

COVID-19 als Syndemie: Der Einfluss der sozioökonomischen Determinanten auf die Gesundheit

Sabine Haas und Gudrun Braunegger-Kallinger

COVID-19 als Syndemie

Eine Analyse in Großbritannien zeigte, dass berufstätige Männer in den niedrigqualifiziertesten Jobs (z.B. Bau, Reinigung) eine mehr als doppelt so hohe COVID-19-Sterblichkeitsrate hatten als der Durchschnitt der ins Erwerbsleben integrierten Männer (Wise 2020). In Stockholm war die Infektionsrate mit SARS-CoV-2 in sozioökonomisch benachteiligten Wohnvierteln drei- bis viermal höher als im regionalen Durchschnitt (Burström/Tao 2020). Die entsprechenden Befunde könnten noch fortgesetzt werden – sie zeigen allesamt ein ähnliches Bild bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheitsoutcomes bei COVID-19 und sozioökonomischen Determinanten: Menschen, die von Armut betroffen sind, in sozioökonomisch benachteiligten Wohnvierteln leben, ethnischen Minderheiten angehören, in Niedriglohnsektoren arbeiten und insbesondere jene in sehr prekärer Lebenslage (wie beispielsweise wohnungslose Menschen, Häftlinge oder Sexarbeiter/-innen) – ihnen allen ist gleich, dass sie überproportional stark von der Pandemie betroffen sind (ECDC 2020, CHAIN 2020, Bambra et al. 2020).

Bisher gibt es österreichspezifisch nur wenige diesbezügliche Daten. Informationen über Corona-Cluster in Erwerbsfeldern (wie z.B. Lagerarbeit, Fleischverarbeitung), die eher durch geringe Löhne und/oder niedrige Qualifikation gekennzeichnet sind, bzw. auch in Wohnheimen, in denen eher sozial benachteiligte Menschen leben, deuten aber darauf hin, dass dies zumindest tendenziell auch für Österreich zutreffen dürfte. Auch eine Analyse demografischer Charakteristika der Bezirke mit hohen Infektionsraten in der Tageszeitung „Der Standard“ kommt zu folgendem Schluss: „Wo die Einkommen niedrig sind, sind die Fallzahlen hoch.“ (Der Standard, 17. 12. 2020)

Im Diskurs um gesundheitliche Ungleichheiten wird die COVID-19-Pandemie daher auch als „Syndemie“ bezeichnet. Dieser Begriff beschreibt das gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten und sozialer Probleme, die zusammen einen besonders starken negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Denn bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten schlagen sich auch in einem ungleich verteilten Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. in Erkrankungen, Komplikationen sowie Todesfällen in Hinblick auf COVID-19 nieder (Bambra et al. 2020,).

Die Evidenz zu den sozioökonomischen „Gesundheitsdeterminanten“ (z. B. Haushaltseinkommen, Bildung, Beschäftigung, Herkunft) zeigt schon lange, dass soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten in der Morbidität und Mortalität – in den letzten Jahrzehnten vor allem auch bezogen auf nichtübertragbare Krankheiten – bestehen. Das Erkrankungsrisiko und der Schweregrad von COVID-19 werden durch die bereits existierenden, auch als „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ bezeichneten, nichtübertragbaren

chronischen Erkrankungen – die ihrerseits mit den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit zusammenhängen – verstärkt. Gesundheitliche Ungleichheiten bei der COVID-19-Infektions- und -Sterblichkeitsrate entstehen also insbesondere auch infolge von Ungleichheiten bei chronischen Krankheiten und den sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (Bambra et al. 2020).

Die aktuelle Pandemie schärft den Blick für bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten. Ohne ausreichende Gegenmaßnahmen besteht die Gefahr, dass gesundheitliche Ungleichheiten durch die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie noch verstärkt werden, da auch diese Folgen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ungleich treffen.

Dennoch ist dies alles nicht spezifisch für COVID-19. Der sozioökonomische Status ist grundsätzlich einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung. Im Folgenden wird dieser Zusammenhang exemplarisch anhand von Daten und Fakten verdeutlicht, und es werden relevante Konzepte, Erklärungsmodelle und auch Ansatzpunkte in diesem Bereich dargestellt.

Die Datenlage bestätigt den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Determinanten und Gesundheit

Das Konzept des „sozialen Gradienten der Gesundheit“ (siehe z.B. Marmot 2010, Stegemann et al. 2012, WHO 2013,) bezieht sich auf die enge Korrelation von Gesundheit und sozialem Status einer Person. Die Bezeichnung „Gradient“ veranschaulicht, dass dieser Zusammenhang linear bzw. stufenweise besteht. Das heißt: Je weiter unten auf der „sozioökonomischen Leiter“ sich eine Person(engruppe) befindet, desto schlechter sind ihre Chancen auf gute Gesundheit. Das heißt auch, dass nicht nur Personen(gruppen) in sozial prekärer Lage einen gesundheitlichen Nachteil haben, sondern jeweils etwas weniger auch alle anderen Bevölkerungsgruppen außer der sozioökonomisch am besten gestellten. Marmot (WHO 2013) bezeichnet diese gesundheitlichen Ungleichheiten als ungerecht, da sie gesellschaftlich erzeugt sind und damit auch reduziert werden können.

