

# Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des ersten Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich (Zeitraum Frühjahr 2020)

Endbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des ersten Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich (Zeitraum Frühjahr 2020)

Endbericht

Autorinnen:

Gabriele Antony  
Jennifer Antosik  
Marion Weigl  
Carina Marbler  
Anja Laschkolnig

Unter Mitarbeit von:

Fiona Witt-Dörning

Fachliche Begleitung:

Sabine Haas

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Februar 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

**Diese Gesundheitsfolgenabschätzung wird in zwei Teilen publiziert:**

---

Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich. Kurzfassung

---

Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich. Endbericht (vorliegender Bericht)

#### **Zitiervorschlag:**

Antony, Gabriele; Antosik, Jennifer; Weigl, Marion; Marbler, Carina; Laschkolnig, Anja (2021): Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich. (Zeitraum Frühjahr 2020). Gesundheit Österreich, Wien

#### **Danksagungen**

Die Autorinnen möchten sich bei den Mitgliedern der Steuerungsgruppe, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Umfrage und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Bewertungsworkshops bedanken.

Wir möchten uns auch bei den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheit Österreich für ihr Feedback und weitergehende Informationen bedanken.

Zl. P6/1/5243

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zu den Unterzielen 3.3., 3.4. und 3.8. bei.

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

COVID-19 ist eine durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit, die sich im Jahr 2020 zur weltweiten Pandemie ausbreitete. Um die Ausbreitung des Coronavirus in Österreich einzudämmen und eine Überlastung der Krankenhäuser – insbesondere der Intensivstationen – zu verhindern, wurden von der österreichischen Bundesregierung im Frühjahr diverse Maßnahmen gesetzt (z. B. Lockdown, Social Distancing). Diese Maßnahmen führten zu einem Rückgang der täglichen Neuinfektionen mit dem Virus und trugen damit auch zum Ziel bei, das Krankenversorgungssystem nicht zu überlasten.

Durch die COVID-19-Pandemie sowie die gesetzten Maßnahmen sind in verschiedenen Lebensbereichen Chancen, aber auch neue Herausforderungen entstanden bzw. bereits vorhandene verstärkt worden, die auch einen (direkten oder indirekten) Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen haben können. Um diese Auswirkungen im Überblick sichtbar zu machen, wurde die vorliegende Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Auftrag gegeben. Die konkrete Fragestellung lautet: Welche positiven und negativen Auswirkungen hatten der Lockdown und das Social Distancing zur Eindämmung der Corona-Pandemie auf die Gesundheit der Menschen in Österreich und insbesondere auch auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit?

## Methode/Methoden

Die GFA (international als „Health Impact Assessment“ etabliert) ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung von (geplanten politischen) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. Das methodische Vorgehen orientiert sich am für eine GFA vorgegebenen Ablauf (Sichtung, Planung, Bewertung, Berichtslegung und Empfehlungen, Monitoring und Evaluation; vgl. auch Amegah et al. 2013). Die Suche und Analyse nationaler Literatur sowie die Durchführung einer Onlineumfrage bildeten die Basis der Bewertung der Gesundheitsauswirkungen. Zusätzlich wurde eine Recherche internationaler Literatur vom European Observatory on Health Systems and Policies durchgeführt und der GÖG zur Verfügung gestellt. Die Bewertung der Gesundheitsauswirkungen und eine erste Sammlung von Handlungsempfehlungen wurden gemeinsam mit relevanten Akteurinnen/Akteuren im Rahmen mehrerer thematisch gebündelter Online-Bewertungsworkshops durchgeführt.

## Ergebnisse

Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen vor einer Erkrankung zu schützen und damit eine Überbelastung der Krankenhäuser, insbesondere der Intensivstationen, zu vermeiden. Sie adressieren daher die gesamte Gesellschaft. Dabei besteht die

Gefahr, dass manche Bereiche bzw. Bevölkerungsgruppen nicht nur den gewünschten Nutzen sondern auch negative Folgen der Maßnahmen erleben. Demnach konnten sowohl positive als auch negative – direkte sowie indirekte – Auswirkungen auf die Gesundheit in unterschiedlichen Bereichen festgestellt werden. Vor allem im Bereich der sozialen Umwelt und der psychosozialen Gesundheit wurden einige negative Auswirkungen identifiziert (z. B. hinsichtlich Einsamkeit/Isolation, Ängste und Unsicherheiten). Positive Auswirkungen wurden beispielsweise im Zusammenhang mit Digitalisierung gesehen.

Dabei ist zu beachten, dass diese Effekte sehr unterschiedlich verteilt sind: Positive Auswirkungen erleben eher jene Bevölkerungsgruppen, die gut abgesichert sind und über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen, während ein großer Anteil der Bevölkerung mit negativen Auswirkungen konfrontiert ist. Insbesondere jene Menschen, die bereits vor der Pandemie in irgendeiner Art und Weise belastet bzw. benachteiligt waren, erleben zusätzliche negative Auswirkungen durch die Pandemie bzw. die damit verbundenen Maßnahmen.

### **Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion**

Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen vor einer Erkrankung zu schützen. Mit Hilfe des Lockdowns und von Social Distancing sollte vor allem auch das Versorgungssystem vor einer Überlastung geschützt werden. Bei Maßnahmen, die die gesamte Gesellschaft adressieren ist davon auszugehen, dass auf individueller Ebene auch nicht intendierte positive oder negative Auswirkungen auftreten. Diese müssen daher analysiert und Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen abgeleitet werden.

Im Rahmen dieser GFA wurde deutlich, dass die Auswirkungen in vielen Lebensbereichen miteinander in Verbindung stehen (z. B. Jobverlust, Familienklima, soziale Eingebundenheit und psychisches Wohlbefinden) und eine separierte Diskussion oftmals zu kurz greifen würde. Es empfiehlt sich daher eine integrierte Diskussion bzw. integrierte Abschätzung der Auswirkungen, was für die breite Fragestellung dieser GFA unter den gegebenen Rahmenbedingungen (Ressourcen, enger Zeitrahmen, Online-Bewertungsworkshops) nicht möglich war. Da unter anderem in den Bewertungsworkshops von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern angemerkt wurde, dass sich die Situation der Menschen – und damit auch die Auswirkungen des Lockdowns bzw. deren Drastik – zum Teil sehr stark unterscheidet, sollte auf bestimmte Zielgruppen mit abgegrenzter Fragestellung näher hingesehen werden. Die vorliegende GFA kann dafür erste Ansatzpunkte aufzeigen.

### **Schlüsselwörter**

Gesundheitsfolgenabschätzung, GFA, Coronavirus, Lockdown, Social Distancing

# Summary

## Background/Subject/Research Question

COVID-19 is an infectious disease caused by the coronavirus SARS-CoV-2, which spread to a world-wide pandemic in 2020. In order to contain the spread of the coronavirus in Austria and to prevent an overload of hospitals – especially intensive care units – various measures were set by the Austrian federal government in spring 2020 (e.g. lockdown, social distancing). These measures led to a decrease in new daily infections with the virus and avoided an overburdening of the health care system

The COVID-19 pandemic and the measures taken created opportunities in various areas of life, but also created new challenges or increased existing ones, which can also have a (direct or indirect) impact on health and well-being of the population or certain population groups. This health impact assessment (HIA) was commissioned to provide an overview of these effects. The specific question is: What positive and negative impacts did lockdown and social distancing to contain the COVID-19 pandemic have on health of the population in Austria and, in particular, on health equity?

## Methods

HIA is a systematic process for analyzing and evaluating (planned political) projects with regard to their possible positive and negative impacts on health and their distribution within the population. The methodological procedure is based on the process specified for an HIA (screening; scoping; assessment; reporting and recommendations; monitoring and evaluation; see also Amegah et al. 2013). The foundation of gathering information for the impact assessment was a national literature research and analysis combined with an online survey. In addition, a search of international literature was conducted by the European Observatory on Health Systems and Policies, which was provided to GÖG. The impact assessment and an initial collection of recommendations for action were carried out together with relevant stakeholders in the context of several thematically merged online assessment workshops.

## Results/Findings

Measures to contain a pandemic aim to protect as many people as possible from the disease and avoid an overload in hospitals, especially intensive care units. Therefore, they address the whole society. At the same time, there is a risk that some areas or population groups will experience negative consequences of the measures rather than the desired benefits. Accordingly, both positive and negative – direct as well as indirect – impacts on health and well-being could be identified in different areas. In particular, some negative impacts were identified in the area of social environment and psychosocial health (e.g., regarding loneliness/isolation, anxiety, and insecurities). Positive effects were seen, for example, in connection with digitalization.

It should be noted that these impacts are distributed very differently: Positive effects are more likely to be experienced by those population groups that are well protected and have sufficient financial resources, while a large proportion of the population is confronted with negative effects. In particular, those people who were already burdened or disadvantaged in some way before the pandemic experience additional negative effects due to the pandemic or the associated measures.

### **Discussion/Conclusion/Recommendations**

Measures to contain a pandemic aim to protect as many people as possible from the disease. Lockdown and social distancing are also intended to protect the healthcare system from being overloaded. In the case of measures that address the whole society, it must be assumed that unintended positive or negative effects also occur at the individual level. These must be analyzed in detail and recommendations for future measures should be derived.

In the course of this HIA, it became clear that the impacts in many areas of life are interrelated (e. g., job loss, family climate, social inclusion, and psychological well-being) and that a separate discussion often fell short. Therefore, an integrated discussion or integrated assessment of impacts is recommended, which was not possible for the broad question of this HIA under the given conditions (resources, tight time schedule, online appraisal workshops). Since the participants noted in the appraisal workshops, among other things, that the situation of the people – and thus also the impacts of the lockdown or their strength – differs greatly in some cases, a closer look should be taken at specific target groups with delimited questions. The present HIA can provide initial starting points for this.

### **Keywords**

Health Impact Assessment, HIA, corona virus, lockdown, social distancing



# Inhalt

|   |     |
|---|-----|
| Kurzfassung .....   | III |
| Summary .....   | V   |
| Abbildungen und Tabellen .....  | IX  |
| Abkürzungen.....  | X   |
| 1 Einleitung .....  | 1   |
| 2 Methodik .....  | 3   |
| 2.1 Sichtung .....  | 5   |
| 2.2 Planung .....   | 5   |
| 2.3 Bewertung .....   | 5   |
| 2.3.1 Erhebungs- und Analysephase .....   | 5   |
| 2.3.2 Folgenabschätzung und Bewertung .....   | 10  |
| 2.4 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen .....                                     | 11  |
| 2.5 Monitoring und Evaluation .....   | 11  |
| 3 Ausgangslage .....  | 12  |
| 3.1 Bevölkerungsprofil (zentrale Eckpunkte) .....   | 12  |
| 3.2 Ausbreitung von COVID-19 in Österreich .....  | 16  |
| 3.3 Relevante Verordnungen zur Eindämmung von COVID-19 .....                                | 20  |
| 4 Identifizierte Auswirkungen .....   | 23  |
| 4.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsoutcomes .....                           | 23  |
| 4.1.1 Körperliche Gesundheit .....  | 23  |
| 4.1.2 Psychische Gesundheit .....   | 27  |
| 4.1.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten .....   | 36  |
| 4.2 Soziale Faktoren .....  | 39  |
| 4.3 Familie, Kinder und Bildung .....   | 43  |
| 4.4 Arbeit, Beschäftigung und wirtschaftliche Aspekte.....                                  | 50  |
| 4.5 Zugang zu und Qualität von Versorgung, Pflege und Betreuung.....                        | 58  |
| 4.6 Wirtschaft (Makroökonomie) und Politik .....  | 61  |
| 4.7 Umwelt .....  | 63  |
| 5 Bewertung .....   | 65  |
| 5.1 Themenkomplex soziale Faktoren, psychische Gesundheit .....                             | 65  |
| 5.1.1 Handlungsempfehlungen .....   | 72  |
| 5.2 Themenkomplex Familie, Kinder, Bildung.....   | 75  |
| 5.2.1 Handlungsempfehlungen .....   | 78  |
| 5.3 Themenkomplex Gesundheitsversorgung, Pflege, Betreuung, körperliche<br>Gesundheit ..... | 81  |
| 5.3.1 Handlungsempfehlungen .....   | 84  |
| 5.4 Themenkomplex Arbeit, wirtschaftliche Faktoren .....                                    | 86  |
| 5.4.1 Handlungsempfehlungen .....   | 89  |
| 6 Zusammenfassung.....  | 91  |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 6.1 | Positive Auswirkungen des Lockdowns .....       | 91  |
| 6.2 | Negative Auswirkungen des Lockdowns .....       | 93  |
| 6.3 | Handlungsempfehlungen .....                     | 94  |
| 7   | Reflexionen zur Vorgehensweise dieser GFA ..... | 96  |
| 8   | Resümee und Ausblick.....                       | 99  |
|     | Literatur .....                                 | 101 |
|     | Anhang .....                                    | 109 |

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 2.1: Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung .....   | 3  |
| Abbildung 2.2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten) .....  | 4  |
| Abbildung 2.3: Vorrangiger Arbeitsbereich der an der Onlinebefragung beteiligten<br>Personen (Anzahl der Nennungen).....   | 9  |
| Abbildung 2.4: Tätigkeitsbereich der Teilnehmenden: bundesweit vs. bundeslandspezifisch<br>(Anzahl der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich) .....   | 9  |
| Abbildung 3.1: Arbeitslosenquote in Österreich im Zeitraum Jänner bis Oktober 2020.....  | 13 |
| Abbildung 3.2: Signifikante Zusammenhänge zwischen Gesundheit und ausgewählten<br>Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status bei Männern und<br>Frauen im Überblick – Ausschnitt ..... | 15 |
| Abbildung 3.3: Übersicht über die wichtigsten Ereignisse im Zusammenhang mit der<br>Ausbreitung und Eindämmung von COVID-19 in Österreich im Frühjahr 2020..                                   | 16 |
| Abbildung 3.4: tägliche SARS-CoV-2-Fälle (positiv getestete Personen) in Österreich,<br>25. Februar bis 14. April 2020 .....   | 17 |
| Abbildung 3.5: Übersicht über die wichtigsten Ereignisse im Zusammenhang mit der<br>Ausbreitung und Eindämmung von COVID-19 in Österreich im<br>Herbst/Winter 2020 .....                       | 18 |
| Abbildung 3.6: tägliche SARS-CoV-2-Fälle (positiv getestete Personen) in Österreich,<br>25. Februar bis 31. Dezember 2020 .....  | 19 |

## Tabellen

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 5.1: Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren .....   | 66 |
| Tabelle 5.2: Bewertungsworkshop Themenkomplex Familie / Bildung / Kinder .....   | 76 |
| Tabelle 5.3: Bewertungsworkshop Themenkomplex Versorgung und Pflege.....   | 82 |
| Tabelle 5.4: Bewertungsworkshop Themenkomplex wirtschaftliche Faktoren, Arbeit;<br>Identifizierte Auswirkungen: Berufsorientierung und –beratung ..... | 87 |

# Abkürzungen

|        |  |
|--------|--|
| ACS    | Akutes Koronarsyndrom  |
| BGBI   | Bundesgesetzblatt  |
| BMSGPK | Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz |
| BÖP    | Berufsverband Österreichischer PsychologInnen                            |
| bzw.   | beziehungsweise  |
| COVID  | Coronavirus disease  |
| d. h.  | das heißt  |
| EMS    | Epidemiologisches Meldesystem  |
| EpiG   | Epidemiegesetz   |
| GFA    | Gesundheitsfolgenabschätzung   |
| GÖG    | Gesundheit Österreich GmbH   |
| IHS    | Institut für Höhere Studien  |
| PTBS   | Posttraumatische Belastungsstörung                                       |
| PTSD   | Post-traumatic Stress Disorder   |
| SARS   | Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom                                 |
| u. a.  | unter anderem/anderen  |
| v. a.  | vor allem  |
| WHO    | World Health Organization  |
| WIFO   | Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung                       |
| z. B.  | zum Beispiel   |

# 1 Einleitung

COVID-19 ist eine durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit, die zum ersten Mal 2019 in der chinesischen Provinz Hubei auftrat und sich im Jahr 2020 zur weltweiten Pandemie entwickelte. Es wird angenommen, dass sich das Virus vorrangig durch Tröpfcheninfektion verbreitet, wie dies auch bei anderen Erregern von Atemwegserkrankungen der Fall ist. (BMSGPK 2021a)

Um die Ausbreitung des Coronavirus in Österreich einzudämmen und eine Überlastung der Krankenhäuser – insbesondere der Intensivstationen – zu verhindern, wurden von der österreichischen Bundesregierung im Frühjahr diverse Maßnahmen gesetzt (Lockdown, Social Distancing<sup>1</sup>, Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in bestimmten Einrichtungen/Gebäuden etc.). Diese Maßnahmen führten dazu, dass es nach einem kontinuierlichen Anstieg zu einem Rückgang der täglichen Neuinfektionen kam.

Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen vor einer Erkrankung zu schützen und damit eine Überbelastung der Krankenhäuser, insbesondere der Intensivstationen, zu vermeiden. Sie adressieren daher die gesamte Gesellschaft. Dabei besteht die Gefahr, dass manche Bereiche bzw. Bevölkerungsgruppen nicht nur den gewünschten Nutzen sondern auch negative Folgen der Maßnahmen erleben. Dementsprechend zeigt sich, dass durch die COVID-19-Pandemie sowie die gesetzten Maßnahmen in verschiedenen Lebensbereichen Chancen, aber auch neue Herausforderungen entstanden bzw. bereits vorhandene verstärkt worden sind, die auch einen (direkten oder indirekten) Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen haben können.

Nach der ersten Akutphase im Frühjahr wurde im Sommer 2020 entschieden, eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) durchzuführen, die einen ersten Überblick über un intendierte negative wie auch positive Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings auf die Gesundheitsdeterminanten bzw. die Gesundheit (körperlich, psychisch und sozial) der Menschen in Österreich gibt. In diesem Zusammenhang sollte auch im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit darauf geachtet werden, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker betroffen waren als andere.

In Wales wurde eine Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment, HIA) durchgeführt, die sich mit den Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen und der „social distancing policy“ beschäftigt. In dieser Arbeit wird sichtbar, dass in Hinblick auf die Maßnahmen, die zu einer Eindämmung von COVID-19 führten, in anderen Lebensbereichen jedoch negative Auswirkungen zu beobachten sind (z. B. Einsamkeit/Isolation wurde verstärkt, psychische Gesundheit

---

1

Im Wesentlichen war mit „Social Distancing“ die Reduktion der physischen sozialen Kontakte gemeint und der Ausdruck „Physical Distancing“ wurde von einigen Expertinnen/Experten als zutreffender erachtet. Im vorliegenden Bericht wird aber „Social Distancing“ verwendet, da dieser Begriff in der Kommunikation der Maßnahmen verwendet wurde und mittlerweile – trotz Kritik – gut etabliert ist.

verschlechterte sich, häusliche Gewalt ist gestiegen). Es wurde zudem festgestellt, dass vulnerable Gruppen, wie z. B. Personen mit geringem Einkommen oder psychisch vorbelastete Personen, stärker von negativen Auswirkungen betroffen waren.

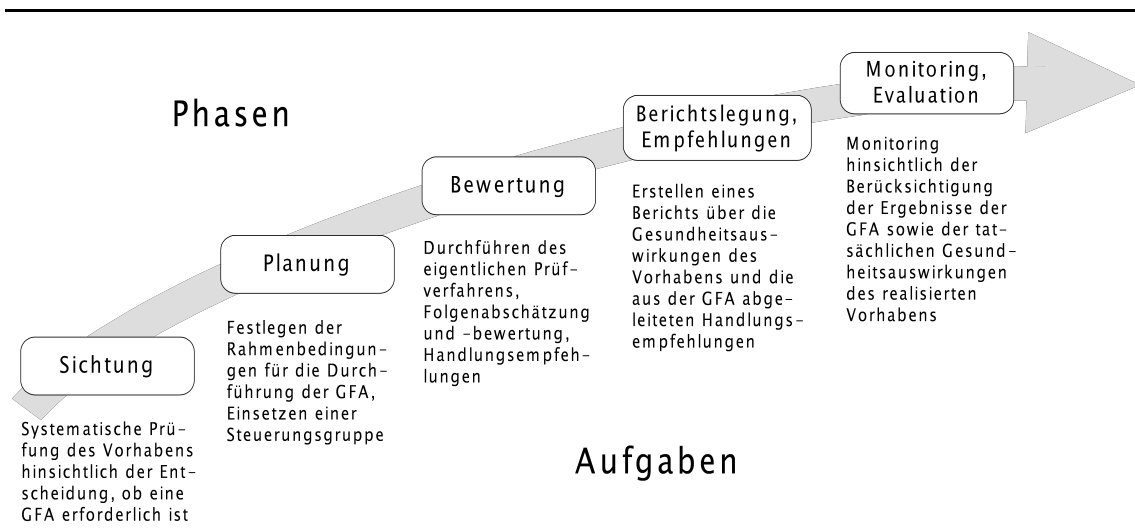
Aufbauend auf der Vorgangsweise und den Erkenntnissen der walisischen Arbeit wurde für Österreich diese retrospektive GFA durchgeführt. Die Fragestellung lautet konkret: Welche positiven und negativen Auswirkungen hatten der Lockdown und das Social Distancing zur Eindämmung der Corona-Pandemie auf die Gesundheit der Menschen in Österreich und insbesondere auch auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit?

Zum Zeitpunkt der Beauftragung waren die Lockdowns im Herbst 2020 noch nicht absehbar, daher lag der primäre Fokus auf dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 (16. März bis 14. April bzw. Anfang Mai 2020). Im Laufe des Projektes wurde ein zweiter bzw. dritter Lockdown ausgerufen, sodass die Auswirkungen sich nicht mehr trennscharf nur auf den ersten Lockdown beziehen. Es ist aber festzuhalten, dass der erste Lockdown im Frühjahr mit stärkeren Einschränkungen (v. a. hinsichtlich Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen) verbunden war als die beiden nachfolgenden. Im Rahmen der Bewertungsworkshops wurde immer wieder darauf referenziert, dass im Vergleich zum ersten Lockdown im Frühjahr in der Gestaltung des Lockdowns im Herbst/Winter 2020 nachgesteuert (z. B. hinsichtlich Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen) und Unterstützungsleistungen eingeführt wurden. Dennoch konnten einige weiterführende Handlungsempfehlungen gesammelt werden, die im Zuge dieser GFA nicht umfassend diskutiert werden konnten und daher nur als erste Sammlung von Handlungsempfehlungen dargestellt werden.

## 2 Methodik

Das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) folgt einem standardisierten methodischen Vorgehen (vgl. Abbildung 2.1). Die Auswirkungsanalyse und davon abgeleitete Empfehlungen in Bezug auf das bewertete Vorhaben stellen das GFA-Ergebnis dar und werden in Form eines Berichts aufbereitet.

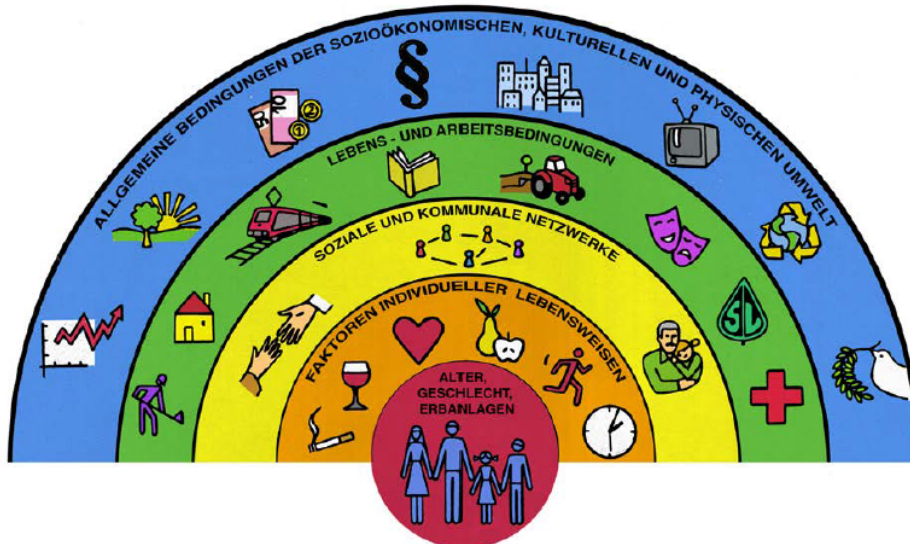
Abbildung 2.1:  
Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die GFA orientiert sich an einem breiten Gesundheitsbegriff, der im Sinne der WHO-Deklaration Gesundheit nicht als reine Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens versteht (WHO 1948). Außerdem werden bei einer GFA die Einflussfaktoren für Gesundheit berücksichtigt. Nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead (siehe Abbildung 2.2) existieren unterschiedliche Einflussfaktoren (sogenannte Determinanten) auf die Gesundheit, die zum einen auf der individuellen Ebene liegen (z. B. genetische Voraussetzungen oder Gesundheitsverhalten), aber zum anderen stark von sozialen Faktoren und Rahmenbedingungen auf einer kollektiven Ebene geprägt sind (Dahlgren/Whitehead 1991).

Abbildung 2.2:  
Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten)



Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren und Whitehead (1991)

Bei einer GFA können unterschiedliche Tiefen oder Intensitäten gewählt werden („Schreibtisch-GFA“, „kompakte GFA“ oder „umfassende GFA“), wobei laut österreichischem Leitfadens zur Gesundheitsfolgenabschätzung ein Mindestmaß an Partizipation bei allen Varianten empfohlen wird (Amegah et al. 2013).

Die vorliegende GFA ist als „kompakte GFA“ einzustufen, da neben einer kurzen (systematischen) Literaturanalyse auch Erfahrungen bzw. (wissenschaftliche) Erkenntnisse verschiedener Akteurinnen und Akteure in Form eines Online-Surveys gesammelt wurden. Unterstützt wurde die GÖG bei der Literaturanalyse durch das European Observatory on Health Systems and Policies.

Das GFA-Projektteam bestand aus vier Mitarbeiterinnen der GÖG. Um eine regelmäßige Abstimmung mit dem Auftraggeber und dem Kooperationspartner sicherzustellen, wurden Sitzungen im erweiterten Projektteam (BMSGPK: Fachabteilung für Gesundheitsförderung und Prävention, European Observatory on Health Systems and Policies, GÖG GFA-Team) durchgeführt.

Zu Beginn der Arbeiten wurde eine Steuerungsgruppe aus Vertreterinnen/Vertretern des Auftraggebers (BMSGPK: Fachabteilung für Gesundheitsförderung und Prävention, Corona-Krisenstab sowie Ministerbüro), des Kooperationspartners European Observatory on Health Systems and Policies sowie der Gesundheit Österreich (GÖG) eingerichtet. Die Steuerungsgruppe trat während der Projektlaufzeit zweimal online zusammen (Oktober 2020 und Dezember 2020) und beriet das GFA-Team beispielsweise hinsichtlich Survey-Gestaltung und Verteilerkreis sowie Auswahl der potenziellen Teilnehmer/-innen für die Bewertungsworkshops. Entscheidungen wurden auf Basis dieser Diskussionen getroffen.



## 2.1 Sichtung

Den ersten Schritt in einer GFA stellt die Sichtung dar (siehe auch Abbildung 2.1). Dabei wird ein erster Blick auf mögliche Auswirkungen eines Vorhabens auf die betroffene Bevölkerung geworfen, unter besonderer Berücksichtigung der Frage, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen vom Vorhaben besonders betroffen bzw. benachteiligt sind. Auf Basis dieser Sichtung wird entschieden, ob ein Vorhaben einer GFA unterzogen werden soll oder nicht. (Amegah et al. 2013)

Bei dieser GFA fand kein eigener Sichtungsworkshop statt, wie das bei anderen GFA der Fall ist. Die Relevanz der Fragestellung ergab sich aus diversen Beobachtungen und Studien zu den sozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie. Außerdem diente die GFA „A Health Impact Assessment of the ‘Staying at Home and Social Distancing Policy’ in Wales in response to the COVID-19 pandemic“ (Green et al. 2020a) als wertvolle Informationsquelle.

## 2.2 Planung

In der Phase der Planung werden Rahmenbedingungen, Rollen und Verantwortlichkeiten sowie die konkrete Vorgangsweise geklärt und festgelegt. Von Relevanz ist dabei auch, dass die inhaltlichen Schwerpunkte und Methoden mit den vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden können. (Amegah et al. 2013)

Wie oben erwähnt, wurden im Rahmen dieser GFA im Zeitraum Oktober bis Dezember 2020 regelmäßige Abstimmungssitzungen mit dem erweiterten Projektteam durchgeführt (ca. zweiwöchentlich). In den ersten Sitzungen dieser Art wurde die Vorgehensweise detaillierter besprochen und festgelegt. Dieser wurde im Anschluss von der Steuerungsgruppe im Oktober 2020 zugestimmt und bestimmte Aspekte wurden weiter ausdifferenziert (vor allem Gestaltung des Online-Surveys und Beratung zum Adressatenkreis).

## 2.3 Bewertung

Die Phase der Bewertung beinhaltet das eigentliche Prüfverfahren und setzt sich im Wesentlichen aus zwei Schritten zusammen (Amegah et al. 2013):

- » Erhebungs- und Analysephase
- » Folgenabschätzung und Bewertung

### 2.3.1 Erhebungs- und Analysephase

Die Corona-Pandemie bzw. deren vielfältige Auswirkungen auf die Menschen sind aufgrund der Aktualität ein Thema, das von diversen Fachgebieten beforscht wird. Um die wissenschaftlichen

Erkenntnisse rasch zu teilen, erscheinen Studienberichte und Fachartikel sehr schnell. Wie nachstehend dargestellt, wurde die Literaturrecherche zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt und später wurden weitere relevante, aktuellere Quellen nur mehr dann aufgenommen, wenn sie uns im Rahmen des Online-Surveys übermittelt wurden. Aufgrund des kurzen Zeitraums, in dem diese GFA durchgeführt wurde, besteht kein Anspruch auf eine vollständige Abbildung der national und international bestehenden Evidenz.

### 2.3.1.1 Literaturrecherche

#### Literaturrecherche mit Fokus Österreich und deutschsprachige Länder (GÖG)

Bereits vor der Durchführung der Literaturrecherche wurde dem Projektteam relevante Literatur genannt. Diese Publikationen wurden im Rahmen der Rechercheaktivitäten berücksichtigt, was v. a. für die Handsuche relevant war, um Duplikate zu vermeiden.

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum 5. bis 26. Oktober 2020 statt und beinhaltete sowohl eine fokussierte systematische Literatursuche in den Datenbanken Medline und PsycInfo als auch eine umfangreiche Handsuche im Internet, wobei über Google / Google Scholar und auf Websites relevanter Institutionen gesucht wurde.

Für die **systematische Literatursuche** wurden drei Schlagwortgruppen mit den nachstehend genannten Begriffen gebildet und verknüpft:

- » quarantine, social isolation, social distancing / social distance, loneliness, lockdown, staying at home
- » Austria, Austrian, Germany, German, Switzerland, Swiss
- » Coronavirus Infection, Coronavirus, COVID-19, epidemic, pandemic

Dabei wurde sowohl nach Schlagwörtern als auch nach relevanten Mesh-Terms gesucht. Insgesamt ergab die Datenbankrecherche 278 Treffer.

Im Rahmen der **Handsuche** wurde über Google und Google Scholar nach relevanten Literaturquellen gesucht, wobei hierfür Kombinationen verschiedener Suchbegriffe, wie z. B. lockdown, gesundheitliche Auswirkungen und Österreich, gebildet wurden. Zudem wurden die Websites von wissenschaftlichen Institutionen, Fachgesellschaften und Behörden im Hinblick auf relevante Publikationen gesichtet, u. a. jene des Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMGSPK), der Ludwig Boltzmann Institute, des Instituts für Höhere Studien (IHS), des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) sowie die Websites verschiedener österreichischer Universitäten, z. B. des Zentrums für Public Health der Medizinischen Universität Wien sowie des Zentrums für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz. Insgesamt konnten über die Handsuche 64 Publikationen identifiziert werden.

Eingeschlossen wurden Studien/Publikationen, die sich mit den Auswirkungen des aufgrund der COVID-Pandemie stattfindenden Lockdowns und des damit einhergehenden Social Distancings auf die Determinanten der Gesundheit beschäftigen.

Zusätzlich zur Literaturrecherche bestand die Möglichkeit, dem Projektteam relevante Literatur über den Online-Survey zu übermitteln. Die eingelangten Studien wurden geprüft und aufgenommen, sofern sie für das Projektteam neu waren und sich auf die Auswirkungen des Lockdowns und des Social Distancings in Österreich bezogen. Es wurden einige wenige Literaturquellen übermittelt, wobei diese keinen direkten Bezug zu Österreich aufwiesen, sondern eher internationale Publikationen mit Informationen auf Metaebene waren.

### **Literaturrecherche mit internationalem Fokus (European Observatory on Health Systems and Policies)**

Das Team des European Observatory on Health Systems and Policies führte eine systematische Literaturrecherche von Übersichtsarbeiten durch. Hierfür wurden Suchbegriffe und Vorgehensweise mit der GÖG abgestimmt, um die Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Die Ergebnisse dieser Literaturrecherche wurden in einem eigenen Bericht (Chiesa/Rechel 2020) festgehalten und unterstützen im Wesentlichen die Ergebnisse der Recherche mit nationalem Fokus. Außerdem wurde ein Artikel mit der Darstellung der zentralen Ergebnisse in der Zeitschrift „Journal of Public Health“ veröffentlicht (Chiesa et al. 2021).

Chiesa/Rechel (2020) stellten in ihrer Analyse fest, dass durch Maßnahmen wie Lockdown und Social Distancing direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit beobachtet werden können. Die meisten analysierten Übersichtsarbeiten (knapp die Hälfte aller eingeschlossenen Artikel) sehen direkte Gesundheitsauswirkungen im Bereich der psychischen Gesundheit, gefolgt von Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgungsleistungen sowie die Infektionsbekämpfung. Hinsichtlich der indirekten Auswirkungen beziehen sich die analysierten Arbeiten vorrangig auf wirtschaftliche und soziale Aspekte, die in weiterer Folge Auswirkungen auf die Gesundheit besitzen. Nur drei eingeschlossene Artikel berichten von negativen Auswirkungen auf die Bildung. (Chiesa/Rechel 2020; Chiesa et al. 2021)

### **2.3.1.2 Umfrage/Online-Survey**

Der Online-Survey orientiert sich an den Interviewleitfäden, die im Rahmen der walisischen GFA eingesetzt wurden (Green et al. 2020b) und wurde mit dem Survey-Programm „LimeSurvey“ umgesetzt (Fragenbatterien siehe Anhang). Ziel der Umfrage war es, die Beobachtungen und Erfahrungen von Organisationen, die mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen arbeiten, und von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Public Health bzw. Corona-relevante Forschung hinsichtlich positiver und negativer Auswirkungen des ersten Lockdowns (März bis Anfang Mai 2020) und Social Distancings zu erheben. Die Antwortkategorien „neutrale Auswirkungen“ bzw. „keine Auswirkung“ wurden zur Reduktion der Komplexität nicht eingeführt, was von einzelnen an der

Umfrage teilnehmenden Personen kritisch rückgemeldet wurde. Zum Teil wurde in den Kommentarfeldern vermerkt, dass keine Auswirkungen auf den jeweils genannten Bereich gesehen werden. Dazu ist aber anzumerken, dass nicht jeder Lebensbereich bewertet werden musste. Es gab also für die Teilnehmenden die Möglichkeit, nur zu jenen Bereichen eine Einschätzung abzugeben, in denen man auch tatsächlich positive oder negative Auswirkungen beobachtet hatte.

Der Fragebogen wurde aufgrund der Breite des Themas sehr umfangreich gestaltet. Die Teilnehmenden wurden gebeten, primär dort Angaben zu machen, wo die jeweilige Expertise liegt. Es handelt sich also um eine qualitative Befragung, die auch qualitativ ausgewertet wurde.

Der Fragebogen war etwas mehr als drei Wochen lang online zugänglich (6. November bis 1. Dezember 2020). Als der Survey bereits vier Tage online verfügbar war (und die Einladungen bereits ausgeschickt waren), kam es aufgrund einer Rückmeldung eines Steuerungsgruppenmitglieds zu einer leichten Adaptierung des Surveys. Die Vergleichbarkeit der Einträge vor und nach der Änderung wurde vom Projektteam sichergestellt.

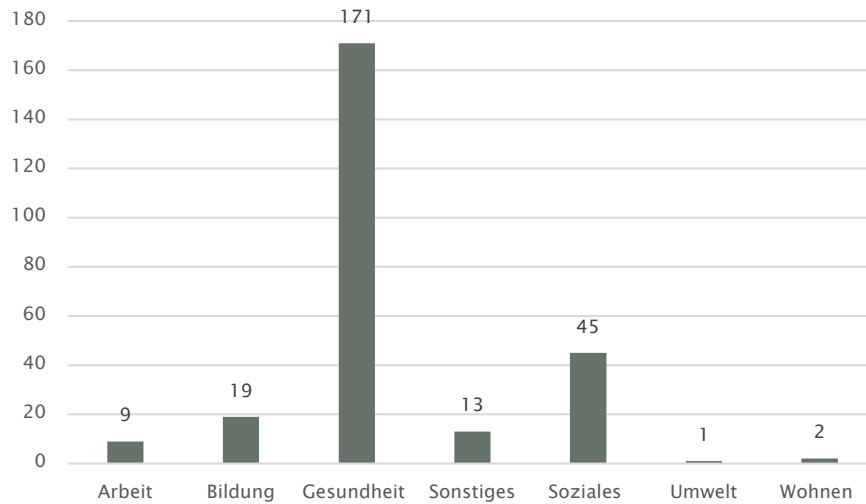
Die Einladung zur Beteiligung an der Befragung wurde an Organisationen, die mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen arbeiten (besonders auch mit vulnerablen Gruppen), sowie an Expertinnen/Experten aus den Bereichen Public Health bzw. Corona-relevante Forschung versendet. In der Auswahl der Organisationen wurde darauf geachtet, eine große Vielfalt an Lebensbereichen abzudecken (z. B. Familie, Gesundheit, Betreuung und Unterstützung, Arbeit, Diskriminierung, Exklusion).

Das Einladungsmail wurde an rund 80 Organisationen und 56 Expertinnen/Experten versandt. Im Schreiben wurde darauf hingewiesen, dass diese Einladung auch an weitere Personen, die dem Adressatenkreis entsprechen, weitergeleitet werden kann.

Trotz des kurzen Erhebungszeitraums haben sich 260 Personen an der Befragung beteiligt. Die Beteiligten wurden vor der Beantwortung der Kernfragen gebeten, sich einem Bereich zuzuordnen. Abbildung 2.3 zeigt, dass sich die meisten Befragten dem Gesundheitsbereich zuordnen. In die Kategorie „Sonstiges“ haben sich beispielsweise Vertreter/-innen der Abteilung für Frauenangelegenheiten in der (Landes-)Verwaltung, von Kinder- und Jugendanwaltschaften oder kirchlichen Organisationen eingeordnet.

