. Stockholm, ECDC.
- Eglau, Karin (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Wien, Gesundheit Österreich.
- Eglau, Karin/Fülöp, Gerhard/Mildschuh, Stephan/Paretta, Petra (2018). ÖSG neu – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Seminarreihe im Business Circle „Update zu wichtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen“, 15. März 2018, Wien.
- ELGA (2023). Elektronischer Impfpass: Informationen zum e-Impfpass für Bürgerinnen und Bürger. Online verfügbar unter <https://www.elga.gv.at/e-impfpass/e-impfpass/> (abgerufen am 06.04.2023).

- Eurofound* (2021). Impact of COVID-19 on young people in the EU. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- EuroHealthNet* (2023). EuroHealthNet. Online verfügbar unter <https://eurohealthnet.eu/> (abgerufen am 06.04.2023).
- Europäische Kommission* (2022). Beschäftigung, Soziales und Integration. Sozialschutz. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=de> (abgerufen am 17.11.2022).
- Forster, Rudolf* (2015). Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. Wien, ARGE Selbsthilfe Österreich.
- gesundheit.gv.at* (2022). Chancen für Care Leaver. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/care-leaver.html> (abgerufen am 17.11.2022).
- Gesundheit Österreich GmbH* (2022). Plattform Primärversorgung. Online verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/> (abgerufen am 06.04.2023).
- GOV.UK* (2023). Guidance. Health matters: Prevention – a life course approach. Online verfügbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-life-course-approach-to-prevention/health-matters-prevention-a-life-course-approach> (abgerufen am 22.03.2023).
- Greer, Scott L./Falkenbach, Michelle/Siciliani, Luigi/McKee, Martin/Wismar, Matthias/Figueras, Josep* (2022a). From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health* 7/8, e718–e720. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4).
- Greer, Scott L./Rozenblum, Sarah/Falkenbach, Michelle/Löblová, Olga/Jarman, Holly/Williams, Noah/Wismar, Matthias* (2022b). Centralizing and decentralizing governance in the COVID-19 pandemic: The politics of credit and blame. *Health Policy* 126 (5), 408–417. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>.
- Großschädl, Franziska/Stolz, Erwin/Mayerl, Hannes/Rásky, Éva/Freidl, Wolfgang/Stronegger, Williband* (2016). Educational inequality as a predictor of rising back pain prevalence in Austria – sex differences. *European Journal of Public Health* 26 (2), 248–253. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv163>.
- Guglielmin, Maria/Shankardass, Ketan/Bayoumi, Ahmed/O'Campo, Patricia/Kokkinen, Lauri/Muntaner, Carles* (2022). A realist explanatory case study investigating how common goals, leadership, and committed staff facilitate health in all policies implementation in the municipality of Kuopio, Finland. *International Journal of Health Policy and Management*, online. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6355>.
- Haas, Sabine/Antony, Daniela/Antony, Gabriele/Gaiswinkler, Sylvie/Griebler, Robert/Marbler, Carina/Weigl, Marion/Winkler, Petra* (2021). Soziale Faktoren der Pandemie. Wien, Gesundheit Österreich.
- Haas, Sabine/Braunegger-Kallinger, Gudrun* (2021). COVID-19 als Syndemie: Der Einfluss der sozioökonomischen Determinanten auf die Gesundheit. Wien, Gesundheit Österreich.
- Health Inequalities* (2023). Proportionate Universalism. EuroHealthNet. Online verfügbar unter <https://health-inequalities.eu/glossary/proportionate-universalism/> (abgerufen am 06.02.2023).