Verschiedene Analysen auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragungen (vgl. Statistik Austria 2008, 2015 und 2020) bestätigen diesen Zusammenhang auch für Österreich. Im Folgenden wird dies anhand einiger beispielhaft ausgewählter Daten zu unterschiedlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit wie etwa Bildungsstatus, Einkommen oder Arbeitslosigkeit dargestellt.

Sehr deutlich sichtbar ist der soziale Gradient bezogen auf die Lebenserwartung in guter und sehr guter Gesundheit (vgl. Abb. 1): Je nach Bildungsstatus betragen die Unterschiede bis zu rund 16 Jahre bei Männern und bis zu rund 13 Jahre bei Frauen.

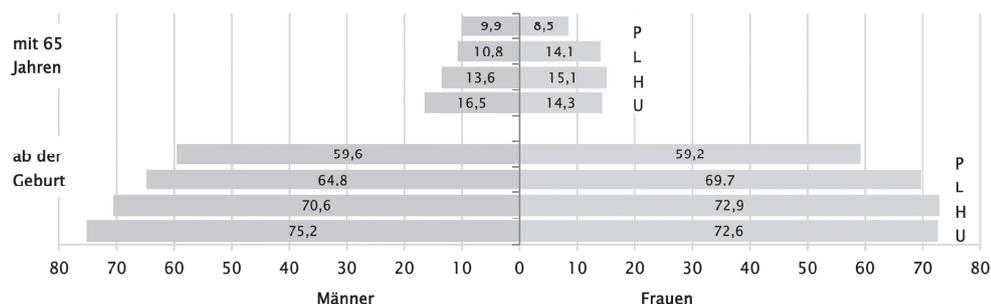


Abb. 1: Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung bei Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014. Höchster formaler Bildungsabschluss: P = maximal Pflichtschule, L = Lehre oder mittlere (Fach-)Schule, H = höhere Schule, U = Universität/Fachhochschule
 Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG (Abbildung aus: Winkler/Stückler 2018)

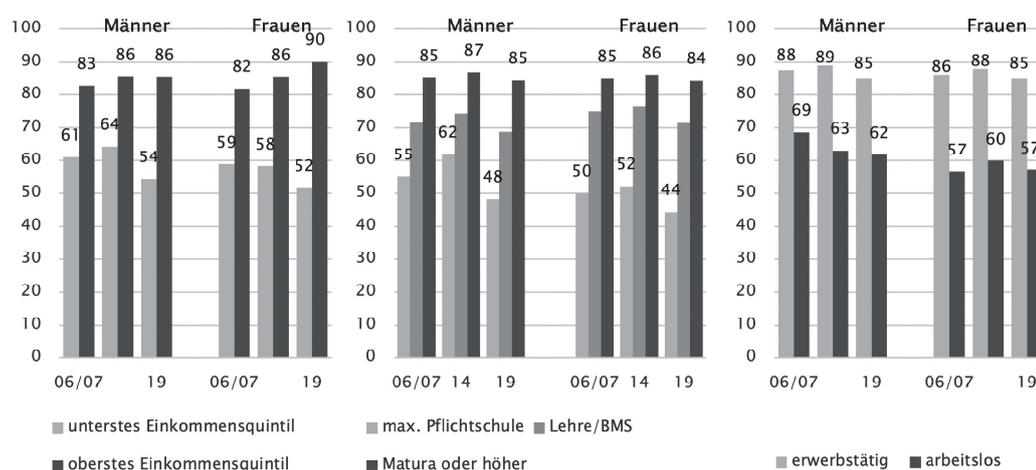


Abb. 2: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Einkommen, Bildung und Erwerbsstatus, Österreich 2006/07, 2014 und 2019. Prozente für sehr guten oder guten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand. Darstellungen nach Bildung und Einkommen: Bevölkerung ab 30 Jahren. Darstellung nach Erwerbsstatus: 15- bis 64-jährige Bevölkerung.
 Quelle: eigene Berechnungen der GÖG auf Basis der Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2006/2007, 2014, 2019 (Statistik Austria)

Ein ähnliches und über die Jahre konsistentes Bild zeigt sich beim selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (vgl. Abb. 2). So berichten beispielsweise in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 Männer wie Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss nur rund zur Hälfte über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu rund 85 Prozent der Männer und Frauen, die mindestens Matura haben. In einer vergleichbaren Größenordnung sind die Unterschiede bezogen auf das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen sowie zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Menschen.