Abbildung 2.3:

Vorrangiger Arbeitsbereich der an der Onlinebefragung beteiligten Personen (Anzahl der Nennungen)

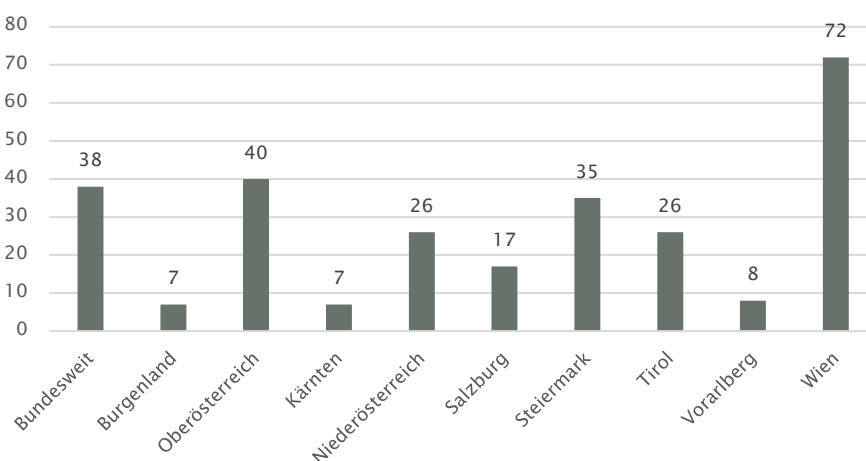


Quelle und Darstellung: GÖG

Vorweg wurden die Teilnehmenden des Online-Surveys auch gefragt, ob sie bundesweit oder in einem bestimmten Bundesland tätig sind. Abbildung 2.4 zeigt, dass die meisten Personen, die sich an der Befragung beteiligt haben, in Wien tätig sind (72 Personen), gefolgt von Oberösterreich (40 Personen) und bundesweit (38 Personen).

Abbildung 2.4:

Tätigkeitsbereich der Teilnehmenden: bundesweit vs. bundeslandspezifisch (Anzahl der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle und Darstellung: GÖG

Die Auswertung der Einträge im Survey erfolgte qualitativ und wurde gemeinsam mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche für die Bewertung aufbereitet.

## 2.3.2 Folgenabschätzung und Bewertung

Die gesammelte Evidenz (Literatur und Ergebnisse der Umfrage) wurde vom GÖG-Projektteam aufbereitet und in sechs Themenkomplexe zusammengeführt:

- » Familie und Bildung
- » Arbeit
- » Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung, körperliche Gesundheit
- » Soziale Faktoren und psychosoziale Gesundheit
- » Umwelt
- » Wirtschaft

Mit der Steuerungsgruppe wurde entschieden, sich auf die ersten vier Themenkomplexe zu konzentrieren, da diese vermutlich direktere Auswirkungen auf die Bevölkerung beinhalten bzw. zu diesen Themenkomplexen zum einen wenig Evidenz gefunden wurde (v. a. in puncto Umwelt) und zum anderen die gefundene Evidenz zum Zeitpunkt der Bewertung schon überholt war (v. a. in puncto Wirtschaft).

### **Bewertungsworkshops**

Für die Bewertungsworkshops wurde versucht, einen ausgeglichenen Mix von Personen aus Wissenschaft und Forschung, Praxis sowie Verwaltung zu erzielen. Mit der Steuerungsgruppe wurde beschlossen, pro Workshop jeweils drei bis vier Personen aus diesen Bereichen einzuladen. Bei Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis wurde darauf geachtet, Personen mit einer bestimmten Funktion (z. B. innerhalb einer Berufsgruppenvertretung) einzuladen (Liste der Teilnehmer/-innen siehe Anhang).

Die Bewertungsworkshops wurden aufgrund der zu dieser Zeit geltenden Corona-Schutzmaßnahmen online (mit einer Dauer von je drei Stunden) abgehalten. Die Zusammenführung der gesammelten Informationen wurde in Form von Bewertungstabellen vor der Sitzung an die Teilnehmer/-innen ausgeschickt. Nach den Bewertungsworkshops erhielten die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, noch einmal schriftlich zu den überarbeiteten Bewertungstabellen Rückmeldung zu geben. Aufgrund des engen Zeitplans der GFA wurden im Zuge der Bewertung auch Handlungsempfehlungen mit den Teilnehmenden gesammelt.

Zeitliche Übersicht der Bewertungsworkshops:

- » Familie und Bildung: 12. Jänner 2021
- » Arbeit und wirtschaftliche Faktoren: 14. Jänner 2021
- » Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung, körperliche Gesundheit: 18. Jänner 2021
- » Soziale Faktoren und psychosoziale Gesundheit: 21. Jänner 2021

## 2.4 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen

Die Phase der Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen umfasst im Wesentlichen die Erstellung des GFA-Berichts, der die Gesundheitsauswirkungen des Lockdowns und Social Distancings sowie erste Handlungsempfehlungen beinhaltet.

Wie oben erwähnt, fanden aus Zeitgründen keine eigenen Empfehlungsworkshops statt, die Handlungsempfehlungen wurden in den Bewertungsworkshops gesammelt. Da kaum Zeit war, die Handlungsempfehlungen zu diskutieren bzw. zu konkretisieren, werden diese nur als Punktation in diesem Bericht gelistet.

## 2.5 Monitoring und Evaluation

Die letzte Phase des GFA-Prozesses stellen Monitoring und Evaluation dar. Die Evaluation dient im Wesentlichen der Qualitätssicherung und dem Festhalten von Erfahrungen für zukünftige Gesundheitsfolgenabschätzungen. Das Monitoring im Anschluss an eine GFA prüft einerseits, ob die Empfehlungen der GFA umgesetzt wurden, und zum anderen, ob tatsächliche Gesundheitsauswirkungen längerfristig zu beobachten sind. Aufgrund der zur Verfügung stehenden begrenzten Ressourcen der vorliegenden GFA sind Monitoring und Evaluation jedoch nicht Teil des Projekts.

# 3 Ausgangslage

## 3.1 Bevölkerungsprofil (zentrale Eckpunkte)

### Ausgewählte soziodemografische Daten

Mit Stand 31. 10. 2018 leben 8.851.417 Menschen in Österreich (50,8 % Frauen, 49,2 % Männer). Zu diesem Zeitpunkt waren 14,5 Prozent der Bevölkerung unter 15 Jahre alt, 66,7 Prozent zwischen 15 und 64 Jahre alt und 18,8 Prozent über 65 Jahre alt. 19,4 Prozent der österreichischen Bevölkerung wurden im Ausland geboren. (Statistik Austria 2020d)

Laut Bildungsstandregister Stand 2018 besitzen 17,9 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher zwischen 25 und 65 Jahren als höchste abgeschlossene Ausbildung einen Pflichtschulabschluss und 33,7 Prozent eine abgeschlossene Lehre. 15,8 Prozent in dieser Altersgruppe haben eine höhere Schule (Matura, Kollegs und Abiturientenlehrgänge) abgeschlossen und weitere 15,8 Prozent besitzen einen Hochschulabschluss. (Statistik Austria 2020e)

Laut Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung lag die Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-Jährigen im Jahr 2019 bei 73,6 Prozent. Bei der Betrachtung der Erwerbstätigenquote nach Geschlechter betrug diese bei den Männern 78,0 Prozent und bei den Frauen 69,2 Prozent. Die Teilzeitquote unter den Erwerbstätigen lag insgesamt bei 28 Prozent, wobei zwischen den Geschlechtern deutliche Unterschiede erkennbar sind (Männer 10,7 %; Frauen 47,7 %). (Statistik Austria 2020f)

Die Arbeitslosenquote<sup>2</sup> lag im Jahresdurchschnitt 2019 in Österreich bei 4,5 Prozent. Im internationalen Vergleich liegt Österreich damit unter dem EU-Schnitt von 6,3 Prozent. Die Arbeitslosenquote ist bei Männern und Frauen in Österreich etwa gleich stark ausgeprägt (Männer 4,6 %; Frauen 4,4 %). Die nationale Arbeitslosenquote (Registerarbeitslosenquote)<sup>3</sup> betrug im Jahr 2019 im Jahresdurchschnitt 7,4 Prozent. (AMS 2020b; Statistik Austria 2020i)

Im Jahr 2020 stieg die Arbeitslosigkeit aufgrund der gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 im März 2020 deutlich an (siehe Abbildung 3.1). Ein Höchststand des krisenbedingten

---

2

Personen mit einer Dauer der Arbeitslosigkeit von 12 Monaten und länger, bezogen auf die Zahl der Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren; bezieht sich auf das ILO-Konzept: Eine Person gilt als erwerbstätig, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde gearbeitet oder wegen Urlaub, Krankheit usw. nicht gearbeitet hat, aber normalerweise einer Beschäftigung nachgeht. Personen mit aufrechtem Dienstverhältnis, die Karenz- bzw. Kindergeld beziehen, sind bei den Erwerbstätigen inkludiert. Als arbeitslos gilt, wer in diesem Sinne nicht erwerbstätig ist, aktive Schritte zur Arbeitssuche tätigt und kurzfristig zu arbeiten beginnen kann. (Statistik Austria 2020a)

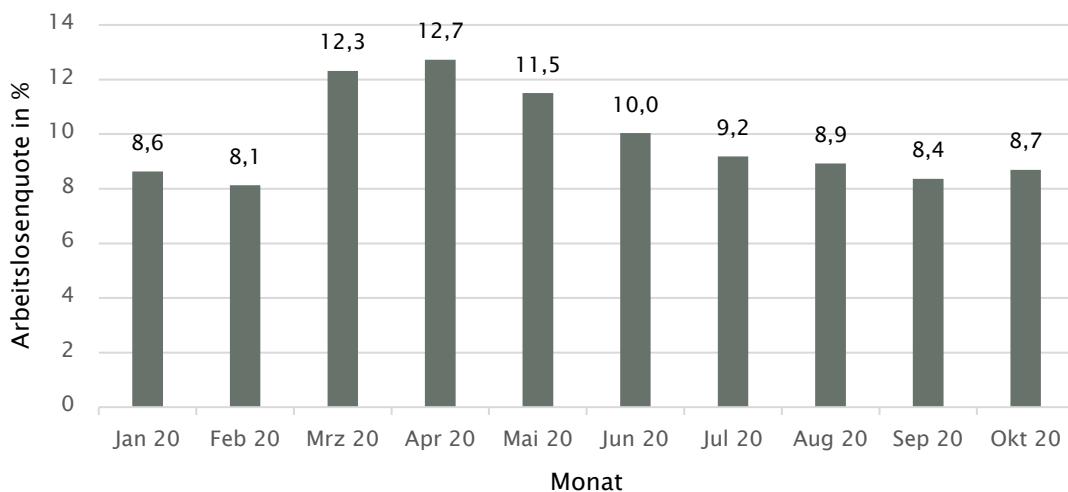
3

„Die nationale Arbeitslosenquote (Registerarbeitslosenquote) berechnet sich als Anteil der beim AMS arbeitslos vorgemerkten Personen am unselbstständigen Arbeitskräftepotenzial (arbeitslos vorgemerkte Personen und unselbstständig Beschäftigte).“ (AMS 2020b)



Anstiegs der Arbeitslosigkeit wurde im April 2020 mit einer Arbeitslosenquote auf 12,7 Prozent verzeichnet, sie lag damit um mehr als 5 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert. Die negativen Entwicklungen waren in allen Bundesländern und in allen Branchen zu beobachten. Neben dem Tourismus zeigten sich starke Anstiege beispielsweise im Handel durch die Schließung sämtlicher nicht für die Grundversorgung nötiger Geschäfte während des Lockdowns. (Wach 2020)

Abbildung 3.1:  
Arbeitslosenquote in Österreich im Zeitraum Jänner bis Oktober 2020



Quelle: (AMS 2020a); Darstellung: GÖG

Nach Definition der Europa 2020-Strategie galten im Jahr 2019 rund 17 Prozent der Gesamtbevölkerung in Österreich als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet<sup>4</sup>. Rund 13 Prozent der österreichischen Bevölkerung waren im Jahr 2019 armutsgefährdet<sup>5</sup>. (Statistik Austria 2020c)

### Ausgewählte Gesundheitsindikatoren

Die Lebenserwartung in Österreich liegt für einen 2019 geborenen Buben bei durchschnittlich 79,3 Jahren und für ein 2019 geborenes Mädchen bei durchschnittlich 84 Jahren. Ein im Jahr 2019 60-

4

Der Indikator „Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung“ beinhaltet die Untergruppen „Armutsgefährdung“, „erhebliche materielle Deprivation“ und „Personen in Haushalten mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität“. Da diese Merkmale in Kombination auftreten können, ist die Zahl der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdeten geringer als die Summe der drei Einzelindikatoren. (Statistik Austria 2020b)

5

Als armutsgefährdet werden jene Personen bezeichnet, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unter einer Armutsgefährdungsschwelle von 60 % des Medians liegt. Die Armutsgefährdungsschwelle betrug 2019 15.437 Euro für einen Einpersonenhaushalt, das entspricht 1.286 Euro pro Monat (12 Mal). (Statistik Austria 2020b)

jähriger Mann besitzt eine fernere Lebenserwartung von 22,3 Jahren, bei einer 60-jährigen Frau sind es 25,9 Jahre. Im Vergleich dazu ist es interessant, den Indikator anzusehen, der Auskunft über die subjektiv in sehr guter oder guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre gibt. Ein 2019 geborener Bub verbringt voraussichtlich 63,1 Jahre in subjektiv (sehr) guter Gesundheit, ein 2019 geborenes Mädchen voraussichtlich 64,7 Jahre. Bei den Frauen zeigt sich also, dass etwa 20 Jahre nicht in subjektiv (sehr) guter Gesundheit verbracht werden. Auch bei der ferneren Lebenserwartung der 60-Jährigen zeigt sich, dass bei Männern durchschnittlich 12,1 Jahre und bei Frauen 13,6 Jahre in subjektiv (sehr) guter Gesundheit verbracht werden. (Statistik Austria 2020h)

Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2019 schätzen 74,5 Prozent der Bevölkerung ab 15-Jahren ihren subjektiven Gesundheitszustand gut oder sogar sehr gut ein. Die Beurteilung von Männern und Frauen fällt sehr ähnlich aus: 75,7 Prozent der Männer und 73,3 Prozent der Frauen geben einen sehr guten oder guten subjektiven Gesundheitszustand an. Größere Unterschiede zeigen sich in der Betrachtung von Personengruppen nach Bildungsstand: Während nur 57,9 Prozent der Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss einen sehr guten oder guten subjektiven Gesundheitszustand angeben, tun dies 88,7 Prozent der Personen mit Hochschulabschluss. (Statistik Austria 2020g)

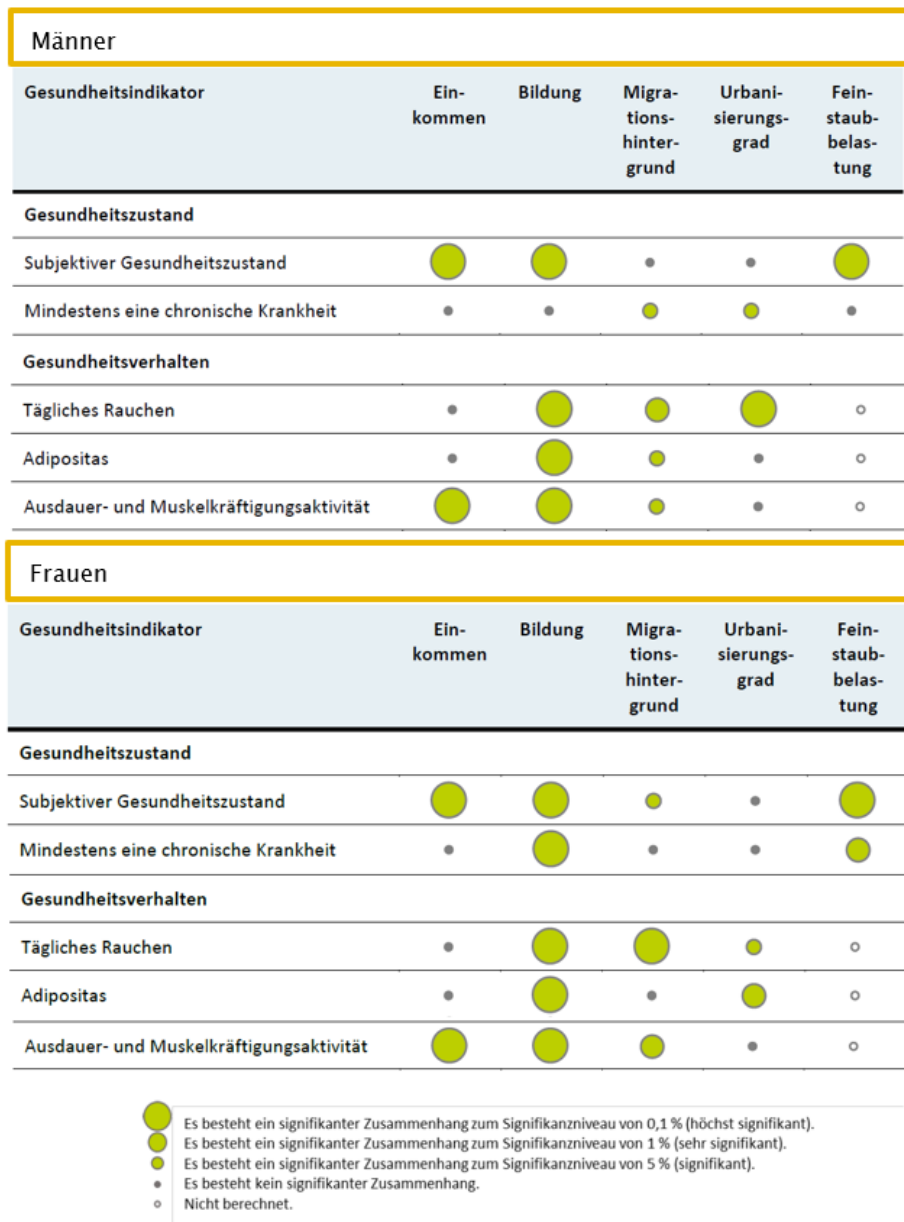
Die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zeigen, dass 38,3 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren mit chronischen Krankheiten leben. Bei der Betrachtung nach Geschlecht zeigt sich, dass 36,4 Prozent der Männer und 40,1 Prozent der Frauen mit chronischen Krankheiten leben. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied nach Bildungsstatus: Während 46,5 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss an einer chronischen Krankheit leiden, sind dies in der Gruppe der Personen mit Hochschulabschluss nur 29,7 Prozent. Rund 29,9 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren nehmen gesundheitliche Einschränkungen im Alltagsleben wahr (Einschränkung muss seit mindestens einem halben Jahr bestehen). Auch hier zeigt sich zwischen Männern und Frauen kaum ein Unterschied (Männer 29,1 %; Frauen 30,6 %), aber ein deutlicher Unterschied nach Bildungsabschluss (Personen mit Pflichtschulabschluss 43,4 %; Personen mit Hochschulabschluss 17%). (Statistik Austria 2020g)

Des Weiteren zeigt die österreichische Gesundheitsbefragung 2019, dass 51,2 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig oder adipös sind. Bei Männern sind Übergewicht und Adipositas stärker verbreitet (59,6 %) als bei Frauen (43,1 %), Menschen mit Pflichtschulabschluss sind stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen (54,2 %) als Menschen mit Hochschulabschluss (36,8 %). Hinsichtlich des Tabakkonsums wurde in der österreichischen Gesundheitsbefragung festgestellt, dass etwa 20,6 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren täglich rauchen. Unter den Männern sind es 23,5 Prozent und unter den Frauen 17,8 Prozent. Auch hier zeigt sich ein Unterschied nach Bildungsstatus: Während 20,9 Prozent der Personen mit Pflichtschulabschluss rauchen, sind es nur 12 Prozent der Personen mit Hochschulabschluss. (Statistik Austria 2020g)

Wie bereits oben im Zusammenhang mit dem Bildungsstand beschrieben, konnten relevante Korrelationen zwischen sozioökonomischen bzw. soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitsindikatoren in den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 erkannt werden. Die Autorinnen des Berichts zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 haben

diese genauer analysiert und in einer Grafik veranschaulicht (Klimont/Prammer-Waldhör 2020) (siehe Abbildung 3.2; gekürzte Darstellung).

Abbildung 3.2:  
Signifikante Zusammenhänge zwischen Gesundheit und ausgewählten Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status bei Männern und Frauen im Überblick – Ausschnitt



Quelle: (Klimont/Prammer-Waldhör 2020); gekürzte Darstellung: GÖG

## 3.2 Ausbreitung von COVID-19 in Österreich

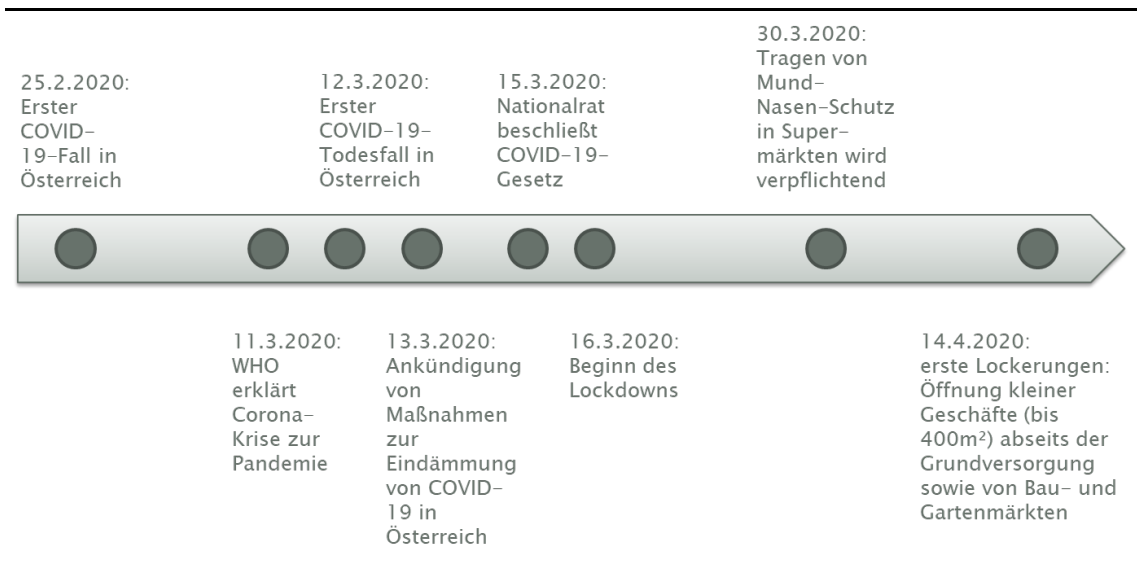
Zum ersten Mal wurde COVID-19 im Dezember 2019 in der chinesischen Provinz Hubei diagnostiziert. Das Coronavirus verbreitete sich innerhalb weniger Monate auf allen Kontinenten. In Österreich wurde zum ersten Mal am 25. Februar 2020 COVID-19 festgestellt. Am 11. März war die Verbreitung des Virus bereits so weit fortgeschritten, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Corona-Krise zur Pandemie erklärte. Am 12. März 2020 wurde der erste Todesfall im Zusammenhang mit COVID-19 in Österreich gemeldet. (Universität Wien 2020)

Aufgrund der schnellen Ausbreitung des Coronavirus in Österreich und den angrenzenden Ländern verkündete die österreichische Bundesregierung am 12. März das Einsetzen von Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 in Österreich sowie zur Vermeidung einer Überlastung der Krankenhäuser – insbesondere der Intensivstationen. Diese Maßnahmen wurden in Form des COVID-19-Gesetzes am 15. März vom Nationalrat beschlossen, welches mit 16. März in Kraft trat. Der 16. März war somit der Beginn des Lockdowns in Österreich. (Universität Wien 2020)

Während des Lockdowns wurde beschlossen, dass ab 30. März verpflichtend ein Mund-Nasen-Schutz in Supermärkten zu tragen ist. Mit 14. April traten die ersten Lockerungen in Kraft, was unter anderem die Öffnung von kleinen Geschäften (Verkaufsfläche bis 400 m<sup>2</sup>) sowie Bau- und Gartenmärkten betraf. Weitere Öffnungsschritte für andere Branchen folgten sukzessive ab Mai. Daher kann der 14. April als Ende des harten Lockdowns gesehen werden. (Universität Wien 2020)

Abbildung 3.3:

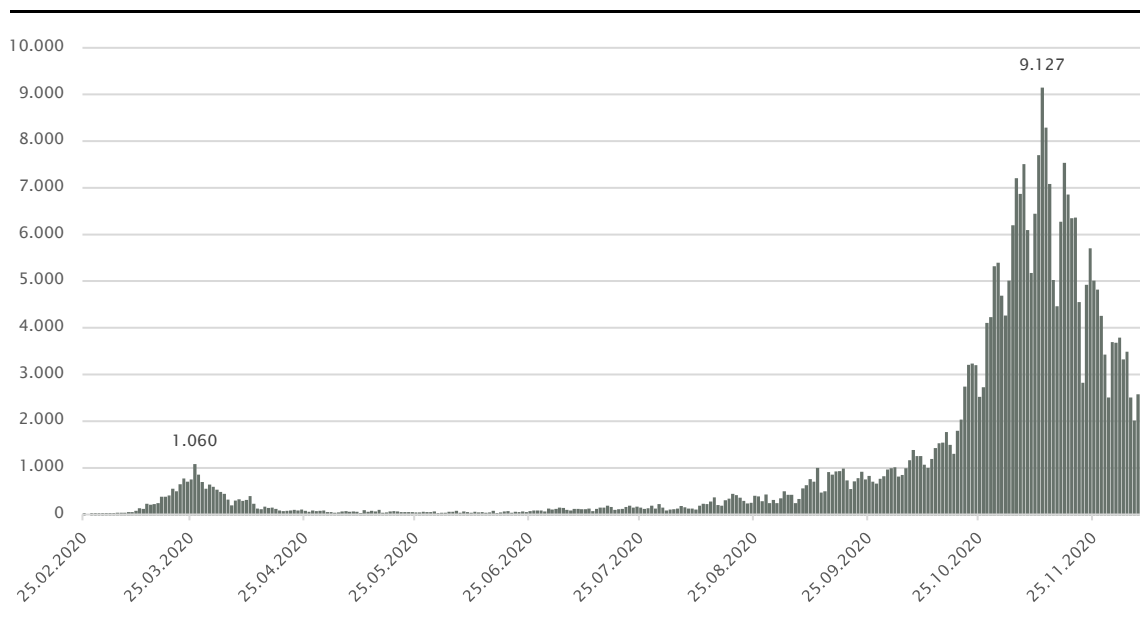
Übersicht über die wichtigsten Ereignisse im Zusammenhang mit der Ausbreitung und Eindämmung von COVID-19 in Österreich im Frühjahr 2020



Quelle: (Universität Wien 2020); Darstellung GÖG

Die Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 (vgl. auch Abschnitt 3.3) spiegelten sich in der Zahl der Menschen wider, die positiv auf das Coronavirus getestet wurden. Die Spitze der täglichen Neuinfektionen im Frühjahr wurde laut Daten des BMSGPK<sup>6</sup> am 26. März 2020 verzeichnet; an diesem Tag wurden 1.060 Neuinfektionen gemeldet (siehe Abbildung 3.4). Bis 14. April 2020 wurden laut BMSGPK 436 Corona-bezogene Todesfälle<sup>7</sup> verzeichnet (BMSGPK 2021b).

Abbildung 3.4:  
tägliche SARS-CoV-2-Fälle (positiv getestete Personen) in Österreich,  
25. Februar bis 14. April 2020



Quelle: (BMSGPK 2020c); Darstellung: GÖG

Auch wenn vorliegende GFA auf den Lockdown im Frühjahr fokussiert, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass im November 2020 aufgrund der hohen Zahl an Neuinfektionen mit dem Coronavirus pro Tag ein weiterer Lockdown verhängt wurde (siehe Abbildung 3.5 ). Die Spitze der Neuinfektionen wurde am 11. November 2020 mit 9.107 Fällen verzeichnet (siehe Abbildung 3.6).

6

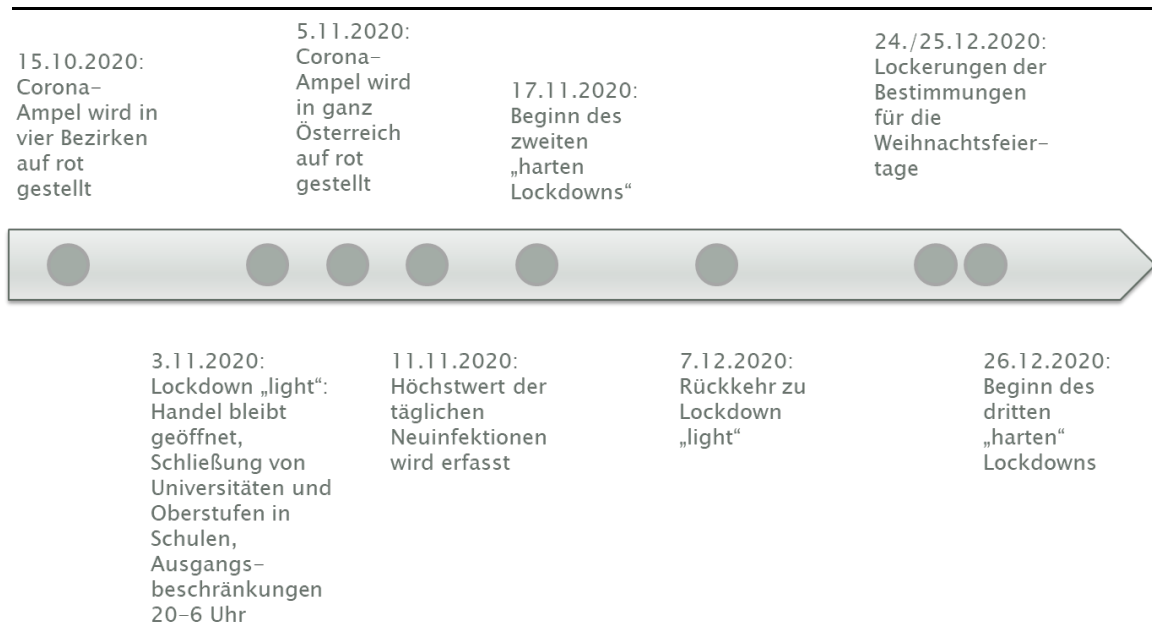
Diese Daten werden aus zwei verschiedenen Quellen bezogen. Die erste Datenquelle ist das Epidemiologische Meldesystem (EMS). Es enthält geprüfte und validierte Daten gemäß Epidemiegesetz, die in das EMS eingetragen wurden. Das EMS ist die gemeinsame Datenbank aller österreichischen Bezirksverwaltungsbehörden (BVB), aller Landessanitätsdirektionen, des Gesundheitsministeriums sowie der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) laut Epidemiegesetz § 4. Die zweite Datenquelle sind die täglich von den Landessanitätsdirektionen erhobenen und an das BMSGPK übermittelten Daten. (Österreichisches COVID-19 Open Data Informationsportal 2021)

7

In dieser Statistik werden jene verstorbenen Personen als „COVID-Tote“ geführt, die zuvor COVID-positiv getestet wurden, unabhängig davon, ob sie direkt an den Folgen der Viruserkrankung selbst oder „mit dem Virus“ (an einer potenziell anderen Todesursache) verstorben sind. (BMSGPK 2021)

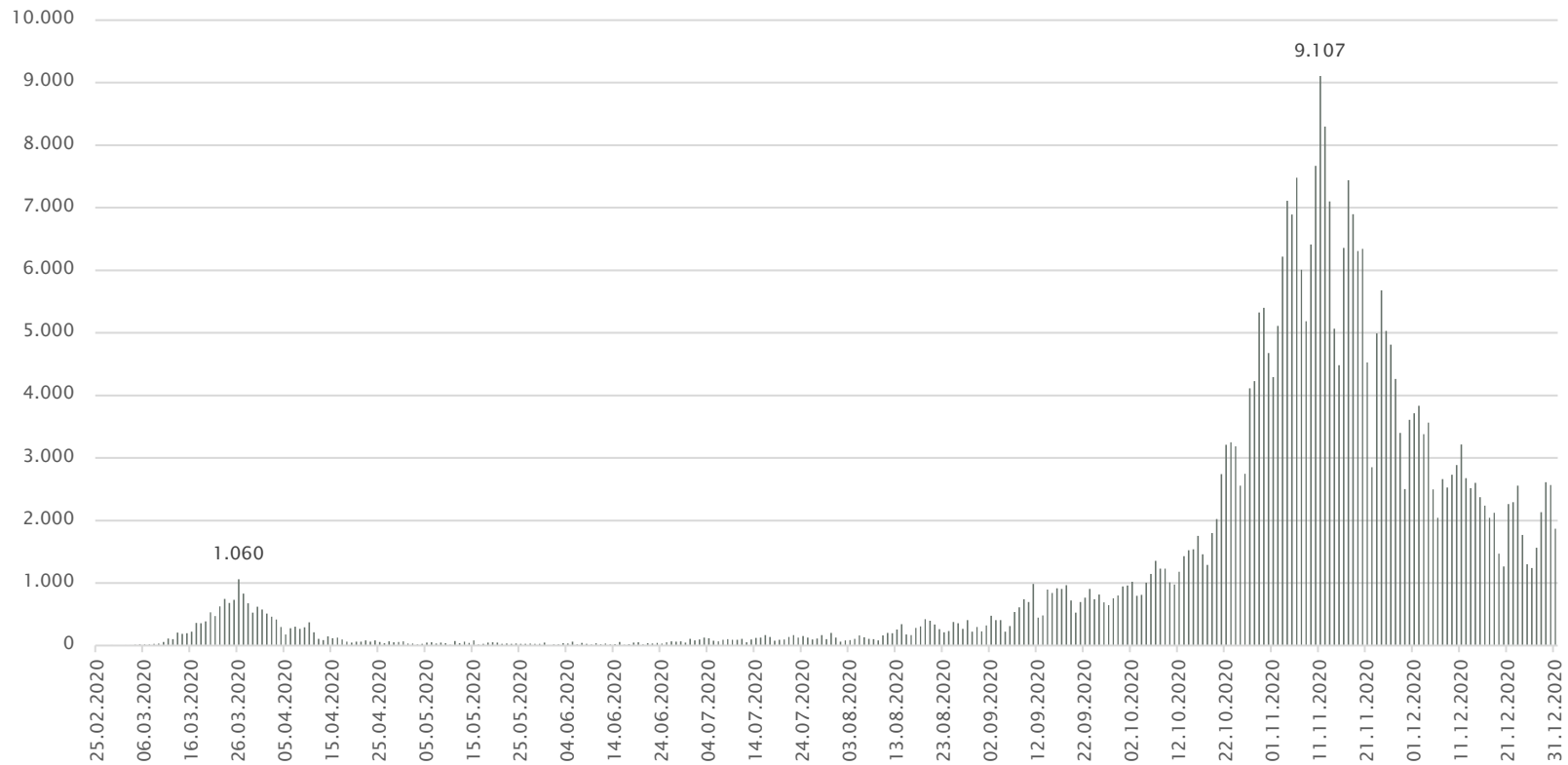
Abbildung 3.5:

Übersicht über die wichtigsten Ereignisse im Zusammenhang mit der Ausbreitung und Eindämmung von COVID-19 in Österreich im Herbst/Winter 2020



Quelle: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100/>

Abbildung 3.6:  
tägliche SARS-CoV-2-Fälle (positiv getestete Personen) in Österreich, 25. Februar bis 31. Dezember 2020



Quelle: (BMSGPK 2020c); Darstellung: GÖG

Abbildung 3.6 zeigt die epidemiologische Kurve der täglichen Neuinfektionen mit Covid-19 in Österreich im Zeitraum von 25. Februar 2020 (erster bestätigter Fall in Österreich) bis Jahresende 2020. Nach dem Peak am 26. März 2020 (1.060 Neuinfektionen) sinkt die Zahl der täglichen Neuinfektionen. Ab 17. April 2020 werden täglich unter 100 Neuinfektionen gemeldet. Im Juli 2020 werden an einzelnen Tagen über 100 Neuinfektionen gemeldet. Ab dem 10. August beträgt die Zahl der täglichen Neuinfektionen wieder über 100. Am 2. Oktober 2020 werden zum ersten Mal seit dem Frühjahr über 1.000 Neuinfektionen an einem Tag gemeldet (1.019 bestätigte Fälle). Ab dem 12. Oktober 2020 werden täglich über 1.000 Neuinfektionen festgestellt. Die Kurve steigt im Oktober und November weiter an und erreicht am 11. November 2020 den Höhepunkt mit 9.107 Neuinfektionen. Danach flacht die Kurve mit einigen Spitzen wieder ab. Am 31. Dezember beträgt die Zahl der täglichen Neuinfektionen 1.870. (BMSGPK 2020c) Mit Stand 31. Dezember 2020 sind laut BMSGPK 5.768 Personen mit oder an dem Coronavirus verstorben (BMSGPK 2021b).

### 3.3 Relevante Verordnungen zur Eindämmung von COVID-19

Die meisten Verordnungen zur Eindämmung von COVID-19 beruhen auf dem Epidemiegesetz sowie in weiterer Folge auf dem COVID-19-Maßnahmengesetz.

Das Epidemiegesetz (EpiG) regelt unter anderem, welche Krankheiten anzeigepflichtig sind. In §1 (1) des Gesetzes sind unter anderem „MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/„neues Corona-Virus““ sowie „SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom)“ als ebensolche Krankheiten definiert. Des Weiteren wird im Epidemiegesetz festgehalten, dass jede Erkrankung, jeder Sterbefall an einer unter § 1 genannten anzeigepflichtigen Krankheit sowie auch jeder Verdacht einer solchen Erkrankung der Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt), in deren Gebiet sich die/der Kranke oder Krankheitsverdächtige aufhält oder der Tod eingetreten ist, binnen 24 Stunden zu melden ist. Gemeldet werden müssen der Name der erkrankten Person, das Alter und der Wohnort. Laut dem Gesetz sind bestimmte Personengruppen wie beispielweise zugezogene Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonen, Hebammen oder ein Labor, das den Erreger einer meldepflichtigen Krankheit diagnostiziert, zur Erstattung einer Anzeige verpflichtet. (EpiG)

Für die Verwaltung der Anzeigen hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin ein elektronisches Register betreffend die Anzeigen der meldepflichtigen Krankheiten gemäß Epidemiegesetz sowie Tuberkulosegesetz zu betreiben. Das Anzeigenregister dient der Erfüllung der Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden zur Durchführung von Erhebungen über das Auftreten anzeigepflichtiger Krankheiten sowie der Prävention der Weiterverbreitung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten. (EpiG) Bei diesem Register handelt es sich um das Epidemiologische Meldesystem (EMS).