- Hoffmann, Barbara/Dragano, Nico/Bolte, Gabriele/Butler, Jeffrey/Icks, Andrea/Knöchelmann, Anja/Lehmann, Frank/Loebroks, Adrian/Mekel, Odile/Siegrist, Johannes/von dem Knesebeck, Olaf/Wahrendorf, Morten (2020). Hintergrundpapier: Indirekte Gesundheitsfolgen der aktuellen Maßnahmen zum Infektionsschutz in Deutschland. Ökonomie, psychosoziale Belastung und Umwelt. Version: 01. Online verfügbar unter https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_Indirekte_Folgen_von_Manahmen_des_Infektionsschutzes_Version01_23042020.pdf (abgerufen am 25.04.2023).
- Humer, Elke/Probst, Thomas/Wagner-Skacel, Jolana/Piehl, Christoph (2022). Association of Health Behaviors with Mental Health Problems in More than 7000 Adolescents during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (15), 9072. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159072>.
- IHS (2023). AKCOVID-Studie. Die COVID-19 Gesundheits- und Arbeitsmarktkrise und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung. Online verfügbar unter <https://inprogress.ihs.ac.at/akcovid/> (abgerufen am 03.04.2023).
- Israel, Sabine (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health* 15, 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0335-7>.
- Kaiser, A. (2018). Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen. Linz.
- Kickbusch, Ilona (2022). A pragmatic concept. Interview geführt von Dietmar Schobel. *Healthy Europe* v. 13.09.2022. Online verfügbar unter <https://www.healthyeurope.info/a-pragmatic-concept/> (abgerufen am 28.04.2023).
- Klein, Friederike (2015). Risikofaktor Arbeitslosigkeit. *Fortschritt der Neurologie Psychiatrie* 83/2, 239–245.
- Lueger-Schuster, Brigitte/Zrnic Novakovic, Irina/Lotzin, Annett (2022). Two Years of COVID-19 in Austria – Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (13), 8223. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138223>.
- Marbler, Carina/Weigl, Marion/Winkler, Petra/Haas, Sabine (2020). Wie wirken Frühe Hilfen? Das Frühe-Hilfen-Wirkmodell. Wien, Gesundheit Österreich.
- Marent, Benjamin (2011). Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. Das Beispiel der Gesundheitsförderung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 36 (1), 48–64. <https://doi.org/10.1007/s11614-011-0022-2>.
- Marent, Benjamin/Forster, Rudolf (2013). Patienten- und Bürgerbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 02/2013, 99–127.
- Marmot, Michael (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, World Health Organization.
- Marmot, Michael/Allen, Jessica/Goldblatt, Peter/Herd, Eleanor/Morrison, Joana (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. London, Institute of Health Equity.
- Marmot, Michael/Allen, Jessica/Goldblatt, Peter/Herd, Eleanor/Morrison, Joana (2020). Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. London, Institute of Health Equity.

