



Diskussionspapier zum Kongress Armut und Gesundheit 2022

zweite Arbeitsversion: 2.8.2021

Das Diskussionspapier ist ein Arbeitspapier und soll als Einladung verstanden werden, sich einzubringen. Schicken Sie uns Kommentare oder Änderungsvorschläge gerne per Mail zu. Wir arbeiten diese ein und aktualisieren das Papier regelmäßig auf der Webseite.

Zusammenfassung

Der Kongress 2021 stand unter dem Motto „Aus der Krise zu Health in All Policies“ und thematisierte die Auswirkungen der Covid19-Pandemie. Rückblickend waren die vergangenen Monate vor allem eine Zeit reaktiven Handelns. Herausforderungen mussten schnell und lösungsorientiert angegangen werden. Umso mehr ist nun der Zeitpunkt gekommen, sich von diesem Handlungsmuster zu lösen – hin zu der Gestaltung einer nachhaltigen und gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Dazu wurden für den Bereich Public Health im vergangenen und in diesem Jahr wichtige Grundlagen gelegt. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde beschlossen. Das Eckpunktepapier für eine Public Health-Strategie für Deutschland wurde veröffentlicht. Nicht zuletzt ist in diesem Jahr die Bundestagswahl, bei der noch einmal wichtige Weichen gestellt werden. Zum Zeitpunkt des nächsten Kongresses ist die Wahl bereits vorbei und es gilt mit den nun neuen Bedingungen umzugehen, eine neue Regierung zu adressieren und sich weiter für gesundheitliche Chancengleichheit einzusetzen.

Der Kongress will sich weiterhin als Ort für Austausch, Inspiration und Innovation verstehen, der folgende Leitfragen zur Diskussion stellen möchte:

- Wie kann ein bedürfnisorientiertes Pandemiemanagement möglich gemacht werden, mit einem breit(er)en Spektrum an Bewertungsdimensionen?
- Wie kommen wir zu einer starken Public Health-Strategie und Struktur für Deutschland?
- Wie bringen wir den Health in All Policies-Ansatz (endlich) in die konkrete Anwendung?
- Wie können wir den sozial bedingten Ungleichheiten in Gesundheitschancen nachhaltig begegnen?
- Wie gelingt uns eine gemeinsame Transformation?

Bereits in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation wurden fünf Handlungsfelder definiert, die auch in diesem Jahr die aktuelle Kongressstruktur bilden:

- Als zentrale Grundlage wird die **Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik benötigt**, die die Belange aller Menschen mit berücksichtigt: „Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden“, heißt es dazu in der Charta (WHO, 1986, S.3). Auch aufgrund des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit sollte Sozialpolitik darauf abzielen, Ungleichheiten abzubauen und Armut zu verhindern. Weiterhin müssen z. B. Bildungspolitik, Familienpolitik, Wirtschaftspolitik und Klimapolitik sowie weitere politische Felder, die in der Allgemeinheit vielleicht nicht direkt mit Gesundheit assoziiert sind, ebenso die Ausmaße ihrer Entscheidungen auf die Gesundheit berücksichtigen, denn diese Entscheidungen bestimmen die Rahmenbedingungen, in denen wir leben.

- Weiterhin muss es das **Ziel sein, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen**. Die Vielfalt und Spezifität der Lebenswelten und Bedürfnisse ergibt sich aus der Unterschiedlichkeit der Menschen und ihrer Lebenssituationen. Die ganz direkten Lebenswelten beeinflussen unsere Gesundheit und müssen daher aktiv gesundheitsförderlich gestaltet werden.
- Darüber hinaus tragen auch die Menschen im direkten Umfeld maßgeblich zur Gesundheit bei. Daher gilt es **gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu stärken**. Unterstützungsstrukturen wie Nachbarschaftsnetzwerke, Selbsthilfe oder auch vertrauensvolle stärkende Communities sowie gemeinsame Aktivitäten zur selbstbestimmten Gestaltung der Umwelt gilt es zu fördern und dafür auch entsprechende Ressourcen bereitzustellen. Die Pandemie hat physische Zusammenkünfte sehr erschwert und teilweise unmöglich gemacht. Umso wichtiger ist es nun, diese wieder zu stärken und sichere und kreative Lösungen zu entwickeln, um gemeinschaftliche Aktionen wieder stattfinden zu lassen.
- Weiterhin muss Gesundheitsförderung darin unterstützen, **persönliche Kompetenzen zu entwickeln**. Auch hier ist durch die Pandemie mit größeren und neuen Herausforderungen zu rechnen. Individuelle Angebote sind gefragt, um Prozesse des Empowerments anzustoßen und somit Gesundheitskompetenzen und lebenspraktische Fähigkeiten zu erweitern und die eigene Lebenswelt handhabbarer zu machen und auch aktiv mitgestalten zu können. So sind beispielsweise auch politische Kompetenzen notwendig, um aktiv auf die umgebenden Rahmenbedingungen Einfluss zu nehmen.
- Und schließlich ist es notwendig **Gesundheitsdienste neu zu orientieren**. Auch hinsichtlich unseres Versorgungssystems hat die Pandemie enorme Schwachstellen aufgezeigt. Die im Zuge der Pandemie angestoßene ressortübergreifende Zusammenarbeit gilt es nun – auch international – weiter auszubauen, um bestmöglich auf Herausforderungen wie den demografischen Wandel, Digitalisierung, die Versorgung in ländlichen Regionen und den Klimawandel reagieren zu können. Ziel muss sein, nicht nur die medizinische Grundversorgung zu gewährleisten, sondern kooperativ die Gesundheit aller Menschen bestmöglich zu fördern.