Im Epidemiegesetz ist festgeschrieben, dass Personen, die an einer anzeigepflichtigen Krankheit erkrankt sind, durch eine entsprechende Verordnung abgesondert werden können: *„Zur Verhütung der Weiterverbreitung einer in einer Verordnung nach Abs. 1 angeführten anzeigepflichtigen*



*Krankheit können kranke, krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Personen angehalten oder im Verkehr mit der Außenwelt beschränkt werden, sofern nach der Art der Krankheit und des Verhaltens des Betroffenen eine ernstliche und erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Personen besteht, die nicht durch gelindere Maßnahmen beseitigt werden kann.*“ (EpiG) Ebenso ermöglicht das Epidemiegesetz das Schließen von Lehranstalten, Betriebsbeschränkung, die Schließung gewerblicher Unternehmungen oder weiterer Einrichtungen, um die Ausbreitung meldepflichtiger Krankheiten einzudämmen. (EpiG)

Für die Umsetzung des Lockdowns im Frühjahr 2020 wurde das COVID-19-Gesetz am 15. März 2020 ausgegeben. Es beinhaltet einige Änderungen bestehender Gesetze und neue Bestimmungen, um die Eindämmung von COVID-19 zu erzielen. So wurde beispielsweise die Einrichtung eines COVID-19-Krisenbewältigungsfonds in der Höhe von bis zu vier Milliarden Euro festgelegt. Die finanziellen Mittel des Fonds sollen insbesondere für die folgenden Handlungsfelder verwendet werden (COVID-19-FondsG):

- » Maßnahmen zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung;
- » Maßnahmen zur Belebung des Arbeitsmarkts (vor allem Kurzarbeit im Sinne des § 13 Abs. 1 Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz (AMPFG));
- » Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit;
- » Maßnahmen im Zusammenhang mit den Vorgaben für die Bildungseinrichtungen;
- » Maßnahmen zur Abfederung von Einnahmenausfällen in Folge der Krise;
- » Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950;
- » Maßnahmen zur Konjunkturbelebung.

Ebenso wird im COVID-19-Gesetz bestimmt, dass durch eine entsprechende Verordnung das Betreten von bestimmten Orten untersagt werden kann, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich ist. (COVID-19-FondsG) Mit der Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes (COVID-19-MG) wurde zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 das Betreten öffentlicher Orte verboten. Ausgenommen vom Verbot waren Betretungen,

- » die zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leib, Leben und Eigentum erforderlich sind;
- » die zur Betreuung von und Hilfeleistung für unterstützungsbedürftige Personen dienen;
- » die zur Deckung der notwendigen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens erforderlich sind und wo sichergestellt ist, dass am Ort der Deckung des Bedarfs zwischen den Personen ein Abstand von mindestens einem Meter eingehalten werden kann;
- » die für berufliche Zwecke erforderlich sind und wo sichergestellt ist, dass am Ort der beruflichen Tätigkeit zwischen den Personen ein Abstand von mindestens einem Meter eingehalten werden kann;
- » wenn öffentliche Orte im Freien allein, mit Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, oder mit Haustieren betreten werden sollen; gegenüber anderen Personen ist dabei ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten (Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes 2020).

Nach dem Lockdown wurden die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen überarbeitet und das COVID-19-Maßnahmengesetz erstellt. Es trat mit 1. Juli 2020 in Kraft und „ermächtigt zur Regelung

*des Betretens und des Befahrens von Betriebsstätten, Arbeitsorten, bestimmten Orten und öffentlichen Orten in ihrer Gesamtheit, zur Regelung des Benutzens von Verkehrsmitteln sowie zu Ausgangsregelungen als gesundheitspolizeiliche Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19.“ (COVID-19-MG) Neben dem Aussprechen von Restriktionen zum Betreten oder Befahren bestimmter Betriebsstätten, Arbeitsorte und öffentlicher Orte ermöglicht das COVID-19-Maßnahmengesetz auch die Festlegung von Ausgangsbeschränkungen: „Sofern es zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 unerlässlich ist, um einen drohenden Zusammenbruch der medizinischen Versorgung oder ähnlich gelagerte Notsituationen zu verhindern, und Maßnahmen gemäß den §§ 3 und 4 nicht ausreichen, kann durch Verordnung angeordnet werden, dass das Verlassen des privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist.“ (COVID-19-MG)*

Zum Schutz von besonders gefährdeten Personengruppen wurde die Risikogruppe-Verordnung erlassen. Sie definiert medizinische Indikationen für die Zuordnung zur COVID-19-Risikogruppe, wie beispielsweise fortgeschrittene funktionelle oder strukturelle chronische Lungenkrankheiten, welche eine dauerhafte, tägliche, duale Medikation benötigen, chronische Herzerkrankungen mit Endorganschaden, die dauerhaft therapiebedürftig sind, oder Erkrankungen, die mit einer dauerhaften und relevanten Immunsuppression behandelt werden müssen. (COVID-19-Risikogruppe-Verordnung)

## 4 Identifizierte Auswirkungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche und der Befragung (vgl. Kapitel 2) beschrieben. Die Logik orientiert sich an dem Modell der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren/Whitehead 1991), wobei in jedem Abschnitt auf die Ergebnisse aus der eingeschlossenen Literatur und jene aus der durchgeführten Umfrage eingegangen wird.

### 4.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheits-outcomes

Nachstehend werden die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen des Lockdowns auf gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsoutcomes beschrieben. Auch wenn viele Aspekte des gesundheitsrelevanten Verhaltens, der körperlichen und psychischen Gesundheit zusammenspielen, wurde versucht, eine Unterteilung vorzunehmen. Der Aspekt der sozialen Gesundheit – die in der WHO-Definition von Gesundheit (WHO 1948) explizit genannt wird – findet sich an mehreren Stellen wieder (z. B. psychische Gesundheit, soziale Faktoren).

#### 4.1.1 Körperliche Gesundheit

In diesem Unterkapitel liegt der Fokus einzig auf den körperlichen Auswirkungen, welche der Lockdown und das Social Distancing im Zuge der Corona-Pandemie zur Folge haben. Das inkludiert Informationen aus Literatur und Survey zu körperlicher Entwicklung, Wohlbefinden und Fitness sowie Auswirkungen auf akute sowie chronische Krankheiten.

##### **Körperliche Entwicklung**

Auswirkungen auf die körperliche Entwicklung kamen ausschließlich aus der Befragung und wurden durchwegs als negativ eingeschätzt. Umfrageteilnehmer/-innen der eigens durchgeführten Befragung berichten von mangelnden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Organscreenings bei Schwangeren. Es könnte in Folge häufiger zu unentdeckten fetalen Herzfehlern kommen. Aufgrund der unzureichenden medizinischen Versorgung und Hebammenbetreuung von Schwangeren und Müttern im Wochenbett wird mit Langzeitfolgen für die Gesundheit der Kleinkinder gerechnet. Gerade in Bezug auf Kinder mit Entwicklungsverzögerungen wird vermutet, dass der Förderbedarf zu einem Therapiebedarf wird.

Ebenfalls wurde über den Survey rückgemeldet, dass es durch die Schließung von Praxen und Ambulanzen sowie durch Hürden im Zugang zu den noch offenen Gesundheitseinrichtungen und die Angst der Patientinnen und Patienten, sich einer Infektionsgefahr auszusetzen, zu einer geringeren Inanspruchnahme von notwendigen Angeboten kam. Dies gilt insbesondere für körper-

lich beeinträchtigte Kinder und Erwachsene, die notwendige Förderungen und Therapien nicht erhielten. Dadurch wird eine schlechtere Entwicklung insbesondere bei förderungsbedürftigen Kindern gesehen.

### **Körperliches Wohlbefinden und Fitness**

Körperliches Wohlbefinden und Fitness sind eng mit dem Bewegungsverhalten verbunden. So zeigte beispielsweise eine Befragung von Tirolerinnen und Tirolern, dass während des Lockdowns mehr Personen körperlich inaktiv waren als zuvor (der Anteil stieg von 19 % auf 41 %). Eine andere Studie hingegen kam zu dem Ergebnis, dass bestimmte Gruppen im Lockdown sportlicher waren als zuvor. (Schnitzer et al. 2020)

In der Umfrage wurde angegeben, dass durch Homeoffice und/oder Kurzarbeit manche Menschen die dadurch gewonnene Zeit für Sport und Bewegung nutzten.

Der Wegfall der Alltagsbewegungen, der Turnstunden, die Einschränkung von Mannschaftssportarten, Gruppentrainings, das Schließen von Fitnesszentren sowie von Spielplätzen und die großen Unsicherheiten darüber, was erlaubt war und was nicht, werden in der eigenen Erhebung als Gründe für den starken Bewegungsmangel genannt. Insbesondere Kinder und Jugendliche seien stark betroffen und teilweise in der Entwicklung körperlicher Fertigkeiten (z. B. Schwimmen) eingeschränkt. Die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aufgrund des Entfalls der Turnstunden wurden auch von Lichtenberger und Ranftler festgestellt. Vor allem armutsbetroffene Kinder und Jugendliche waren durch die Sperre von Parks und öffentlichen Erholungsräumen besonders betroffen, da dies eine körperliche Inaktivität begünstigte. (Lichtenberger/Ranftler 2020)

Einige Studien, die sich mit der Situation von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen während des Lockdowns beschäftigten, zeigen, dass sich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Personen während des Lockdowns verschlechterte. In der Befragung von Horn und Schweppe (Deutschland) gab fast die Hälfte (46,60 %) der Befragten an, negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person festzustellen. Dies betrifft sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit. (Horn/Schweppe 2020) Auch die Volkshilfe Österreich berichtet, dass Therapie- und Unterstützungsleistungen (u. a. Physiotherapie), die einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen haben, nicht in Anspruch genommen werden konnten und dass sich dadurch eine Verschlechterung ergab (Volkshilfe 2020).

Seidler et al. weisen darauf hin, dass auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und einer erhöhten Sterblichkeit bei älteren Menschen festgestellt werden kann. Mit etwas schwächerer Erkenntnislage zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen selbst wahrgenommener Einsamkeit älterer Menschen und einem erhöhten Sterberisiko. Dies lässt sich auf eine negative Beeinflussung des Herz-Kreislauf-Systems und der psychischen Gesundheit durch Einsamkeit bzw. Isolation zurückführen. (Seidler et al. 2020) Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer des eigens durchgeführten Surveys berichtete, dass Vereinsamung, Ängste und Unsicherheiten auch negative Auswirkungen auf das Immunsystem haben.

Endstrasser et al. kamen zum Ergebnis, dass der Lockdown einen signifikanten Einfluss auf Schmerzen, Gelenkfunktion, körperliche Funktion und körperliche Aktivität bei Patientinnen und Patienten mit Hüft- und Kniearthrose im Endstadium hatte. (Endstrasser et al. 2020)

Die Umfrageteilnehmer/-innen des Surveys berichten aus Gesprächen mit Patientinnen/Patienten, dass diese ein Sich-nicht-fit-Fühlen, eine reduzierte Leistungsfähigkeit und reduzierte Motivation für körperliche Aktivität, u. a. weil der gewohnte Sport oftmals nicht ausgeübt werden kann, wahrnehmen. Auch werden Gewichtszunahmen und Schlafstörungen vermehrt thematisiert, welche langfristig zu gesundheitlichen Problemen (z. B. Probleme mit dem Bewegungs- und Stützapparat, metabolisches Syndrom, Übergewicht und Adipositas, Herzinsuffizienz, Konzentrationsmangel, vermehrter Alkoholkonsum) und in der Folge zu Krankenständen, Folgeerkrankungen und einer erhöhten Mortalität führen würden. Eine Umfrageteilnehmerin bzw. ein Umfrageteilnehmer berichtete, dass v. a. bei Frauen, nachdem die dauernde Anspannung (im Zusammenhang mit dem Lockdown) nachgelassen hatte, plötzlich körperliche Symptome, wie zum Beispiel Schwindel, Kopfschmerzen oder hoher Blutdruck, auftraten.

### **Akute Erkrankungen und Verletzungen**

Akute Verletzungen und Unfälle sind aufgrund der Lockdown-Bestimmungen deutlich zurückgegangen. Eine Auswertung der stationären Behandlungen in Österreich zeigt, dass in den Monaten März bis Mai 2020 ein deutlicher Rückgang (um die Hälfte), verglichen mit den Werten des Vorjahres, zu verzeichnen ist (Eglau 2020). Eine Auswertung aus Tirol zeigt einen Einbruch der Unfallzahlen zu Beginn des Lockdowns im März 2020, der Rückgang der Unfallbehandlungen während des Lockdowns liegt bei rund 60 Prozent. Der Rückgang der Unfälle war bei Kindern, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen deutlicher zu sehen als in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen. (Spitzer et al. 2020)

Im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen konnte im Bereich der Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, die stationär behandelt werden müssen, ein Rückgang an schweren Erkrankungen festgestellt werden. Im Zeitraum März bis Mai 2020 gab es etwa nur die Hälfte der Anzahl an Aufenthalten im Vergleich zum selben Zeitraum im Jahr 2019. (Eglau 2020)

Die Umfrageteilnehmer/-innen des eigens durchgeführten Surveys berichten ebenso von einer Reduktion anderer, saisonaler Infektionserkrankungen, u. a. aufgrund der erhöhten Hygienemaßnahmen und des Social Distancings. Dieser Effekt wurde besonders bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Gleichzeitig wird beschrieben, dass es durch eine Verabsäumung von Schutzimpfungen zu einer Zunahme von impfpräventiven Erkrankungen (z. B. FSME) kommen kann. Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer weist auch darauf hin, dass insbesondere in der Kinderheilkunde andere häufiger auftretende Infektionskrankheiten in den Hintergrund getreten sind und u. U. langfristige Folgen haben können.

Die bereits oben genannte Studie aus Tirol zeigt auch, dass ein Viertel der befragten Eltern von Kindern bis 14 Jahre angibt, dass ihr Kind während des Lockdowns einen Unfall erlitt, wobei 54 Prozent medizinisch und 46 Prozent von den Eltern selbst versorgt wurden. Es zeigte sich, dass

sich Eltern mit ihren Kindern unter normalen Umständen schneller in ein Krankenhaus zur medizinischen Abklärung begeben als während dieser Ausnahmesituation. (Spitzer et al. 2020) Diese Beobachtung wurde auch im Zuge des durchgeführten Surveys berichtet.

In der Befragung, die im Rahmen dieser GFA durchgeführt wurde, wurde berichtet, dass Verletzungen, die in bestimmten Altersgruppen gehäuft auftreten zugenommen haben (alterstypische Unfälle bzw. Verletzung wie z. B. Sturz eines Kindes vom Klettergerüst oder Sturz eines älteren Menschen mit fortgeschrittener Arthrose). Einhergehend mit einem verschlechterten Gesundheitszustand vieler Personengruppen wird mit einer Zunahme von Erkrankungen gerechnet. Berichtet wird auch davon, dass es v. a. in Folge der eingeschränkten Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten zu vermeidbaren Erkrankungen und Todesfällen gekommen sei und weiter kommen wird (z. B. seien die Todesfälle nach Herzinfarkten gestiegen, auch Herzinsuffizienzen sind gestiegen, es kam zu fortgeschrittenen inkurablen Krebserkrankungen und allgemein zu verschleppten Tumorrezidiven). Besonders erwähnt wurden auch Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (z. B. Bandscheibenvorfälle), auch aufgrund mangelnder ergonomischer Ausstattungen im Homeoffice. Die Spätfolgen der reduzierten Patientenfrequenz können oftmals noch nicht abgeschätzt werden. Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer geht davon aus, dass es zu einer verstärkten Chronifizierung von Schmerzerkrankungen kommen wird. Auch gehen Umfrageteilnehmer/-innen davon aus, dass nicht durchgeführte Therapien nach akuten Zuständen (z. B. Handverletzung, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, ...) die langfristige Prognose der Patientinnen und Patienten verschlechtern und eine vollständige Wiederherstellung erschweren.

### **Chronische Erkrankungen**

Durch COVID-19 wurde von Menschen mit Behinderungen eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erlebt. Es galt ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Zugang zu medizinischer und therapeutischer Versorgung war erschwert, Pflegepersonal von Menschen mit Behinderungen wurde nicht regelmäßigen COVID-19-Tests unterzogen und der verpflichtende Mund-Nasen-Schutz für Menschen mit Behinderungen, die dadurch Einschränkungen erfahren, wurde erst spät aufgehoben. All dies hatte negative Auswirkungen auf die Gesundheit dieser schon vor Corona benachteiligten Gruppen. (BMSGPK 2020b)

Der unzureichende Zugang zu Therapiemöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen (vielfach mit chronischen Erkrankungen) wurde auch im Rahmen der Studie der Volkshilfe berichtet. Dadurch konnten gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Angebote nicht in Anspruch genommen werden und es ergaben sich Nachteile für die Gesundheit. (Volkshilfe 2020)

Umfrageteilnehmer/-innen der durchgeführten Befragung berichten davon, dass es gerade für chronisch Kranke und komplex zu betreuende Patientengruppen durch die massive Verschlechterung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu Therapieunterbrechungen und Mangelversorgung (z. B. verschobene Termine für Chemotherapien, Ausfall von Operationen) kam. Die betroffenen Personen litten oftmals stark darunter, da es zu einer Verstärkung oder Verschleppung der Symptome und zu einer Verlängerung von positiv beeinflussbarem Leid kam. Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer weist darauf hin, dass gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen

und Behinderungen Verschlechterungen auftraten, die nicht mehr reversibel sind und/oder durch die es zu schlechteren Prognosen für die Patientinnen und Patienten kommt.

Auch spürten die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung, die nicht als Notfall galt, oftmals den Druck, Therapien und sonstige Leistungen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem abzusagen, dies führte wiederum zu einer psychischen Belastung der Betroffenen. Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer berichtet davon, dass es gerade bei pflegenden Familien durch die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu einer Überlastung und zu kritischen Situationen in den Familien kam.

Als positive Auswirkung berichtet eine Umfrageteilnehmerin / ein Umfrageteilnehmer von einer Verbesserung der Symptome durch einen regelmäßigen bzw. geordneten Lebensstil bei Jugendlichen.

## 4.1.2 Psychische Gesundheit

In diesem Abschnitt werden jene Studien und Ergebnisse aus dem Survey berichtet, die sich direkt auf die psychische Gesundheit beziehen bzw. diese direkt untersucht haben. Weitere Ergebnisse zu Determinanten, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken, finden sich in anderen Abschnitten.

### **Psychische Belastungen und Erkrankungen, psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Resilienz**

Die Pandemie bzw. die damit verbundenen Maßnahmen „Lockdown“ bzw. „Social Distancing“ haben negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, wie etliche im Berichtszeitraum publizierte Studien zeigen. So berichten z. B. Zandonella et al. (2020), dass sich bei 27 Prozent der Befragten die psychische Gesundheit verschlechtert hat. Angst (inkl. Panikattacken) und Depression nahmen in dieser Zeit des ersten Lockdowns zu, aber auch Erschöpfung, Schlafstörungen, Stress, Einsamkeit sowie Substanzmissbrauch, Essstörungen und Suizidalität:

- » Laut Zandonella et al. (2020) berichten 40 Prozent der Befragten von Angst und Depression, ein Drittel von Erschöpfung, ein Viertel von Einsamkeit, zehn Prozent von Substanzgebrauch und sieben Prozent von Suizidgedanken.
- » Pieh et al. (2020a) fanden Werte von 20 Prozent für moderate und schwere Depressivität sowie je 16 Prozent für Angstzustände bzw. klinische Schlafstörungen.
- » Entringer et al. (2020) fanden für Deutschland erhöhte Werte für Angst- und Depressionssymptome im Vergleich zum Vorjahr, allerdings vergleichbar mit den Werten für 2016. Auch die subjektive Einsamkeit ist stark angestiegen. Das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit hatten sich unmittelbar nach Inkrafttreten der Kontaktbeschränkungen noch kaum verändert.
- » Willems et al. (2020) berichten von Einsamkeit, Isolation und Depression als negative Auswirkungen des Lockdowns.

- » Braun et al. (2020) berichten, dass v. a. jüngere Menschen Alkohol zur Entspannung konsumieren.
- » Riedel-Heller et al. (2020) zeigen auf, dass Isolations- und Quarantänemaßnahmen bei früheren Coronavirus-Ausbrüchen ebenfalls mit negativen psychosozialen Auswirkungen verbunden waren, wie z. B. Depressivität, Ängstlichkeit, Wut, Stresserleben, Schlafstörungen, Sorgen, Einsamkeit und Stigmatisierungserfahrungen.
- » Laut Kolland et al. (2020) ist das allgemein im Alter sehr weit verbreitete optimistische Grundgefühl bei jenen Menschen, die sich zur Risikogruppe zählen, stark angegriffen. Auch die Lebenszufriedenheit sinkt in dieser Gruppe.
- » Veränderungen des Drogenkonsums während des Lockdowns konnten von Horvath et al. (2020) nicht beobachtet werden, Isolation und psychische Krisen bei Menschen mit illegalem Substanzkonsum aber schon.

In der Zeit der Pandemie erlebte Überforderung, Unsicherheit, Angst und Einsamkeit führen in der Folge zu einer Zunahme von psychischen Belastungen und Erkrankungen (BMSGPK 2020c). Probst et al. (2020) weisen darauf hin, dass Vereinsamung und Stress als Mediatoren zu erhöhter Depressivität nach dem Lockdown führen. Frühere Studien beschreiben, dass diese Zusammenhänge langfristig wirksam sind: Bis zu neun Jahre später wurde Einsamkeit mit psychischen Gesundheitsproblemen, v. a. Depressionen, in Verbindung gebracht (Loades et al. 2020).

Je nach Altersgruppe, aktuellen Lebensumständen sowie Vorhandensein von (Vor-)Erkrankungen sind diese negativen Auswirkungen stärker oder schwächer ausgeprägt. Wobei Gayer-Anderson et al. (2020) betonen, dass von psychischen Gesundheitsproblemen als Folge von Isolation und Distanzierung gefährdete und benachteiligte Gruppen häufiger betroffen sind. Entringer et al. (2020) hingegen konnten unmittelbar nach Inkrafttreten der Kontaktbeschränkungen in Deutschland noch keine große modifizierende Rolle der bestehenden sozioökonomischen Unterschiede beobachten, sie blieben jedoch weiterhin bestehen.

- » Menschen mit (früheren) psychischen Vorerkrankungen, psychiatrischen stationären Einweisungen, Menschen mit einem als schlecht wahrgenommenen aktuellen Gesundheitszustand oder jene, die selbst an COVID-19 erkrankt sind, sind bspw. stärker von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit betroffen als andere (Braun et al. 2020; Gayer-Anderson et al. 2020; Henssler et al. 2020; Zandonella et al. 2020). Auch pflegebedürftige Menschen (Hochaltrige, chronisch Kranke und jene mit Demenz) waren durch die Änderung der Routinen psychisch belastet (Leibfingert et al. 2020). Henssler et al. (2020) fanden bei isolierten Menschen nach einer und insbesondere nach zwei Wochen Isolation negative psychologische Auswirkungen. Zu kürzeren Isolationszeiten gibt es laut Henssler et al. (2020) widersprüchliche Erkenntnisse.
- » Das gilt auch für Menschen mit prekärer finanzieller Situation (Kurzarbeit, arbeitslos, ohne Rücklagen) bzw. für jene, die bereits vor der Pandemie armutsgefährdet, alleinerziehend oder allein lebend waren oder in beengten Wohnverhältnissen lebten (Braun et al. 2020; Peh et al. 2020b; Zandonella et al. 2020). Henssler et al. (2020) fanden heraus, dass ein geringes Haushaltseinkommen und finanzielle Verluste mit einem höheren Risiko für Depression, Angst, Wut, Symptome von stressbedingten Störungen (PTSD) und nicht spezifizierten psychologischen Störungen einhergeht, wohingegen ein höheres Haushaltseinkommen mit ei-



nem erhöhten Risiko für Störungen des Alkoholkonsums einherging. Kinder aus armutsbetroffenen Familien wurden von ihren Eltern als trauriger (74 %), einsamer (57 %) oder aggressiver (53 %) erlebt (Lichtenberger/Ranftler 2020).

- » Auch Frauen und junge Menschen scheinen häufiger von psychischer Belastung betroffen zu sein bzw. Personen mit schulpflichtigen Kindern im selben Haushalt (Braun et al. 2020; Pieh et al. 2020b; Zandonella et al. 2020). Wobei Henssler et al. (2020) differenzieren: Frauen haben demnach ein höheres Risiko für Depressionen, PTBS und allgemeine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, bei Männern ist das Risiko für psychische Störungen jeglicher Art und für Störungen des Alkoholkonsums höher. Junge Menschen haben laut Henssler et al. (2020) ein höheres Risiko für stressbedingte Störungen (PTSD) und ältere Menschen (> 55 Jahre) für Depressionen. Bezüglich Wohlbefinde zeigte sich, dass dieses zu Beginn der Pandemie bei Frauen leicht sank, während es bei Männern leicht anstieg.
- » Henssler et al. (2020) beschreiben, dass ein niedrigeres Niveau an Sozialkapital, eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung und in geringerem Ausmaß vorhandene Nachbarschaftsbeziehungen mit einem höheren Grad an Depressionen, Angst, Stress und schlechter Schlafqualität in Verbindung steht.
- » Henssler et al. (2020) stellten auch fest, dass Menschen mit einem niedrigeren Bildungsniveau von schwerwiegenderen Symptomen stressbedingter Störungen (PTSD) und einem höheren Risiko für Depressionen betroffen waren.
- » Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen werden ebenfalls als besonders vulnerable Gruppe für psychische Belastungen im Zusammenhang mit Isolations- und Quarantänemaßnahmen genannt (Riedel-Heller et al. 2020). Dies hängt u. a. mit der Exposition gegenüber infizierten Personen zusammen und es wird über Angst, Wut, Depression, stressbedingte Störungen (PTSD), emotionale Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Alkoholkonsumstörung und alle psychischen Störungen berichtet.
- » In der Befragung von Rothmüller (2020) zeigte sich, dass sich jede(r) Zweite isoliert und zwei Drittel der Personen in Singlehaushalten einsam gefühlt haben. Durch diese Isolation entstand zum Teil hoher Leidensdruck und der Wunsch nach körperlicher Nähe.

Die höheren Werte für Depressivität etc. bestanden laut Pieh et al. (2020a) auch noch sechs Monate später, wobei geringfügige Verbesserungen beim Wohlbefinden und beim wahrgenommenen Stress gemessen wurden. Probst et al. (2020a) wiederum fanden zwar keine erhöhten Werte für Depressivität während des Lockdowns, dafür aber in der Zeit nach dessen Aufhebung. Henssler et al. (2020) berichten von einem Fortbestehen von PTBS-Symptomen auch einen Monat nach dem Ende der Maßnahmen zur Eindämmung der Infektion bei jenen Beschäftigten im Gesundheitswesen, die mit infektiionsbezogenen Aufgaben betraut waren. Braun et al. (2020) stellten fest, dass sich ihre Ergebnisse hinsichtlich einer höheren psychischen Belastung während des Lockdowns und kurz nachher nicht unterscheiden.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass Pieh et al. (2020a) darauf hinweisen, dass die primäre Ursache für die schlechtere psychische Gesundheit sowohl die Pandemie selbst, als auch die mit dem Lockdown verbundenen Maßnahmen sein können. Wobei in einer weiteren Publikation schließlich geschlossen wird, dass die Pandemie selbst einen größeren Einfluss hat als die Maßnahmen (Pieh et al. 2020d).

Weitere Faktoren, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken bzw. diese Wirkung verstärken, sind die lange Dauer der Maßnahmen, die Angst vor der möglichen eigenen Infektion und der Infektion von Mitmenschen, Frustration, Langeweile, keine adäquate Absicherung der Grundversorgung sowie ungenügende oder falsche Informationen zu den Maßnahmen (Mayr et al. 2020; Riedel–Heller et al. 2020). Im Zusammenhang mit dem gestiegenen Arbeitsaufwand, den Anforderungen und Belastungen ist laut Senft/Krejci (2020) auch die Gefahr des Burnouts unter den Pflegenden gestiegen. Spiller et al. (2020) beobachteten bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen in der Schweiz nach Abflachung der Pandemie ein höheres Burnout-Niveau als zu ihrem Höhepunkt. Von Leiblfinger et al. (2020) wird auch berichtet, dass einige 24-Stunden-Betreuer/-innen über Wochen isoliert waren und kaum Gelegenheit hatten, sich auszuruhen. Henssler et al. (2020) berichten außerdem, dass Gesundheitspersonal mit einem geringen Vertrauen in Ausrüstung und Initiativen zur Infektionskontrolle von einem höheren Maß an Wut und emotionaler Erschöpfung betroffen war.

Es wird in den Studien auch von positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit berichtet, bzw. von Faktoren, die die negativen Auswirkungen abmildern:

- » Pieh et al. (2020b) stellten fest, dass sich körperliche Aktivität und eine gute Beziehungsqualität während des Lockdowns positiv auf die psychische Gesundheit auswirkte.
- » Das Risiko für depressive Beschwerden und Angstzustände wurde von Pieh et al. (2020c) bei Personen in Beziehungen schlechter Qualität als dreimal höher identifiziert (35 % bzw. 32 % versus jeweils 12 %).
- » Riedel–Heller et al. (2020) stellten fest, dass sich soziale Unterstützung und klare Informationen mildernd auswirken, während erlebte Stigmatisierung (durch die Erkrankung oder Isolations- und Quarantänemaßnahmen) die psychische Belastung weiter verstärkt.
- » Kolland et al. (2020) beschreiben als hilfreiche Bewältigungsstrategien neben sozialen Kontakten (84 % der befragten Menschen über 60 Jahren nennen als Erstes Familienangehörige, 79 % als Zweites Freunde/Freundinnen) handwerkliche Tätigkeiten (in Haus, Wohnung, Garten) und Bewegung im Freien. Allerdings führt die Wahrnehmung der eigenen Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe z. B. bei älteren Menschen (> 60 Jahre) dazu, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen deshalb nicht umgesetzt werden. Auch diese Gruppe würde klare Regeln zum Umgang mit COVID-19 und gut aufbereitete Informationen zu Hilfsangeboten als hilfreich empfinden.
- » Laut Habermann–Horstmeier (2020) wird die Entschleunigung des Lebens von allen befragten Gruppen (Menschen mit Behinderung und Fachkräfte aus der Behindertenarbeit) als positiv empfunden.

Die Rückmeldungen im Survey dieser GFA zur psychischen Gesundheit während des Lockdowns (und der gesamten Covid-19-Pandemie) beinhalten zum Teil ebenfalls die bereits beschriebenen Beobachtungen. Umfrageteilnehmer/-innen berichten von eigenen Wahrnehmungen (es werden z. B. mehr psychische Belastungen/Symptome wie Ängste, Einsamkeit, Depressionen wahrgenommen als vor der Pandemie) oder den Schlüssen, die sie aus Gesprächen mit Klienten/Klientinnen bzw. Patienten/Patientinnen gezogen haben. Nach Ansicht vieler war mit dem Lockdown eine klare Belastungssituation verbunden, vor allem für Kinder, Jugendliche und Familien. Die Klienten/Klientinnen bzw. Patienten/Patientinnen hätten von Ängsten (Existenz, Unsicherheit, Gesundheit), Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Kontrollverlust in alltäglichen Lebensbelangen berichtet. Aber

auch von Verzweiflung über das Unwissen darüber, wie lange die Situation noch andauern wird bzw. wie lange diese noch ausgehalten werden kann. Nach Meinung der Umfrageteilnehmer/-innen komme es zwar zum Teil zu einer „Entschleunigung“, es fehle aber auch die Kraft, mit der Krise umgehen zu können. Bei älteren Personen mit Demenz wurde eine rasche Verschlechterung dieser beobachtet, der Alltag konnte nicht mehr aufrechterhalten werden, Desorientierung war ebenfalls eine Folge.

Als psychisch belastend werden u. a. folgende Faktoren genannt:

- » sich ständig ändernde Arbeitsbedingungen durch COVID-19-Maßnahmen,
- » verstärktes Arbeitsaufkommen,
- » weniger Personal durch Krankheitsfälle,
- » Druck sowie Perspektivlosigkeit,
- » fehlendes Wissen zu Beginn der Pandemie.

Darüber hinaus wird berichtet, dass der Lockdown auch als Freiheitsbeschränkung wahrgenommen wird, es gibt Personen, die sich dadurch eingesperrt fühlen. Mitarbeiter/-innen aus Krankenhäusern (Ambulanz, stationäre Abteilung), aber auch Beratungsstellen berichten, dass sie eine allgemein zunehmende Unzufriedenheit sowie emotionale Instabilität aufgrund subjektiv als übermäßig wahrgenommener Einschränkungen wahrgenommen haben. Kontakte sind eingeschränkt und wenn, dann nur mit Maske möglich. Treffen mit Freunden/Freundinnen sind jedoch positive Alltagserfahrungen. Der Mangel/Wegfall an sozialen Kontakten und die damit zusammenhängende Isolation und Einsamkeit wirkt sich nach Meinung der Befragten nicht nur negativ auf das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit aus, sondern verstärkt psychische Belastungen noch. Dies könnte z. B. zu einem Wiederauftreten alter Psychosen oder Depressionen bis hin zum Suizid führen. Ein Anstieg bei psychischen Erkrankungen bis hin zum Suizid wird daher befürchtet.

Neben den erwähnten Belastungen berichten die Umfrageteilnehmer/-innen auch von einer fehlenden Resilienz. Resiliente Personen haben jedoch mehr Ressourcen, dieser Eindruck habe sich durch viele Erfahrungsberichte verstärkt. Um Resilienz ausbilden zu können, brauche es jedoch Unterstützung. Den Bedenken einer Umfrageteilnehmerin / eines Umfrageteilnehmers zufolge ist in den nächsten Monaten bzw. Jahren allgemein weniger Resilienz gegen Stress zu erwarten. In diesem Zusammenhang wird auch berichtet, dass gesundheitlich vorbelastete Menschen sehr vulnerabel sind und für Krisenzeiten oft keine ausreichende Resilienz haben. Dies geht einher mit der Beobachtung von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern, dass v. a. Menschen mit Vorerkrankungen oder anderen Vorbelastungen von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit betroffen sind.

In einem Beitrag werden die Erfahrungen aus der Begleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung im Alltag folgendermaßen formuliert: *„Mit psychischer Erkrankung zu leben, kann bedeuten, emotional manchmal durchlässiger oder emotional verschlossener zu sein als andere. Es kann bedeuten, dazu zu tendieren, Gesagtes zu „zerdenken“, d. h., zu viel in Handlungen, Taten, Kommentare hineinzuiinterpretieren. Es kann bedeuten, einfach nicht am Alltag teilnehmen zu können. Die Möglichkeiten sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Aber für alle war die Zeit des Lockdowns schwierig, herausfordernd, eine Grenzerfahrung ...“*

Von den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern wird außerdem eine zunehmende Nachfrage nach psychologischen Beratungsangeboten bzw. Psychotherapie berichtet, aber auch von der enorm wichtigen Aufrechterhaltung der Angebote (z. B. für Tagesstruktur), zumindest in Form eines Notbetriebs, um psychosoziale Gespräche und Sozialkontakte anbieten zu können.

Umfrageteilnehmer/-innen berichten allerdings auch positive Auswirkungen: Dazu gehört z. B. eine Steigerung der psychischen Stabilität durch vermehrten Sport im Freien, mehr Zeit für flexible Online-Sportkurse und für gesundes Kochen. Als positiv werden auch die schnell etablierten telemedizinischen Angebote zum Ausgleich (z. B. BÖP-Hotline) gesehen. Zudem sei vielen Menschen durch den Lockdown bewusst geworden, wie gut ihre Lebenssituation eigentlich ist. Dieses Gefühl würde teilweise sogar zelebriert. Auch die Besinnung auf das Wesentliche wird berichtet. Beides geht mit einer gestärkten Lebenszufriedenheit einher. Anderen wurde wiederum bewusst, dass sie aufgrund ihrer lockeren Lebensweise alle Ersparnisse für Reisen und Luxus ausgegeben und keine Sicherheiten aufgebaut haben. Da habe es starke Lebensstrukturänderungen gegeben. Als weitere positive Auswirkung wurde berichtet, dass in einigen Gruppen der Konsum von Suchtmitteln reduziert wurde. Einerseits weil Gruppendruck und Gelegenheit (Ausgehen) wegfielen, andererseits als bewusste Entscheidung, um das System nicht zu überlasten. Und zuletzt wurde auch berichtet, dass Personen mit externalisierenden Störungen von der klaren Strukturierung und von Ausgangsbeschränkungen profitiert hätten.

### **Spezifische Aspekte**

In der Umfrage wurden analog zur Erhebung in Wales ein paar spezifische Aspekte abgefragt, die Antworten dazu werden in der Folge beschrieben.

#### Selbstwirksamkeit / Gefühl, Kontrolle zu haben

Umfrageteilnehmern/-teilnehmerinnen zufolge erleben viele Menschen den Lockdown als Kontrollverlust. Sie haben das Gefühl, dass sie das eigene Leben weniger gestalten und kontrollieren können. Niemand konnte sich vorstellen, dass ein Virus sich so massiv auf das eigene Leben auswirken und die Wahlmöglichkeiten der Lebensführung einschränken könne. Es entstehe das Gefühl, fremdbestimmt bzw. ausgeliefert zu sein, gegen Maßnahmen nichts machen zu können und keine Möglichkeit zur Planung (z. B. von Urlaub) zu haben. Viele Menschen waren verwirrt bis verunsichert, was sie denn tun dürfen. Sie folgen exakt den rigiden Verordnungen, ohne mit Hausverstand das eigene Verhalten in verschiedenen Situationen anzupassen. Insbesondere für Menschen mit psychischen Vorbelastungen sei es schwieriger, Informationen aus verschiedenen Medien (u. a. Pressekonferenzen, Soziale Medien) einordnen zu können. Sowohl die Verordnungen (Quarantäne) – und die damit verbundenen Einschränkungen der persönlichen Rechte – als auch das Nichtwissen darüber, wer, warum, welchen Verlauf bei einer Infektion hat, reduzieren laut Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern das Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Durch das Fehlen von Kontrolle und Selbstwirksamkeit bestehe jedoch eine Traumagefährdung.

Kinder und Jugendliche berichten laut den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern ebenfalls über einen Kontrollverlust. Dazu gehört, dass sie z. B.

- » ihre Zukunft nicht gestalten,
- » sich nicht als selbstwirksam erleben und
- » nicht mehr selbst entscheiden können
- » und sich in der Folge als Verlierer/-innen fühlen.

Es wird von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern aber auch als positiv in Bezug auf die Selbstwirksamkeit erwähnt, dass die Möglichkeit, das eigene Leben zu gestalten, wieder mehr geschätzt wird.