- Marmot, Michael/Bell, Ruth* (2016). Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology* 26 (4), 238–240.
- Morganstein, Joshua C./Ursano, Robert J.* (2020). Ecological Disasters and Mental Health: Causes, Consequences, and Interventions. *Frontiers in Psychiatry* 11, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00001>.
- Moser, Michaela/Plunger, Petra/Langstadlinger, Ines/Schinnerl, Melanie* (2022). Machbarkeitsstudie Bürger:innen- und Patient:innenpartizipation im österreichischen Gesundheitswesen. St. Pölten, FH St. Pölten. Online verfügbar unter https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/Machbarkeitsstudie_Partizipation%20im%20Gesundheitswesen.pdf (abgerufen am 28.04.2023).
- neunerhaus* (2021). Jahresbericht. Wien, neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen.
- Niederkrotenthaler, Thomas/Gunnell, David/Arensman, Ella/Pirkis, Jane/Appleby, Louis/Hawton, Keith/John, Ann/Kapur, Nav/Khan, Murad/O'Connor, Rory C./Platt, Steve/The International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration* (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. Towards a Global Response and the Establishment of an International Research Collaboration. *Crisis* 41 (5), 321–330.
- Nowak, Peter/Schmotzer, Christoph* (2021). Aufwertung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz. Wien, Gesundheit Österreich und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).
- OECD* (2019). Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019. State of Health in the EU. Paris/Brussels, OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD* (2021a). Austria: Country Health Profile 2021. Paris, OECD Publishing.
- OECD* (2021b). Health at a Glance 2021. Paris, OECD Publishing.
- Parlament Österreich* (2023). Erstellung nationaler Rahmen-Gesundheitsziele (193/E). Online verfügbar unter <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXIV/E/193> (abgerufen am 06.02.2023).
- Penninx, Brenda W. J. H./Benros, Michael E./Klein, Robyn S./Vinkers, Christiaan H.* (2022). How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nature Medicine* 28 (10), 2027–2037.
- Pieh, Christoph/Budimir, Sanja/Humer, Elke/Probst, Thomas* (2021). Comparing Mental Health During the COVID-19 Lockdown and 6 Months After the Lockdown in Austria: A Longitudinal Study. *Frontiers in Psychiatry* 12, 625973.
- Pieh, Christoph/Dale, Rachel/Plener, Paul L./Humer, Elke/Probst, Thomas* (2022). Stress levels in high-school students after a semester of home-schooling. *European Child & Adolescent Psychiatry* 31 (11), 1847–1849.
- Plener, Paul L./Klier, Claudia M./Thun-Hohenstein, Leonhard/Sevecke, Kathrin* (2021). Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT!. *neuropsychiatrie* 35 (4), 213–215.
- Ramirez-Rubio, Oriana/Daher, Carolyn/Fanjul, Gonzalo/Gascon, Mireia/Mueller, Natalie/Pajin, Leire/Plasencia, Antoni/Rojas-Rueda, David/Thondoo, Meelan/Nieuwenhuijsen, Mark J.* (2019). Urban health: an example of a “health in all policies” approach in the context of SDGs implementation. *Globalization and Health* 15 (1), 87.

- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus* (Hg.) (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Heidelberg, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riffer, Florian/Schenk, Martin* (2015). *Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung*. Wien, Die Armutskonferenz. Online verfügbar unter https://www.armutskonferenz.at/media/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf (abgerufen am 28.04.2023).
- Rubin, Jennifer/Taylor, Jirka/Krapels, Joachim/Sutherland, Alex/Felician, Melissa/Liu, Jodi/Davis, Lois/Rohr, Charlene* (2016). *Are better health outcomes related to social expenditure? A cross-national empirical analysis of social expenditure and population health measures*. Santa Monica, California/Cambridge, UK, RAND Corporation.
- Saint-Pierre, Cecilia/Herskovic, Valeria/Sepúlveda, Marcos* (2018). *Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review*. *Family Practice* 35 (2), 132–141.
- Schenk, Martin* (2020). *Corona trifft die ökonomisch Ärmsten am Arbeitsmarkt, in Familien, prekäre Ich-AGs oder als chronisch Kranke*. Wien, Die Armutskonferenz. Online verfügbar unter https://www.armutskonferenz.at/media/corona-und-armut_armutskonferenz.pdf (abgerufen am 28.04.2023).
- Schmidt, Andrea E.* (2021). *Es geht um mehr als Krankenhausbetten. Gesundheitspolitische Lehren der Coronakrise*. *Perspektiven Policy Brief 06/2021*. Linz, Marie Jahoda – Otto Bauer Institut. Online verfügbar unter https://jbi.or.at/wp-content/uploads/2021/09/Perspektiven_2021_06.pdf (abgerufen am 23.03.2023).
- Schmidt, Andrea E./Bachner, Florian/Rainer, Lukas/Zuba, Martin/Bobek, Julia/Lepuschütz, Lena/Ostermann, Herwig/Winkelmann, Juliane/Quentin, Wilm* (2018). *Ambulatory care on the rise? Lessons from the Austrian health care reforms*. *Eurohealth* 24 (4), 21–24.
- Schmidt, Andrea E./Rodrigues, Ricardo/Simmons, Cassandra/Steiber, Nadia* (2022). *A crisis like no other? Unmet needs in healthcare during the first wave of the COVID-19 crisis in Austria*. *European Journal of Public Health* 32 (6), 969–975. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac136>.
- Schmidt, Andrea E./Stumpfl, Sophie/Rodrigues, Ricardo/Simmons, Cassandra/Steiber, Nadia* (2021). *Subjective unmet medical needs during the COVID-19 crisis in Austria*. Factsheet. Wien, Gesundheit Österreich.
- Schwarz, Tanja/Schmidt, Andrea E./Bobek, Julia/Ladurner, Joy* (2022). *Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: a qualitative interview study*. *BMC Health Services Research* 22 (1), 1037. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08426-z>.
- Sevecke, Kathrin/Wenter, Anna/Schickl, Maximilian/Kranz, Mariella/Krstic, Nikola/Fuchs, Martin* (2023). *Stationäre Versorgungskapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zunahme der Akutaufnahmen während der COVID-19 Pandemie?*. *Neuropsychiatrie* 37 (1), 12–21. <https://doi.org/10.1007/s40211-022-00423-2>.
- Shevlin, Mark/McBride, Orla/Murphy, Jamie/Miller, Jilly Gibson/Hartman, Todd K./Levita, Liat/Mason, Liam/Martinez, Anton P./McKay, Ryan/Stocks, Thomas V. A./Bennett, Kate M./Hyland, Philip/Karatzias, Thanos/Bentall, Richard P.* (2020). *Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic*. *BJPsych Open* 6 (6), e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>.