Auch bei chronischen Erkrankungen (vgl. Abb. 3) bestätigt sich dieser Zusammenhang. So sind Menschen mit einem Einkommen im untersten Einkommensquintil, solche mit maximal Pflichtschulabschluss und arbeitslose Menschen im Vergleich zu jenen im obersten Einkommensquintil, solchen mit mindestens Matura und erwerbstätigen Menschen von Diabetes, Depression oder chronischen Rückenschmerzen teils bedeutend häufiger betroffen. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich beim Vergleich erwerbstätiger und arbeitsloser Menschen bezogen auf Depression.

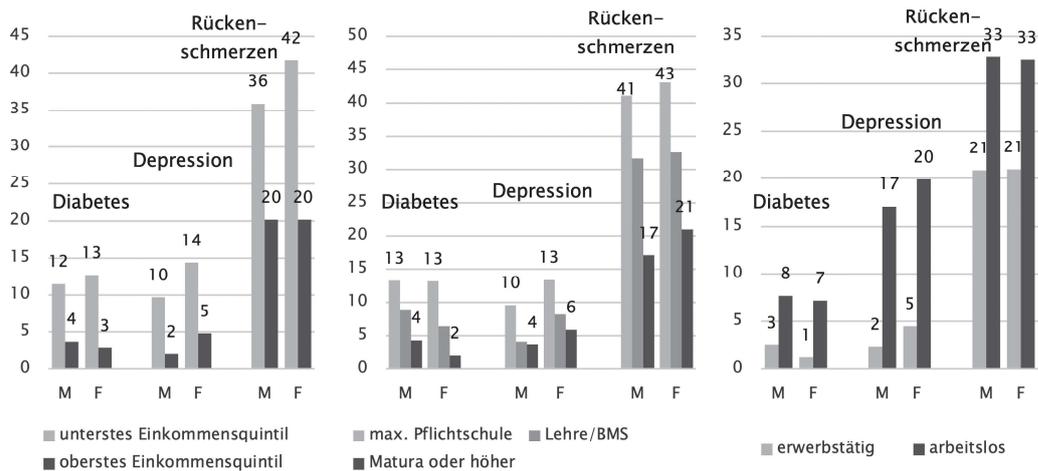


Abb. 3: Ausgewählte chronische Erkrankungen nach Einkommen, Bildung und Erwerbsstatus, Österreich 2019
 Anteile in Prozent der Gesamtbevölkerung. Zwölf-Monats-Prävalenz; bei Diabetes und Depression ärztlich diagnostiziert. Darstellungen nach Bildung und Einkommen: Bevölkerung ab 30 Jahren. Darstellung nach Erwerbsstatus: 15- bis 64-jährige Bevölkerung
 Quelle: eigene Berechnungen der GÖG auf Basis der Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Statistik Austria)

Ein besonders wichtiger Schutzfaktor für Gesundheit ist die soziale Unterstützung, die ein Mensch zur Verfügung hat. Menschen, die mit ihren persönlichen Beziehungen und der sozialen Unterstützung sehr zufrieden sind, berichten etwa dreimal so häufig über einen sehr guten Gesundheitszustand als jene, die damit sehr unzufrieden sind (Statistik Austria 2015). Auch hier belegen die Daten einen sozialen Gradienten. So sagen Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss mehr als doppelt so oft, dass sie nur geringe soziale Unterstützung haben, als Menschen mit mindestens Matura. Besonders oft sind es Menschen im untersten Einkommensquintil und arbeitslose Menschen, die wenig soziale Unterstützung sehen (vgl. Abb. 4).