### Wertschätzung / Sinn finden

Hier bestätigt sich in den Aussagen einiger Umfrageteilnehmer/-innen der starke Zusammenhang von Wertschätzung, Anerkennung, Lebenssinn und der persönlichen und/oder beruflichen Situation. In helfenden bzw. systemerhaltenden Berufen scheint durch den Lockdown das Gefühl der Wertschätzung gestiegen zu sein. In anderen, nicht systemrelevanten, Berufen oder auch bei Studierenden und Berufseinsteigerinnen/Berufseinsteigern scheint dieses Gefühl hingegen gesunken zu sein. Es wurde z. B. darauf hingewiesen, dass die Angestellten der systemerhaltenden Betriebe (v. a. Supermarkt und Krankenhaus) erstmals öffentliche Wertschätzung und Anerkennung erfahren, wenngleich sie deswegen nicht mehr Lohn oder Zuschläge bekamen. Andere wurden jedoch gekündigt oder in Kurzarbeit geschickt und hatten plötzlich keine sinnstiftende und bezahlte Arbeit mehr. Das führe bei manchen zu einem Gefühl der Sinnlosigkeit. Jugendliche wurden/werden als besonders orientierungslos erlebt: Sie wüssten nicht, was sie mit ihrem Leben machen sollen und welcher Beruf Zukunft hat. Jugendarbeitslosigkeit hängt auch mit dem Gefühl der Wertlosigkeit zusammen.

Arbeitslosigkeit führt ebenfalls zu mangelnden Kontakten und damit wiederum zu einer Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens. Es wird betont, dass Menschen soziale Wesen sind und das Miteinander etwa sehr Wichtiges ist. Fällt dieses weg, ist es schwer, sich selbst als wertvoll oder geschätzt zu erleben. Lebenssinn aus einer Einsamkeit heraus zu schöpfen und Rückschläge gut verarbeiten zu können, braucht wiederum Resilienz. Dies ist selbst für gesunde Menschen oft schwierig, mit dem Handicap einer psychischen Erkrankung jedoch noch schwieriger.

### Unsicherheiten und Ängste

Wie bereits oben erwähnt, zeigen einige Studien auf, dass Unsicherheiten und Ängste durch die Pandemie bzw. den Lockdown zugenommen haben (u. a. Entringer et al. 2020; Henssler et al. 2020; Pieh et al. 2020c; Zandonella et al. 2020). Diese Ängste beziehen sich auf verschiedenste Aspekte, wie z. B. die Angst vor einer Ansteckung, vor einem schweren Verlauf einer Erkrankung und vor möglichen negativen Folgen für die Gesundheit. Weitere Untersuchungen beschäftigten sich mit spezifischen Aspekten:

- » Lichtenberger/Ranftler (2020) zeigen, dass bestehende Perspektivlosigkeit, z. B. in Form von Zukunftssorgen, welche wiederum vor allem bei armutsbetroffenen Familien häufig sind, zu

einer starken psychischen Belastung führt. Diese Sorgen sind angestiegen: 79 Prozent der Befragten machen sich noch mehr Sorgen über die Zukunft als vorher.

- » Rothmüller (2020) fand heraus, dass rund 25 Prozent der Befragten Sorge hatten, dass ihre Beziehung zerbricht. Diese Sorge war unter den jüngeren bzw. jenen Personen mit unverbindlichen oder unklaren Beziehungen häufiger als bei älteren. Außerdem führten Ängste, Unsicherheiten und ein erhöhter Stresslevel nicht nur zu Lustlosigkeit und reduziertem Sexualverhalten, sondern auch zu Aggression und gewaltsamen Übergriffen.
- » Rothmüller (2020) stellte auch fest, dass v. a. jüngere Menschen (im Alter von 18 bis 20 Jahren) Sorge bezüglich eines Zusammenbruchs des Alltags hatten, was wiederum mit der Einsamkeit korrelierte.

Auch nehmen laut Aussagen mehrerer Teilnehmer/-innen am Survey Unsicherheit und Ängste stark zu. Es handelt sich z. T. um Ängste und Unsicherheiten, die sich auf die Zukunft beziehen, z. B.: Wie wird es weitergehen? Was wird passieren? Soll/kann/muss ich etwas tun? Hervorgehoben wurden von den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern folgende Ängste:

- » Existenzängste entstehen in Verbindung mit schlechten Einkommenssituationen oder Jobverlusten. Sie bringen Frauen womöglich dazu, weiter in Gewaltbeziehungen zu bleiben, gehen aber auch einher mit Verlust- und Versagensängsten.
- » Kinder und Jugendliche entwickelten Zukunftsängste und hatten v. a. Angst vor dem Verlust geliebter Menschen.
- » Insbesondere bei jungen Erwachsenen wurden Zukunfts-, Versagens- und Existenzängste wahrgenommen. Diese hängen mit der Ausbildungs- und Jobsituation, den eingeschränkten Kontakten, fehlender Resilienz etc. zusammen.
- » Starke Unsicherheiten und Angst vor Ansteckung, vor einer Erkrankung mit schwerem Verlauf sowie vor möglichen Folgen werden berichtet. Diese Angst und Unsicherheit betrafen z. B. besonders
  - » Schwangere, die nicht nur Angst um die eigene Gesundheit hatten, sondern auch um die der Kinder,
  - » Menschen in systemrelevanten Berufen, die sich auch noch mit der Verantwortung ihres Berufes auseinandersetzen mussten,
  - » Alleinerziehende, die fürchteten, als einzige mögliche Bezugsperson für ihr Kind auszufallen,
  - » Eltern, die bereits Urlaub und Zeitausgleich verbraucht hatten und nicht wussten, wie ihr Kind / ihre Kinder betreut werden können,
  - » EU-Bürger/-innen und Drittstaatsangehörige ohne Krankenversicherung und ohne Ausreisemöglichkeit,
  - » Asylwerber/-innen, die als „Kontaktpersonen von COVID-Infizierten“ lange Zeit in Ungewissheit und mit eingeschränkter Bewegungsfreiheit lebten.
- » Angst und Unsicherheit führten in der Regel zu mehr Isolation. Es wird aber auch berichtet, dass Arztbesuche, Untersuchungen und Operationen aufgeschoben werden, wodurch es in Folge zur Verschlimmerung von Symptomen kommt. Aufgrund späterer Diagnosen werden schwerwiegendere Gesundheitsfolgen erwartet.
- » Auch Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf einen erschwerten Zugang zu medizinischer Behandlung (z. B. Wundversorgung) werden berichtet, vor allem für Nicht-Versicherte.

Es wird auch darauf hingewiesen, dass Vereinsamung, Ängste und Unsicherheit auch Auswirkung auf das Immunsystem haben können, und dass sich ängstliche Menschen sehr schwertaten, einen positiven Aspekt zu finden.

Die Informationspolitik der Regierung wurde kritisiert, da sie bei ängstlichen Personen die bestehenden Ängste verstärkt und unsichere Menschen stark verängstigt habe.

#### Gefühl der Sicherheit bzw. Geborgenheit

Laut Aussagen von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern sank das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit durch den Lockdown. Es wurden/werden im Gegensatz dazu vermehrt verunsicherte Menschen erlebt. Es wird auch berichtet, dass Eltern häufig verunsichert sind, was sich in der Folge wiederum negativ auf die Kindesentwicklung auswirken könne. Der Wunsch nach Geborgenheit sei groß. Die fehlenden Umarmungen und der Mangel an körperlicher Nähe wirkten sich hier negativ aus. Auch speziell im Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung zeigt sich, dass die Zeit des Lockdowns nicht zu einem Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit beigetragen hat.

Als positive Auswirkung wurde angemerkt, dass viele Menschen erzählten, dass sie sich in ihrem Wohnumfeld sehr wohlfühlen und den engen Kontakt mit der Familie genießen würden. Ein gutes soziales Netz oder eine starke eigene Familie können das Gefühl der Geborgenheit fördern.

#### Kognitive Entwicklung

Umfrageteilnehmer/-innen berichten, dass die kognitive Entwicklung von Schülerinnen und Schülern durch den Lockdown insgesamt beeinträchtigt wurde. Dies wird auf das Fehlen von Kindergarten und Schule bzw. das große Ausmaß von Fernunterricht und mangelnde persönliche Kontakte zurückgeführt. Es wird befürchtet, dass durch Homeschooling nicht die gleiche Qualität erreichbar sei. Aber auch die mangelnde Förderung der Kinder sowie Einschränkungen (z. B. Themenreduktion) bzw. Wegfall von Bildungsangeboten wurden genannt. Als Folge entstünden Bildungsdefizite, wodurch wiederum die kognitive Entwicklung der Kinder leide. Zusätzlich würden sich Zukunftsängste bei manchen Kindern negativ auf die Motivation zum Lernen auswirken. Es wurden auch die Befürchtungen geäußert, dass sich Kleinkinder nicht altersgerecht entwickeln würden, weil sie keine Mimik und Mundbewegungen sehen, anhand derer sie lernen könnten. Solcherart entstandene und weitere Entwicklungsverzögerungen bei Kindern könnten (unter den aktuellen Umständen) nicht mehr aufgeholt werden. Förderbedarf werde in der Folge zu Therapiebedarf. Weitere negative Auswirkungen werden aufgrund des Ausfalls vieler Therapien während des Lockdowns vermutet. Durch einen erhöhten Stresslevel von Schwangeren sowie Verunsicherung und Ängste während der Schwangerschaft werden auch negative Auswirkungen auf die Entwicklung der zu dem Zeitpunkt noch Ungeborenen befürchtet.

Es gibt auch Berichte über positive Auswirkungen: So werden Beschäftigungen wie das Lesen von Büchern oder das Lernen von Fremdsprachen vermehrt umgesetzt. Auch dass die Kinder durch den Lockdown den häuslichen Alltag miterleben können, könnte sich positiv auf die kognitive Entwicklung auswirken. Einschränkend wird angemerkt, dass dies jedoch nur dann der Fall ist,

wenn dies in Sicherheit und Geborgenheit erfolge und wenn die Bezugspersonen so organisiert sind, dass die Teilhabe der Kinder möglich ist.

### Teilhabe an Gemeinschaft

Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit wird von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern auch das Thema Teilhabe an der Gemeinschaft angesprochen. Diese Teilhabe sei durch den Lockdown schwierig geworden und auf das wirtschaftliche Leben in Supermärkten oder im Internet reduziert worden. Fehlende Teilhabemöglichkeiten führen aber ebenfalls zu Stress, negativen Gefühlen und existenziellen Ängsten. Der Wegfall regelmäßiger sozialer Zusammenkünfte (z. B. wöchentliche Vereinstermine), die sonst ein Rückgrat sozialen Lebens sind, bedeute für viele ebenfalls den Verlust von Teilhabemöglichkeiten. Nach der zu Beginn noch hohen Spontaneität und Hilfsbereitschaft wurde von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern ein Sich-Zurückziehen aus der Gemeinschaft bemerkt. Menschen seien allgemein sehr unsicher bei Kontakten mit anderen bzw. mehreren Menschen geworden, weshalb die Kontakte abgenommen hätten. All dies führe jedoch dazu, dass Teilhabe an der Gesellschaft als nicht mehr möglich erlebt wird. Zusätzlich wird beklagt, dass das Miteinander bzw. Gemeinschaftsgefühl abnehmen und Egoismus zunehmen würde.

Es wird aber auch berichtet, dass gesellschaftliche Teilhabe während des Lockdowns virtuell ein Stück weit möglich war (z. B. über Twitter, Facebook, Instagram). Das wäre für einige Menschen, auch Menschen mit Beeinträchtigungen, eine gute Möglichkeit gewesen, Teilhabe zu erleben. Nach dem Lockdown sei das jedoch sehr rasch wieder vorbei gewesen.

Schließlich wurde auch die Meinung geäußert, dass der Lockdown insbesondere bei jenen Menschen, die eine entsprechende Persönlichkeit und Ressourcen haben, ein auf die Gemeinschaft bezogenes Handeln begünstigt hat (z. B. Einkaufsgemeinschaften, Betreuung hilfsbedürftiger Nachbarn, solidarisches Handeln).

## 4.1.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Im folgenden Kapitel werden primär Auswirkungen beschrieben, welche sich auf das individuelle Verhalten während des Lockdowns beziehen. Dazu zählen die Ernährung, die Nutzung von Social Media, aber auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ergebnisse zu Bewegung bzw. körperlichem Wohlbefinden und Fitness (siehe Abschnitt 4.1.1), Sucht- und Sexualverhalten (siehe Abschnitt 4.1.2), welche thematisch auch diesem Teil zugeordnet werden können, sind bereits in den oberen Kapiteln ausführlich beschrieben und werden deshalb in der Folge nicht mehr angeführt.



## **Ernährung**

In Bezug auf die Ernährung brachte die Studie von Lichtenberger/Ranftler (2020) als negative Auswirkung hervor, dass z. B. während des Lockdowns das warme Mittagessen in Schule, Hort und Kindergarten weggefallen ist, was insbesondere für Kinder aus armutsbetroffenen Familien eine Verschlechterung der Ernährungssituation darstellte (Lichtenberger/Ranftler 2020).

Umfrageteilnehmer/-innen betonten an dieser Stelle auch, dass eine ungesunde Ernährung durch das vermehrte Backen zu Hause begünstigt wird, zusätzlich wurde auf den verstärkten ökonomischen Druck bei der Besorgung von Lebensmitteln und den durch die gemeinsamen Mahlzeiten gestiegenen Druck auf Menschen mit Essstörungen hingewiesen. Gleichzeitig wurden der während des Lockdowns entstandene Trend zum Kochen und Backen zu Hause sowie das veränderte Einkaufsverhalten als positive Auswirkungen hin zu einer gesünderen Ernährung formuliert.

## **Nutzung von Social Media**

Die Ergebnisse dieser identifizierten Auswirkungen resultieren allein aus der Befragung, da innerhalb des Suchzeitraumes keine Studien/Ergebnisse zu diesem Thema gesichtet wurden.

Umfrageteilnehmer/-innen berichteten, dass einerseits die ständige Nutzung von sozialen Medien Erschöpfung ausgelöst, den Stresslevel erhöht, Ängste verstärkt und sogar Traumata getriggert hat. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie allein lebenden Personen könne sich dies in Richtung Suchtverhalten entwickeln. In Familien entstünden Konflikte über die Internet- und Infrastrukturnutzung, insbesondere wenn diese nicht ausreichend vorhanden ist. Andererseits waren Personen ohne entsprechende Infrastruktur dadurch noch isolierter.

Die Möglichkeiten zur sozialen Interaktion über Social Media werden aber auch als positiv gesehen, da sie auch im Lockdown Austausch, Information über das aktuelle Geschehen, die Aufrechterhaltung des Berufsalltags sowie gesundheitliche und soziale Hilfeleistung ermöglichen. Bei vielen Menschen, v. a. auch bei älteren Personen, hat der Lockdown zu einer diesbezüglichen Kompetenzerweiterung geführt.

## **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

Wie in Abschnitt 4.1.1 erwähnt, wurde bei einer Studie in Tirol herausgefunden, dass Eltern ihre Kinder bei leichteren Verletzungen vermehrt zu Hause behandelten, anstatt eine Ärztin / einen Arzt aufzusuchen (Spitzer et al. 2020).

Umfrage und Literatur zeigten, dass einige Menschen Angst hatten, sich im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten mit dem Coronavirus anzustecken, was zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wie z. B. Routine-Untersuchungen, bestimmte Therapien und Eingriffe, führte (Horn/Schwepe 2020; Metzler et al. 2020). Eine Studie zeigt beispielsweise, dass ein starker Rückgang der Krankenhauseinweisungen und damit der Behandlung aller Subtypen von Akutem Koronarsyndrom (ACS) mit Ausbruch der COVID-19-Pandemie in Österreich zu beobachten war. Es wird vermutet, dass dies auf die Angst vor einer Ansteckung mit dem

Coronavirus zurückzuführen ist. Unter Umständen wurden auch Symptome von ACS wie Atemnot und Engegefühl im Brustkorb als Symptome einer respiratorischen Erkrankung bzw. einer Corona-Erkrankung missinterpretiert und keine spezialisierte Abteilung aufgesucht. (Metzler et al. 2020)

Auch im Rahmen der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zeigte eine Studie auf, dass rund ein Drittel (30,4 %) der Studienteilnehmer/-innen angibt, aufgrund der Corona-Pandemie auf notwendige Krankenhausaufenthalte zu verzichten (Horn/Schweppe 2020).

Laut Teilnehmer/-innen des durchgeführten Surveys veränderte sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus folgenden Gründen:

- » Infektionskrankheiten und schwere Unfälle nahmen ab, daraus ergab sich weniger Bedarf an Versorgungsleistungen.
- » Kleinere Erkrankungen/Verletzungen wurden zu Hause versorgt und Informationen aus dem Internet eingeholt.
- » Absage von Vorsorgeuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen, Therapieterminen und Operationen durch Patientinnen und Patienten aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus oder durch die behandelnden Institutionen aufgrund der Prioritäten-Verschiebung
- » verzögerte und teilweise zu späte Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen aufgrund von Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus
- » teilweise Angst, Medikamente aus der Apotheke zu holen, wegen der Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus
- » Bestimmte Medikamente (z. B. Immunglobuline) waren für Patientinnen und Patienten mit Immundefekt nicht mehr lieferbar, weil es durch die Pandemie zu wenige Spender/-innen gab.
- » schlechtere Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten und veränderte/verkürzte Öffnungszeiten

Die Umfrageteilnehmer/-innen merken an, dass besonders Schwangere, Wöchnerinnen, Kleinkinder (v. a. in Bezug auf Impfungen und chronisch erkrankte Kinder), Frauen mit körperlichen und psychischen Belastungen, chronisch Kranke und Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung gesundheitliche Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nahmen bzw. nehmen konnten. Zum Teil kam es auch zu einem Verlust an Vertrauen, das wichtig ist, um diese Patientinnen und Patienten überhaupt unterstützen zu können.

Im Zuge des Surveys wurde aber auch als positiv rückgemeldet, dass es durch die Möglichkeit von videobasierter Versorgung bzw. Telemedizin zu einer Verschiebung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kam (von physischen zu videobasierten Leistungen).

## 4.2 Soziale Faktoren

### Freundschaften, soziale Netzwerke und Nachbarschaften

In der eingeschlossenen Literatur wird beschrieben, dass der Lockdown zu weitreichenden Veränderungen der sozialen Beziehungen geführt hat:

- » 44 Prozent der Befragten vermissten soziale Kontakte, wobei jene zur Familie und zu Freunden/Freundinnen am häufigsten (46 und 44 %) und zu Kollegen/Kolleginnen kaum genannt wurden (Willems et al. 2020). Von etlichen weiteren Antwortenden wurde die Einschränkung der sozialen Kontakte eher allgemein als negative Auswirkung formuliert.
- » Während Kontakte zu Freunden/Freundinnen und Kollegen/Kolleginnen reduziert wurden, wurden jene zur Familie sowie zu sexuellen und romantischen Beziehungspersonen häufig verstärkt (Rothmüller 2020). Allerdings hing Letzteres stark vom Beziehungsstatus ab: Bei offenen, unklaren und unverbindlichen Sexpartnerinnen/Sexpartnern wurden sie eingeschränkt. Es wurden laut Rothmüller (2020) aber auch Beziehungen zu früheren romantischen Partnern/Partnerinnen wieder aufgenommen.

Dabei wurden auch Geschlechterunterschiede festgestellt: Frauen hatten laut Rothmüller (2020) ein stärkeres soziales Netz als Männer, nur 21 Prozent beschrieben es als limitiert.

In der Literatur wurde auch viel über die Zusammenhänge von sozialer Isolation bzw. Einsamkeit und psychischer Gesundheit berichtet, auf die im Abschnitt 4.1.2. eingegangen wird. Ein paar weitere Aspekte sollen jedoch hier erwähnt werden:

- » Laut Rothmüller (2020) fühlte sich jede(r) zweite Befragte stark von anderen Menschen isoliert. Zwei Drittel der Personen in Singlehaushalten fühlten sich während des Lockdowns einsam, wobei jüngere davon stärker betroffen waren. Jene, die mit dem Ausmaß an Nähe und körperlicher Berührung bzw. dem Liebesleben zufrieden waren, fühlten sich weniger einsam. Jüngere Personen und jene, die ihren Arbeitsplatz verloren hatten oder dies befürchteten, fühlten sich stärker isoliert und empfanden ihr Sozialleben häufig als trostlos. Konflikte und Sorgen um die Beziehung erhöhten die Einsamkeit. Räumliche Distanz und Reisebeschränkungen verhinderten den Kontakt in Fernbeziehungen, was zu Unzufriedenheit und Verzweiflung führte.
- » Kemptner/Marcus (2020) beschreiben, dass ältere Menschen oft allein leben, gleichzeitig aber seltener über einen Internetanschluss verfügen und auch seltener Kinder haben, die in der Nähe leben. Das Risiko der Vereinsamung ist daher höher. Zu beachten sei außerdem, dass das Gefühl von Einsamkeit bei älteren Menschen mit dem Sterberisiko einhergeht (vgl. auch Seidler et al. 2020), auch die Wahrscheinlichkeit eines Suizids sei höher.

Im Survey wurde zudem erwähnt, dass virtuelle Kontakte nicht die gleiche Qualität hätten wie Face-to-Face-Kontakte. Auch innerhalb von privaten sozialen Netzwerken wurde eine Polarisierung beobachtet, d. h. eine Spaltung in Befürworter/-innen und Gegner/-innen der Maßnahmen, was sich negativ auf diese Netzwerke auswirkt. Verschiedenste soziale Netzwerke standen nicht mehr zur Verfügung, wie z. B. unverbindliche offene Gruppenangebote (für Mütter, Jugendliche etc.), aber auch therapeutische Gruppen und Treffen von Selbsthilfegruppen.

Von den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern wurden einige Gruppen in diesem Zusammenhang als besonders betroffen wahrgenommen:

- » So wurde z. B. speziell bei Kindern und Jugendlichen ein starker Rückgang der sozialen Kontakte während des Lockdowns beobachtet. Insbesondere von jenen, die auch vorher schon isoliert waren (z. B. armutsgefährdete Kinder und Jugendliche), wurde das als weitere Isolation und Einsamkeit erlebt. Auch der Wegfall des Kontakts zu den Großeltern wurde von Kindern als Belastung erlebt.
- » Auch Neugeborene und Kleinkinder seien in der Kernfamilie isoliert und von Kontaktarmut betroffen (vgl. auch Abschnitt 4.1.2).
- » Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde die ohnehin bestehende Tendenz zur Vereinsamung bzw. zur sozialen Isolation durch den Wegfall von Strukturen verstärkt.
- » Menschen, die in Heimen leben, wie z. B. alte Menschen, Menschen mit Behinderungen und Sterbende, litten besonders unter der Isolation. Wobei dies oft auch diejenigen sind, die nicht sehr vertraut mit digitalen Medien sind (Schmidt et al. 2020).

Gleichzeitig wurden von den Umfrageteilnehmern/-teilnehmerinnen auch positive Auswirkungen beobachtet, wie z. B. die Intensivierung von Kontakten zu Nachbarn/Nachbarinnen u. a. durch verstärkte Nachbarschaftshilfe. Manche Netzwerke, Freundschaften und Beziehungen konnten in dieser Zeit gestärkt werden, u. a. weil aufgrund der Reduktion von Arbeitszeiten bzw. beruflichem Druck und Freizeitangeboten mehr Zeit für die Pflege dieser Kontakte zur Verfügung stand. Es wurde auch erwähnt, dass „Einsamsein“ zu einer neuen Normalität wurde, Betroffene mussten sich nicht mehr als Außenseiter/-innen fühlen. Menschen, die grundsätzlich zu einer zurückgezogenen Lebensweise neigen (z. B. Personen mit psychischen Erkrankungen), standen weniger unter Druck als vorher.

### **Freiwilliges Engagement**

In der eingeschlossenen Literatur wird beschrieben, dass sich mehr Menschen während des Lockdowns ehrenamtlich engagierten: So haben z. B. laut Rothmüller (2020) 87 Prozent der Befragten während des Lockdowns selbst andere Menschen unterstützt. 77 Prozent haben sich sozial und/oder politisch engagiert (v. a. jene, die Gleichheit als zentralen Wert vertreten).

Auch im Survey wurde erwähnt, dass die Bereitschaft, anderen zu helfen, gestiegen ist. Dies wird zum Teil auf die Aufforderungen der Regierung und der Medien (z. B. Auszubildende meldeten sich freiwillig zu verstärkten Rettungsdiensten) zurückgeführt und betraf das formelle Ehrenamt (z. B. über Vereine bzw. Organisationen) wie auch das informelle Ehrenamt (z. B. Nachbarschaftshilfe). Gleichzeitig wurde aber darauf hingewiesen, dass ehrenamtliches Engagement im Sport- und Kulturbereich aufgrund der Regeln nicht mehr möglich war (z. B. Sportverein, Musikverein) bzw. wegen des Infektionsrisikos vermieden wurde (z. B. Besuchsdienste).

### **Sozialer Zusammenhalt versus Spaltung, Diskriminierung, Exklusion**

In der eingeschlossenen Literatur wird v. a. darauf hingewiesen, dass die Pandemie bestehende Benachteiligungen verstärkt, neue geschaffen und letztendlich soziale Ungleichheit dadurch verschärft habe. Laut BMSGPK (2020c) trugen Faktoren wie Arbeitsplatzverluste, Isolation und Ängste

dazu bei, dass sich der Grad der Betroffenheit erhöhte. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund, Familien mit mehreren Kindern, Familien mit bildungsfernen Eltern, (Solo-)Selbstständige und Menschen mit Behinderungen. Behördliche Bestimmungen verschlechterten z. B. die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen, finanzielle Hilfen kamen ärmeren Familien, insbesondere Alleinerziehenden, in geringerem Ausmaß zugute. Laut Lichtenberger/Ranftler (2020) „verschärften“ sich auch Ungleichheiten im Bildungssystem, der Grundversorgung und der Betreuung. Zandonella et al. (2020) stellen fest, dass zwar der soziale Zusammenhalt gewachsen ist, jedoch bei Menschen mit geringer Qualifikation, arbeitslosen oder alleinerziehenden Menschen sowie jenen im unteren Einkommensdrittel oder ohne Unterstützung seltener beobachtet wird als bei anderen.

Die Maßnahmen des Lockdowns haben laut Umfrageteilnehmer/-innen den sozialen Zusammenhalt verändert bzw. reduziert. So konnten Maßnahmen, die implizit oder explizit den sozialen Zusammenhalt fördern würden (z. B. Gesundheitsförderungsprojekte), nicht oder nur stark eingeschränkt umgesetzt werden. Das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft wurde laut Umfrageteilnehmer/-innen aufgrund der fehlenden sozialen Kontakte gestört. Unterschiedliche Ansichten zu den Corona-Maßnahmen spalteten die Gesellschaft. Als besonders betroffen von sozialer Exklusion wurden 24-Stunden-Betreuer/-innen genannt, die teilweise aus Angst von Ansteckung an jeglicher Art von sozialen Kontakten nach außen gehindert worden seien. Aber auch wohnungs- und obdachlose Menschen gehören aufgrund des Wegfalls von sozialen Strukturen und des Betretungsverbots des öffentlichen Raums zu jenen, die besonders von sozialer Exklusion betroffen seien.

Andererseits wurde auch beobachtet, dass innerhalb der Nachbarschaft auf einmal ein Kennenlernen möglich wurde (z. B. über Balkone), was wiederum sozialen Zusammenhalt förderte. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass sich sozialer Zusammenhalt z. B. auch daran zeigt, dass sich persönliche Assistentinnen/Assistenten freiwillig isolieren würden, um diese Assistenz leisten zu können. Es wurde auch angemerkt, dass die gemeinsame Bedrohung zu einer Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls geführt habe. Menschen entwickelten Ängste vor dem persönlichen Kontakt und Misstrauen anderen gegenüber, was auch zur Meidung von Gemeinschaften führte. Weiters wurde von den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern auch darauf hingewiesen, dass jene Gruppen, die bereits vorher von sozialer Exklusion betroffen waren, noch stärker von der Pandemie und den damit einhergehenden Folgen betroffen waren. Dies gelte insbesondere für ältere Menschen, armutsgefährdete oder -betroffene Menschen, wohnungs- und obdachlose Menschen sowie Angehörige der Corona-Risikogruppen.

Hinsichtlich erlebter Diskriminierung werden im Survey unterschiedliche Wahrnehmungen berichtet. Einerseits habe die Diskriminierung von sozioökonomisch benachteiligten Menschen (konnten sich z. B. keinen PC/Laptop für Distance Learning leisten) zugenommen, bestimmte Gruppen (v. a. Ältere (> 65 Jahre), an Corona Erkrankte und Menschen mit Migrationshintergrund) waren von Stigmatisierung betroffen. Es wurde in einzelnen Betreuungseinrichtungen eine unangebracht hohe Zahl an Strafen wegen Verstößen gegen die Corona-Regeln beobachtet. Ähnliches wurde für Menschen in dicht besiedelten Gebieten berichtet. Andererseits wird auch die Meinung vertreten, dass die Diskriminierung von psychisch Kranken und von Menschen mit Migrationshintergrund abgenommen hätte.

## Gewalt

Etliche Studien geben Hinweise auf während des Lockdowns angestiegene Gewalt im privaten Bereich:

- » Laut Rothmüller (2020) gaben 25 Prozent jener Personen, die mit Partner/-in zusammenwohnten, vermehrte Konflikte während des Lockdowns an, während 21 Prozent diese Zeit als weniger konfliktreich erlebten.
- » 48 Prozent jener Personen, die sich vom familiären Unterstützungsbedarf überfordert fühlten, erlebten auch mehr Konflikte (Rothmüller 2020).
- » Psychische Gewalt wurde laut Rothmüller (2020) in unterschiedlichem Ausmaß erlebt (zwischen 4 und 15 %), körperliche Gewalt von einem sehr geringen Anteil (0,7 %).
- » Braun et al. (2020) schreiben, dass v. a. jüngere Personen stärker von Spannungen, Konflikten, psychischer und physischer Gewalt – sowohl im Haushalt als auch im Arbeitssetting – betroffen waren.
- » Dies gilt auch für Personen, die mit schulpflichtigen Kindern in einem Haushalt leben und Gewalt durch den Partner oder ein Familienmitglied ausgesetzt sind (Braun et al. 2020).

Amaral et al. (2020) beschreiben dazu, dass die Familien mehr Zeit zu Hause verbringen, was den Stresslevel steigen lässt, der wiederum einen Risikofaktor für häusliche Gewalt darstellt. Frauen sind dadurch einem erhöhten Risiko für Gewalt durch den gewalttätigen Partner und Kinder einem erhöhten Risiko für Vernachlässigung bzw. Missbrauch durch gestresste Eltern ausgesetzt. Durch die Schließung der Schulen fallen wichtige Kontakte weg, die zu einer Identifizierung häuslicher Gewalt beitragen können. Eine Studie aus Deutschland erhob dazu folgende Daten (Steinert und Ebert 2020):

- » 3,1 Prozent der befragten Frauen berichten von körperlichen Auseinandersetzungen mit ihrem (Ehe-)Partner innerhalb des letzten Monats.
- » In 6,5 Prozent der befragten Haushalte kam es zu körperlicher Bestrafung eines Kindes (z. B. Ohrfeige, Stoß etc.), wobei hier nicht erfasst wurde, ob die Gewalt von der Mutter oder vom Vater ausging.
- » 3,8 Prozent der befragten Frauen fühlen sich von ihrem (Ehe-)Partner bedroht, 2,2 Prozent dürfen ihr Haus nicht ohne Erlaubnis des (Ehe-)Partners verlassen und bei 4,6 Prozent der Frauen kontrolliert der (Ehe-)Partner soziale Kontakte mit anderen Personen.
- » 3,6 Prozent der befragten Frauen wurden innerhalb des letzten Monats von ihrem (Ehe-)Partner zum Geschlechtsverkehr gezwungen.
- » 1,5 Prozent der befragten Frauen wurden innerhalb des letzten Monats von ihrem (Ehe-)Partner körperlich verletzt und in 1,6 Prozent der befragten Haushalte wurde ein Kind körperlich verletzt.

Das Risiko von Gewalt an Frauen und Kindern stieg auch in dieser Studie deutlich an, wenn die Frauen in Heimquarantäne waren. Finanzielle Sorgen, z. B. um eine wirtschaftliche Rezession oder einen Arbeitsplatzverlust aufgrund von Corona, Kurzarbeit oder Arbeitsplatzverlust, eine schlechte psychische Gesundheit (z. B. Depression und Angst) eines/einer oder beider Partner/-innen sowie ein niedriges Alter der Kinder (< 10 Jahre) können das Risiko von Gewalt an Frauen und Kindern erhöhen (Amaral et al. 2020; Clemens et al. 2020).

Von den Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern wurde als positive Auswirkung berichtet, dass während des Lockdowns Gewalt im öffentlichen Raum zurückgegangen ist. In anderen Bereichen scheint Gewalt in verschiedenen Formen jedoch zugenommen zu haben: So wurde z. B. in Beratungsstellen vermehrt über psychische Gewalt (z. B. Drohungen, übermäßig kontrollierendes Verhalten) berichtet bzw. diese beobachtet, aber auch von vermehrten Zuweisungen zu Institutionen und stationären Aufnahmen wird in diesem Zusammenhang berichtet. Wie auch in der Literatur wurde im Survey der Anstieg familiärer Gewalt angesprochen.

### **Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft**

Im Survey wurden zu diesem Aspekt sowohl positive als auch negative Auswirkungen beschrieben. Die Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft wurde als zunächst sehr hoch bewertet, die Verhaltensregeln wurden gut umgesetzt, ein gestiegenes Bewusstsein für Hygieneverhalten wurde wahrgenommen. Dies nahm jedoch im Laufe der Zeit ab, ein eher problematisches Verhalten hinsichtlich des Einhaltens der Maßnahmen wurde beobachtet.

## **4.3 Familie, Kinder und Bildung**

In folgendem Kapitel werden die positiven und negativen Auswirkungen des Lockdowns auf die identifizierten Kategorien Familienklima und Rollenverteilung, Kinderbetreuung, Bildung und Ausbildung, Betreuungsdienste und Freizeitangebote beschrieben.

### **Familienklima und Rollenverteilung**

Aus der Befragung von Rothmüller (2020) geht hervor, dass die Mehrheit der Personen in Partnerschaften angibt, eine gute oder sehr gute Beziehung zu führen und auch Spaß zu haben. Letzteres trifft weniger auf jene zu, die mit Eltern oder Kindern in einem Haushalt wohnen. (Rothmüller 2020)

Auch von Teilnehmerinnen/Teilnehmern des Surveys wurde berichtet, dass bei guten familiären Verhältnissen die Familieninteraktion bzw. der Zusammenhalt in der Familie gestärkt wurde. Auch den Routinealltag erlebten manche während des Lockdowns als einfacher. Durch Homeoffice und Homeschooling konnte in einigen Familien mehr Zeit gemeinsam verbracht werden. Gemeinsames Essen wurde von Befragungsteilnehmerinnen/-teilnehmern als positiv für das Familienleben beschrieben. Ebenso wurde angemerkt, dass Familienleben eine Ressource für die Bewältigung von Belastungen bzw. von Krisen darstellen kann. Es wurde aber auch beobachtet, dass das Familienleben keine Ressource für die Bewältigung der Krise darstellte, sondern als Belastung wahrgenommen wurde.

Clemens et al. (2020) beschreiben in ihrer Studie, dass Kinder und Jugendliche einen Rückgang der Unterstützungs- und Bewältigungsressourcen erleben, was sich wiederum negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken kann.

Eine Befragung der Volkshilfe von pflegenden Angehörigen zeigte, dass oftmals der Familienalltag umgestellt werden musste und die Familiensituation oft oder zum Teil als belastend/überfordernd wahrgenommen wurde – das gaben 66 Prozent der Befragten an. (Volkshilfe 2020)

Rothmüller (2020) weist auch darauf hin, dass die während des Lockdowns geltenden Reisebeschränkungen für Fernbeziehungen eine große Belastung darstellten. Herausforderungen aufgrund der Reisebeschränkungen ergaben sich auch bei 24-Stunden-Betreuerinnen und -Betreuern, die von ihren im Ausland lebenden Familien getrennt waren. (Rothmüller 2020; Schmidt et al. 2020)

Einige Publikationen weisen auf die Zunahme von Stress hin (z. B. aufgrund von Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen), was sich insbesondere bei bereits belasteten Familien (z. B. Alleinerzieher/-innen, sozioökonomisch schlechter gestellte Familien, armutsgefährdete Familien) negativ auf das Familienklima auswirkte und u. a. vermehrt zu Paarkonflikten führte. (Braun et al. 2020; Horn/Schwepe 2020; Rothmüller 2020; Zandonella et al. 2020) Bei Familien mit erhöhtem Aggressionspotenzial und/oder bereits bestehenden Konflikten verschlechterte sich die Familiensituation bzw. kam es vermehrt zu Gewalt in der Familie. Rothmüller schreibt, dass 48 Prozent jener Befragten, die sich vom familiären Unterstützungsbedarf überfordert fühlten, auch mehr Konflikte erlebten (Rothmüller 2020).

Im Survey, der für diese GFA durchgeführt wurde, wurde angemerkt, dass der Lockdown sich positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung/-Bindung auswirkte, wenn Mütter und Väter mehr Zeit für Babys und Kleinkinder hatten und auch die Besuchsbeschränkungen zu mehr Zeit in der Kernfamilie führten (dies führte ebenso zu einer höheren Stillquote laut Rückmeldung im Survey). Als negative Auswirkung auf die Bindung wurde genannt, wenn Neugeborene im Krankenhaus nicht vom Vater besucht werden durften.

Des Weiteren wurde im Survey rückgemeldet, dass das Fehlen von „Außenkontakten“ bzw. Treffen mit Freundinnen/Freunden, (älteren) Verwandten etc. – auch aufgrund der Sorge, jemanden anzustecken – für das Familienleben in der Kernfamilie belastend sein kann.

In der für diese GFA durchgeführten Befragung wurde angegeben, dass für junge LGBTIQA\*Personen, die ungeoutet sind oder deren Eltern die sexuelle Orientierung bzw. geschlechtliche Identität nicht akzeptieren bzw. ablehnen, der intensive Kontakt zu Hause und der fehlende Kontakt zu unterstützenden Netzwerken besonders belastend war.