- Statistik Austria* (2022). Statistisches Jahrbuch Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2022. Online verfügbar unter https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:456693e3-1a84-4ebf-a462-5b434d040216/stat_jahrbuchb_integration_2022_NB.pdf (abgerufen am 13.03.2023).
- Statistik Austria* (2023). Gesundheitsausgaben. Online verfügbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben> (abgerufen am 06.02.2023).
- Steiber, Nadia/Siegert, Christina* (2021). Die Auswirkungen der Frühphase der COVID-19 Pandemie auf die Erwerbssituation und die finanzielle Lage von Familien in Österreich. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 46 (4), 429–442.
- Steingruber, Brigitte/Sladek, Ulla/Groth, Sylvia* (2014). Health Literacy erhöhen – Capacity Building bei VertreterInnen von PatientInnen und KonsumentInnen von Gesundheitsleistungen. Pilot im Auftrag von und in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Endbericht. Graz, Frauengesundheitszentrum.
- The Lancet* (2022). An age of uncertainty: mental health in young people. *The Lancet* 400 (10352), 539. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01572-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01572-0).
- Trauner, Florian/Zuba, Martin/Bachner, Florian* (2023, im Erscheinen). COVID 19 Hospitalisierungen. Eine Auswertung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer landesfondsfinanzierter Krankenanstalten (01/20–11/22). Wien, Gesundheit Österreich.
- UN* (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. New York, United Nations. Online verfügbar unter <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (abgerufen am 28.04.2023).
- UNICEF* (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York, United Nations Children's Fund. Online verfügbar unter <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf> (abgerufen am 28.04.2023).
- UNSDG* (2023). Leave no one behind. Online verfügbar unter <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind> (abgerufen am 06.04.2023).
- van Eyk, Helen/Delany-Crowe, Toni/Lawless, Angela/Baum, Fran/MacDougall, Colin/Wildgoose, Deborah* (2020). Improving child literacy using South Australia's Health in All Policies approach. *Health Promotion International* 35 (5), 958–972.
- Weigl, Marion/Ecker, Sandra/Gaiswinkler, Sylvia* (2021). Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Wien, Gesundheit Österreich. Online verfügbar unter https://jasmin.goeg.at/1892/1/Bericht_GGIMigration_bf.pdf (abgerufen am 11.04.2023).
- Whitehead, Margaret/Dahlgren, Goran* (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet* 338 (8774), 1059–1063. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D).
- WHO* (World Health Organization) (2021a). COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. Geneva, World Health Organization. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387> (abgerufen am 21.11.2022).
- WHO* (World Health Organization) (2021b). Climate change and health. Climate Change and Health. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> (abgerufen am 21.11.2022).