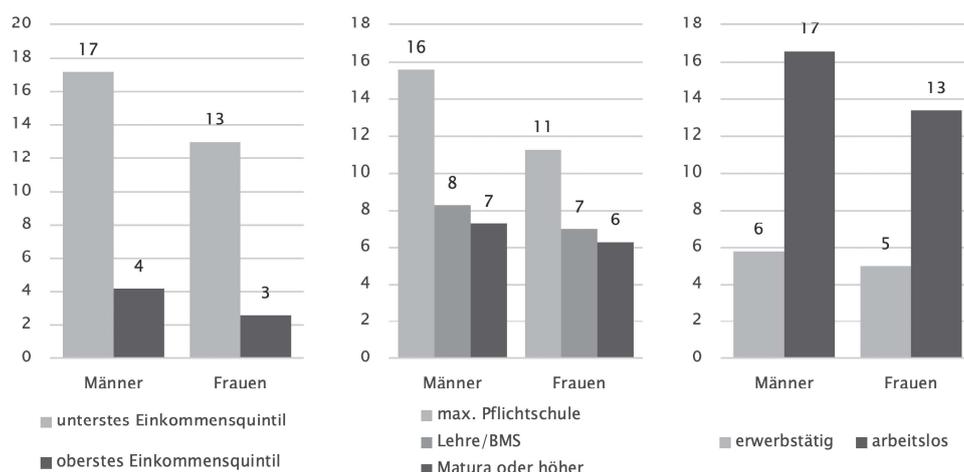


Abb. 4: Geringe soziale Unterstützung nach Einkommen, Bildung und Erwerbsstatus, Österreich 2019. Anteile in Prozent der Gesamtbevölkerung. Darstellungen nach Bildung und Einkommen: Bevölkerung ab 30 Jahren. Darstellung nach Erwerbsstatus: 15- bis 64-jährige Bevölkerung
Quelle: eigene Berechnungen der GÖG auf Basis der Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Statistik Austria)

Welche Erklärungsmodelle und -ansätze gibt es zu diesen gesundheitlichen Ungleichheiten?

Die zentralen Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit bauen auf der konzeptionellen Überlegung auf, dass der sozioökonomische Status einer Person die Gesundheit beeinflusst. Es werden dabei mehrere Konzepte unterschieden.

Der **(neo)materielle Erklärungsansatz** (z.B. bei Peacock/Bisell 2011) geht davon aus, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status aufgrund ihrer schlechteren materiellen Lebensbedingungen (Einkommen sowie Wohn- und Arbeitsverhältnisse) verstärkt negativen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Der **psychosoziale Erklärungsansatz** (z.B. bei Peacock/Bisell 2011, Wilkinson/Pickett 2009) stellt die Rolle von Kindheitserfahrungen und psychischem Stress (siehe auch unten) sowie von sozialer Unterstützung, Scham und Vergleichen in den Mittelpunkt.

Der **kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz** (z.B. bei Helmert/Schorb 2006) richtet den Fokus hingegen darauf, dass Menschen mit ähnlichem sozioökonomischem Status sich auch eine ähnliche „Kultur“ teilen und mehr zu Risikoverhalten tendieren (z.B. zu höherem Tabak- und Alkoholkonsum, ungesünderer Ernährung, weniger Bewegung etc.).

Grundsätzlich herrscht weitgehend Einigkeit, dass der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit komplex ist (siehe Abbildung 5). Ungleiche soziale/sozioökonomische Ausgangslagen schlagen sich in einer – aus der Bilanz von

gesundheitlichen Belastungen wie Ressourcen hervorgehenden – unterschiedlichen gesundheitlichen Beanspruchung, aber auch in einer ungleichen gesundheitlichen Versorgung nieder. Dies wirkt sowohl direkt als auch über unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensweisen auf gesundheitliche Ungleichheit, die wiederum auf die soziale Ungleichheit zurückwirkt.

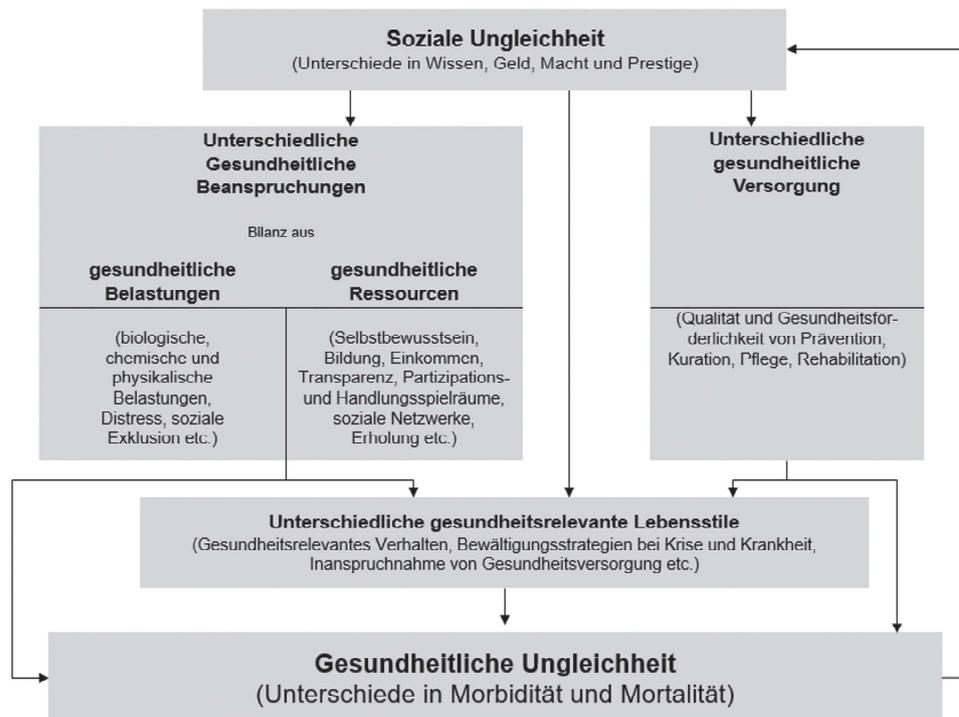


Abb. 5: Erklärungsmodell zum Konnex zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit
Quelle: Rosenbrock/Kümpers 2006, modifiziert nach Elkeles/Mielck 1993