Einige Publikationen weisen darauf hin, dass durch den Lockdown und die Fokussierung auf die eigenen vier Wände ein Rückschritt bei der Rollenverteilung zu Lasten der Frauen zu beobachten war, die sich wieder vermehrt um „Care-Arbeit“ (z. B. Kinderbetreuung, Bildung der Kinder, Kochen, Versorgung von Angehörigen, die vor der Pandemie noch keine Unterstützung brauchten) und Haushalt neben ihrem Job / ihrer eigenen Ausbildung kümmern mussten, u. a. auch weil Unterstützungsleistungen (z. B. Haushaltshilfen) ausgefallen sind. (BMSGPK 2020b; Bock-Schappelwein et al. 2020a; Derndorfer et al. 2020)



Der Aspekt des Rückschritts in der Rollenverteilung und Aufteilung von „Care-Arbeit“ wurde auch im Survey, der für diese GFA durchgeführt wurde, angesprochen. Es wurde aber auch rückgemeldet, dass in manchen Familien Homeoffice von Männern als Entlastung für die Frauen wahrgenommen wurde (v. a. hinsichtlich Unterstützung im Haushalt und bei der Kinderbetreuung).

### **Kinderbetreuung**

Die identifizierte Literatur beschäftigte sich stärker mit Bildung bzw. Schule und nicht bzw. kaum mit Kinderbetreuung (v. a. von Kleinkindern). Im Rahmen der Befragung, die für diese GFA durchgeführt wurde, kamen aber einige relevante Rückmeldungen.

Es wurde berichtet, dass Eltern unsicher waren und sich teilweise nicht traute, ihre Kinder in den Kindergarten oder die Notbetreuung in der Schule zu geben. Eltern wurde es zum Teil verwehrt, die Kinder in den Kindergarten zu bringen, wenn eine(r) von beiden im Homeoffice war, bzw. wurde von den Kinderbetreuungseinrichtungen kommuniziert, dass Kinderbetreuung nur für Eltern in systemrelevanten Berufen angeboten werde.

Aufseiten der Kinderbetreuungseinrichtungen wurde aber auch erwähnt, dass diese aufgrund der neuen Regelungen sehr gefordert waren. Das spiegelt sich auch in der Qualität der Betreuung wider, durch ständige Neuregelungen geht für die Kinder die wichtige Kontinuität verloren. Zum Teil wurden auch strukturelle Schwierigkeiten für Einrichtungen wahrgenommen. So wurde berichtet, dass Eltern-Kind-Zentren keine Kinderbetreuung anbieten durften, obwohl eine flexible Kinderbetreuung sehr erwünscht gewesen wäre.

Neben der Herausforderung für die Eltern waren auch die Kinder teilweise damit überfordert, ganz unvermittelt von der bekannten Umgebung, von Freundinnen/Freunden (in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung) ausgeschlossen zu sein.

Die bereits schlechte Versorgung von Kindern mit Behinderungen im Vorschulalter verschärfte sich noch, Eltern mit zum Teil schwerstbehinderten Kindern hatten keine Möglichkeit einer zusätzlichen Betreuung.

Von einer Umfrageteilnehmerin / einem Umfrageteilnehmer wurde auch beobachtet, dass ältere Kinder und Jugendliche, die sich im Distance Learning befanden, jüngere Geschwisterkinder betreuen bzw. versorgen mussten.

### **Bildung und Ausbildung**

Huber et al. (2020) stellen fest, dass die Lehr-Lern-Formen, die durch Digitalisierung nun möglich sind, für Schülerinnen und Schüler verschiedene Aufgaben und Lernwege ermöglichen. Die digitalen Lehr-Lern-Formen erlauben auch eine bewussteren Differenzierung. Das könnte bedeuten, dass Schülerinnen und Schüler, die mit einem hohen Grad an Selbstständigkeit und Lernfreude arbeiten, weniger kleinschrittige Übungsaufgaben und Anleitung erhalten und stattdessen kom-

plexere Aufgabenstellungen relativ eigenverantwortlich bearbeiten können. Durch die Differenzierung mithilfe der Technologie ergeben sich neue Möglichkeiten und Notwendigkeiten, sich um diese einzelnen Gruppen fokussierter zu kümmern, was sich wiederum positiv auf die Chancengleichheit auswirken könnte. (Huber et al. 2020)

Auch Tengler et al. (2020) schreiben, dass ein Teil der Lehrenden in den neuen Unterrichtsformaten auch eine Chance sehen, lernschwächere und introvertierte Schülerinnen und Schüler anders zu motivieren. Es konnte beobachtet werden, dass einige Schülerinnen und Schüler im Distance Learning fleißiger und kreativer waren als früher. (Tengler et al. 2020)

Neben diesen positiven Aspekten konnten aber große Herausforderungen im Hinblick auf Bildungsgerechtigkeit und Chancengleichheit beobachtet werden. So beschreiben Huber et al. (2020), dass „(Bildungs-)Verliererinnen und Verlierer“ in der aktuellen Situation wahrscheinlich Schülerinnen und Schüler aus sozioökonomisch (stark) benachteiligten Familien sind. Nicht alle Schülerinnen und Schüler können mit digitalen Lehr-Lern-Formen erreicht werden, weil sie beispielsweise aufgrund ihrer häuslichen Situation nicht oder kaum in der Lage sind, die an sie gestellten schulischen Anforderungen zu erfüllen, weil sie z. B. über keine oder nur ungenügende technische Ausstattung verfügen. Hier ist davon auszugehen, dass es eine Dunkelziffer von Schülerinnen und Schülern gibt, die derzeit vom digitalen schulischen Unterricht nicht erreicht werden. (Huber et al. 2020)

In einer anderen Publikation wird darauf hingewiesen, dass sich aus der vorliegenden Daten- und Befundlage des Schul-Barometers ableiten lässt, dass die hier untersuchte Gruppe von Schülerinnen und Schülern mit „niedrigen häuslichen Ressourcen“ – die vermutlich insbesondere aus sozioökonomisch schlechter gestellten und bildungsfernen Familien stammt – in Zeiten der Schulschließungen nicht primär bzw. ausschließlich aufgrund fehlender technischer Ausstattung oder fehlender elterlicher Unterstützung zurückbleibt, sondern insbesondere aufgrund fehlender Fähigkeiten zum selbstgesteuerten Lernen und zur Selbstorganisation des Tagesablaufs. Der Mangel an diesen Fähigkeiten ist wahrscheinlich auch auf das Fehlen von Entwicklungsmöglichkeiten zurückzuführen, die diese Kinder und Jugendlichen (in sozioökonomisch schlechter gestellten bzw. benachteiligten Familien) oft nicht ausreichend vorfinden (z. B. vorgelebte volitionale Fähigkeiten, Selbstorganisation und Aspirationsniveau, Erfolgserwartung und Selbstwirksamkeit). (Huber/Helm 2020)

Eine Studie kam zu dem Schluss, dass bei der Aufgabenbewältigung jene Schülerinnen und Schüler mehr Schwierigkeiten haben, die auch im normalen Schulbetrieb mehr Überforderung erleben, wie z. B. Kinder und Jugendliche aus gering- oder mittelqualifizierten Haushalten (35 % bzw. 26 %), aus Haushalten von Alleinerziehenden (29 %) und aus mehrsprachigen Familien (26 %). Aber auch Kinder und Jugendliche, deren Eltern einen Hochschulabschluss besitzen, berichten zu 18 Prozent von Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihrer Aufgaben. Die meisten Probleme beim Distance Learning wurden in der Sekundarstufe II berichtet. (Holtgrewe et al. 2020)

Dass Kinder und Jugendliche aus Einelternhaushalten und aus Familien mit Migrationshintergrund besonders stark von den Herausforderungen des Distance Learnings betroffen waren, berichten auch andere Publikationen. Eine Studie beschäftigte sich auch konkret mit den Bildungschancen

geflüchteter Jugendlicher während des Lockdowns. Mit Blick auf die schulischen Veränderungen unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie konnten zentrale „Ungleichheitsdimensionen“ der Beeinträchtigung von Verwirklichungschancen im Sinne von Bildungsteilnahme herausgearbeitet werden. Dabei handelt es sich konkret um eine Benachteiligung aufgrund technischer Ausstattung, mangelnder Mediennutzungserfahrungen, eingeschränkter Sprachkenntnisse und limitierter Unterstützungssysteme. (Huber/Helm 2020)

Eine Publikation des BMSGPK (2020) weist auch auf die Situation von Menschen mit Behinderungen hin, die aufgrund der Schließung bzw. des Notbetriebs der Ausbildungsstätten ihrer Bildung bzw. Weiterbildung vorübergehend nicht oder nur erschwert nachgehen konnten. (BMSGPK 2020b)

Auch Lichtenberger und Ranftler (2020) kommen zu dem Schluss, dass zusätzliche Herausforderungen wegen Schulschließung aufgrund fehlender technischer Ausstattung, fehlender Lernräume, fehlenden Wissens und fehlender Zeit der Eltern, um bei den Aufgaben zu helfen, entstanden sind. Es wird auch angemerkt, dass durch Homeschooling Mehrkosten für Eltern entstanden sind (Ankauf Geräte, entsprechende Internetverbindung etc.). (Lichtenberger/Ranftler 2020) Der Aspekt der Mehrkosten für Eltern wurde auch in der Befragung, die für diese GFA durchgeführt wurde, rückgemeldet.

Steiner et al. (2020) weisen explizit darauf hin, dass aufgrund der Benachteiligungen für manche Gruppen von Schülerinnen und Schülern (längerfristige) Auswirkungen auf Bildungs- und Berufslaufbahnen nicht auszuschließen sind. (Steiner et al. 2020)

Im Rahmen des Surveys, der für diese GFA durchgeführt wurde, wurde positiv vermerkt, dass digitale Kommunikationstools und Internet-Plattformen die Teilnahme von Menschen aus ganz Österreich ermöglichen, die sonst vor Ort nicht teilnehmen hätten können. Das betrifft vor allem den Bereich der Erwachsenenbildung. Es wurde aber auch rückgemeldet, dass notwendige Fortbildungen, geplante Kongresse und Veranstaltungen (z. B. Erste-Hilfe-Kurse, aber auch Deutschkurse für Personen mit Migrationshintergrund) abgesagt wurden.

Im Survey wurde auch angegeben, dass aufgrund des Distance Learnings die Qualität in der Lehre extrem gelitten habe, da die Lehrenden keine Vorbereitungsphase und häufig auch kein Know-how dazu hatten. Einschränkungen in der Ausbildung erlebten vor allem Schülerinnen/Schüler, die noch mehr Anleitung bei der Ausbildung benötigen (z. B. jüngere Kinder). Außerdem kann die Interaktion zwischen Menschen online nicht so stattfinden wie im Präsenzunterricht (z. B. im Bereich der Pflegeausbildungen). Jugendliche in beruflicher Ausbildung machten sich zum Teil Sorgen um die Qualität ihrer Ausbildung (z. B. wegen verkürzter Praktika).

Ebenfalls im Survey wurde darauf hingewiesen, dass Homeschooling für Kinder und Jugendliche oftmals Social Distancing zu Freundinnen/Freunden bzw. Gleichaltrigen, Bewegungsmangel und Medienmissbrauch bedeutet. In der Folge wurde vielfach auch eine Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen beobachtet.

Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer berichtete auch von Herausforderungen im Bereich der Pflegeausbildung. Pflegeausbildungen mussten teilweise vorzeitig beendet werden,

weil Partner/-innen in Kurzarbeit waren und dadurch die Ausbildung nicht mehr weiter finanziert werden konnte. Auch übten Angehörige von Auszubildenden Druck aus, die praktische Ausbildung aufgrund der Ansteckungsgefahr auszusetzen.

### **Andere Betreuungsdienste, z. B. Sozialdienste, Jugendarbeit, Dritter Sektor**

In der Literatur wird berichtet, dass Betreuungsdienste auf die veränderten Rahmenbedingungen schnell reagiert haben. Im Rahmen der Frühen Hilfen wurde die Betreuung auf diverse Medien, v. a. das Telefon, verlagert. Ein Bericht aus Deutschland zeigt, dass 52 Prozent der Beratungen ausschließlich oder überwiegend per Telefon stattfanden. Videochat, E-Mail und SMS waren in 14 Prozent der Betreuungen ein wichtiges Kommunikationsmedium. Hausbesuche und persönliche Besuche bei Familien wurden nur in Ausnahmefällen (bei stark belasteten Familien oder zur Krisenintervention) durchgeführt (dies war bei rund 20 % der begleiteten Familien notwendig). Der überwiegende Teil der begleiteten Familien zeigte Verständnis für die Veränderungen in der Betreuung und die Umstellung auf die telefonische Beratung wurde gut angenommen. (Scharmanski et al. 2020)

Im Zuge der Befragung, die für diese GFA durchgeführt wurde, wurde rückgemeldet, dass die Betreuungsangebote durch die Kinder- und Jugendhilfe massiv reduziert waren, wodurch nur bei schweren Krisen Hausbesuche absolviert wurden und die Sozialarbeit teilweise nicht mehr stattfinden konnte. Außerdem wurde berichtet, dass Kinder in Obhut nur unzureichende soziale/psychologische/pädagogische Betreuung hatten und es hinsichtlich der Kontaktrechte zu den Eltern teilweise zu problematischen Situationen kam. Auch wurde die Fremdunterkunft intensiver wahrgenommen, was gegebenenfalls zu mehr Konfliktpotenzial führte.

Einige Umfrageteilnehmer/-innen berichteten, dass viele Beratungs- und Betreuungseinrichtungen geschlossen waren oder ihr Angebot reduzierten, und jene, die zur Verfügung standen, waren ausgelastet.

Zur offenen Jugendarbeit bzw. Jugendcoaching wurde rückgemeldet, dass diese nur mehr online angeboten werden konnte (was nicht die Qualität der Präsenzarbeit hat), was die Jugendlichen in ihrer Freizeitbeschäftigung und im niederschweligen Zugang zu Information und Beratung beeinträchtigt hat.

### **Freizeitangebote (z. B. öffentliche Einrichtungen)**

In der Untersuchung von Willems et al. (2020) nannten rund 16,7 Prozent der Befragten den eingeschränkten Zugang zu Infrastruktur und kulturellen Veranstaltungen als persönlichen Nachteil. (Willems et al. 2020)

Auch in der für die GFA durchgeführten Befragung wurden die weitreichenden Einschränkungen von Freizeitaktivitäten (Museum, Kino, Konzerte, Büchereien, Tanzen, Gastronomie, Fitnesscenter und Sportvereine etc.) als Nachteil für viele Menschen festgehalten, insbesondere aber für Kinder

und Jugendliche. Dadurch sind negative Folgen für Bewegung, Ernährung, Wohlbefinden und familiäre Situation zu erwarten. Es wurde noch angemerkt, dass organisierte Freizeitangebote für viele Menschen die einzige Chance sind, in Interaktion mit anderen zu treten (z. B. für Menschen mit psychischen Erkrankungen).

In der Befragung wurde erwähnt, dass die meisten öffentlichen Einrichtungen während des Lockdowns geschlossen waren. Wenn Zugang durch ein Hygienekonzept ermöglicht wurde, wurden sie aus Angst vor Ansteckung dennoch weniger genutzt. Das führte zu einer Reduktion der sozialen Kontakte und zu verstärkter Isolation beispielsweise bei Klientinnen/Klienten von Betreuungseinrichtungen. Vonseiten der Frauen- und Mädchenberatung wurde berichtet, dass Mädchen es bedauerten, keine Bücher in der Bibliothek mehr ausborgen zu können und auch keine Lernunterstützung für die Schule mehr besuchen zu können.

Positiv wurde in der Befragung erwähnt, dass Einrichtungen versucht haben, auf die Einschränkungen zu reagieren, und sich neue Wege einfallen ließen, um ihren Auftrag weiterhin zu erfüllen (z. B. Livestream von Gottesdiensten, Seelsorge per Telefon oder Onlinemedien). Dennoch machten die immer wieder neu festgelegten Regelungen z. B. die Seelsorgearbeit komplizierter (offene Kirchen waren für einige Menschen sehr wichtig).

Ein weiterer positiver Aspekt ist laut Befragungsteilnehmer/-innen, dass das Hinausgehen als Gesundheitsressource (neu) entdeckt und der öffentliche Raum mehr geschätzt wurde. Es wurde beobachtet, dass die Menschen mehr Zeit in der Natur verbrachten. In ländlichen Regionen gab es ausreichend Platz bzw. Bewegungsraum und es wurde berichtet, dass Menschen mit Zweitwohnsitz auf dem Land während des Lockdowns ihren Lebensmittelpunkt dorthin verlegten, um diese Vorteile zu nutzen.

Im städtischen Bereich gab es durch die Sperren und Einschränkungen im öffentlichen Verkehr nur eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten zu Parks, Sport- und Spielstätten und es wurde von überfüllten Grünräumen berichtet, wodurch der Sicherheitsabstand oftmals nicht eingehalten werden konnte. Besonders problematisch dürfte dies für Menschen, die in tendenziell kleinen Wohnungen leben und auf öffentliche Parks etc. angewiesen sind, gewesen sein bzw. auch für Familien mit Kindern. Gerade bei den Kindern gab es oftmals Unverständnis darüber, warum Parks, Spielplätze und Sportstätten geschlossen waren.

Es wurde im Survey auch berichtet, dass Frauen und junge Mädchen in manchen Familien daran gehindert wurden, sich im öffentlichen Raum zu bewegen, da es seitens der Familien verboten wurde. Auch gab es Unsicherheiten, wo man sich bewegen darf und wo nicht.

## 4.4 Arbeit, Beschäftigung und wirtschaftliche Aspekte

Die Corona-Pandemie und der im Zuge dessen verhängte Lockdown haben laut etlichen Studien und Berichten aus dem für diese GFA erstellten Survey beträchtliche Auswirkungen auf die Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitssituation und in Folge auch auf das Einkommen, Armut oder die z. T. erschwerten Arbeitsbedingungen in Österreich. Nachstehend werden diese und weitere damit in Zusammenhang stehende identifizierte Auswirkungen wie Schulden, Schuldenberatung, Informationstechnologie, Wohnqualität oder Lebenshaltungskosten beschrieben.

### Arbeitsbedingungen

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen im Homeoffice gibt es einige Studien mit Blick auf die familiäre Rollenverteilung (siehe Abschnitt 4.3).

Willems et al. (2020) berichten, dass 23,8 Prozent der Befragten nachteilige Veränderungen im Alltagsleben, bezogen auf ihre Arbeits- und Studiensituation, angegeben haben (Willems et al. 2020). Auch im Austrian Corona Panel Project (ACPP) wurden wirtschaftliche Bedrohungen wahrgenommen. Ein Erklärungsfaktor könnte die tatsächliche Erfahrung von Veränderungen im Beschäftigungsstatus oder in den Beschäftigungsbedingungen sein. (Kittel et al. 2020)

Eine Analyse mehrerer Studien weist darauf hin, dass trotz mangelnder empirischer Belege erste Studien nahelegen, dass insbesondere spezifische Gruppen von Personen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, wie Geringqualifizierte, Frauen oder Niedriglohnbezieher/-innen, mit Blick auf ihre soziale Lage von den wirtschaftlichen Folgen am stärksten betroffen sind bzw. sein werden. Die sich aus der COVID-19-Pandemie bereits jetzt abzeichnenden sozialen Folgen der Unsicherheit fortgesetzter Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, des Arbeitsplatzverlustes sowie bestehender Einkommensverluste werden nach Maßgabe der existierenden Studienlage bei prekär Beschäftigten kurz- und mittelfristig mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko einhergehen. (Pfortner et al. 2020)

Neben den negativen Folgen für die psychische Gesundheit muss das erhöhte akute Infektionsrisiko durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgehoben werden, dem prekär Beschäftigte oftmals vermehrt ausgesetzt sind. Hierzu zählen in systemrelevanten Berufen z. B. Transport- und Reinigungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens und Pflegekräfte, unter denen prekäre Beschäftigungsbedingungen weit verbreitet sind. (Pfortner et al. 2020)

Eine weitere Publikation beschäftigt sich konkret mit Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Sexarbeit. Durch die fehlenden klaren Regeln während der Krise kam es zu einer Rechtsunsicherheit. Dies und die späte Aufhebung des Berufsverbots wurden als zusätzliche Stigmatisierung wahrgenommen. (Müller 2020)

In der für diese GFA durchgeführten Befragung wurde rückgemeldet, dass je nach Ausgangslage (Situation im Büro, Wohnsituation und technische Ausstattung) Homeoffice als entlastend erlebt werden kann, da es mehr Flexibilität bringt, sich Wegzeiten reduzieren und es mehr Ruhe bietet.

Für Familien mit Kleinkindern wurde die Zeit zum Teil als sehr positiv erlebt, da es mehr gemeinsame Zeit gab, auch weil Kindesväter oft zu Hause arbeiten konnten.

Als negative Auswirkung wurde aber auch berichtet, dass fehlende technische Ausstattung, nicht-ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, fehlende Ruhe in Haushalten und Kombination mit Care-Arbeiten, schwierige Abstimmung und fehlender Austausch mit Kolleginnen/Kollegen und wenig Zugehörigkeitsgefühl sowie die fehlenden gesetzlichen Regelungen für manche Personen sehr belastend waren. Auch die Angst und Befürchtung, sich in der Arbeit anzustecken, waren für manche Menschen, je nach Persönlichkeit, sehr präsent.

Im Survey wurde des Weiteren berichtet, dass neue/gemeinsame Lösungen und Perspektiven schnell auf den Weg gebracht wurden, z. B. sind Videokonferenzen und der Austausch via Skype, Zoom etc. schnell etabliert worden, ebenso die rasche Umstellung auf Homeoffice in vielen Bereichen. Die Umstellungen aufgrund der Corona-Situation werden von Umfrageteilnehmerinnen/-teilnehmern durchaus auch als Chance gesehen, Homeoffice und neue Kommunikationsformen in Betrieben auszuprobieren, Mitarbeiter/-innen mit passender Infrastruktur auszustatten, Schulungen zum Kompetenzaufbau anzubieten und Homeoffice gesetzlich zu regeln. Homeoffice wird des Weiteren als Möglichkeit gesehen, die Erwerbstätigkeit aufrechtzuerhalten.

Als Herausforderung wurde im Survey genannt, dass die Menschen zu Hause (privat) nicht immer unlimitedes Internet zur Verfügung haben. Es wurde aber von manchen Firmen vorausgesetzt, dass bei Homeoffice der private Internetzugang zu nutzen ist.

Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer berichtete, dass in Kassenordinationen durch die während des Lockdowns geltenden Beschränkungen vieles geordneter abläuft, da es ein geringeres Patientenaufkommen gibt und Arztkonsultationen nur mit Terminvergabe durchgeführt werden. Diese Regelungen führen aber gleichzeitig auch zu Umsatzeinbußen von 20 bis 25 Prozent.

#### Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich (Versorgung, Pflege und Betreuung)

Einige im Suchzeitraum entstandene Studien (Schmidt et al. 2020; Senft/Krejci 2020) haben sich mit den Arbeitsbedingungen von Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, beschäftigt. Sowohl Schmidt et al. (2020) als auch Senft/Krejci (2020) kamen zu dem Ergebnis, dass es einen deutlichen Anstieg des Arbeitsaufwands, der Anforderungen und der Belastungen bei Pflegekräften in Österreich durch die COVID-19-Pandemie gab. Grund dafür war unter anderem laut Senft/Krejci (2020) das Arbeiten mit entsprechender Schutzausrüstung. Für etwa 20 Prozent war das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes bei der Körperpflege eine Belastung, weil diese Tätigkeit ohnehin sehr anstrengend und die Temperatur hoch sei. Insbesondere bei Stoffmasken berichten Einzelne über Erstickungsgefühle. Gleichzeitig gab es während der Pandemie Probleme, Pflegekräfte ausreichend vor einer Infektion zu schützen, da die Hälfte aller Pflegedienste und Pflegeheime Probleme hatte, ausreichend persönliche Schutzausrüstung bereitzustellen. Wolf-Ostermann/Rothgang (2020) führen noch aus, dass in Deutschland der Anteil der Erkrankten unter Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Pflegeheimen sechsmal so hoch und unter den Mitarbeitern

und Mitarbeiterinnen in ambulanten Pflegediensten doppelt so hoch ist wie in der Normalbevölkerung. Trotz zahlreicher Herausforderungen weisen Pflegekräfte eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. (Senft/Krejci 2020)

Eine international vergleichende Studie zeigt, dass der fehlende Zugang zu persönlicher Schutzausrüstung (Masken, Desinfektionsmittel usw.) und Tests die größten Bedenken waren, die bei einer Erhebung geäußert wurde. Befragte aus 17 Ländern betonten den Mangel an solcher Ausrüstung als eine große Herausforderung, nur fünf Länder hoben den Mangel an persönlicher Schutzausrüstung nicht als Problem hervor. (Bignal/Geuvier-Seghrouchni 2020) Die Problematik der unzureichenden Schutzausrüstung für Pflegepersonal findet sich in weiteren Publikationen, die hier auch in anderen Zusammenhängen zitiert werden (z. B. Schmidt et al. 2020; Senft/Krejci 2020; Wolf-Ostermann/Rothgang 2020).

Eine Publikation zur Situation der Pflege in Deutschland weist neben dem Mangel an adäquater Schutzausrüstung auf den Corona-bedingten Personalausfall von bis zu 10 Prozent des Personals hin. Dies berichteten etwa die Hälfte aller Pflegedienste und mehr als zwei Drittel aller Pflegeheime, bei einem Sechstel der Pflegeheime liegt der Personalausfall sogar bei mehr als 10 Prozent. (Wolf-Ostermann/Rothgang 2020)

Kramer et al. (2020) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Krankenpflegepersonen die subjektive Belastung und den Stress höher bewerten als Ärztinnen bzw. Ärzte und anderes Krankenhauspersonal. Auch eine Metaanalyse aus 14 Studien kommt zu dem Schluss, dass erhebliche Belastung durch Stresserleben, depressive und Angst-Symptome von Klinikpersonal berichtet wird. Schwere Ausprägungsgrade fanden sich bei 2,2 bis 14,5 Prozent der Befragten. (Bignal/Geuvier-Seghrouchni 2020)

Petzold et al. (2020) beschäftigten sich mit dem Umgang mit psychischen Belastungen bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Eine Normalisierung psychischer Belastungen, eine ausreichende Befriedigung der Grundbedürfnisse, soziale Unterstützung, eine klare Kommunikation und Aufgabenverteilung und flexible Möglichkeiten zur Arbeitsgestaltung und Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ohne Stigmatisierung scheinen besonders wichtige Maßnahmen zu sein. Außerdem halten sie fest, dass Führungskräfte im Gesundheitssystem eine wichtige Rolle bei der Reduktion psychischer Belastungen ihrer Mitarbeiter/-innen spielen können. Dabei spielen insbesondere das Vermitteln von Wertschätzung, Ernstnehmen psychischer Belastungen und Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre, in der diese angesprochen werden können, die Förderung von Selbstfürsorge, kollegialem Austausch und professionellen Unterstützungsangeboten, das Zur-Verfügung-Stehen als Rollenmodell für Selbstfürsorge und die Etablierung einer klaren Kommunikation und klarer Verantwortlichkeiten eine Rolle. (Petzold et al. 2020)

Auch im Bereich der 24-Stunden-Betreuung kam es zu erhöhtem Arbeitsaufwand und erschwerten Arbeitsbedingungen. So konnte aufgrund der Reisebeschränkungen die Rotation der Betreuerinnen und Betreuer nicht gewährleistet werden und Fachkräfte, die im Land waren, verlängerten ihre Dienstzeiten. Außerdem wurde vielfach von Familien oder Agenturen gebeten, möglichst im Haushalt der zu betreuenden Person zu bleiben, um sich nicht mit dem Coronavirus anzustecken.



Gleichzeitig blieben unterstützende Besuchsdienste und Familienbesuche aus, um die pflegebedürftigen Personen zu schützen. (Leiblfinger et al. 2020; Schmidt et al. 2020)

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen für Gesundheitspersonal kamen auch vereinzelte Meldungen aus dem Survey, welche sich auf die Überstunden und Mehrarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in systemrelevanten Berufen bezieht.

### **Beschäftigungsverhältnisse, z. B. befristet/unbefristet, Vollzeit/Teilzeit**

Informationen zu Auswirkungen auf Beschäftigungsverhältnisse kamen ausschließlich aus dem für die GFA erstellten Survey. Umfrageteilnehmer/-innen berichteten, dass Angestellte Minusstunden aufbauen oder Urlaube abbauen mussten (obwohl in dieser Zeit durchgearbeitet wurde), um ihren Job zu behalten. Probezeiten wurden teilweise nicht verlängert und zugesagte Beschäftigungsverhältnisse konnten doch nicht begonnen werden. Auch Teilzeitarbeitsplätze z. B. für Studierende existieren nicht mehr. Ein Teilnehmer / Eine Teilnehmerin führte an, dass die Kurzarbeit z. B. für geringfügig Beschäftigte oder freie Dienstnehmer/-innen kein „Allheilmittel“ ist, da es in diesem Bereich keine Absicherung und keine Unterstützungsmaßnahmen gab – oder aber mit verfehlten Anspruchsvoraussetzungen. Im Gegensatz dazu beschreibt ein(e) andere(r), dass durch den Kurzarbeitsantrag eine Stabilisierung von bis zu 1,3 Millionen Beschäftigungsverhältnissen stattgefunden hat, da andernfalls deutlich mehr Menschen ihren Job verloren hätten. Als weitere positive Auswirkung wurde berichtet, dass viele Beschäftigungsverhältnisse seit dem Lockdown flexibler gestaltbar sind.

Eine weitere Wortmeldung bezieht sich auf die Risikogruppen und die langfristige Gefahr, gekündigt zu werden, da diese ihre Zugehörigkeit für zusätzliche Schutzmaßnahmen oder verpflichtendes Homeoffice der Arbeitgeberin / dem Arbeitgeber offen darlegen mussten.

### **Arbeitslosigkeit**

Als einen der größten gesellschaftlichen Nachteile durch den Lockdown gaben laut Willems et al. (2020) 38,1 Prozent der Befragten Arbeitslosigkeit und Jobverlust an. Auch im Austrian Corona Panel Project (ACPP) nahmen die Befragten persönliche und öffentliche wirtschaftliche Bedrohungen durch COVID-19 wahr. Dabei lag der Anteil der befragten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die während der Krise mindestens eine Änderung ihres Beschäftigungsstatus oder -zustands meldeten, bei 70 Prozent (Kittel et al. 2020). Weitere Ergebnisse aus der Literatur waren:

- » Die COVID-19-Pandemie verstärkte bestehende Benachteiligungen bei Menschen mit Behinderung und schuf neue, z. B. durch Arbeitsplatzverlust. (BMSGPK 2020c)
- » Steigende Arbeitslosigkeit (+40 % im Juli 2020 im Vergleich zu Juli 2019 in Wien) wurde beobachtet, diese wird in den kommenden Jahren schwere Auswirkungen haben und führte zu Existenzängsten bei den Betroffenen. Insbesondere die Jugendarbeitslosigkeit ist stark gestiegen (+52% in Wien). (Hoffmann et al. 2020; Willems et al. 2020)
- » Laut WIFO sind vom Beschäftigungsrückgang besonders betroffene Gruppen Männer (mehr als Frauen), ausländische Staatsangehörige und unter 25-Jährige (Bock-Schappelwein et al. 2020b).

Umfrageteilnehmer/-innen berichteten im Survey, dass es sowohl für Hebammen als auch für Angestellte im Universitätsbereich eine Jobsicherheit gab. Die meisten Aussagen gab es jedoch in Bezug auf negative Auswirkungen, wie die beobachtete steigende Arbeitslosigkeit, welche zu Existenzängsten bei den Betroffenen führt, und Mitarbeiter/-innen, die ihren Job behielten, aber dennoch große Angst hatten, diesen zu verlieren, besonders in Branchen, in denen kein Homeoffice möglich ist. Auch von Langzeitarbeitslosen wird berichtet, dass diese große Schwierigkeiten haben, wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden. Ein Teilnehmer / Eine Teilnehmerin berichtet von Unruhen und Unsicherheiten in der Veranstaltungsbranche, da es hier vermehrt Kündigungen und gravierende Einbrüche bei Aufträgen gibt.

Einmalzahlungen sind laut Befragung oft nicht ausreichend und es werden auch nicht alle Betroffenen erfasst, wie z. B. Personen, die im Krankengeldbezug sind, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen oder jene, die wegen Einreisebeschränkungen im Ausland bleiben mussten. Manche Mitarbeiter/-innen wurden auch gekündigt und nicht in Kurzarbeit geschickt. Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung und Krankenversicherung verloren nicht-angemeldete Beschäftigungen und hatten keinerlei Ansprüche auf Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe oder Hilfe aus dem Corona-Hilfefonds.

Des Weiteren wurde im Survey rückgemeldet, dass die durch Corona angespannte Arbeitsmarktsituation auch die Arbeitssuche für Trans\*-, Inter\*- und nichtbinäre Personen noch schwieriger macht. Dies wird außerdem noch verstärkt, wenn zudem gewünschte Transitionsprozesse (z. B. Namensänderung / Änderung des Geschlechtseintrags / medizinische Behandlungen zur Geschlechtsangleichung) aufgrund der Corona-Maßnahmen verzögert werden.

## **Einkommen**

In mehreren Studien wird berichtet, dass durch die Corona-Pandemie aufgrund von Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit mehr Menschen von Einkommenseinbußen betroffen sind. (BMSGPK 2020a; Hoffmann et al. 2020; Lichtenberger/Ranftler 2020)

In dem Survey wurde angemerkt, dass der Lockdown und die damit verbundenen Maßnahmen vor allem jene Menschen, bei denen es vor der Pandemie schon knapp war, sehr belasten. Als Folge der Einkommensverluste werden Existenzängste beobachtet, besonders in Bezug auf das Bezahlen der monatlichen Fixkosten. Obdachlosen Personen fehlt die Einnahmequelle aufgrund menschenleerer Straßen und eine weitere Rückmeldung bezieht sich auf die höheren Beratungsanfragen von Familien mit geringem Einkommen bei Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern.

Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer äußerte sich über den Corona-Bonus von 1.000 Euro für niedrige Einkommensgruppen und darüber, dass dieser nicht ausreichend sein kann. Im Gegensatz dazu gibt es eine Aussage, die den Corona-Bonus für Arbeitnehmer/-innen und den großzügigen Einkommensschutz als positive Auswirkungen beschreibt. Ebenfalls als positiv wird rückgemeldet, dass es auch Menschen bzw. Unternehmen gibt, die von dieser Krise profitieren, wie der Onlinehandel.

## **Armut**

Der Literatur nach wird sich die Anzahl an armutsgefährdeten Menschen durch die Folgen der Krise (Rezession, Arbeitslosigkeit etc.) laut Prognosen auf weitere Gruppen ausdehnen, wie z. B. (Solo-)Selbstständige. (BMSGPK 2020c)

Auch in der Befragung wird rückgemeldet, dass eine steigende Armut die logische Konsequenz ist aus der steigenden Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, den fehlenden Beschäftigungsmöglichkeiten und den sinkenden Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Vor allem für Familien, die schon vor Corona an der Armutsgrenze lebten, ist die Situation besonders belastend, sie leiden deshalb vermehrt an Angst und Depression, was sich wiederum negativ auf die im Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen auswirkt. Das bringt laut einer Aussage im Survey eine große Nachfrage nach sozialstaatlichen Unterstützungsmöglichkeiten mit sich, da Mieten nicht mehr bezahlt werden können, Alimente gekürzt werden und Geld für Essen, Kleidung, elektronische Geräte oder Energiekosten knapp wird.

Eine weitere Meldung aus dem Survey bezieht sich auf das langsamere Arbeiten von Ämtern und Behörden und die eingeschränkte Verfügbarkeit von Sozialarbeit (Frühe Hilfen, Kinder und Jugendhilfe, Schuldnerberatung, ...), was dazu führt, dass Menschen Transferleistungen verzögert erhalten. Mindestsicherungsbezieher/-innen werden laut Bericht eines Umfrageteilnehmers / einer Umfrageteilnehmerin als Bittsteller/-innen wahrgenommen und die Schere zwischen Arm und Reich klafft noch weiter auseinander.

### **Schulden auf Personen- und Haushalsebene und ökonomische Inaktivität**

Laut Umfrageteilnehmer/-innen aus dem für die GFA erstellten Survey nehmen Verschuldungen, Lohnpfändungen und Insolvenzen durch den Lockdown weiter zu. Auch Unsicherheiten, ob Kredite weiterhin bedient und Mietrückstände bezahlt werden können, entstehen aufgrund von Einkommensverlust, Arbeitslosigkeit und der Anschaffung von technischer Ausstattung für Homeoffice und Homeschooling. Des Weiteren wird berichtet, dass durch vermehrtes Onlineshopping und andere Ausgaben, die sich aufgrund von Kurzarbeit bzw. Arbeitslosigkeit erhöht haben, eine höhere Verschuldung bei Menschen zu erwarten ist, die bereits vor dem Lockdown Schulden hatten.

Die Tatsache, dass zu dieser Zeit durch die vorübergehende Schließung von Läden und Gastronomie weniger Konsum möglich war, hat bei einigen Menschen jedoch dazu geführt, dass ihnen mehr Geld im Monat übrigblieb. Eine weitere positive Auswirkung bezieht sich laut Umfrage darauf, dass Menschen weniger Dinge kaufen, die sie sowieso nicht brauchen, und dadurch nicht mehr Geld ausgeben, als sie zur Verfügung haben. Auch die Rückbesinnung auf das Wesentliche/Wichtige wird von einem Teilnehmer / einer Teilnehmerin in diesem Zusammenhang beschrieben.

Als negative Auswirkungen werden in dem Survey die Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation und die damit einhergehende Existenzgefährdung angegeben, besonders von Ein-Personen-Unternehmen und Kulturtreibenden, auch deshalb, da gerade kleine Unternehmen mit der Antragstellung für eine Unterstützung überfordert waren.

Auswirkungen auf Geschäfte und kommerzielle Dienstleistungen wurden von den Befragten in dem Online-Survey teilweise als positiv eingeschätzt:

- » rasche Umstellung auf Onlinelieferungen
- » Grundversorgung war sichergestellt

Manches wurde auch als negativ eingeschätzt:

- » Zugang zum Handel hauptsächlich online, davon fallen jedoch 50 Prozent auf Amazon, da kaum österreichische Händler online verfügbar waren
- » An manchen Stellen gab es eingeschränkte Auswahl und Lieferprobleme.

### **Sozial-, Schuldner-, Rechts- und Berufsberatung/-orientierung**

Umfrageteilnehmer/-innen berichteten als positiv, dass die Arbeiterkammer den Beratungsdienst während des Lockdowns aufrechterhalten hat. Negative Auswirkungen waren laut Umfrage hingegen, dass Behörden und andere Beratungseinrichtungen nur eingeschränkt (teilweise telefonisch) erreichbar waren und es eine Überlastung bei vielen Einrichtungen gab, besonders bei jenen, die Auskunft über Kurzarbeit geben konnten. Vor allem bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen stellte dies eine große Hürde dar. Auch die Rechtsberatung hat aufgrund neuer Gesetze zugenommen.