- WHO (World Health Organization) (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. Geneva, World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) (2023). Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. Online verfügbar unter <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities> (abgerufen am 06.02.2023).
- Wilkinson, Richard G./Marmot, Michael (Hg.) (2003). Social determinants of health. The solid facts. 2nd edition. Copenhagen, World Health Organization.
- Young Carers Austria (2023). Young Carers Austria. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter <https://www.young-carers-austria.at/> (abgerufen am 06.02.2023).
- Zandonella, Martina (2021). Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie. Wien, SORA – Institute for Social Research and Consulting.
- Zechmeister-Koss, Ingrid/Reichel, Markus (2012). Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. Eine Literaturübersicht. HTA-Projektbericht Nr. 63. Wien, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Online verfügbar unter https://eprints.hta.lbg.ac.at/980/1/HTA-Projektbericht_Nr.63.pdf (abgerufen am 11.04.2023).
- Zortea, Tiago C./Brenna, Connor T. A./Joyce, Mary/McClelland, Heather/Tippett, Marisa/Tran, Maxwell M./Arensman, Ella/Corcoran, Paul/Hatcher, Simon/Heise, Marnin J./Links, Paul/O'Connor, Rory C./Edgar, Nicole E./Cha, Yevin/Guaiana, Giuseppe/Williamson, Eileen/Sinyor, Mark/Platt, Stephen (2021). The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis* 42 (6), 474–487. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>.

August *Österle* forscht und lehrt am Institut für Sozialpolitik der WU Wien. Seine Schwerpunkte sind die internationale und vergleichende Sozialpolitikanalyse, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Pflege.

Severin *Rapp* ist Universitätsassistent am Department für Volkswirtschaft und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Verteilungsfragen der WU Wien. Er forscht zur Messung von Armut und Reichtum.

Daniela *Rojatz* ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung.

Philipp *Schnell* ist Soziologe in der Abteilung für Lehrausbildung und Bildungspolitik der AK Wien und Lehrbeauftragter an der Universität Wien. Seine Forschungsschwerpunkte sind u. a. (ethnische) Bildungsungleichheiten und österreichische Bildungspolitik im europäischen Vergleich.

Matthias *Schnetzer* ist Ökonom in der wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung der AK Wien und Lektor an der Wirtschaftsuniversität Wien. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Verteilung von Einkommen und Vermögen.

Nikolai *Soukup* arbeitet als Referent in der Abteilung Sozialpolitik der AK Wien zu EU- und österreichischer Sozialpolitik und unterrichtet an der FH Campus Wien. Sein Studienhintergrund liegt in der Politikwissenschaft und der Comparative Social Policy.

Erik *Türk* ist Volkswirt in der Abteilung Sozialpolitik der Arbeiterkammer Wien. Seine Forschungsschwerpunkte sind Alterssicherungssysteme, Demografie und allgemeine Sozialstaatsfinanzierung.

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz zu folgenden Bedingungen:

CC BY-SA 4.0



Namensnennung



Weitergabe unter gleichen Bedingungen

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Für darüber hinausgehende Nutzungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des Herausgebers erforderlich.

Impressum:

Herausgeber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20–22.

Redaktion: Ursula Filipič, AK Wien, Abteilung Sozialpolitik.

© 2023 by Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, Johann-Böhm-Platz 1, 1020 Wien.

Hersteller: Verlag des ÖGB GmbH

Grafik/Layout: Verlag des ÖGB GmbH

Lektorat: Florian Praxmarer

ISBN 978-3-99046-623-0

ISSN 2706-624X



sozialeleistungen.at
SOZIALSTAAT IM ÜBERBLICK

SIE HABEN FRAGEN ZUM SOZIALSTAAT UND ZU SEINEN LEISTUNGEN?

Besuchen Sie jetzt sozialeleistungen.at!