Wichtig in Hinblick auf Handlungsansätze (siehe unten) ist, dass nicht nur Belastungen ungleich verteilt sind, sondern auch die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um die Belastungen zu bewältigen. Entsprechendes Handeln kann daher auf die Stärkung von Ressourcen und/oder auf die Reduktion von (materiellen, psychosozialen oder auch verhaltensbezogenen) Belastungen und Risikofaktoren abzielen.

Gesundheitliche Ungleichheiten halten sich in Europa hartnäckig. Mackenbach (2019) sieht vor allem drei Gründe dafür:

- Die Sozialstruktur hat sich dahingehend verändert, dass es eher nur mehr zwei homogene Gruppen – unterschieden durch ihren Bildungsstatus – gibt: höher gebildete Menschen und weniger gebildete Menschen. Damit jeweils verbunden ist deren Chancenstruktur.
- Die materielle und die nichtmaterielle Ressourcenungleichheit – und damit die Lebensumstände – sind trotz sozialstaatlicher Umverteilungsmaßnahmen weiterhin sehr groß.

c) In den letzten Jahrzehnten konnten zwar massive Verbesserungen im Gesundheitsbereich erzielt werden, wovon jedoch vor allem jene profitieren können, die auch ihr Gesundheitsverhalten anpassen (können). Dies wiederum hängt vor allem auch mit dem sozioökonomischen Status der Menschen zusammen.

Ein neuerer, zunehmend anerkannter und auch durch Evidenz gestützter Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten ist die Lebenslaufperspektive („life course approach“), bei welcher der zeitliche Aspekt Berücksichtigung findet. Sie bietet einen Rahmen, um zu verstehen, wie die sozioökonomischen Determinanten die Gesundheit im Lebensverlauf von der Geburt bis ins hohe Alter beeinflussen und wie sich Vor- und Nachteile aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen im Zeitverlauf verstärken (Davey Smith 2008,). Die Lebenslaufforschung belegt insbesondere einen starken Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit (Bildung, Einkommen etc.) und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, und zwar unabhängig vom späteren sozialen Status: „Die soziale Herkunft eines Menschen prägt seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen.“ (Dragano/Siegrist 2009, 191)

Wie kann sich die COVID-19-Pandemie auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit auswirken?

Marmot et al. haben bereits 2013 in einer richtungsweisenden Publikation (WHO 2013) die Bedeutung der sozioökonomischen Determinanten für gesundheitliche Ungleichheit detailliert dargestellt und erklärt. 2020 haben sie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesundheitliche Ungleichheit in Großbritannien untersucht (Marmot et al. 2020) und festgestellt, dass

1. diese Pandemie die gesundheitliche Ungleichheit aktuell noch weiter vergrößert und
2. in ihrem Fall von einem längerfristigen Effekt auszugehen ist, da sich abzeichnet, dass die Pandemie negative Entwicklungen in Hinblick auf wichtige Gesundheitsdeterminanten (z. B. Steigerung der Kinderarmut, Ausweitung der Bildungskluft, steigende Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeitsverhältnisse) mit sich bringt
3. und die Daten vor allem zeigen, dass die Risiken kumulativ sind.

Aktuell zeigt sich, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen aus mehrfachen Gründen höheren Infektionsrisiken und auch schlechteren Krankheitsverläufen ausgesetzt sind. Anknüpfend an das zuvor dargestellte Erklärungsmodell, geht es auch hier um ein Zusammenspiel von niedrigeren gesundheitlichen Ressourcen und höheren gesundheitlichen Belastungen und Risiken: z. B. erhöhtes Sterberisiko von Menschen mit schlechter Gesundheit, höhere Infektionsrisiken bzw. gesundheitliche Belastungen in beengten Wohnverhältnissen oder bei wohnungslosen Menschen. Auch höhere Infektionsrisiken in den sogenannten Systemerhalter-Berufen, die häufig in Niedriglohnbranchen angesiedelt sind (weniger Homeoffice-Möglichkeiten, mehr direkter Kontakt mit anderen Menschen) oder bei Menschen mit Migrations-

hintergrund, aufgrund der häufiger schlechteren Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen.