Im Betreuungssetting wurde beobachtet, dass Beratung und Therapien während des Lockdowns nicht verfügbar waren. In Bezug auf die Berufsorientierung und -beratung gab es hauptsächlich Meldungen über negative Auswirkungen durch den Lockdown. Umfrageteilnehmer/-innen berichteten, dass viele Projekte und Leistungen reduziert bzw. gestoppt wurden. Teilweise wurden Kurse und Beratungen auf virtuell umgestellt – das führt aber wiederum zu neuen Herausforderungen, weil damit nicht alle Menschen erreicht werden können. Auch das Sammeln von Erfahrungen bei Tagen der offenen Tür, Schnuppern in Firmen oder Auslandserfahrungen waren nicht mehr möglich.

Eine positive Auswirkung bezog sich auf eine Aussage, nach der Eltern durch den Ausfall von AMS-Kursen oft erleichtert waren.

### **Informationstechnologie, Internetzugang, digitale Dienste**

In dieser Kategorie gab es ähnlich wie in Abschnitt 4.3 positive Berichte aus der Umfrage. Diese beziehen sich auf das Wissen und den Umgang mit Informationstechnologien, insbesondere mit Online-Diensten, da diese durch den Lockdown zum einen ausgebaut wurden und zum anderen dann auch vielfach genutzt wurden. Damit hat die Pandemie die Nutzung von Videokonferenzsystemen und Webinaren unglaublich beschleunigt (digitaler Fortschritt), wodurch auch viel weniger gereist wurde, als das sonst zu dieser Zeit der Fall ist.

Negative Aussagen gab es in Bezug auf die teilweise sehr schlechte Internetqualität und die Tatsache, dass Online-Meetings sehr datenintensiv sind. Ein anderer Aspekt, der weiter oben auch

schon beschrieben wurde (siehe Abschnitt 4.3), ist die digitale Barriere für manche Menschen und Bevölkerungsgruppen (v. a. Menschen mit Behinderung).

### **Wohnqualität (z. B. Größe, Ausstattung)**

Zur Wohnqualität gab es in dem eingangs beschriebenen Suchzeitraum eine Literaturquelle, die sich mit der Situation in Massenunterkünften beschäftigt hat. Bozorgmehr/Jahn (2020) kommen zu dem Ergebnis, dass dort oftmals keine ausreichende Schutzvorrichtung vorhanden war und es bei einem SARS-CoV-2-Fall ein hohes Infektionsrisiko für alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner gibt.

Auch aus der Befragung kam eine ähnliche Einschätzung zu diesem Ergebnis. Andere Berichte aus dem Survey beziehen sich auf die oftmals zu kleinen Wohnungen, in denen Familien leben, und darauf, dass es durch die gleichzeitige Nutzung des Wohnraumes für Arbeit und Freizeit schwer war, Grenzen zu setzen und konzentriert arbeiten zu können. Auch die bei vielen Menschen nicht ergonomische Ausstattung für Homeoffice und Homeschooling wurde als problematisch angeführt. Ein anderer Bericht aus dem Survey thematisiert den Aspekt, dass es in manchen Wohnungen zu höherem Lärmaufkommen kam, da Nachbarinnen und Nachbarn die Zeit für Renovierungsarbeiten nutzten, oder bedingt durch laute Hobbies und das Spielen und Streiten von Kindern und Jugendlichen. Das führte zu Einschränkungen im Homeoffice und zu psychischen Belastungen.

Als positive Auswirkung berichtete eine Umfrageteilnehmerin / ein Umfrageteilnehmer aus dem Survey von weniger Umgebungslärm durch das reduzierte Verkehrsaufkommen, die Einschränkungen im persönlichen Kontakt (z. B. weniger Partys) und die Einschränkungen der Wirtschaft (z. B. weniger Baustellen), v. a. im urbanen Bereich.

### **Lebenshaltungskosten und Wohnsicherheit, z. B. Lebensmittel, Miete, Transport, Immobilienpreise**

Aus der Literatur gab es in Bezug auf Lebenshaltungskosten und Wohnsicherheit eine Studie, die sich speziell mit Sexarbeiterinnen/Sexarbeitern beschäftigt hat. Müller (2020) kommt dabei zu dem Ergebnis, dass manche Sexarbeiter/-innen auch während des Lockdowns weiterhin in den Bordellen wohnen konnten, da sie keine andere Wohnmöglichkeit hatten, dies jedoch manchmal unter unklaren Bedingungen hinsichtlich rückwirkender Forderungen. Für manche war dies jedoch nicht möglich, das führte zu prekären Wohnsituationen. Auch die Beantragung von Geld aus dem Krisenfonds, war für diese Gruppe mit großen Hürden und Ängsten (bzgl. Datenschutz) verbunden, da oft kein Bankkonto vorhanden ist oder Durchrechnungszeiträume teilweise keinen Sinn machen. (Müller 2020)

In der Befragung gab es sowohl positive als auch negative Beobachtungen. Erstere bezogen sich auf weniger Diebstähle und Einbrüche in den Wohnraum während des Lockdowns. Auch Kündigungen und Wohnungsdelogierungen waren in dieser Zeit nicht möglich, was viele Menschen/Familien entlastete.

Negative Auswirkungen beziehen sich laut Umfrage auf Einkommens- und Jobverluste, welche die Möglichkeiten der Mietzahlung/Wohnraumbeschaffung negativ beeinflussen und bei Betroffenen zu starken Ängsten führen. Mietstundungen mit Zinsen bis zu 4 Prozent bedeuten für die Betroffenen eine finanzielle Mehrbelastung. Langfristig wird dadurch eine enorme Zunahme von Wohnungslosigkeit erwartet.

Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer berichtete von negativen Auswirkungen bei obdachlosen Personen aufgrund geschlossener Institutionen, Sozialeinrichtungen bzw. üblicher Aufenthaltsorte. Große Ängste hatten auch subsidiär Schutzberechtigte, da diese ohnehin oftmals in prekären Wohnverhältnissen leben und über ein geringes Einkommen verfügen.

## 4.5 Zugang zu und Qualität von Versorgung, Pflege und Betreuung

In diesem Kapitel werden Ergebnisse aus Literatur und Survey behandelt, die in Zusammenhang mit medizinisch-pflegerischer Versorgung stehen. Dabei werden vor allem Zugang und Qualität während des Lockdowns betrachtet, da diese gesundheitlichen Auswirkungen sowohl für Menschen mit chronischen Krankheiten haben können, als auch für jene, die Routineuntersuchungen bzw. präventive Untersuchungen in Anspruch nehmen wollten. Dazu zählen auch die Vorsorge bei Schwangeren oder akuten, erstmals durch die Situation im Lockdown auftretenden psychischen Beschwerden, aber auch Kur- und Rehabilitationsaufenthalte, Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Qualität der Versorgung von älteren Menschen z. B. in der 24-Stunden-Betreuung.

### Medizinische Dienste und Gesundheitsdienstleistungen

Einige Literaturquellen beschreiben, dass während des Lockdowns deutlich weniger Ambulanzbesuche und stationäre Aufenthalte festzustellen waren. Ebenso wurden Kontrolltermine, Diagnostik (z. B. Radiologie) und Operationen in den Krankenhäusern verschoben. Ersichtlich wird dies durch massive Reduktion der Patientenkontakte ambulant (bis zu minus 80 % beobachtet) und einen Rückgang bei stationären Aufenthalten in unterschiedlichen Fachgebieten. (BMSGPK 2020b; Clemens et al. 2020; Eglau 2020; Metzler et al. 2020; Pinggera et al. 2020; Spitzer et al. 2020; Tsibulak et al. 2020)

Diese Beobachtungen finden sich auch im durchgeführten Survey wieder. Darin wurde ebenso angemerkt, dass Kur- und Rehabilitationsaufenthalte während des Lockdowns nicht möglich waren.

In der eingeschlossenen Literatur finden sich Hinweise auf erschwerte Zugänge zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen. Sie erlebten während des Lockdowns nur ein eingeschränktes Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie einen erschwerten Zugang zu medizinischer und therapeutischer Versorgung. Hinzu kam, dass Pflegepersonal von Menschen mit Behinderungen nicht regelmäßig auf eine Infektion mit dem Coronavirus getestet wurde. (BMSGPK 2020b)

Eine Befragungsteilnehmerin / Ein Befragungsteilnehmer aus dem Gesundheitsbereich merkte an, dass Routineuntersuchungen und prophylaktische Untersuchungen verstärkt verschoben und die Betreuung von Personen mit Risikofaktoren stark reduziert wurden. Dadurch ergeben sich schwerwiegende Kollateralschäden für die gesamte Gesellschaft.

Des Weiteren wurde im Rahmen der Befragung rückgemeldet, dass nach den großen Ausgaben im Zusammenhang mit COVID-19 Sparmaßnahmen im medizinischen Bereich zu befürchten sind. Damit können langfristige Probleme entstehen, die zum Teil erst in der nächsten Generation manifest werden (z. B. nicht ausreichende Therapieangebote, Zunahme schwerer psychischer Erkrankungen, die nicht adäquat behandelt werden). Fehlende finanzielle Mittel könnten ebenso zu einer nicht adäquaten Anpassung des Gesundheitssystems an die Krise und ihrer Folgen führen (Abbau in der Qualität).

### **Geburt, Versorgung und Betreuung von Familien und Kindern**

In der durchgeführten Befragung wurde angegeben, dass sich die Situation für schwangere Frauen und deren Angehörige während des Lockdowns verschlechtert hat, z. B. durch den Ausfall von Vorsorgeuntersuchungen und geburtsvorbereitenden Maßnahmen, unsichere Geburtssituation in den Spitälern, erschwerte Rahmenbedingungen für die Betreuung durch Hebammen, Ärztinnen/Ärzte etc. (vor, während und nach der Geburt) und Begleitverbot / starke Einschränkungen in der Begleitung durch Vertrauenspersonen/Väter bei der Geburt. Auch abseits der Geburtsstationen wurde von einer zunehmenden Unzufriedenheit wegen Besuchseinschränkungen berichtet. Durch die Besuchsverbote entstanden auch psychische Belastungen.

Im Rahmen der Befragung dieser GFA wurde rückgemeldet, dass im Bereich der Frühen Hilfen sichtbar wurde, dass Angebote für Familien und Kleinkinder, die schon vorher nicht ausreichend vorhanden waren, nun noch weniger verfügbar waren (z. B. Diagnostik, Therapie, Reha, familienunterstützende Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung).

Ebenso wurde angemerkt, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte (v. a. Kassenkinderärztinnen und -ärzte) durch den schon vor Corona bestehenden Mangel an Kinderärztinnen und Kinderärzten stark belastet waren und sich dies durch die zunehmende Bedürftigkeit der Patientinnen und Patienten verschärft. Insgesamt sind langfristige negative Auswirkungen für Kinder und Jugendliche zu befürchten.

## **Psychosoziale Versorgung**

In Bezug auf den Zugang und die Qualität von psychosozialer Versorgung erwähnen Krings et al. (2020) gravierende Einschränkungen hinsichtlich der Präventionsangebote für durch Blut und sexuell übertragbare Infektionskrankheiten aufgrund der COVID-19-Pandemie. Die (zumindest vorübergehende) Schließung von Einrichtungen der Suchthilfe hatte ein stark vermindertes Angebot von Beratung, Testung sowie Aufenthaltsmöglichkeiten zur Folge. Das wiederum reduzierte die Möglichkeit für Gespräche mit Klientinnen und Klienten, führte zu verringerter Nutzung von Testangeboten und erhöhte das Risiko für die Verbreitung von Infektionskrankheiten. Von Horvath et al. (2020) wurde auch berichtet, dass Gruppenangebote, Entzugsbehandlungen und Drug Checking eingestellt wurden, während Online-Beratungen und Opioid-Substitutionsbehandlung weiterhin stattfanden.

Probst et al. (2020b) berichten, dass während der ersten Wochen des Lockdowns signifikant weniger Klienten/Klientinnen psychotherapeutisch behandelt wurden als vorher. Als positiv wird von den Autoren/Autorinnen erachtet, dass Psychotherapie per Telefon oder Internet während des Lockdowns von der Sozialversicherung zumindest vorübergehend erstattet wurde. Dies könne den Zugang zur Psychotherapie für verschiedene Gruppen auch längerfristig verbessern. (Probst et al. 2020b)

Clemens et al. (2020) weisen darauf hin, dass durch die multiplen Herausforderungen des Lockdowns in Familien (durch Homeoffice, Distance Learning, Ausgangsbeschränkungen usw.) die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendliche teilweise gelitten hat bzw. auch die psychosozialen Unterstützungsangebote für Familien nicht erreichbar waren. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die in Betreuungseinrichtungen leben, kam es teilweise zu schwierigen Situationen aufgrund von Corona-Infektionen beim Personal und einer daraus resultierenden Absonderung bzw. Isolierung der Patientinnen und Patienten, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern. (Clemens et al. 2020)

Auch in der Befragung, die im Rahmen dieser GFA durchgeführt wurde, wurde darauf hingewiesen, dass es Lücken in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt, v. a. im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Des Weiteren wurde im Survey rückgemeldet, dass die psychologisch-therapeutische/medizinische Versorgung von LGBTIQ\*-Personen im ländlichen Raum ohnehin kaum vorhanden ist und durch die Ausgangsbeschränkungen kein/kaum Zugang mehr möglich war. Die Versorgung von Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale mit künstlicher Hormonzufuhr oder anderen Medikamenten funktionierte in dieser Zeit noch schlechter.

## **Pflege und Betreuung**

Eine Schweizer Untersuchung (Spiller et al. 2020) zeigte auf, dass sich während des Lockdowns die Arbeitszeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Gesundheitsbereich erhöhte.



Schmidt et al. (2020) halten fest, dass es durch die verschärften Besuchsregelungen (Ausnahmen gab es für Palliativ- und Hospiz-Patientinnen und -Patienten bzw. im Sterben liegende Menschen) und Hygienevorschriften während des Lockdowns vermehrt zu Isolation und Einsamkeit der Heimbewohner/-innen kam. Auch die Maßnahme, dass Heimbewohner/-innen 14 Tage in Quarantäne müssen, bevor sie in eine Pflegeeinrichtung zurückkehren können, gestaltete sich für viele schwierig. Durch diese Maßnahmen wurde die Wahrung der Würde bzw. Menschenrechte der Heimbewohner/-innen immer stärker Thema. (Schmidt et al. 2020)

Die Betreuung von älteren Menschen im Eigenheim gestaltete sich herausfordernd, weil die (ausländischen) Pflegekräfte bzw. 24-Stunden-Betreuer/-innen nicht nach Österreich einreisen konnten und die, die bereits in Österreich waren, nicht ausreisen konnten oder wollten und dadurch viele Wochen durchgehend gearbeitet haben. Das Angebot für 24-Stunden-Betreuung wurde daher stark reduziert und vorrangig für Personen, die allein leben, sichergestellt (Schmidt et al. 2020).

Leiblfinger et al. (2020) beschreiben, dass es durch den Lockdown zu erschwerten Arbeitsbedingungen für 24-Stunden-Betreuer/-innen gekommen ist (Leiblfinger et al. 2020):

- » Besuchsdienste, die in der Regel die 24-Stunden-Hilfen entlasten sollten, wurden zum Schutz vor Übertragung von COVID-19 eingestellt.
- » Familienangehörige reduzierten ihre Besuche oder kamen gar nicht.
- » Die Rotationsdauer wurde verlängert.
- » Einige Agenturen oder Familienangehörige haben die 24-Stunden-Hilfen gebeten, im Haushalt zu bleiben, um sich nicht mit COVID-19 zu infizieren.

Dies hatte zur Folge, dass manche Betreuer/-innen wochenlang isoliert waren und kaum Gelegenheit hatten, auszuruhen. Zusätzlich waren finanzielle Hilfen nicht zugänglich, da sie meist selbstständig tätig sind und ihr Einkommen so gering ist, dass sie es in Österreich nicht versteuern müssen. (Leiblfinger et al. 2020)

Die Betreuungssituation war auch für die pflegenden Angehörigen nicht einfach. Viele berichteten, dass sie mit der Situation hin und wieder überfordert waren (Volkshilfe 2020). In der Befragung, die im Rahmen dieser GFA durchgeführt wurde, wurde darauf hingewiesen, dass ebenso Entlastungsmöglichkeiten und Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige weggefallen sind, was die Situation nicht erleichterte.

Der erlebte Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem wird als besonders gravierendes Hindernis für die Behandlung von psychischen Erkrankungen gesehen (Rückmeldung aus der Umfrage).

## 4.6 Wirtschaft (Makroökonomie) und Politik

Im Folgenden werden die wirtschaftlichen und politischen Auswirkungen, welche der Lockdown und das Social Distancing zur Folge haben, beschrieben. Dahin gehend beziehen sich die Ergebnisse aus Literatur und Survey nicht auf direkte gesundheitliche Folgen für die Bevölkerung. Den-

noch sind die folgenden Ausführungen für die gesamtgesellschaftliche Situation von großer Bedeutung, da sowohl Wirtschaft als auch Politik indirekt Auswirkungen auf die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger haben können.

Der Beherbergungs- und Gastronomiesektor war besonders stark von Einkommenseinbußen in Zusammenhang mit dem Lockdown betroffen (Einbruch von 90 % in diesen vier bzw. 6,5 Wochen Lockdown). Ebenso starke Einkommenseinbußen verzeichneten die Sektoren Kultur, Sport, Erholung und Freizeitwirtschaft (Rückgang im Mittel um 77 %), Handel mit Non-Food-Artikeln (72 %) sowie die Luftfahrt (Rückgang um 90 %). Steigerungen werden für das Gesundheitswesen (+1 bzw. 1,5 %), und die öffentliche Verwaltung (+0,6 bzw. 0,9 %) erwartet. (Czypionka et al. 2020)

Das IHS rechnete Ende März mit folgenden Auswirkungen auf die österreichische Wirtschaft: Der Effekt auf das Bruttoinlandsprodukt für Österreich im Jahr 2020 wird aufgrund des Coronavirus und der damit zusammenhängenden Maßnahmen nach aktuellem Informationsstand (Ende März 2020) in Summe etwa 16,1 Mrd. Euro (Szenario 1) bzw. 24,6 Mrd. Euro (Szenario 2) (Wertschöpfung 14,4 bzw. 22 Mrd. €) betragen (4,06 % bzw. 6,19 % der österreichischen Wirtschaftsleistung). Der Verlust von Steuer- und Abgabeneinnahmen lässt sich mit rund 4,9 bzw. 7,6 Mrd. Euro beziffern. Darin sind die Kosten für die gesetzten Maßnahmen (wie z. B. die bereitgestellten Mittel für die Kurzarbeit, aber auch andere) und die zusätzlichen Ausgaben für Spitäler etc. jedoch nicht enthalten. (Czypionka et al. 2020) Diese Annahmen wurden während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 getroffen. Vermutlich gibt es mittlerweile aktuellere Abschätzungen, die die weiteren Geschehnisse im Herbst mitberücksichtigen. Diese sollen an dieser Stelle aber nicht näher diskutiert werden, da der Fokus dieser GFA auf dem ersten Lockdown liegt.

Im Rahmen des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien werden die Studienteilnehmer/-innen unter anderem zu ihrer Wahrnehmung der Regierungsarbeit befragt. Auf dem Höhepunkt der Krise während des ersten Lockdowns (Ende März 2020) erreichte die positive Bewertung der Regierungsleistung durch die Befragten ein Maximum und nahm danach stetig ab. Der Anteil der Befragten, die die verhängten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie für ausreichend hielten, war während des Frühjahrs konstant hoch und lag zwischen 73 und 66 Prozent. Dennoch zeigten sich Veränderungen in der öffentlichen Zustimmung zu den Maßnahmen: Während der Anteil derjenigen, die sich noch strengere Vorschriften gewünscht hätten, leicht über dem Anteil derjenigen lag, die eine Lockerung der Maßnahmen bis Ende März 2020 wünschten, kehrte sich dieses Verhältnis bald um. Anfang Juni bewerteten 28 Prozent der Befragten die Maßnahmen als „eher zu stark“ oder „zu extrem“. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wurde als sehr hoch eingeschätzt, wobei die Meinungsverschiedenheiten in allen Wellen nicht mehr als 5 bis 8 Prozent betragen. Wenn man die Zustimmung der Befragten zu bestimmten Maßnahmen genauer betrachtet, scheinen die Meinungen den offiziellen Erklärungen und dem Zeitplan der Regierung zu folgen: Generell ist die Zustimmung zu allen Einzelmaßnahmen seit ihrer Einführung stetig zurückgegangen. Doch je länger eine Maßnahme in Kraft war, desto mehr Zustimmung blieb für die jeweilige Maßnahme bestehen. (Kittel et al. 2020)

Im Survey, der im Rahmen dieser GFA durchgeführt wurde, wurde unter anderem rückgemeldet, dass die Maßnahmen vonseiten der Bundesregierung nicht immer transparent und klar genug kommuniziert wurden.

Des Weiteren wurde bei den Einträgen in der Befragung angemerkt, dass ein Ungleichgewicht der Unterstützungsleistungen wahrgenommen wird (Mittel für Gastronomie/Wirtschaft anstelle von Bildung, Gesundheit und Soziales) und dadurch langfristig negative Auswirkungen vermutet werden.

Außerdem wurde von Befragungsteilnehmerinnen/-teilnehmern rückgemeldet, dass durch die Corona-bezogenen Einschränkungen die persönlichen Grundrechte als gefährdet wahrgenommen wurden. Auch, weil mangelnde Bürgerbeteiligung und Aussetzung von Bürgerrechten (u. a. Versammlungsfreiheit, informationelle Selbstbestimmung, EU-Freizügigkeit) beobachtet wurden.

## 4.7 Umwelt

Die folgenden Inhalte beziehen sich hauptsächlich auf die Veränderung der Luft und Lärmqualität durch den Lockdown und auf die daraus resultierenden Klimaziele bzw. den Klimawandel. Positive sowie negative Auswirkungen wurden sowohl in der Literatur als auch in dem für diese GFA durchgeführten Survey identifiziert. Auch wenn dieser Abschnitt recht überschaubare Informationen und Aussagen beinhaltet, sollte an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass jegliche Veränderungen im Bereich Klimawandel vor allem langfristig sehr weitreichende und folgenschwere gesundheitliche Auswirkungen mit sich bringen können.

Laut Berechnungen von Expertinnen und Experten des WIFO wird für Österreich im Jahr 2020 ein Rückgang der Treibhausgasemissionen um 9,9 Prozent gegenüber 2019 erwartet. Dieser Rückgang ist auf die Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung des Coronavirus und die daraus resultierenden Folgen in Österreich und den anderen Ländern zurückzuführen. (Sinabell et al. 2020)

Hoffmann et al. (2020) weisen darauf hin, dass unter einer europaweiten und weltweiten Rezession, ausgelöst durch den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lockdown, die intensiven Bemühungen zur Erreichung des Ziels der „Zero Emission“ von Luftschadstoffen und CO<sub>2</sub>, wie im Green Deal der EU-Kommission vorgesehen, ihre prioritäre Stellung verlieren könnten. Ein Rückschlag im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes würde wegen seiner großen Reichweite selbst bei nur geringen Verschlechterungen (z. B. der Luftqualität) eine große Zahl an vermeidbaren Erkrankungen und Todesfällen verursachen. Die momentanen Verbesserungen der Luftqualität scheinen nur vorübergehend und vermutlich mit nur geringen positiven gesundheitlichen Effekten verbunden. (Hoffmann et al. 2020).

Die meisten Umfrageteilnehmer/-innen des Surveys, der im Rahmen dieser GFA durchgeführt wurde, äußerten positive Auswirkungen auf den Klimawandel und die Umwelt. Vor allem kurzfristig gäbe es einige positive Auswirkungen wie bessere Luftqualität und weniger Lärm durch verringertes Verkehrsaufkommen, insbesondere Flugverkehr, Pendelverkehr und Schwerverkehr. Laut der Aussage eines Umfrageteilnehmers / einer Umfrageteilnehmerin haben sich Umwelt und Natur

während des Lockdowns ansatzweise erholt. Als weitere positive Auswirkungen wurden vermehrtes Umweltbewusstsein, Regionalität, achtsameres Vorgehen und langfristige Planung genannt. Auch ein Vorteil für Tiere, durch weniger Lärm von Menschen im Freien, wurde angesprochen.

Kurzfristige positive Auswirkungen auf den Klimawandel sind jedoch nach dem Lockdown laut einer Aussage im Rahmen des Surveys durch vermehrten Individualverkehr und gleichzeitige Meidung von Zügen und anderen öffentlichen Verkehrsmitteln sehr rasch wieder zunichte gemacht worden. Während einerseits eine eventuell erhöhte Sensibilisierung in Hinblick auf das Thema Klimawandel und Umwelt angesprochen wurde, wurde andererseits berichtet, dass das Thema Klimawandel durch die Pandemie überlagert wird. Die Politik sei von Corona dominiert, notwendige Reformen finden nicht statt und das Interesse der Menschen an Klimawandel und Umwelt sei zu gering. Als weitere negative Auswirkung wurde die Benutzung von Einweg-Schutzmaterialien erwähnt.

Eine Umfrageteilnehmerin / Ein Umfrageteilnehmer äußerte, dass die Auswirkungen auf Umwelt und Klimawandel sowohl positiv als auch negativ gesehen werden können, je nachdem, ob wirtschaftliche Ziele über Umwelt und Klima gestellt werden oder die beiden Ziele gleichwertig sind.

## 5 Bewertung

Die identifizierten Auswirkungen wurden wie oben beschrieben in vier Themenkomplexe zusammengefasst und in vier Bewertungsworkshops diskutiert bzw. bewertet (vgl. auch Abschnitt 2.3.2.).

Nachstehend ist eine verkürzte Form der Bewertungstabellen dargestellt. Die umfassenden Bewertungstabellen, die zentrale Ergebnisse aus Literaturrecherche und Survey beinhalten sowie die Ergebnisse der Bewertungsworkshops abbilden (Einschätzung über Eintrittswahrscheinlichkeit, Stärke der Auswirkung und Wirkdauer) finden sich im Anhang.

Im Laufe der Bewertungsworkshops hat sich gezeigt, dass dreistündige Online-Meetings nicht ausreichend sind, um die vielseitigen Auswirkungen umfassend zu diskutieren und zu bewerten. In manchen Bewertungsworkshops wurden daher jene Kategorien, die für die Teilnehmenden von besonderer Relevanz waren, prioritär diskutiert. Die Teilnehmer/-innen der Bewertungsworkshops haben die Möglichkeit erhalten, zu den diskutierten und leicht adaptierten Bewertungstabellen nach der Sitzung schriftlich Rückmeldung zu geben (Bewertungen und Handlungsempfehlungen). Davon haben einige Personen Gebrauch gemacht. Die Rückmeldungen aus Bewertungsworkshop und schriftliche Rückmeldungen nach den Workshops werden in den nachstehenden Abschnitten bzw. im Anhang gemeinsam dargestellt. In den Tabellen ist die Bewertung in blauer fetter Schrift dargestellt. Das Projektteam hat auf Wunsch des Auftraggebers eine Bewertung der noch offen gebliebenen Auswirkungen vorgenommen. Diese Bewertung basiert auf den Erkenntnissen der gesammelten Evidenz (Literatur und Survey) und ist in den Tabellen in grüner kursiver Schrift dargestellt.

Viele Kategorien innerhalb der Themenkomplexe, aber auch unterschiedliche Themenkomplexe sind inhaltlich miteinander verknüpft, weshalb eine trennscharfe Bewertung auch nicht immer möglich war.

### 5.1 Themenkomplex soziale Faktoren, psychische Gesundheit

Die Teilnehmer/-innen des Bewertungsworkshops haben darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen sehr vielseitig sind und auch die Trennung zur körperlichen Gesundheit nicht so trennscharf gezogen werden kann. Außerdem unterscheidet sich die Drastik der Auswirkungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zum Teil stark.

In diesem Workshop wurde angemerkt, dass es sich bei den Auswirkungen, die im Rahmen dieser GFA gesammelt wurden, um eine bruchstückhafte Momentaufnahme handelt. Bestimmte Auswirkungen, die voraussichtlich erst mittelfristig bis langfristig wirksam werden, müssen genauer beobachtet und analysiert werden. Daher braucht es ein weiteres Monitoring sich entwickelnder Effekte aus der Pandemie und ein kritisches Review der hier abgegebenen Handlungsempfehlungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |   |
|--|---|--|---|---|--|---|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)           | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)           |
| <b>Umgang mit Belastungen (Stressmanagement)</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): vulnerable Gruppen, stark belastete Menschen   | <i>hoch</i>   | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                               | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel bis hoch</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |
| <b>Soziale Isolation / Einsamkeit</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit kleinem sozialem Netz, ältere Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Neugeborene, Kinder und Jugendliche, Studierende, LGBTIQ*, Armutsbetroffene | <i>mittel</i>                                       | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                               | <i>hoch</i>   | <i>mittel bis hoch</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |
| <b>Freundschaften, Netzwerke und Nachbarschaften</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche, junge/ältere LGBTIQ*-Personen, Frauen in Karenz, Menschen, die regelmäßig soziale/therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen  | <i>hoch</i>   | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>hoch</i>   | <i>hoch</i>  | <i>mittelfristig (1-5 Jahre)</i>                            |
| <b>Freiwilliges Engagement</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen, die ehrenamtliche Hilfe in Anspruch nehmen   | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>mittel</i>                                       | <i>hoch</i>  | <i>mittelfristig (1-5 Jahre)</i>                            |

Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |   |
|--|---|--|---|---|--|---|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)                   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)                   |
| <b>Gewalt</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Frauen, Frauen mit Behinderung, Kinder, Menschen, die gepflegt werden müssen  | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                                       | <b>hoch</b>   | <b>hoch</b>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |
| <b>Sozialer Zusammenhalt vs. Spaltung in der Gesellschaft/Zugehörigkeitsgefühl/Soziale Exklusion/Diskriminierung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Risikogruppen, Menschen in Pflegeheimen, Menschen in dicht besiedelten Orten, Menschen mit Migrationshintergrund, 24-Stunden-Betreuer/-innen, armutsgefährdete Menschen, ältere Menschen | <b>mittel</b>                                       | <b>niedrig</b>   | <b>kurzfristig (0-1 Jahr)</b>                                       | <b>mittel</b>                                       | <b>hoch</b>  | <b>langfristig (&gt;5 Jahre)</b>                                    |
| <b>Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): -   | <i>niedrig</i>                                      | <i>hoch</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>niedrig</i>                                      | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |

Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)                   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)                      |
| <b>Ernährung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit Essstörungen, Menschen mit wenig Einkommen   | <i>mittel</i>                                       | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>mittel</i>                                       | <i>Mittel<br/>bis<br/>hoch</i>                                   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i>    |
| <b>Suchtverhalten (schädlicher Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Elektronische Nikotin abgebende Geräte (e-Zigaretten), Substanzmissbrauch)</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche, Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, LGBTIQ*-Personen | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                                       | <i>hoch</i>   | <i>hoch</i>  | <i>mittelfristig (1-5 Jahre)<br/>bis<br/>langfristig (&gt;5 Jahre)</i> |
| <b>Sexualverhalten</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): LGBTIQ*-Personen  | <i>mittel</i>                                       | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                                       | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)<br/>bis<br/>mittelfristig (1-5 Jahre)</i>    |



Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit  |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)  | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)           | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)  | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)              |
| <p><b>Gebrauch von Social Media</b></p> <p>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit wenig/keiner technischer Ausstattung, allein lebende Menschen, Kinder und Jugendliche</p>  | <i>mittel</i>  | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>mittel</i>  | <i>hoch</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i>    |
| <p><b>Kognitive Entwicklung (vgl. "körperliche Entwicklung" in Abschnitt: "Versorgung, Pflege, körperliche Gesundheit")</b></p> <p>Besonders betroffene Gruppe(n): Kleinkinder, Schwangere bzw. Ungeborene</p>   | <i>niedrig</i>   | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <i>mittel</i>  | <i>hoch</i>  | <i>mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (&gt;5 Jahre)</i> |
| <p><b>Psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit oder Resilienz</b></p> <p>Besonders betroffene Gruppe(n): Jüngere, Personen mit schulpflichtigen Kindern im Haushalt, Arbeitslose, Schüler/-innen/Studierende und dauerhaft arbeitsunfähige Personen, pflegebedürftige Personen, Frauen, Menschen mit geringem Haushaltseinkommen, Singles, Menschen mit niedrigem Sozialkapital, Menschen mit schlechtem wahrgenommenem Gesundheitszustand, Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit weniger sozioökonomischen Ressourcen, Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, Männer</p> | <b>Hier konnte keine Bewertung vorgenommen werden, da diese stark von den sozioökonomischen Faktoren der Betroffenen abhängt</b> |  |   | <b>Hier konnte keine Bewertung vorgenommen werden, da diese stark von den sozioökonomischen Faktoren der Betroffenen abhängt</b> |  |  |

Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |   |
|--|---|--|---|---|--|---|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig) | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)           |
| <b>Gefühl der Kontrolle / Selbstwirksamkeit</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche  | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                     | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel bis hoch</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |
| <b>Unsicherheiten oder Ängste</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene, Eltern, Schwangere, ältere Menschen, arbeitslose Personen, Menschen in prekären Arbeitssituationen, armutsbetroffene Menschen, Künstler/-innen, isolierte Menschen, unversicherte Menschen, chronisch kranke Menschen, Menschen in systemrelevanten Berufen | –   | –  | –   | <b>hoch</b>   | <b>hoch</b>  | <b>mittelfristig (1-5 Jahre)</b>                            |
| <b>Sich sicher und geborgen fühlen; Sich wertvoll oder geschätzt fühlen, einen Lebenssinn haben</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderung, Studentinnen/Studenten, Berufseinsteiger/-innen  | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig bis mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                     | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |
| <b>Teilhabe an der Gemeinschaft und am wirtschaftlichen Leben</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): –   | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                     | <i>mittel</i>                                       | <i>mittel bis hoch</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> |

Tabelle 5.1:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Psychosoziale Faktoren (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig) | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)    |
| <b>Psychische Erkrankungen</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, geflüchtete Menschen mit Traumafolgeerkrankungen, Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Menschen mit nicht Deutsch als Erstsprache, Kinder und Jugendliche | niedrig bis mittel                                  | niedrig bis mittel   | kurzfristig (0-1 Jahr)                            | hoch  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre) |

Quelle: GÖG

## 5.1.1 Handlungsempfehlungen

### Kategorie „Umgang mit Belastungen (Stressmanagement)“:

- » In den Medien wurden zahlreiche **Tipps zum instrumentellen Coping** (Veränderung der Situation) gegeben, z. B. zu den Fragen: Wie richte ich mein Büro für Homeoffice ein? Wie strukturiere ich Homeschooling? Die Empfehlungen waren jedoch sehr bereichsspezifisch und sollten daher für **typische Konstellationen noch vernetzt und adaptiert werden**, also z. B.: Wie kann ich Homeoffice und Homeschooling gut kombinieren?

### Kategorie „Soziale Isolation/Einsamkeit“:

- » **Digitale Tools sind wichtig**, um soziale Kontakte zumindest online zu ermöglichen. Hier darf nicht auf Gruppen vergessen werden, die diese Tools aufgrund fehlender technischer Ausstattung, mangelnden Know-hows oder auch körperlicher Beeinträchtigung (Fehlsichtigkeit, Schwerhörigkeit etc.) nicht nutzen können. Daher ist es wichtig, im Fall von Kontaktbeschränkungen neben Online-Programmen auch noch **öffentliche Räume für soziale Kontakte sicherzustellen** (v. a. für ältere Menschen).
- » In Krisenzeiten ist es wichtig, **psychische/psychiatrische Versorgung mittels telefonischer bzw. Online-Beratung** sicherzustellen, um Einsamkeit und den Auswirkungen der verstärkten Isolation bei psychisch belasteten Personen entgegenzuwirken. Zusätzlich müssen aber auch **Angebote mit physischem Kontakt** (im ausreichenden Ausmaß) **bestehen bleiben** (unter Berücksichtigung der notwendigen Schutzmaßnahmen), auch um Unterstützungsleistungen für „akute“ Krisen (z. B. durch mobile Kriseninterventionsteams) zu gewährleisten.

### Kategorie „Gewalt“:

- » **Unterstützungsleistungen** für Frauen, Männer und vor allem Kinder, die **Opfer von physischer und psychischer Gewalt** wurden, müssen auch in Krisenzeiten aufrechterhalten bleiben.

### Kategorie „Sozialer Zusammenhalt vs. Spaltung in der Gesellschaft/Zugehörigkeitsgefühl/Soziale Exklusion/Diskriminierung“:

- » Durch die Krise verstärkte **Altersdiskriminierung** (Einschränkungen zum Schutz besonders vulnerabler Gruppen, wie Ältere und Menschen mit relevanten Vorerkrankungen) **muss schnellstmöglich abgebaut werden**, dafür braucht es Vermittlungs- und Aufklärungsarbeit.
- » **Formulierungen** (z. B. auf Websites für die Beantragung von Unterstützungsleistungen) sollten **nicht diskriminierend** sein, z. B. Differenzierung zwischen Personen, die „unverschuldet“ durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie arbeitslos wurden, und Personen, die vorher schon arbeitslos waren --> Formulierungen dieser Art spalten die Gesellschaft. Aber auch

die Verteilung der **Unterstützungsleistungen sollte gerecht sein** (z. B. innerhalb bestimmter Branchen), um eine gesellschaftliche Spaltung nicht zu unterstützen.

- » In Krisenzeiten kann ein gemeinsames Auftreten der Politik (Zusammenhalt aller Parteien während der Krisensituation) für das Mittragen der gesetzten Maßnahmen in der Bevölkerung unterstützend sein. Dennoch sollten auch unterschiedliche Ansichten sachlich geäußert werden können (Etablierung einer entsprechenden Streitkultur). Eine solche Streitkultur sowohl für die Politik als auch für die Medien wäre für eine sachliche, unaufgeregte Information der Bevölkerung wichtig.
- » Zivilgesellschaftliche Prozesse, die den **gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern**, sollten nach Möglichkeit unterstützt werden, wie beispielsweise Vereinsaktivitäten während der Pandemie.

#### Kategorie „Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft“:

- » gezielte **Weiterführung von Aktivitäten**, die die **Health Literacy (Gesundheitskompetenz) stärken**, um die Handlungsfähigkeit der Bevölkerung über die Krise hinaus sicherzustellen bzw. zu entwickeln

#### Kategorie „Suchtverhalten (schädlicher Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Elektronische Nikotin abgebende Geräte (e-Zigaretten), Substanzmissbrauch“:

- » In Krisenzeiten sollte es ein allgemeines **Verbot von Rabattaktionen auf Alkohol** geben, da aus diversen Untersuchungen bekannt ist, dass in Krisen vermehrt Alkohol konsumiert wird.

#### Kategorie „Kognitive Entwicklung“:

- » Es braucht eine **flächendeckende Umsetzung von Schulsozialarbeit, Schulgesundheitspflege und Schulpsychologie** zur Aufarbeitung der entstandenen Defizite (siehe auch Abschnitt 5.2).