- » Gebündeltes Wissen zu Sozialleistungen
- » Rechtliche Infos auf dem aktuellen Stand
- » Von Expertinnen/Experten der AK für die Praxis verfasst
- » Qualifizierte und verlässliche Inhalte
- » Links zu Beratungsinformationen der AK
- » ... kostenlos und immer für SIE da!

www.sozialleistungen.at



Bisher erschienen

- 1 Ulrich Schönbauer, *Ältere im Betrieb* (Februar 2006)
- 2 Ursula Filipič (Hg.), *Neoliberalismus und Globalisierung* (September 2006)
- 3 Ursula Filipič (Hg.), *Arbeitsmarktpolitik in Europa* (März 2007)
- 4 Kai Biehl und Norbert Templ (Hg.), *Europa altert – na und?* (August 2007)
- 5 Helmut Ivansits und Ursula Filipič (Hg.), *Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen* (November 2007)
- 6 Ursula Filipič (Hg.), *Soziale Gerechtigkeit versus Eigenverantwortung* (Dezember 2007)
- 7 Josef Wallner (Hg.), *Gestaltung und Finanzierung von Arbeitsmarktpolitik: Ein internationaler Vergleich* (Jänner 2008)
- 8 Erik Türk (Hg.), *Invalidität: Aktuelle Debatten – Lösungsvorschläge* (August 2008)
- 9 Gerhard Stemberger (Hg.), *Psychotherapie zwischen gesellschaftlicher Anpassung und Emanzipation* (April 2009)
- 10 Alexander Schneider, *Zu alt für Weiterbildung?* (August 2009)
- 11 Elisabeth Beer und Ursula Filipič (Hg.), *Sozialstaaten unter Druck: Wohlfahrtsstaatliche Veränderungen in Mittelosteuropa – Rückwirkungen auf Österreich?* (August 2010)
- 12 Thomas Riesenecker-Caba und Alfons Bauernfeind, *Verwendung personenbezogener Daten und Grenzen betrieblicher Mitbestimmung: Datenschutz in der Arbeitswelt* (August 2011)
- 13 Ursula Filipič und Elisabeth Beer (Hg.), *Sozialer Aderlass in Europa: Arbeit und soziale Sicherung unter Druck* (März 2013)
- 14 Martina Chlestil (Hg.), *Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz: Rechtliche Möglichkeiten und praktische Handlungsanleitungen* (September 2013)
- 15 Sonja Ertl und Ursula Filipič (Hg.), *Die Qualität der Arbeit auf dem Prüfstand: Der Einfluss der Arbeitsmarktlage auf die Arbeitsqualität* (Dezember 2013)
- 16 Adi Buxbaum (Hg.), *Perspektiven für sozialen Fortschritt: Sozialinvestitionen haben eine Mehrfachdividende* (August 2014)
- 17 Josef Wöss (Hg.), *Alterssicherung: Kapitalgedeckte Zusatzpensionen auf dem Prüfstand* (Mai 2015)
- 18 Nadja Bergmann und Claudia Sorger (Hg.), *40 Jahre 40-Stunden-Woche in Österreich. Und jetzt? Impulse für eine geschlechtergerechte Arbeitszeitpolitik* (Juni 2016)
- 19 Ursula Filipič und Annika Schönauer (Hg.), *Zur Zukunft von Arbeit und Wohlfahrtsstaat: Perspektiven aus der Sozialforschung* (Februar 2018)
- 20 Nikolai Soukup (Hg.), *Neoliberale Union oder soziales Europa? Ansätze und Hindernisse für eine soziale Neuausrichtung der EU* (Januar 2019)
- 21 Ursula Filipič (Hg.), *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?!* (September 2019)
- 22 Ursula Filipič, Annika Schönauer (Hg.), *Quo vadis Partizipation und Solidarität?* (Juni 2020)
- 23 Ursula Filipič, Annika Schönauer (Hg.), *Ein Jahr Corona: Ausblick Zukunft der Arbeit* (April 2021)

ISBN 978-3-99046-623-0 ISSN 2706-624X

Kostenloser Download der Publikation unter:

https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriften/zeitschriften/Sozialpolitik_in_Diskussion.html



wien.arbeiterkammer.at