Dass die COVID-19-Pandemie auch in Österreich – ohne entsprechende Maßnahmen, die versuchen, dem gezielt entgegenzuwirken – einen Einfluss auf die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit haben wird, zeigen erste Analysen (BMSGPK 2020). So könnten in Österreich die Konsequenzen der Pandemie jene Personengruppen besonders treffen, die bereits davor schon von Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung betroffen waren. Aber auch eine neue Gruppe, jene der (Solo-)Selbstständigen, könnte hinzukommen (Heitzmann 2020). Betreffend Bildungschancen sehen Fink und Steiner (2020) durch die Schulschließungen eine Privatisierung des Lernens und Lehrens, die es bisher in dieser Form nicht gab. Das Risiko, dass dadurch die Bildungschancen sozioökonomisch benachteiligter Kinder und Jugendlicher sinken, sehen sie dort, wo die (digitale) Ausstattung und Infrastruktur für das E-Learning in den Haushalten fehlt, zu beengte Wohnverhältnisse gegeben sind und die Möglichkeit der Unterstützung durch die Eltern nicht ausreichend vorhanden ist. Erste Daten aus dem Frühjahr 2020 zeigen, dass benachteiligte Schüler/-innen teilweise vom Lehrpersonal nicht erreicht werden können. Der Spitzenwert liegt hier in den Wiener Primarstufen bei 40 Prozent. Längerfristige negative Auswirkungen auf Schulabbruchquoten sowie die Bildungs- und Berufslaufbahnen können von den Autorinnen/Autoren nicht ausgeschlossen werden.

Was kann getan werden, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern?

Es gibt zahlreiche Ansatzpunkte, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern. Grundsätzlich wird

- einerseits zwischen spezifischen Strategien zur Verbesserung der Gesundheit einer bestimmten, abgegrenzten Teilpopulation (insbesondere am schlechtesten Gestellter) und universellen Strategien zur (graduellen) Verbesserung der Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen unterschieden und
- zum anderen auch zwischen Ansätzen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten (wie Unterschiede in Bildung, Berufsstatus und Einkommen) und solchen zur Verringerung von Unterschieden durch intermediäre Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit (wie Gesundheits- oder Risikoverhalten, materielle und psychosoziale Faktoren).

Universelle Policies zeigen sich laut Stegeman et al. (2012) effektiver in der Reduktion des sozioökonomischen Gesundheitsgradienten als spezifische Policies, die sich ausschließlich an spezifische Gruppen richten. Zu universellen Policies zählt zum Beispiel das verpflichtende Kindergartenjahr oder Gratiskindergarten für alle Kinder, sodass kein Kind aufgrund der Kosten auf den Besuch eines Kindergartens als erster Bildungseinrichtung verzichten muss. Zu spezifischen Policies zählt zum Beispiel ein Zuschuss zu den Kinderbetreuungskosten für Familien mit sehr niedrigem Haushaltseinkommen.

Eine Weiterentwicklung dieser Differenz zwischen universellen und spezifischen Maßnahmen, die gezielt den sozialen Gradienten der Gesundheit adressiert, ist das Konzept des proportionellen Universalismus (Marmot 2010). Diesem zufolge wird gesundheitliche Chancengerechtigkeit am besten durch universelle Politikmaßnahmen erzielt, die breit/umfassend genug sind, um die gesamte Bevölkerung zu erreichen. Die Intensität, der Umfang etc. der gesetzten Maßnahmen hat sich aber an der Ausgangslage zu orientieren – je größer die Benachteiligung, desto intensiver/umfangreicher etc. müssen die Maßnahmen sein. Es muss des Weiteren darauf geachtet werden, dass diese universellen Maßnahmen den Bedürfnissen der (am stärksten) benachteiligten Gruppen gerecht werden. Dieser Ansatz kann auch dazu beitragen, Stigmatisierung zu vermeiden und so auch eine bessere Nutzung der Maßnahmen und damit eine erhöhte Deckung der Bedarfe zu erreichen.

Politikansätze zur Verringerung sozialer Ungleichheiten sind beispielsweise Armutsprävention durch Mindestlöhne oder Transferleistungen, Investitionen in benachteiligte Wohnviertel oder Maßnahmen zur Verbesserung der Bildungsmobilität. Beispielhafte Maßnahmen zur Verringerung von Unterschieden, bezogen auf die intermediären Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit, sind z.B. spezifische Gesundheitsförderungsprogramme für benachteiligte Gruppen spezifische Gesundheitseinrichtungen für nichtversicherte Menschen.