#### Kategorie „Unsicherheiten oder Ängste“:

- » **mehr Bürgerbeteiligung und Partizipation** ermöglichen, um Unsicherheiten entgegenzuwirken
- » Es bedarf einer **klaren, nachvollziehbaren, angstfreien und zielgruppenspezifischen Kommunikation**, damit die Verhaltensregeln auch gut angenommen und umgesetzt werden können (keine überbordenden Tabellen/Listen mit Regeln, weil die Leserin / der Leser nicht alles aufnehmen kann; aus Überforderung kann Ablehnung werden). **Kommentare von medizinischen Expertinnen und Experten** werden oft besser angenommen als Statements von Politikerinnen und Politikern. Hier wurde beispielsweise bei den Regeln zu den Ausgangsbeschränkungen beim zweiten Lockdown schon nachgesteuert. Dennoch braucht es mehr kul-

**tursensible Kommunikation** (nicht nur reine Übersetzung, sondern auch Vermittlungsleistung, z. B. durch die Einbindung von Communities, um Botschaften zielgerechter zu transportieren).

- » In der **Berichterstattung braucht es auch eine kritische Auseinandersetzung** unterschiedlicher Expertinnen/Experten und Betroffener mit dem Thema. Wichtig ist dabei, diese neutral darzustellen.
- » **Positive mediale Kommunikation** (präventive Ansätze / Informationen zur Prävention) sollte verstärkt eingesetzt werden.
- » **Entscheidungsfindung der Politik** sollte **transparent kommuniziert** werden (klar darstellen, was man von Expertenseite weiß / nicht weiß, und wie dann politisch entschieden wurde).

#### Kategorie „Sich wertvoll oder geschätzt fühlen, einen Lebenssinn haben“ und „Sich sicher und geborgen fühlen“:

- » Einrichten von **Online-Angeboten in Form von Kommunikationstools** durch Arbeitgeber/-innen, um den **positiven Kontakt bzw. die Kommunikation zur Arbeitnehmerin / zum Arbeitnehmer** aufrechtzuerhalten. Dadurch kann Wertschätzung und Zusammengehörigkeit vermittelt werden (z. B. gemeinsame Bewegungsangebote, Gesprächsgruppen).

#### Kategorie „Psychische Erkrankungen“:

- » Sicherstellung, dass **psychiatrische Versorgung auch in Krisenzeiten aufrechterhalten bleibt** und es zur Einzeltherapie auch Gruppenangebote gibt; zudem möglichst flächendeckender Ausbau von Angeboten der ambulanten Krisenintervention, um eine zeitnahe psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Menschen in Krisen zu gewährleisten
- » Der Erstkontakt für **psychische Unterstützung** sollte **unbürokratisch und kostenlos** sein (z. B. mittels e-Card-Stecksystem) unter Berücksichtigung regionaler Angebote, z. B. in Unternehmen ein Kontingent für elektronische Beratung zur Verfügung stellen (z. B. „InstaHelp“), die Mitarbeiter/-innen kostenlos in Anspruch nehmen können.
- » **Ausbau der niederschweligen, mobilen, interprofessionellen Betreuung** (auch durch Sozialarbeiter/-innen oder Peers) für bestimmte Patientengruppen / Personen mit bestimmten Diagnosen --> wichtig: „nachgehende“ flächendeckende Betreuung. Auch bestehende Initiativen, wie z. B. „Rat auf Draht“, könnten ausgebaut und mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet werden bzw. auch eine Art Lotsenfunktion übernehmen (Erstkontakt und dann Weiterleitung an ein spezifischeres Angebot).

## 5.2 Themenkomplex Familie, Kinder, Bildung

Von Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Bewertungsworkshop wurde darauf hingewiesen, dass nicht definiert werde, auf welche Altersgruppe sich die Bezeichnungen „Kinder“, „Jugendliche“, „Schüler/-innen“ beziehen. Im Bewertungsworkshop wurde geklärt, dass unter Kindern und Jugendlichen Personen unter 18 Jahre zu verstehen sind. Für die Handlungsempfehlungen wurde angeregt, diese noch stärker nach Altersgruppen bzw. Zielgruppen auszudifferenzieren und keine Gruppen zu benachteiligten bzw. zu diskriminieren.

Des Weiteren wurde im Bewertungsworkshop angesprochen, dass ältere Menschen im Themenkomplex Familie / Bildung nicht explizit thematisiert wurden, Einsamkeit aber ein großes Thema ist. Laut einer Expertin ist Altersdiskriminierung generell eine Herausforderung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie (vgl. auch Themenkomplex soziale Faktoren, psychische Gesundheit).

Tabelle 5.2:

Bewertungsworkshop Themenkomplex Familie / Bildung / Kinder

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |  | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|---|---|--|--|---|--|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)    | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)    |
| <b>Bildung und Ausbildung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit niedrigem Einkommen, Schüler/-innen und Studierende, Menschen in Aus- und Fortbildung, Mehrkindfamilien, Menschen in Pflegeausbildung, Ältere | mittel  | mittel   | mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (>5 Jahre) | hoch  | hoch   | langfristig (>5 Jahre)                               |
| <b>Kinderbetreuung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder (mit Behinderung), Eltern, Alleinerziehende  | -   | -  | -  | mittel  | mittel bis hoch  | mittelfristig (1-5 Jahre)                            |
| <b>Andere Betreuungsdienste, z. B. Sozialdienste, Dritter Sektor, Jugendarbeit</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche  | niedrig   | niedrig  | kurzfristig (0-1 Jahr)                               | hoch  | hoch   | mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (>5 Jahre) |



Tabelle 5.2:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Familie / Bildung / Kinder (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit  |   |  | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit  |   |  |
|---|--|---|--|--|---|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit<br>(niedrig/mittel/hoch) | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik)<br>(niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer<br>(kurzfristig/mittelfristig/langfristig)             | Eintrittswahrscheinlichkeit<br>(niedrig/mittel/hoch) | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik)<br>(niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer<br>(kurzfristig/mittelfristig/langfristig)       |
| <b>Familienklima und Rollenverteilung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Frauen, Alleinerziehende, sozioökonomisch benachteiligte Familien, junge LGBTQIA*-Personen, Kinder, die Vernachlässigung/Gewalt erfahren | hoch   | mittel  | mittelfristig<br>(1-5 Jahre)                                     | hoch   | hoch  | mittelfristig (1-5 Jahre)                                  |
| <b>Freizeitangebote (z. B. öffentliche Einrichtungen)</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Frauen, Kinder, Menschen mit psychischen Vorerkrankungen   | mittel   | mittel  | kurzfristig<br>(0-1 Jahr)<br>bis<br>mittelfristig<br>(1-5 Jahre) | hoch   | hoch  | kurzfristig (0-1 Jahr)<br>bis<br>mittelfristig (1-5 Jahre) |

Quelle: GÖG

## 5.2.1 Handlungsempfehlungen

### Kategorie „Bildung und Ausbildung“:

- » **Aufgrund der Bildschirmbelastung** sollten **Stundenpläne für Distance Learning** gestaltet werden mit klaren Pausen, Entspannungsübungen, Augentraining usw.
- » **Ältere Menschen** sollten in die Entwicklung von **digitalen Lernangeboten** im Sinne des lebenslangen Lernens **eingebunden werden**.
- » **Medienkompetenz** sollte bei unterschiedlichen Zielgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche, Lehrpersonen, Eltern, Ältere) **gestärkt bzw. gefördert werden**, um mit digitalen Angeboten besser umgehen zu können. Dafür braucht es auch eine entsprechende Infrastruktur (z. B. Geräte in Schulen für Lehrer/-innen zur Förderung der Medienkompetenz).
- » Weiterführung von digitalen Angeboten/Tools auch nach der Krise, da diese für bestimmte Gruppen Vorteile bieten (hinsichtlich Selbstorganisation in der Nutzung etc.). Dafür sollten auch **Freiräume beim Homeschooling** geschaffen werden (mehr Selbstorganisation für die, die es können, und mehr Unterstützung für jene, die sie brauchen, z. B. auch durch Peers).
- » Stärkere **Verknüpfung von Bildungseinrichtungen und dem Gesundheitsbereich** ermöglichen: Jede Schule sollte für den Krisenfall rasch eine individuelle Unterstützung/Beratung durch Personen aus dem Gesundheitsbereich erhalten können, z. B. zur Reduktion der Ansteckungsgefahr.
- » **Verstärkung der Zusammenarbeit** und Übergänge zwischen unterschiedlichen Einrichtungen, z. B. Schule und außerschulische Jugendarbeit (Good Practices bereits vorhanden, z. B. in NÖ), fördern und vereinfachen
- » unterschiedliche Bedürfnisse, die sichtbar geworden sind, mit **differenzierten Unterstützungsangeboten** adressieren (z. B. Lernförderung, Raum für sozialen Austausch)
- » **Beziehung zwischen Lehrpersonen und Schülerinnen/Schülern** sollte als Teil der Bildungsqualität anerkannt und verstärkt werden --> Beziehungsarbeit fördern bzw. ermöglichen
- » Transitionsprozesse, v. a. vom Kindergarten in die Volksschule und zwischen den Schulen bzw. Schulstufen, sollten wieder möglich werden, da es wichtig ist, den Kindern die Anpassung an das neue Umfeld zu erleichtern. Der regelmäßige Austausch und die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten ist dafür ein Kernelement, das auch in Krisenzeiten nicht vernachlässigt werden darf.
- » **bundeseinheitliche Vorgaben** für die **Beurteilung des Lernerfolgs** während des Homeschoolings, welche die Schwierigkeiten bei der Leistungsüberprüfung (mangelhafte technische Möglichkeiten, Beeinflussung der Arbeitsergebnisse durch elterliche Kontrolle etc.) berücksichtigen (Zeugnisnote: „teilgenommen“ oder ähnliches)
- » **Möglichkeiten zur nachträglichen Aneignung** der im Distance Learning **versäumten Inhalte** für alle Schüler/-innen (z. B. Wiederholen der im Schuljahr 2020/21 besuchten Schulstufe auf Wunsch oder bei Bedarf) schaffen

#### Kategorie „Kinderbetreuung“:

- » Die **Ausweisung von klaren, aktuellen Richtlinien** über Rahmenbedingungen für die **Kinderbetreuung** (inkl. Betreuungszeiten und Ausnahmen) sollte österreichweit für alle Kinderbetreuungseinrichtungen verpflichtend sein.
- » Um **Bedürfnisse der Kinder** in der Kinderbetreuung aufzuzeigen und darauf adäquat zu reagieren, braucht es **entsprechende Erhebungen, Studien und Maßnahmen**.
- » Bei neuerlichen Lockdowns **sollten alle Eltern, die Kinderbetreuung in Anspruch nehmen** wollen, diese Möglichkeit auch erhalten (nicht nur Personen in systemrelevanten Berufen wie während des ersten Lockdowns).
- » Anstelle eines kompletten Lockdowns für alle Schulen sollte es einen **frühzeitigen regionalen Schichtbetrieb** geben. Individuelle Maßnahmen könnten dann auch für einzelne Schulen ermöglicht werden, je nach COVID-Situation der Bildungseinrichtung und Region.

#### Kategorie „Andere Betreuungsdienste, z. B. Sozialdienste, Dritter Sektor, Jugendarbeit“:

- » **Anerkennung**, dass **außerschulische Kinder- und Jugendarbeit** einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen leistet. Für weitere Lockdowns wäre sicherzustellen, dass jungen Menschen ein Zugang zu diesen Angeboten erhalten bleibt. Dahingehend bedarf es auch Förderungen für den Ausbau von „digitaler Jugendarbeit“. [Anmerkung: Hier sind gerade einige Initiativen am Laufen.]
- » **Ausweitung der Therapieangebote für Kinder und Jugendliche** (heilpädagogische und psychotherapeutische Behandlung)
- » Die **Strukturen der zahlreich entstandenen Nachbarschaftshilfen** sollten für den Auf- und Ausbau von lokalen und regionalen Sorgenetzwerken („Caring Communities“) genützt werden.

#### Kategorie „Familienklima und Rollenverteilung“:

- » **Präventive Unterstützungsleistungen** wie Erziehungsberatung und Familienbegleitung (z. B. Frühe Hilfen) sollten weiter ausgebaut werden --> verknüpft mit Aktivitäten zur Enttabuisierung („Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist normal.“). Aber auch **psychosoziale Unterstützungsleistungen** für Familien sollten ausgebaut werden.
- » Rechtssicherheit bei gesetzlichen Regelungen schaffen auch unter Berücksichtigung der Situation von Kindern und Jugendlichen in getrennt lebenden Haushalten (Müssen diese bei einem Elternteil bleiben oder können sie, wie gewohnt, abwechselnd bei beiden wohnen?).
- » **räumliche Angebote bzw. Ausweichmöglichkeiten für Homeoffice / Distance Learning** (z. B. Kaffeehäuser zum Lernen für Schüler/-innen, Hotels für Beschäftigte) wie im Herbst 2020 schaffen
- » **Maßnahmen zur Minderung von Einsamkeit und sozialer Isolation** sollten im Sinne der Stärkung der sozialen Teilhabe und der intra- wie intergenerationellen Solidarität ausgebaut und institutionalisiert werden.

- » Die zum Teil verstärkte Einbringung von **Männern in die Erziehungsarbeit** sollte **beibehalten werden** (wirkt sich positiv auf Lebenszufriedenheit der Männer und der Frauen aus und beugt der Retraditionalisierung vor bzw. fördert Egalität beider Elternteile).
- » Kompensationsleistungen, die von Familien erbracht werden, sollten anerkannt werden und entsprechende Leistungen für Familien etabliert werden (finanzielle Kompensierung, aber v. a. gesellschaftlich bzw. familien- und frauenpolitisch), wie z. B. Armutssicherung für Familien, Anspruch auf Papamonat oder Wohnraumsicherung. Öffentliche **Wertschätzung für Familien** kann eventuell durch Kampagnen gefördert werden.
- » **Empowerment von Kindern und Jugendlichen stärken**, um sich im virtuellen Raum sicher zu vernetzen

#### Kategorie „Freizeitangebote (z. B. öffentliche Einrichtungen)“:

- » Im Lockdown sollten **Bewegungsräume – v. a. in Städten – sichergestellt werden** (z. B. temporäre Sperre von Straßen für Autoverkehr und Öffnung für Fußgänger/-innen, Fußballspielen etc.).
- » Einfacher Zugang zu Unterstützungsleistungen bei häuslicher Quarantäne sollte sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang können Freiwilligenarbeit und vermittelnde Freiwilligenzentren unterstützend sein.
- » **Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche** sollten so bald wie möglich wieder öffnen. Vereine sollten auch dabei unterstützt werden, **alternative Angebote** für ihre Mitglieder auch während des Lockdowns anbieten zu können (z. B. Online-Bewegungsangebote). Digitale Angebote (online und offline) für unterschiedliche Zielgruppen zur Freizeitgestaltung sollten stärker kommuniziert werden.

### 5.3 Themenkomplex Gesundheitsversorgung, Pflege, Betreuung, körperliche Gesundheit

Im Bewertungsworkshop wurde angemerkt, dass gerade im Bereich Gesundheitsversorgung Unterschiede zwischen den Lockdowns erkennbar sind. Während es im ersten Lockdown im Frühjahr noch zu stärkeren Einschränkungen im Versorgungsbereich kam, wurden im zweiten und dritten Lockdown viele Leistungen aufrechterhalten. Auch wenn im Rahmen dieser GFA der erste Lockdown stärker im Fokus steht, sollte dieser Anpassungseffekt nicht unbemerkt bleiben.

Für einige Teilnehmer/-innen am Survey waren die Auswirkungen für ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen besonders drastisch. Hierzu wurden auch einige erste Handlungsempfehlungen gesammelt, hierzu bräuchte es einen vertiefenden Diskurs (über die Auswirkungen der Corona-Pandemie hinausgehend).

Tabelle 5.3:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Versorgung und Pflege

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |  | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|--|---|--|--|---|--|--|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)          | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)          |
| <b>Medizinische Dienste und Gesundheitsdienstleistungen</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Ungeborene und Kleinkinder, kranke Kinder und Erwachsene bzw. Personen mit Therapiebedarf, Pflegende Angehörige, LGBTQIA*-Personen im ländlichen Raum | niedrig   | niedrig  | kurzfristig (0-1 Jahr)                                     | hoch  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr)*<br>langfristig (>5 Jahre)*         |
| <b>Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Schwangere, Wöchnerinnen, Kleinkinder, chronisch Kranke, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen  | niedrig   | niedrig  | kurzfristig (0-1 Jahr)                                     | hoch  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr)*<br>langfristig (>5 Jahre)*         |
| <b>Akute Erkrankungen und Verletzungen</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder, Menschen mit Schmerzerkrankungen   | niedrig   | mittel bis hoch  | kurzfristig (0-1 Jahr)<br>bis<br>mittelfristig (1-5 Jahre) | hoch  | hoch   | mittelfristig (1-5 Jahre)<br>bis<br>langfristig (>5 Jahre) |
| <b>Chronische Erkrankungen</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen mit chronischen Erkrankungen, Familien mit pflegebedürftigen Personen   | niedrig   | niedrig  | kurzfristig (0-1 Jahr)                                     | hoch  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr)<br>bis<br>mittelfristig (1-5 Jahre) |

Tabelle 5.3:  
Bewertungsworkshop Themenkomplex Versorgung und Pflege (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig) | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)              |
| <b>Bewegung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche, ältere Personen, pflegende Angehörige  | <i>niedrig</i>                                      | <i>niedrig</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                     | <i>hoch</i>   | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr)</i>                                  |
| <b>Körperliches Wohlbefinden und Fitness</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder und Jugendliche, sozioökonomisch Benachteiligte, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Frauen       | -   | -  | -   | <i>hoch</i>   | <i>mittel bis hoch</i>   | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i>    |
| <b>Körperliche Entwicklung (vgl. "kognitive Entwicklung" in Abschnitt: "Psychosoziale Faktoren")</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kinder, Personen mit Beeinträchtigungen, Ungeborene | -   | -  | -   | <i>mittel</i>                                       | <i>hoch</i>  | <i>mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (&gt;5 Jahre)</i> |

\* kurzfristig in Bezug auf die Verfügbarkeit von Dienstleistungen (Versorgungsengpässe zu Beginn – hier wurde nachgesteuert); langfristig wenn Krankheiten nicht zeitgerecht diagnostiziert/therapiert werden

Quelle: GÖG

## 5.3.1 Handlungsempfehlungen

### Kategorie „Medizinische Dienste und Gesundheitsdienstleistungen“:

#### Krisenspezifische Handlungsempfehlungen:

- » **Im Bereich der Gesundheitsversorgung** sollte das **Krisenmanagement verbessert** werden (Krankenhäuser sowie niedergelassener Bereich). Krisenkonzepte sollten auch über die Institutionen im Versorgungsbereich hinweg abgestimmt und bekannt sein (z. B. in welcher Einrichtung wie viele Betten für Krisensituation verfügbar sind, welche Leistungen von wem aufrechterhalten werden, welche Ausrüstung in den Einrichtungen vorhanden sein muss, wie Behandlungsabläufe anzupassen sind). In solchen Konzepten sollten auch Dringlichkeitskategorien definiert werden hinsichtlich temporär verschiebbarer und unbedingt aufrechtzuerhaltender Leistungen für die Absicherung der Regelversorgung trotz einer Pandemie und entsprechender Nutzung der vorhandenen (ggf. umgewidmeten) Ressourcen (Personal/Infrastruktur).
- » Im Zusammenhang mit Krisenmanagement muss der niedergelassene Bereich ebenso berücksichtigt werden. Es müssen beispielsweise der Zugang zu Leistungen für Patientinnen und Patienten sichergestellt und das Personal für Krisensituationen geschult werden, damit keine Patientinnen und Patienten abgewiesen werden.
- » Außerdem sollte die **Kommunikation zwischen Spitälern, Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Rettungsdiensten** hinsichtlich Zuständigkeiten und Abläufen für Patientenversorgung in Krisenzeiten verbessert werden und entsprechende bauliche/organisatorische Vorsorge für die Trennung der Patientenströme (Wegeführung der unterschiedlichen Patientengruppen wie Infizierte / Verdachtsfälle / Nicht-Infizierte bei Akutfällen und geplanten Behandlungen) getroffen werden.
- » Für dieses Krisenmanagement braucht es die Definition geeigneter Kennzahlen und die Etablierung geeigneter Erhebungsinstrumente (österreichweit).
- » **Für die Patientinnen und Patienten** müssen **leicht verständliche, einheitliche Regeln** für die medizinische Versorgung während Krisensituationen (sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für Spitäler) sichergestellt und entsprechend kommuniziert werden.
- » **Pflegeheime** sollten im Rahmen ihres Versorgungsauftrages für Menschen stärker in die Pflicht genommen werden. Anfangs war beispielweise ein langsames Reagieren auf Hygienevorschriften zu beobachten, während später zu starke Einschränkungen getroffen wurden. Dahingehend sollten auch die gesetzlichen Regelungen adaptiert werden.
- » Es sollte sichergestellt werden, dass alle GDA an die **epidemiologischen Meldesysteme (EMS)** angeschlossen sind und flott und krisensicher laufen (auch in puncto technischer Voraussetzungen).



#### Weiterführende Handlungsempfehlungen:

- » **Integration und Innovation** hinsichtlich Versorgungsstrukturen erlauben und einen entsprechenden Diskurs starten
- » Altersbilder beeinflussen das Verhalten gegenüber Älteren. Negative Altersbilder (Gebrechlichkeit, Krankheit, Einsamkeit, geistiger Abbau, Gesundheitsversorgung etc.) können dazu führen, dass ältere Menschen nicht ausreichend im Erhalt ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden. Gesundheitsversorgung sowie Pflege und Betreuung sollten sich in Zukunft an **einem positiven Altersbild** orientieren und Leistungen entsprechend gestalten (z. B. Selbstständigkeit fördern, würdevoller Umgang).
- » **Prüfung der Konzepte, wie Pflegeheime gestaltet** sind und ob für die aktuelle Situation bzw. die Zukunft Änderungsbedarf besteht, sowie Umsetzung dieser Adaptierungen. Ebenso müssen grundsätzliche Konzepte, wie mit Risikoabschätzungen umgegangen wird, in Pflegeheimen etabliert werden (z. B. Bewegungsfreiheit vs. „sichere Verwahrung“ von Bewohnerinnen und Bewohnern). Im Idealfall ist eine solche Risikoabschätzung unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen zu treffen. Die in dieser Risikoabschätzung getroffenen Entscheidungen müssen von den Einrichtungsverantwortlichen dann auch mitgetragen werden.
- » Der **Personalschlüssel in Pflegeheimen** (Verhältnis Pflegepersonal zu pflegebedürftigen Personen) ist zu verbessern. Dafür müssen ein Personalpool mit vorbereitetem (= qualifiziertem) Personal z. B. zur Kompensation von Personalausfällen (durch Infektionen) und eine entsprechende räumliche Ausstattung (z. B. COVID-Stationen auch in Pflegeheimen) geschaffen werden. Ebenso ist auf die Gestaltung und Wahrung guter Arbeitsbedingungen zu achten.
- » **Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger** und unterstützende Angebote für diese sicherstellen bzw. ausbauen (bereits wichtiges Ziel Taskforce Pflege bzw. in weiterer Folge der Zielsteuerung Pflege)

#### **Kategorie „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“:**

- » Die Menschen sollten **klare Informationen** bekommen, unter welchen Voraussetzungen sie zu GDA gehen können bzw. wann nicht (z. B. wenn sie COVID-Symptome aufweisen).
- » Es braucht ein **niederschwelliges Lotsensystem** durch das Versorgungssystem (im medizinischen und pflegerischen Bereich). Diese Leistung könnte beispielsweise von Community Nurses oder von der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 übernommen werden. Dafür sollte die Hotline 1450 personell kurzfristig (z. B. während einer Pandemie) schneller aufgestockt werden können, um die Kernfunktionen des Gesundheitstelefon aufrechtzuerhalten.

#### **Kategorie „Bewegung“:**

- » Die **Kommunikation der Verhaltensregeln** sollte so gestaltet sein, dass jede Person für sich eine Entscheidung treffen kann (nicht emotionalisierend oder Angst hervorrufend; nicht bevormundend sein, sondern Empowerment ermöglichen). Außerdem sollte die Kommunikation in Richtung **positive Kommunikation** verändert werden, indem der Fokus nicht auf Verboten, sondern auf dem Aufzeigen von Möglichkeiten zur Stärkung von Ressourcen liegt.

- » Es braucht eine differenzierte mediale Berichterstattung (differenzierte Einbeziehung unterschiedlicher Expertinnen/Experten), damit Bürger/-innen eine informierte Entscheidung treffen können.
- » Ergebnisse von Untersuchungen sollten in der fachlichen und medialen Berichterstattung sinnvoll dargestellt werden (v. a. unter Berücksichtigung des Kontextes, z. B. unter Berücksichtigung der geltenden Maßnahmen).

## 5.4 Themenkomplex Arbeit, wirtschaftliche Faktoren

In der Diskussion im Bewertungsworkshop wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern darauf hingewiesen, dass die Situation der Menschen sehr unterschiedlich war und es kaum möglich ist, zu einer übergreifenden Bewertung für die gesamte Bevölkerung zu kommen. Es bräuchte eine differenziertere und genauere Auseinandersetzung mit den Auswirkungen im Bereich Arbeit.

Von den Expertinnen/Experten im Workshop wurde berichtet, dass sich die Polarisierung in der Arbeitswelt durch die gesetzten Maßnahmen verstärkt hat. Menschen, die zuvor bereits stabile Arbeitsverhältnisse mit guten Arbeitsbedingungen hatten, haben auch eher positive Auswirkungen erlebt als Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen (diese waren verstärkt auch von negativen Auswirkungen betroffen).

Im Bewertungsworkshop wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern rückgemeldet, dass sich viele identifizierte Auswirkungen gegenseitig beeinflussen (z. B. Einkommen, Lebenshaltungskosten, Schulden, Armut) und dadurch nicht so trennscharf voneinander abgegrenzt werden können.

Eine Teilnehmerin / Ein Teilnehmer wies explizit darauf hin, dass (im Vergleich zu anderen Ländern) in Österreich schnell diverse Unterstützungsleistungen für unterschiedliche Branchen / Tätigkeitsbereiche von der Bundesregierung eingerichtet wurden. Auch wenn es Optimierungspotenziale für die Abwicklung gibt, ist dennoch festhalten, dass hier rasch gehandelt wurde.

Tabelle 5.4:

Bewertungsworkshop Themenkomplex wirtschaftliche Faktoren, Arbeit; Identifizierte Auswirkungen: Berufsorientierung und -beratung

| Kategorie / Bereich  | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |  | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|--|---|--|--|---|--|--|
|  | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)    | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)    |
| <b>Berufsorientierung und -beratung</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Arbeitssuchende, Jugendliche  | -   | -  | -  | mittel  | hoch   | mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (>5 Jahre) |
| <b>Homeoffice, Bullying, Gesundheit und Sicherheit, Umfeld</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen, die im Gesundheits- und Sozialbereich arbeiten, Alleinerzieher/-innen, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, Menschen mit niedrigem Einkommen, Sexarbeiter/-innen, Frauen | mittel  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre) | hoch  | hoch   | kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre) |
| <b>Beschäftigungsverhältnisse, z. B. befristet / unbefristet, Vollzeit / Teilzeit</b><br><br>Besonders betroffene Gruppe(n): vulnerable Bevölkerungsgruppen, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, Studierende, Menschen mit Behinderung  | niedrig   | mittel bis hoch  | langfristig (>5 Jahre)                               | mittel  | hoch   | mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (>5 Jahre) |

Tabelle 5.4:

Bewertungsworkshop Themenkomplex wirtschaftliche Faktoren, Arbeit; Identifizierte Auswirkungen: Berufsorientierung und -beratung (Fortsetzung)

| Kategorie / Bereich   | Bewertung der positiven Auswirkungen auf Gesundheit |  |   | Bewertung der negativen Auswirkungen auf Gesundheit |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|
|   | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)           | Eintrittswahrscheinlichkeit (niedrig/mittel/hoch)   | Stärke der Auswirkung (Relevanz / Drastik) (niedrig/mittel/hoch) | Wirkdauer (kurzfristig/mittelfristig/langfristig)              |
| <b>Einkommen; Lebenshaltungskosten und Wohnsicherheit z. B. Lebensmittel, Miete, Transport, Immobilienpreise</b><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Kleinstunternehmer/-innen, Freelancer, Unternehmer/-innen im Kunst- und Kulturbereich, Personen in der Erwachsenenbildung und Beratung, aber auch pflegende Angehörige, armutsbetroffene Familien, Einzelternhaushalte, Haushalte mit mehreren Erwachsenen und mind. drei Kindern, Sexarbeiter/-innen | <b>mittel</b>                                       | <i>mittel</i>  | <i>kurzfristig (0-1 Jahr) bis mittelfristig (1-5 Jahre)</i> | <b>hoch</b>   | <b>hoch</b>  | <b>mittelfristig (1-5 Jahre) bis langfristig (&gt;5 Jahre)</b> |
| <b>Arbeitslosigkeit</b><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Menschen 50+, Jugendliche, Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, Menschen aus der Veranstaltungsbranche, der Hotellerie und der Gastronomie, Langzeitarbeitslose, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, Menschen mit Behinderung, Personen aus der Risikogruppe, Sexarbeiter/-innen, Frauen, Lehrlinge   | <b>niedrig</b>                                      | <b>niedrig</b>   | <b>kurzfristig (0-1 Jahr)</b>                               | <b>hoch</b>   | <b>hoch</b>  | <b>langfristig (&gt;5 Jahre)</b>                               |
| <b>Armut</b><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Familien mit kleinen Kindern, Alleinerzieher/-innen, Menschen mit geringer Ausbildung, Menschen mit psychischer Erkrankung, die ohnehin nicht leicht Jobs finden, Migrantinnen/Migranten, armutsbetroffene und armutsgefährdete Menschen  | -   | -  | -   | <b>hoch</b>   | <b>hoch</b>  | <b>langfristig (&gt;5 Jahre)</b>                               |
| <b>Wohnqualität (z. B. Größe, Ausstattung)</b><br>Besonders betroffene Gruppe(n): Familien, in denen Gewalt vorherrscht, Familien/Personen mit geringem Einkommen, Menschen in Massenunterkünften, Obdachlose / Wohnungslose  | <b>niedrig</b>                                      | <b>niedrig</b>   | <b>kurzfristig (0-1 Jahr)</b>                               | <b>mittel</b>                                       | <b>hoch</b>  | <b>mittelfristig (1-5 Jahre)</b>                               |

Quelle: GÖG

## 5.4.1 Handlungsempfehlungen

### **Kategorie „Berufsorientierung und -beratung“:**

- » Es braucht allgemein flexiblere Fristen und unbürokratische Inanspruchnahme von diversen (Ersatz-)Leistungen (Zahlungen, Kurse, Karenzbildungskonto etc.).
- » Aufstockung des Personals beim AMS und Intensivierung der telefonischen Beratungen sowie Sonderzahlungen bzw. Erhöhung des Arbeitslosengeldes in Krisenzeiten.

### **Kategorie „Arbeitsbedingungen, z. B. Homeoffice, Bullying, Gesundheit und Sicherheit, Umfeld“:**

- » Etablierung von finanziellen Unterstützungsleistungen für die Homeoffice-Ausstattung (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Druckerpapier)
- » Auch nach der Pandemie sollte ein unbürokratischer Zugang zu Homeoffice beibehalten werden.

### **Kategorie „Beschäftigungsverhältnisse, z. B. befristet / unbefristet, Vollzeit / Teilzeit“:**

- » Erleichterung und Unterstützung bei den Formalitäten in Zusammenhang mit Förderungen und Änderung der Arbeitsverhältnisse (z. B. Kurzarbeit)

### **Kategorie „Einkommen und Lebenshaltungskosten und Wohnsicherheit“:**

- » Im Rahmen der Corona-Pandemie wurden von der Bundesregierung schnell Unterstützungsfonds eingerichtet. Diese Unterstützungsfonds sollten in Zukunft möglichst unbürokratisch in Anspruch genommen werden können und die Treffsicherheit der Maßnahmen für die jeweilige Zielgruppe sollte so gut wie möglich sichergestellt werden.

### **Kategorie „Arbeitslosigkeit“:**

- » Es braucht eine arbeitspolitische Fokussierung auf benachteiligte Personen, die es bisher schon schwer hatten, nach einem Jobverlust wieder eine Anstellung zu finden (ebenso Lehrlinge, die keine Lehrstelle finden).

### **Kategorie „Armut“:**

- » Erfahrungen von Armutsbetroffenen sollten mithilfe von Case Studies sichtbar gemacht werden.
- » Ausbau der niederschweligen Unterstützung für Armutsbetroffene (v. a. auch aufsuchende Arbeit)

- » Kinderarmut sollte als Schwerpunkt für zukünftige Maßnahmen etabliert und mittels eines HiAP-Ansatzes umgesetzt werden.

**Kategorie „Wohnqualität (z. B. Größe, Ausstattung)“:**

- » „Gesundes“ Wohnen sollte durch diverse Maßnahmen für alle Menschen ermöglicht werden.
- » Mietpreisbindung könnte ein geeignetes Instrument zur Sicherung der Wohnqualität sein.

## 6 Zusammenfassung

Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen vor einer Erkrankung zu schützen und damit eine Überbelastung der Krankenhäuser, insbesondere der Intensivstationen, zu vermeiden. Sie adressieren daher die gesamte Gesellschaft. Dabei besteht die Gefahr, dass manche Bereiche bzw. Bevölkerungsgruppen nicht nur den gewünschten Nutzen sondern auch negative Folgen der Maßnahmen erleben. Es ist daher notwendig, unabhängig von der ursprünglichen Intention der Maßnahmen auch die nicht intendierten Auswirkungen zu analysieren. Auf dieser Basis kann zukünftig die Balance zwischen dem gesellschaftlichen Nutzen und einem allfälligen Schaden auf individueller Ebene durch gezielte Adaptierungen der Maßnahmen oder passende Begleitmaßnahmen besser austariert werden.

In diesem Sinne kann festgehalten werden, dass der Lockdown und das Social Distancing **sowohl positive als auch negative Auswirkungen** auf die Gesundheit zur Folge hatten. Dabei ist zu beachten, dass diese **Effekte sehr unterschiedlich verteilt** sind: Positive Auswirkungen erleben eher jene Bevölkerungsgruppen, die gut abgesichert sind und über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen, während ein großer Anteil der Bevölkerung mit negativen Auswirkungen konfrontiert ist. Insbesondere jene **Menschen, die bereits vor der Pandemie** in irgendeiner Art und Weise **belastet bzw. benachteiligt** waren, **erleben zusätzliche negative Auswirkungen** durch die Pandemie bzw. die damit verbundenen Maßnahmen. So gibt es beispielsweise durchaus Menschen, die von Kurzarbeit profitieren bzw. mit dieser gut umgehen können, weil sie über gesicherte Wohnverhältnisse und ein ausreichendes Einkommen verfügen, in harmonischen bzw. unbelasteten Familienverhältnissen leben und optimistisch in die Zukunft blicken. Andererseits gibt es Menschen, die aufgrund eines nicht ausreichenden Einkommens nicht nur selbst Ängste entwickeln (in Bezug auf die eigene Zukunftsperspektive, Wohnsituation, Zukunft der Kinder), sondern bei denen sich diese Belastung in der Folge auch negativ auf die Familiensituation und die Familienmitglieder (z. B. verstärkte Konflikte) auswirkt.

### 6.1 Positive Auswirkungen des Lockdowns

Die nächstliegende positive Auswirkung des Lockdowns auf die Gesundheit ist die Tatsache, dass die Zahl der täglichen Neuinfektionen mit dem Coronavirus im Frühjahr 2020 relativ rasch wieder gesenkt werden konnte und dadurch die Zahl der Hospitalisierten und an COVID-19 Verstorbenen reduziert und die Kapazitäten in den Spitälern und Intensivstationen auch wieder für Patientinnen/Patienten mit anderen Erkrankungen freigemacht werden konnten. Neben diesem entscheidenden Effekt konnten aber noch weitere positive Auswirkungen identifiziert werden (keine umfassende Darstellung, für Details siehe Kapitel 4 und 5; Aufzählung folgt keiner Priorisierung):

- » Im Bereich der **Digitalisierung** wurden durch die Notwendigkeit zur raschen Umstellung auf Homeoffice und Homeschooling bzw. Distance Learning einige Entwicklungsschritte beschleunigt. In unterschiedlichen Arbeits- und Bildungsbereichen wurden beispielsweise in sehr kurzer Zeit Videokonferenzprogramme für Erwerbstätige, Schüler/-innen und Studierende schnell zur Verfügung gestellt und eingerichtet. Hier muss jedoch angemerkt werden,

dass nicht alle Personen während des ersten Lockdowns die technischen Voraussetzungen für einen solchen Umstieg (von Präsenz- auf Onlineaktivitäten) hatten bzw. nach wie vor nicht besitzen (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Kinder, Jugendliche wie auch Erwachsene) und teilweise auch nicht das entsprechende Know-how für diese Technologie vorhanden war bzw. nach wie vor fehlt.

- » **Die Möglichkeit zum Homeoffice** wurde von einigen Personen als sehr positiv empfunden, da beispielsweise Wegzeiten wegfielen und dies für manche Menschen mehr Zeit mit der Familie ermöglichte. Dem steht aber auch eine Gruppe gegenüber, die nicht so viele Vorteile aus dem Homeoffice ableiten konnte, z. B. wegen Mehrfachbelastungen aufgrund von Kinderbetreuung und Homeschooling.
- » Durch Homeoffice und Homeschooling wurde während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 eine deutliche **Reduktion des motorisierten Individualverkehrs** beobachtet. Außerdem wurde insbesondere in den größeren Städten über die **vermehrte Nutzung von Fahrrädern** anstelle von öffentlichen Verkehrsmitteln berichtet, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirken kann. Diese positiven Auswirkungen waren jedoch zum Teil nur kurzfristig und die Bedeutung für die Umwelt wurde im Rahmen dieser GFA nicht mit Expertinnen/Experten diskutiert.
- » Im ersten Lockdown war eine **Stärkung des sozialen Zusammenhalts** – v. a. kleinräumig in Familien bzw. der Nachbarschaft – wahrzunehmen. Es sind einige Freiwilligeninitiativen bzw. Unterstützungsdienste entstanden, die die „Risikogruppen“ im Zusammenhang mit dem Coronavirus (v. a. ältere Menschen, Personen mit relevanten Vorerkrankungen) unterstützen (z. B. Einkaufsdienste). Ebenso konnte beobachtet werden, dass soziale Kontakte mittels Telefonaten und Videokonferenzen gepflegt wurden und zum Teil auch ältere Menschen in neue Technologien eingeführt wurden (z. B. Videotelefonie mit den Enkelkindern). In den Bewertungsworkshops wurde aber angemerkt, dass diese Stärkung des sozialen Zusammenhalts eher kurzfristig wahrzunehmen war und sich die Situation im Vergleich zum Frühjahr 2020 im Herbst 2020 dahingehend verändert hat, dass es z. B. weniger Unterstützungsangebote für Besorgungen gab. Die Bereitschaft, sich freiwillig sozial zu engagieren, scheint im Laufe der Pandemie abgenommen zu haben, was u. U. auf die mit der Zeit abnehmenden bzw. erschöpften persönlichen Ressourcen zurückzuführen ist.
- » Der Lockdown und die damit einhergehenden Veränderungen lenkten den Blick wieder stärker auf **vulnerable Gruppen**, wie z. B. Obdachlose, Armutsgefährdete oder prekär Beschäftigte, und verstärkte/etablierte in bestimmten Bereichen entsprechende Angebote für diese Menschen. In den Bewertungsworkshops wurde jedoch hervorgehoben, dass Angebote zum Teil nur punktuell und für spezifische Gruppen positive Auswirkungen hatten und andere ebenso vulnerable Gruppen nicht berücksichtigt wurden bzw. auch nicht gesehen wurden.



## 6.2 Negative Auswirkungen des Lockdowns

Neben den positiven Auswirkungen wurde auch eine Reihe von negativen Auswirkungen festgestellt, die unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen haben bzw. nach wie vor betreffen. Nachfolgend werden einige zentrale negative Auswirkungen genannt (keine umfassende Darstellung, für Details siehe Kapitel 4 und 5; Aufzählung folgt keiner Priorisierung):

- » Im Zuge des Lockdowns wurden viele Geschäfte und Betriebe geschlossen. Von diesen Schließungen waren bestimmte Branchen (z. B. Hotellerie, Gastronomie, Kulturbereich) stärker betroffen. Trotz einer Kurzarbeitsregelung gingen mit diesen Schließungen auch Kündigungen einher, von denen Personen mit niedrigem Einkommen oder prekären Beschäftigungsverhältnissen stärker betroffen waren. Vor allem sozioökonomisch benachteiligte Gruppen (inkl. jener, die auf Zuverdienste angewiesen sind) waren am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen, was neben **finanziellen Einbußen** auch zu psychischen Belastungen (z. B. starke Zukunftsängste oder Depression) geführt hat.
- » Studien und Survey zeigten, dass **psychische Belastungen** bei unterschiedlichen Personengruppen während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 zugenommen haben. Es soll hier aber auch auf eine Diskussion darüber hingewiesen werden, ob die primäre Ursache für die schlechtere psychische Gesundheit bei der Pandemie selbst oder bei den mit dem Lockdown verbundenen Maßnahmen wie Kurzarbeit, Social Distancing etc. liegt. Pieh et al. schließen, dass die Pandemie selbst einen größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit hat als die Maßnahmen (Pieh et al. 2020). Ob diese Diskussion als bereits abgeschlossen betrachtet werden kann, kann hier nicht beantwortet werden. Erwiesen sind jedenfalls vielfältige Zusammenhänge zwischen sozialen Determinanten und (psychischer) Gesundheit. Somit ist davon auszugehen, dass die mit dem Lockdown verbundenen Maßnahmen unabhängig von einer etwaigen direkten Wirkung der Pandemie jedenfalls auch eine Wirkung entfalten. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass jene Menschen, die vorher schon psychisch belastet waren oder an einer psychischen Erkrankung litten, durch diese zusätzlichen psychischen Belastungen besonders betroffen waren.
- » Von **Einsamkeit und Isolation** waren verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich betroffen. So waren beispielsweise ältere bzw. pflegebedürftige Menschen durch die reduzierten Besuchsmöglichkeiten in Einrichtungen oftmals isoliert und einsam. Es wurde aber auch beobachtet, dass Kinder und Jugendliche durch Homeschooling und den fehlenden Kontakt zu Freundinnen und Freunden von Einsamkeit betroffen waren (v. a. Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien).
- » Durch die Schließung von Schulen und die Verlagerung des Unterrichts auf Distance Learning konnten einige Kinder und Jugendliche in der Zeit des Lockdowns gar nicht erreicht werden. Dahingehend wird vermutet, dass es zu **Bildungsversäumnissen** – v. a. bei Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien – kommt, die nur schwer wieder aufgeholt werden können. Von Expertinnen und Experten wurde daher positiv angemerkt, dass beim zweiten Lockdown im Winter 2020 die Schulen nicht sofort für alle Altersklassen geschlossen wurden.

- » Während des Lockdowns im Frühjahr waren unterschiedliche **Versorgungs- und Betreuungsangebote** im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich nicht bzw. nur sehr eingeschränkt zugänglich. Einige Versorgungs- und Betreuungsangebote konnten auf andere Kommunikationsmittel wie Telefon oder Videokonferenzsysteme umsteigen (wie z. B. psychotherapeutische Versorgung via Telefon) oder alternative Lösungen (z. B. Treffen im Freien) nutzen. In vielen Bereichen war diese Umstellung aber nicht möglich bzw. konnte die Kernfunktion des Angebots nicht aufrechterhalten werden. Insbesondere im medizinischen bzw. Gesundheitsbereich ist es nach dem ersten Lockdown zu einer Diskussion rund um „Kollateralschäden“ gekommen und im zweiten und dritten Lockdown wurden bereits entsprechende Anpassungen durchgeführt (z. B. Weiterführung von Behandlungen und Therapien unter bestimmten Hygieneauflagen). Es wird aber vermutet, dass es durch den Wegfall von Betreuungsangeboten auch in anderen Bereichen zu solchen „Kollateralschäden“ kommen kann.
- » Durch die Verlagerung der diversen Lebensbereiche in den Haushalt wurde vor allem im ersten Lockdown **eine Retraditionalisierung der Rollenverhältnisse** festgestellt, was in vielen Familien zu einer Mehrfachbelastung vor allem für Frauen führte. Diese übernahmen oftmals neben eigenen Homeoffice-Verpflichtungen verstärkt „Care-Tätigkeiten“ wie Verpflegung aller Familienmitglieder, Kinderbetreuung, Unterstützung im Distance Learning oder Versorgung von älteren Familienmitgliedern, die nicht im selben Haushalten leben.

## 6.3 Handlungsempfehlungen

Im Rahmen dieser GFA konnten bereits einige Handlungsempfehlungen abgeleitet werden (vgl. Kapitel 5). Nachdem sich diese GFA darauf konzentriert hat, die Vielfalt der potenziellen Auswirkungen aufzuzeigen, und zu vielen Aspekten zum Zeitpunkt der Recherche bzw. Erhebung erst wenige Untersuchungen bzw. Publikationen vorlagen, betreffen diese Handlungsempfehlungen nicht nur unterschiedliche Ebenen sondern sind auch derzeit in unterschiedlichem Grad konkretisierbar.

Aus den vielfältigen, in Kapitel 5 beschriebenen bzw. den Tabellen im Anhang ersichtlichen, Auswirkungen lässt sich grundsätzlich ableiten, dass zukünftige Maßnahmen so gestaltet werden sollten, dass diese nicht geplanten negativen Auswirkungen reduziert bzw. wenn möglich verhindert werden und positive Auswirkungen möglichst vielen Bevölkerungsgruppen zu Gute kommen, damit bestehende Ungleichheiten nicht verstärkt werden. Dies gilt insbesondere für jene Maßnahmen, die die Erwerbstätigkeit einschränken und soziale Kontakte reduzieren. Aber auch die Kommunikation der Maßnahmen kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Dies sollte in der Planung und Gestaltung von Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigt werden.

Manche der in Kapitel 5 genannten Empfehlungen wurden bereits (teilweise) bei den Maßnahmen des zweiten und dritten Lockdowns berücksichtigt (z. B. das Offenhalten von Schulen bzw. die Möglichkeit für weiter Kinderbetreuung). Für andere müssen erst noch passende Lösungen erarbeitet werden (z. B. das Ermöglichen von sozialen Kontakten für jene Menschen, die über kein

soziales Netz verfügen bzw. auf ehrenamtliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind). Offengeblieben ist, wie manche der berichteten positiven Auswirkungen längerfristig abgesichert werden können.

## 7 Reflexionen zur Vorgehensweise dieser GFA

Die vorliegende GFA zielte darauf ab, die Vielfalt der potenziellen Auswirkungen des Lockdowns und des Social Distancings auf die Gesundheit aufzuzeigen. Dies ist durchaus gelungen, wie das Kapitel 5 und die Tabellen im Anhang zeigen. Sie stellt daher eine gute Basis für weitere Untersuchungen und weiterführende aber auf einzelne Aspekte abzielende GFA dar. Dennoch sind mit der vorliegenden GFA einige Limitationen verbunden, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

Diese GFA wurde in einem – für eine GFA in diesem inhaltlichen Umfang – sehr kurzen Zeitraum (Oktober 2020 bis Jänner 2021) durchgeführt. Dies hatte zur Folge, dass z. B. kein Pre-Test der Erhebung möglich war, bei der Einladung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Bewertungsworkshops auf Terminpräferenzen bzw. Terminkollisionen keine Rücksicht genommen werden konnte sowie Bewertung und Ableitung von Handlungsempfehlungen nicht in getrennten Workshops durchgeführt werden konnten.

Als die GFA zu den Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings in Auftrag gegeben wurde, war noch nicht bekannt, dass ein zweiter und dritter Lockdown im Winter 2020/2021 zur Eindämmung des Infektionsgeschehens notwendig werden wird. Daher lag der Fokus dieser GFA einzig auf den Auswirkungen des Frühjahrs-Lockdowns.

Die Literaturrecherche der GÖG fand im Oktober 2020 statt. Auch wenn bei dieser Suche ergänzend eine Handsuche auf Websites einschlägiger Institutionen durchgeführt wurde, besteht hier ein Bias: Studien, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht waren, konnten nicht berücksichtigt werden. Zu diesem Zeitpunkt waren jedoch noch etliche Studien am Laufen, deren Ergebnisse zum Teil in den folgenden Monaten publiziert wurden oder noch immer in Bearbeitung sind.

Die Methodik der GFA beinhaltet immer auch ein partizipatives Element. Damit können Auswirkungen identifiziert werden, die nicht durch die Literatur abgebildet werden. Nachdem im November der zweite Lockdown ausgerufen wurde, konnte diese Erhebung nur in Form eines online Surveys durchgeführt werden. Hierbei handelte es sich um keine elaborierte systematische Befragung, sondern um eine Umfrage zur Erhebung von Erfahrungen und Beobachtungen, die Expertinnen/Experten in der Praxis gemacht haben. Auch wenn die Einladung zur Beteiligung an Organisationen, die mit bestimmten Bevölkerungsgruppen arbeiten, sowie Expertinnen und Experten aus dem Bereich Public Health und relevanter Corona-Forschung ausgeschickt wurde, kann ein bestimmter Verzerrungseffekt (aufgrund deren Fokus und der Dynamik der Pandemie) entstehen. Durch die Einladung den Link zum online Survey auch an andere relevante Akteurinnen/Akteure weiterzuleiten, wurde versucht den Kreis der Teilnehmenden noch weiter zu öffnen. Auch die Laufzeit des Surveys musste aufgrund des Zeitdrucks eingeschränkt werden. Dennoch beteiligten sich, in dieser Zeit 260 Personen am Survey, was auf eine gewisse Relevanz dieser GFA-Fragestellung für viele Organisationen hindeutet. Da der online Survey während des zweiten Lockdowns im November/Dezember durchgeführt werden musste, kann angenommen werden, dass sich einige Antworten bzw. Rückmeldungen nicht exklusiv auf den ersten Lockdown beziehen.

Die Antwortkategorien der Erhebung wurden so gestaltet, dass eine Fokussierung auf positive und negative Auswirkungen unterstützt wurde. Dadurch wurden jedoch Antworten, die sich auf eine neutrale bzw. keine Auswirkung bezogen hätten, erschwert. Nichtsdestotrotz hätten solche Antworten in den offenen Feldern eingetragen werden können, was jedoch kaum genutzt wurde. Diese Einschränkung wurde bewusst in Kauf genommen, da dies einerseits dem Ziel der GFA entsprach und andererseits die Analyse und Aufarbeitung der Ergebnisse in dem zur Verfügung stehenden Zeitraum ermöglichte. Dennoch ist dieser Bias bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Durch die Einbindung von Expertinnen und Experten sowie Betroffenengruppen in die Bewertungsworkshops wurde versucht deren Erfahrungen und Wissen – auch über aktuellere Erkenntnisse – einzufangen. Die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die einzelnen Bewertungsworkshops erfolgte nach dem in Kapitel 2 beschriebenen Schema (jeweils drei bis vier Personen aus den Bereichen Wissenschaft/Forschung, Praxis und Verwaltung). Abgesehen von dem bereits erwähnten Zeitdruck, der sich auf die Zu- bzw. Absagen von Expertinnen und Experten auswirkte, ist auch zu erwähnen, dass diese Bewertungsworkshops aufgrund des zu diesem Zeitpunkt herrschenden dritten Lockdowns online abgehalten werden mussten. Damit ging eine Begrenzung der Teilnehmerzahl auf maximal zehn Personen einher.

Von einem Teilnehmer eines Bewertungsworkshops wurde kritisch angemerkt, dass durch die themenhafte Clusterung der Auswirkungen, die Verwobenheit der Einflussfaktoren auf Gesundheit nicht adäquat dargestellt werden konnte (z. B. Sport und körperliche Betätigung als wesentlicher Einfluss auf psychosoziale Gesundheit kam in der Bewertungstabelle zu sozialen Faktoren, psychosozialer Gesundheit maximal indirekt vor). Diese Verbundenheit der diversen Auswirkungen bzw. Zusammenhänge wurde in allen Workshops festgestellt. Im vorliegenden Bericht können nun alle Auswirkungen und Tabellen gemeinsam dargestellt werden. Durch diese breite Fragestellung der GFA wurden – wie aus diversen anderen Arbeiten bekannt – die Komplexität und das Zusammenwirken unterschiedlicher Lebensbereiche und deren Einfluss auf Gesundheit vor Augen geführt und gezeigt, dass mit der Reduktion dieser Komplexität Einschränkungen einhergehen.

Insbesondere in den Bewertungsworkshops wurde betont, dass eine Bewertung der Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings im Frühjahr 2020 angesichts der zur Zeit der Bewertungsworkshops anhaltenden dritten Lockdown-Phase nicht möglich bzw. auch nicht zielführend wäre. Es wurde in diesem Zusammenhang auch auf einige Unterschiede in der Ausgestaltung des Lockdowns hingewiesen (z. B. dass Schulen nicht sofort geschlossen wurden oder die institutionelle Kinderbetreuung aufrechterhalten wurde).

Zu den potenziellen mittel- und langfristigen Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings können im Rahmen dieser GFA nur erste grobe Einschätzungen gegeben werden. Es bedarf eines weiteren Monitorings sich entwickelnden Effekte aus der Pandemie und eine genauere und kritische Auseinandersetzung mit hier gesammelten und nicht abschließend diskutierten Handlungsempfehlungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Eine zentrale Lernerfahrung für zukünftige Gesundheitsfolgenabschätzungen ist, kompaktere Fragestellungen zu wählen, um die potenziellen Auswirkungen fokussierter und integrierter diskutieren und bewerten zu können.

## 8 Resümee und Ausblick

Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen vor einer Erkrankung zu schützen. Mit Hilfe des Lockdowns und von Social Distancing sollte vor allem auch das Versorgungssystem vor einer Überlastung geschützt werden. Bei Maßnahmen, die die gesamte Gesellschaft adressieren ist davon auszugehen, dass auf individueller Ebene auch nicht intendierte positive oder negative Auswirkungen auftreten. Diese müssen daher analysiert und Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen abgeleitet werden.

In dieser GFA sind verschiedenste positive sowie negative Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings während der ersten Welle im Frühjahr 2020 auf die Gesundheit der Bevölkerung in Österreich sichtbar geworden. Die wesentlichste positive Auswirkung ist die Eindämmung der Infektionen mit COVID-19 und damit auch die Verhinderung von schweren Krankheitsverläufen, Todesfällen und gesundheitliche Langzeitfolgen. Die darüber hinaus festgestellten positiven Auswirkungen treffen unterschiedliche Gruppen in der Bevölkerung in einem unterschiedlichen Ausmaß. In so gut wie allen identifizierten Themenkomplexen ließen sich von negativen Auswirkungen besonders betroffene Bevölkerungsgruppen identifizieren, wobei sozioökonomisch Benachteiligte häufig genannt sind. Es lässt sich festhalten, dass vielfach jene Personen, die bereits vor der Corona-Pandemie benachteiligt waren, auch von negativen Auswirkungen besonders betroffen sind.

Die Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus in Österreich haben aber vor allem im Bereich der Digitalisierung auch einige Entwicklungen beschleunigt (z. B. digitales Lernen). Um diese positiven Aspekte im Bildungsbereich beispielsweise zukünftig beizubehalten bzw. noch stärker nutzen zu können, braucht es auch eine Weiterentwicklung der Systeme und entsprechendes Know-how bei Kindern, Jugendlichen, Lehrenden und Eltern.

Hinsichtlich der Dauer der Auswirkungen konnte in manchen Bereichen eine erste Einschätzung vorgenommen werden, allerdings braucht es eine weiterführende Beobachtung dieser Auswirkungen. Die in dieser GFA identifizierten Auswirkungen konnten nicht abschließend diskutiert werden bzw. gibt es noch unterbelichtete oder weitere Bereiche, in denen gesundheitliche Auswirkungen entstanden sind. Was diese GFA aber zeigt, ist, dass durch den Lockdown und das Social Distancing vielseitige Auswirkungen entstanden sind, einige Bevölkerungsgruppen dahingehend auch stärker betroffen waren als andere und die Lebensbereiche und Auswirkungen miteinander verknüpft sind bzw. in Zusammenhang stehen.

Auch im Zuge der Bewertungsworkshops wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mehrfach erwähnt, dass die Auswirkungen schwer generalisierbar sind und unterschiedliche Bevölkerungsgruppen unterschiedlich betroffen waren bzw. sind. Im vorliegenden Bericht wurden die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen zwar in den einzelnen Themenkomplexen ausgewiesen, aber nicht umfassend diskutiert. Bei der Betrachtung bestimmter Zielgruppen könnte zudem auf die Verwobenheit der einzelnen Auswirkungen stärker Rücksicht genommen werden. Außerdem scheint es ratsam, die Fragestellungen für zukünftige Forschungsaktivitäten enger zu fassen.

Mit dieser GFA wurde der Versuch unternommen, den kurzfristigen positiven Auswirkungen der Maßnahmen im Frühjahr 2020 auf Infektionszahlen, Morbidität und Letalität auch langfristige Folgen in unterschiedlichen Lebensbereichen gegenüberzustellen. Denn trotz angeführter Limitationen (siehe Langfassung) gibt es Hinweise auf potenziell langfristige und weitreichende gesundheitliche Beeinträchtigungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Dahingehend braucht es weitere Beobachtungen der Auswirkungen und Forschungsaktivitäten unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Politikbereichen sowie betroffenen Gruppen.



# Literatur

- Amaral, Sofia; Endl-Geyer, Victoria; Rainer, Helmut (2020): Familiäre Gewalt und die Covid-19-Pandemie: Ein Überblick über die erwarteten Auswirkungen und mögliche Auswege. In: ifo Schnelldienst 73/7:52-56
- Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus; Reif, Martin; Spath-Dreyer, Ines; Sprenger, Martin; Strapatsas, Michaela; Türscherl, Elisabeth; Vyslouzil, Monika; Wolschlager, Veronika (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- AMS (2020a): Arbeitsmarktdaten nach NUTS-3. Arbeitsmarktservice Österreich. Arbeitsmarktforschung/Statistik, Wien
- AMS (2020b): Arbeitsmarktlage 2019. Arbeitsmarktservice Österreich, Wien
- Signal, Thomas; Geuvier-Seghrouchni, Rym (2020): The Impact of COVID-19 on Disability Services in Europe. European Association of Service providers for Persons with Disabilities (EASPD), Brussels
- BMSGPK (2021): Coronavirus – Aktuelle Informationen [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\).html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov).html) [Zugriff am 08.01.2021]
- BMSGPK (2020a): COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich Teil 1, vorläufige Version. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2020b): COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich Teil 2, vorläufige Version. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2020c): Epikurve: tägliche SARS-CoV-2-Fälle. Österreichisches COVID-19 Open Data Informationsportal (<https://www.data.gv.at/covid-19>)
- BMSGPK (2021a): Neuartiges Coronavirus (COVID-19) [Online]. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html> [Zugriff am 25.01.2021]
- BMSGPK (2021b): Todesfälle Timeline.
- Bock-Schappelwein, Julia; Famira-Mühlberger, Ulrike; Mayrhuber, Christine (2020a): COVID-19: Ökonomische Effekte auf Frauen. WIFO Research Briefs 3/2020. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien

- Bock-Schappelwein, Julia; Huemer, Ulrike; Hyll, Walter (2020b): COVID-19-Pandemie: Höchste Beschäftigungseinbußen in Österreich seit fast 70 Jahren. WIFO Research Briefs 2/2020. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Bozorgmehr, Kayvan; Jahn, Rosa (2020): SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Braun, Marlies; Niederkornthaler, Thomas; Till, Benedikt (2020): SARS CoV-2: Mental Health in Österreich. Ausgewählte Ergebnisse zur ersten Befragungswelle, 23.04.-05.05.2020. Hg. v. Unit Suizidforschung und Mental Health Promotion, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien
- Chiesa, V.; Antony, G.; Wismar, M.; Rechel, B. (2021): COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures—a systematic review of systematic reviews. In: J Public Health (Oxf) Apr 13:doi: 10.1093/pubmed/fdab1102. Online ahead of print.
- Chiesa, Valentina; Rechel, Bernd (2020): Assessing the health impact of staying at home, social distancing and “lockdown” measures during the COVID-19 epidemic – a systematic review of systematic reviews. European Observatory on Health Systems and Policies. Unveröffentlicht
- Clemens, Vera; Deschamps, Peter; Fegert, Jörg M.; Anagnostopoulos, Dimitris; Bailey, Sue; Doyle, Maeve; Eliez, Stephan; Hansen, Anna Sofie; Hebebrand, Johannes; Hillegers, Manon; Jacobs, Brian; Karwautz, Andreas; Kiss, Eniko; Kotsis, Konstantinos; Gregoric Kumperscak, Hojka; Pejovic-Milovancevic, Milica; Råberg Christensen, Anne Marie; Raynaud, Jean-Philippe; Westerinen, Hannu; Visnapuu-Bernadt, Piret (2020): Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. In: European Child & Adolescent Psychiatry May 2020/:<https://doi.org/10.1007/s00787-00020-01549-w>
- COVID-19-FondsG: Bundesgesetz über die Errichtung des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds (COVID-19-FondsG), BGBl. I Nr. 12/2020 (ausg. am 15.3.2020)
- COVID-19-MG: Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz – COVID-19-MG), BGBl. I Nr. 12/2020, in der geltenden Fassung.
- COVID-19-Risikogruppe-Verordnung: Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Definition der allgemeinen COVID-19-Risikogruppe (COVID-19-Risikogruppe-Verordnung), BGBl. II Nr. 203/2020, in der geltenden Fassung.
- Czypionka, Thomas; Schnabl, Alexander; Lappöhn, Sarah; Reiss, Miriam; Weyerstraß, Klaus; Zenz, Hannes (2020): Abschätzung der wirtschaftlichen Folgen des Ausbruchs des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) – 31. März 2020. Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Wien

- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm
- Derndorfer, Judith; Disslbacher, Franziska; Lechinger, Vanessa; Mader, Katharina; Six, Eva (2020): Mehrfachbelastungen während COVID-19 Home-Office und Hausarbeit. IHS Symposium: Leben mit Corona, 29. Juni 2020
- Eglau, Karin (2020): Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19 Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Gesundheit Österreich, Wien
- Endstrasser, Franz; Braito, Matthias; Linser, Markus; Spicher, Anna; Wagner, Moritz; Brunner, Alexander (2020): The negative impact of the COVID-19 lockdown on pain and physical function in patients with end-stage hip or knee osteoarthritis. In: Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy:official journal of the ESSKA 28/8:2435–2443
- Entringer, Theresa Margareta; Kröger, Hannes; Schupp, Jürgen; Kühne, Simon; Liebig, Stefan; Goebel, Jan; Grabka, Markus M.; Graeber, Daniel; Kroh, Martin; Schröder, Carsten; Seebauer, Johannes; Zinn, Sabine (2020): Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin
- EpiG: Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950, in der geltenden Fassung.
- Gayer-Anderson, Charlotte; Latham, Rachel; Cacicedo, Maximiliano Luis; Latham, Rachel; El Zerbi, Catherine; Strang, Lucy; Moxham Hall, Vivienne; Knowles, Gemma; Marlow, Sally; Avendano, Mauricio; Manning, Nick; Das-Munshi, Jayati; Fisher, Helen; Rose, Diana; Arseneault, Louise; Kienzler, Hanna; Rose, Nikolas; Hatch, Stephani; Woodhead, Charlotte; Morgan, Craig; Wilkison, Ben (2020): Impacts of social isolation among disadvantaged and vulnerable groups during public health crises. ESRC Centre for Society & Mental Health, King's College London, London
- Green, L.; Morgan, L.; Azam, S.; Evans, L.; Parry-Williams, L.; Petchey, L.; Bellis, MA (2020a): A Health Impact Assessment of the 'Staying at Home and Social Distancing Policy' in Wales in response to the COVID-19 pandemic. Main Report. Hg. v. Trust., Public Health Wales NHS, Cardiff
- Green, L.; Morgan, L.; Azam, S.; Evans, L.; Parry-Williams, L.; Petchey, L.; Bellis, MA (2020b): A Health Impact Assessment of the 'Staying at Home and Social Distancing Policy' in Wales in response to the COVID-19 pandemic. Supplementary Information. Hg. v. Trust., Public Health Wales NHS, Cardiff
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020): Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19 Pandemie aus Sicht der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte. Ergebnisse einer qualitativen Public-Health-Studie. Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen
- Henssler, J.; Stock, F.; van Bohemen, J.; Walter, H.; Heinz, A.; Brandt, L. (2020): Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review

and meta-analysis. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020/:<https://doi.org/10.1007/s00406-00020-01196-x>

- Hoffmann, Barbara; Dragano, Nico; Bolte, Gabriele; Butler, Jeffrey; Icks, Andrea; Knöchelmann, Anja; Lehmann, Frank; Loerbroks, 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. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Holtgrewe, Ursula; Lindorfer, Martina; Siller, Carmen; Vana, Irina (2020): „Lernen im Ausnahmezustand – Chancen und Risiken“ Erste Ergebnisse der Schüler\_innenbefragung. ZSI – Zentrum für Soziale Innovation, Wien
- Horn, Vincent; Schewpe, Cornelia (2020): Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona. Erste Studienergebnisse. Hg. v. Johannes Gutenberg Universität Mainz, Mainz
- Horvath, Ilonka; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2020): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Ergebnisse des vom REITOX Focal Point durchgeführten Quick Assessment in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Huber, Stephan Gerhard; Günther, Paula Sophie; Schneider, Nadine; Helm, Christoph; Schwander, Marius; Schneider, Julia; Pruitt, Jane (2020): COVID-19 und aktuelle Herausforderungen in Schule und Bildung. Waxmann, Münster
- Huber, Stephan Gerhard; Helm, Christoph (2020): Lernen in Zeiten der Corona-Pandemie. In: "Langsam vermissen ich die Schule " Schule während und nach der Corona-Pandemie. Hg. v. Flickermann, Detlef; Edelstein, Benjamin. Waxmann, Münster, New York. S. 37–S. 60
- Kemptner, Daniel; Marcus, Jan (2020): Alleinlebenden älteren Menschen droht in Corona-Zeiten Vereinsamung. DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
- Kittel, Bernhard; Kritzinger, Sylvia; Boomgaarden, Hajo; Prainsack, Barbara; Eberl, Jakob-Moritz; Kalleitner, Fabian; Lebernegg, Noëlle S.; Partheymüller, Julia; Plescia, Carolina; Schiestl, David W.; Schlogl, Lukas (2020): The Austrian Corona Panel Project: monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. In: European Political Science 2020/:1–27
- Klimont, Jeannette; Prammer-Waldhör, Michaela (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Kolland, Franz; Richter, Lukas; Heidinger, Theresa; Hartmann, Vera (2020): Covid-19 und Social Distancing im Alter. Eine Befragung der Bevölkerungsgruppe 60+ in NÖ. Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung, Krems

- Kramer, Victoria; Papazova, Irina; Thoma, Andreas; Kunz, Miriam; Falkai, Peter; Schneider-Axmann, Thomas; Hierundar, Anke; Wagner, Elias; Hasan, Alkomiet (2020): Subjective burden and perspectives of german healthcare workers during the covid-19 pandemic. In: European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2020/:1-11, <https://doi.org/10.1007/s00406-00020-01183-00402>
- Krings, Amrei; Steffen, Gyde; Gremershausen, Christine; Zimmermann, Ruth (2020): Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Präventionsangebote zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. In: Epidemiologisches Bulletin 2020/42:3-9
- Leiblfinger, Michael; Prieler, Veronika; Schwiter, Karin; Steiner, Jennifer; Benazha, Aranka; Lutz, Helma (2020): Impact of COVID-19 Policy Responses on Live-In Care Workers in Austria, Germany, and Switzerland. In: Journal of Long-Term Care 2020:144-150
- Lichtenberger, Hanna; Ranftler, Judith (2020): Wie die Corona-Krise Kinder trifft. Marie Jahoda - Otto Bauer Institut, Linz
- Loades, M. E.; Chatburn, E.; Higson-Sweeney, N.; Reynolds, S.; Shafran, R.; Brigden, A.; Linney, C.; McManus, M. N.; Borwick, C.; Crawley, E. (2020): Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. In: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 59/11:1218-1239 e1233
- Mayr, Verena; Nussbaumer-Streit, Barbara; Gartlehner, Gerald; Stroczyński, G.; Siebert, Uwe (2020): Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Metzler, B.; Siostrzonek, P.; Binder, R. K.; Bauer, A.; Reinstadler, S. J. (2020): Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. In: Eur Heart J 41/19:1852-1853
- Müller, Christina (2020): „Sexarbeiter\_innen in Wien während der Corona-Krise“. Die Auswirkungen der politischen Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 auf die ‚menschliche Sicherheit‘ von Sexarbeiter\_innen in Wien. Universität Wien, Wien
- Österreichisches COVID-19 Open Data Informationsportal (2021): Katalog COVID-19: Alle verfügbaren Dateien [Online]. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. <https://www.data.gv.at/katalog/dataset/osterreichische-statistische-daten-zu-covid-19> [Zugriff am 08.01.2021]
- Petzold, M. B.; Plag, J.; Strohle, A. (2020): [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia]. In: Nervenarzt 91/5:417-421
- Pförtner, Timo-Kolja; Siegrist, Johannes; Von dem Knesebeck, Olaf; Wahrendorf, Morten (2020): Gesundheitliche Folgen der COVID-19 Pandemie bei prekär Beschäftigten. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Pieh, Christoph; Budimir, Sanja; Humer, Elke; Probst, Thomas (2020a): Comparing mental health during COVID-19 lockdown and six months later in Austria: A longitudinal study. Hg. v.

Department for Psychotherapy and Biopsychosocial Health Danube University Krems,  
Krems

- Pieh, Christoph; Budimir, Sanja; Probst, Thomas (2020b): The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. In: *Journal of psychosomatic research* 136/:110186
- Pieh, Christoph; O'Rourke, Teresa; Budimir, Sanja; Probst, Thomas (2020c): Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. In: *PloS one* 15/9:e0238906
- Pieh, Christoph; Probst, Thomas; Budimir, Sanja; Humer, Elka (2020d): Reduced mental well-being remains despite end of COVID-19 lockdown. Hg. v. Department for Psychotherapy and Biopsychosocial Health Danube University Krems, Krems
- Pinggera, D.; Klein, B.; Thome, C.; Grassner, L. (2020): The influence of the COVID-19 pandemic on traumatic brain injuries in Tyrol: experiences from a state under lockdown. In: *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2020/:1-6
- Probst, T.; Budimir, S.; Pieh, C. (2020a): Depression in and after COVID-19 lockdown in Austria and the role of stress and loneliness in lockdown: A longitudinal study. In: *Journal of Affective Disorders* 277/:962-963
- Probst, T.; Stippl, P.; Pieh, C. (2020b): Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria. In: *Int J Environ Res Public Health* 17/11:3815
- Riedel-Heller, Steffi G.; Röhr, Susanne; Seidler, Andreas; Apfelbacher, Christian (2020): Psychosoziale Folgen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen: Womit müssen wir rechnen? Was können wir dagegen tun. Kompetenznetz Public Health Covid-19, Bremen
- Rothmüller, Barbara (2020): Intimität und soziale Beziehungen in der Zeit physischer Distanzierung. Ausgewählte Zwischenergebnisse zur COVID-19-Pandemie, Wien
- Scharmanski, Sara; van Staa, Juliane; Renner, Ilona (2020): Aufsuchende Familienbegleitung in der COVID-19-Krise durch Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen. In: *Die Hebamme* 2020/33:20-28
- Schmidt, Andrea E.; Leichsenring, Kai; Staflinger, Heidemarie; Litwin, Charles; Bauer, Annette (2020): The impact of COVID-19 on users and providers of Long-Term Care services in Austria. Policy Network, CPEC-LSE
- Schnitzer, M.; Schottl, S. E.; Kopp, M.; Barth, M. (2020): COVID-19 stay-at-home order in Tyrol, Austria: sports and exercise behaviour in change? In: *Public health* 185/:218-220
- Seidler, Andreas; Schubert, Melanie; Petereit-Haack, Gabriela; Horn, Annett; Kämpf, Daniel; Westerman, Ronny (2020): Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Senft, Birgit; Krejci, Marion (2020): Der Pflegealltag unter COVID-19 – Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in Österreich. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 2020/5:12-16

- Sinabell, Franz; Sommer, Mark; Streicher, Gerhard (2020): Effects of the COVID-19 Related Economic Downturn on Greenhouse Gas Emissions in Austria. Hg. v. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Spiller, Tobias R.; Mean, Marie; Ernst, Jutta; Sazpinar, Onur; Gehrke, Samuel; Paolercio, Francesca; Petry, Heidi; Pfaltz, Monique C.; Morina, Naser; Aebischer, Oriane; Gachoud, David; von Kanel, Roland; Weilenmann, Sonja (2020): Development of health care workers' mental health during the sars-cov-2 pandemic in switzerland: Two cross-sectional studies. In: Psychological medicine 1-4: [https://doi.org/ 10.1017/S0033291720003128](https://doi.org/10.1017/S0033291720003128)
- Spitzer, Peter; Singer, Georg; Till, Holger (2020): Trauma und COVID. Das Unfallgeschehen während des Lockdown. Fokusreport 2020. Forschungszentrum für Kinderunfälle im Österreichischen Komitee für Unfallverhütung im Kindesalter, Graz
- Statistik Austria (2020a): Arbeitslose (internationale Definition) [Online]. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitslose\\_arbeitsuchende/arbeitslose\\_internationale\\_definition/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitsuchende/arbeitslose_internationale_definition/index.html) [Zugriff am 15.12.2020]
- Statistik Austria (2020b): Armut und soziale Eingliederung [Online]. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html) [Zugriff am 15.12.2020]
- Statistik Austria (2020c): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung und die drei Zielgruppen der Europa 2020-Strategie nach Alter, Geschlecht und Haushaltstyp.
- Statistik Austria (2020d): Bevölkerung 1951 bis 2018 nach demographischen Merkmalen.
- Statistik Austria (2020e): Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren, 1971 bis 2018.
- Statistik Austria (2020f): Erwerbstätige und unselbständig Erwerbstätige nach Vollzeit/Teilzeit und Geschlecht seit 1994. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.
- Statistik Austria (2020g): Gesundheitsbefragung 2019. Ausgewählte Gesundheitsindikatoren.
- Statistik Austria (2020h): Lebenserwartung 2019 nach subjektivem Gesundheitszustand und Alter
- Statistik Austria (2020i): Zentrale Arbeitsmarktindikatoren. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.
- Steiner, Mario; Köpping, Maria; Leitner, Andrea; Pessl, Gabriele (2020): COVID19 und Home-Schooling. Folgt aus der Gesundheits- nun auch eine Bildungskrise? WWTF Webinar, 10. September 2020
- Tengler, Karin; Schrammel, Natalie; Brandhofer, Gerhard (Hg.) (2020): Lernen trotz Corona. Chancen und Herausforderungen des distance learnings an österreichischen Schulen. medienimpulse 58/ Nr. 2

- Tsibulak, I.; Reiser, E.; Bogner, G.; Petru, E.; Hell-Teutsch, J.; Reinthaller, A.; Weirather, C.; Weiss, T.; Bozsa, S.; Puschacher, B.; Hall, M.; Hittler, D.; Hrauda, K.; Thell, E.; Clauss, S.; Pozniak, J.; Alicke, S.; Gangl, D.; Gamperl, G.; Ebner, C.; Knoll, K.; Leitner, K.; Schilcher, A.; Schinnerl, M.; Sigl, V.; Singer, C.; Aigmüller, T.; Hofstätter, B.; Marth, C. (2020): Decrease in gynecological cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic: an Austrian perspective. In: Int J Gynecol Cancer 30/11:1667-1671
- Universität Wien (2020): Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen [Online]. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/> [Zugriff am 18.12.2020]
- Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmegesetzes (2020): 98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmegesetzes
- Volkshilfe (2020): Belastet, hilflos, allein gelassen – Umfrage zur Situation von Pflegenden Angehörigen armutsbetroffener Demenzerkrankter in der Coronakrise. Volkshilfe Solidarität, Wien
- Wach, Iris (2020): Regionale Unterschiede der Arbeitsmarktentwicklung in der Covid-19-Krise. Arbeitmarktservice Österreich, Wien
- WHO (1948): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- Willems, Jurgen; Knassmüller, Monika; Eggenreich, Lea; Ebinger, Falk (2020): COVID-19 Shutdown: die Sicht der Bürger\*innen – Persönliche und Gesellschaftliche Nachteile. In: OSF Preprints:doi:10.31219/osf.io/m31217r31214h <https://doi.org/31210.31219/osf.io/m31217r31214h>
- Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen
- Zandonella, Martina; Baumegger, David; Strumberger, Wernder (2020): Zur psycho-sozialen Situation der WienerInnen während der Corona-Pandemie. SORA – Institute for Social Research and Consulting, Wien



# Anhang

Die Anhänge sind in einzelnen PDF-Dokumenten auf der HiAP-Website der GÖG zu finden.  
Siehe: [https://hiap.goeg.at/oesterreichische\\_gfa](https://hiap.goeg.at/oesterreichische_gfa)

Übersicht:

- » Anhang 1: Literaturübersicht
- » Anhang 2: Survey Fragebogen
- » Anhang 3: Teilnehmer/innen Bewertungsworkshops (Organisationen)
- » Anhang 4: Ausführliche Bewertungstabellen