Im „Review of social determinants and health divide“ (WHO 2013) werden Investitionen in frühkindliche Entwicklung und Bildung als sehr effektiv zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und sowohl aus gesundheitlicher als auch ökonomischer Perspektive als höchst relevant beschrieben. Diese Lebenslaufperspektive bietet die Chance, die Fortschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten von einer Generation auf die nächste zu stoppen und die großen Potenziale der frühen Kindheit für lebenslange Gesundheit zu nutzen. Interventionsansätze, die sich an Familien in belasteten Lebenslagen richten und die frühkindliche Entwicklung unterstützen, werden als ein wichtiger Maßnahmenbereich mit hohem Verbesserungspotenzial für die Betroffenen beschrieben, insbesondere wenn sie im Sinne von „Zwei-Generationen-Programmen“ (Shonkoff/Fisher 2013) eine intensive Unterstützung der Bezugspersonen integrieren. Die gesundheitliche und soziale Chancengerechtigkeit kann vor allem dann gefördert werden, wenn der Schwerpunkt auf die Verbesserung der Lebenssituation und eine Stärkung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Eltern und anderer zentraler Bezugspersonen gelegt wird.

Bei den oben angeführten Ansätzen und Maßnahmen wird sichtbar, dass die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit viele Politikbereiche betrifft wie z.B. Familie, Bildung, Arbeit, Umwelt, Soziales und nicht durch den Gesundheitsbereich allein sichergestellt werden kann. Eine wesentliche Strategie zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und insbesondere auch der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist daher der Health-in-All-Policies-Ansatz (Gesundheit in allen Politikfeldern). Er geht von der Erkenntnis aus, dass eine nachhaltige Förderung der Bevölkerungsgesundheit und vor allem auch gesundheitlicher Chancengerechtigkeit nur durch ihre entsprechende Berücksichtigung in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen und durch deren gutes Zusammenspiel gelingen kann. In diesem Sinne sind nicht allein gesundheitspolitische Strategien und Maßnahmen von Bedeutung.

In Österreich haben Ansatzpunkte zur verstärkten Berücksichtigung der sozioöko-

nomischen Determinanten der Gesundheit sowie zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in den letzten etwa zehn bis 15 Jahren vor allem in Hinblick auf politische Strategien an Bedeutung gewonnen.

Die Erarbeitung der 2012 beschlossenen zehn Gesundheitsziele für Österreich (siehe <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>) und ihre Operationalisierung wurde und wird in politikfeld- und gesellschaftsbereichsübergreifenden Gremien und Arbeitsgruppen umgesetzt und durch drei Grundprinzipien geleitet, die in diesem Zusammenhang von besonderer Relevanz sind und auch für die nachfolgende Operationalisierung der Ziele handlungsleitend waren bzw. sind:

- Förderung von Chancengerechtigkeit: Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten sollen verringert werden.
- Berücksichtigung wichtiger Einflussfaktoren (Determinantenorientierung): Persönliche, soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, müssen beachtet werden.
- Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies): Alle politischen Bereiche sind aktiv in die Bearbeitung von Themen eingebunden, die für Gesundheit und Wohlbefinden relevant sind, und tragen ihren Teil zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik bei

Eines der zehn Gesundheitsziele (GZ 2) adressiert spezifisch die gesundheitliche Chancengerechtigkeit: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“. In der weiteren Bearbeitung dieses Ziels, die unter Leitung von Vertreterinnen und Vertretern des Sozial- und Bildungsressorts bzw. der Armutskonferenz stattfand, wurden drei Wirkungsziele definiert, die verschiedene Aspekte der Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in den Fokus rücken:

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

Die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit finden aber auch in vielen weiteren Strategien Berücksichtigung, welche die Bevölkerungsgesundheit adressieren, so z.B. in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, im Aktionsplan Frauengesundheit oder in den Nationalen Aktionsplänen für Ernährung oder Bewegung. Einen ebenso hohen Stellenwert haben Initiativen und Aktivitäten in anderen Politikbereichen wie beispielsweise der aktuell in Entwicklung befindliche Nationale Aktionsplan gegen Armut.

Die COVID-19-Pandemie unterstreicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Die COVID-19-Pandemie ist in Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten gleichermaßen Lupe wie Katalysator. Die Pandemie macht bestehende Ungleichheiten stärker sichtbar, birgt aber gleichzeitig auch das Risiko, diese nochmals zu verstärken.

Jede Krise bringt auch Chancen mit sich. Die stärkere Sichtbarkeit des Einflusses sozioökonomischer Determinanten auf die Gesundheit könnte eine solche Chance sein. Darüber hinaus erleben wir aktuell eine „Pandemie in allen Politikfeldern“. Die COVID-19-Pandemie zeigt, wie eng die verschiedenen Politikfelder zusammenhängen und wie sehr Gesundheit in andere Politikfelder hineinwirkt, aber auch durch diese beeinflusst wird. Wir können tagtäglich miterleben, in welchem hohem Ausmaß Gesundheit und andere Politik- und Gesellschaftsbereiche miteinander verzahnt sind und dass eine essenzielle Wirksamkeit von Maßnahmen nur dann erreicht werden kann, wenn dabei an einem Strang gezogen wird. Es ist zu hoffen, dass damit auch der wichtige gesundheitspolitische Ansatz von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ noch besser verstanden wird, mehr Akzeptanz findet und letztendlich besser verankert wird.

Möglicherweise kann – analog zum Slogan „Build back fairer“ (Marmot et al. 2020) – auch die Chance genutzt werden, in der Bekämpfung der diversen gesellschaftlichen Folgen der Pandemie auch nachhaltige Strukturen zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu verankern.

Da sich – ebenso wie in vergangenen Pandemien – auch in der COVID-19-Pandemie soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sehr deutlich zeigen, wird die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit nochmals betont: Infektionskrankheiten wie COVID-19 interagieren mit bestehenden sozialen Ungleichheiten bei chronischen Krankheiten und den sozialen Determinanten von Gesundheit und verschärfen diese noch. Die Pandemie legt damit die bestehenden Ungleichheiten offen, verstärkt diese aber auch zusätzlich, sofern nicht gezielt entgegengewirkt wird. Es bedarf daher wirksamer Strategien und Maßnahmen, damit in kurz-, mittel- wie langfristiger Perspektive mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit möglich wird. Denn die Konsequenzen der bestehenden gesundheitlichen Chancengleichheit tragen nicht nur die betroffenen Bevölkerungsgruppen, sondern die gesamte Gesellschaft. Verbunden mit geringeren Bildungserfolgen und schlechterer Gesundheit sind Produktivitätsverlust, höhere Gesundheitsausgaben und alle anderen Folgen gesellschaftlicher Ungleichheiten, so Marmot et al. (2020).

Die Autorinnen danken Petra Winkler und Robert Griebler für die Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten für die Abbildungen.

Literatur

- Bambra C., Riordan R., Ford J., Matthews F. (2020): The COVID-19 pandemic and health inequalities, *Journal of Epidemiology and Community Health (JECH) | BMJ*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298201/>
- BMSGPK (2020): COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Teil 2, vorläufige Version; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- Burström B., Tao W. (2020): Social determinants of health and inequalities in COVID-19, *European Journal of Public Health*; <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/4/617/5868718> 57
- CHAIN (2020): The COVID pandemic and health inequalities: we are not all in it together; Centre for Global Health Inequalities Research; https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/CHAIN_infographic%20covid19_and_inequalities_final.pdf
- Davey Smith G. (2008): Die Bedeutung der Lebenslaufperspektive für die Erklärung sozialer Ungleichheit; in: Bauer/Bittlingmayer/Richter (Hg). *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden, S. 291–330
- Dragano N., Siegrist J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit; in: Richter/Hurrelmann (Hg). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage*, Wiesbaden, S. 181 ff.
- ECDC (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; European Centre for Disease Prevention and Control; <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Medically-and-socially-vulnerable-populations-COVID-19.pdf>
- Fink M., Steiner M. (2020): Zielgruppe Kinder und Jugendliche: Lebensbedingungen und Bildung; in: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). *COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Teil 2, vorläufige Version*; Wien. (273–290)
- Heitzmann K. (2020): Armut und soziale Ausgrenzung während der COVID-19 Pandemie; in: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). *COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Teil 2, vorläufige Version*; Wien. (60–87)
- Helmert U., Schorb F. (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter/Hurrelmann K. (Hg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften*
- Mackenbach J.P. (2019): Health inequalities in Europe – why so persistent? In: Siegrist/Staudinger (Hg.). *Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention*. Leopoldina-Forum Nr. 2. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale). (36–39) https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Leo_Forum_02_Gesundheitliche_Ungleichheit_01.pdf
- Marmot M. (2010): Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. The Marmot Review
- Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Herd E., Morrison J. (2020): Build back fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. London: Institute of Health Equity
- Mielck A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber
- Peacock M., Bissell P. (2011): The social determinants of health inequalities: implications for research and practice. Reducing Health Inequalities Implementation Theme, CLAHRC for South Yorkshire
- Richter M., Hurrelmann K. (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage*, Wiesbaden
- Rosenbrock R., Kümpers S. (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen; in: Richter/Hurrelmann (Hg): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden, S. 385 ff.
- Shonkoff J.P., Fisher P.A. (2013): Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. In: *Development and psychopathology* 25/402:1635
- Statistik Austria (2008): *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien
- Statistik Austria (2015). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien

- Statistik Austria (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2019) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien
- Stegeman I., Costongs C. (Hg.) (2012): The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works? EuroHealthNet
- Winkler P., Stückler A. (2018): Gesundheitliche Chancengerechtigkeit der älteren Generation in Österreich; in: Fonds Gesundes Österreich (2018). Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen. Wien. (19–28). <https://fgoe.org/Sammelband>
- Wilkinson R., Pickett K. (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Tolke-mittVerlag bei Zweitausendeins. Berlin
- Wise J. (2020): COVID-19: Low skilled men have highest death rate of working age adults, The BMJ, <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1906>
- WHO (2013): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Denmark