Im Sinne der Handlungsmaximen der Ottawa Charta **tritt der Kongress für gesundheitsbezogene Interessen ein und übernimmt dabei Anwaltschaft** insbesondere für vulnerable Gruppen. Dies ist auch ein Bestandteil zur **Befähigung und der Ermöglichung, Potenziale auszuschöpfen**. Zudem erkennen wir an, dass wir alle und auch die Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis stets Lernende sind und dass es fortlaufender Befähigung Aller bedarf, um unseren Zielen näher zu kommen. Hierfür nutzen wir den Kongress als **Plattform für Vermittlung und Vernetzung**. Um unser Handeln besser zu koordinieren und zu optimieren, werden neue Erkenntnisse und Erfahrungswerte aus verschiedenen Fachbereichen vorgestellt und diskutiert. Zudem soll der Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis, Zivilgesellschaft und Politik ausgebaut werden, um neue Perspektiven zu entwickeln und uns zu bestärken, gemeinsam weiter an der Vision einer Gesundheit für alle zu arbeiten.

Wir laden Sie herzlich ein, uns Ihre Beiträge (Abstracts) bis zum 20.8.2021 zuzusenden und sich damit aktiv in die Diskussionen des nächsten Kongresses einzubringen! Alle weiteren Informationen finden Sie hier: www.armut-und-gesundheit.de

Langfassung des Diskussionspapiers 2022

„We are dealing with a syndemic, a synthesis of epidemics. Unless we understand the interaction of the biological with the social determinants of CoVid-19, we will neither be able to recover from the suffering and we will not be able to prepare for future outbreaks properly.“

Richard Horton, the Lancet
(Webinar „Build back fairer: Inequalities and COVID-19 in England“, 15 December 2020).

Hintergrund: Vor dem Virus sind alle gleich?!

Die Annahme, dass vor dem Virus alle gleich seien, wurde lange und v. a. zu Beginn der Pandemie häufig postuliert. Mit dem Fortschreiten der Pandemie stellt(e) sich jedoch heraus, dass dies nicht der Fall ist. **Soziale Ungleichheiten sind sowohl bei dem Infektionsrisiko, der Erkrankungsschwere, den Mortalitätsraten als auch bei den Folgen der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ersichtlich.** Dabei haben sich v. a. sozioökonomische Faktoren sowie Alter und Geschlecht als relevant herausgestellt (vgl. Knöchelmann & Richter, 2021; Dragano & Conte, 2020). Darüber hinaus werden auch immer mehr psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen erkennbar: Depressivität, Ängstlichkeit, Wut, Stress, posttraumatische Belastung, soziale Isolation, Einsamkeit und Stigmatisierung (Röhr et al., 2020).

„Das neuartige Virus trifft auf die alten Verteilungsmechanismen“, beschrieb es Prof. Butterwegge. Sprich, **das Virus verbreitet(e) sich in den vorhandenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Wirtschaftsordnungen.** Folglich kommt es zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheit, da „die Immun- und Finanzschwächsten, also zwei personell weitgehend identische Bevölkerungsgruppen, am schwersten betroffen waren (Butterwegge, 2021, S.11)“. Denn, z. B. die „Arbeit von zu Hause stellt(e) sich (...) als Privileg der oberen Bildungsgruppen dar“, verdeutlichten es Blom und Möhring (Blom & Möhring, 2020, S. 482). Von Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit betroffen seien vor allem Bevölkerungsgruppen, die bereits vor der Pandemie ein geringes Einkommen hatten (Blom & Möhring, 2020).

Somit bleibt festzuhalten: **Nein! (Auch) Vor dem SARS-CoV-2-Virus sind und waren nie alle Menschen gleich!** Auch diese Pandemie (be)trifft Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen deutlich schwerer, öfter und härter!

Die Pandemie hat Problemlagen, die vorher bereits erkennbar waren, noch weiter verschärft. In Anbetracht des Klimawandels ist mit einer weiteren Zunahme von Infektionskrankheiten, deren Ausmaß wir nicht abschätzen können, zu rechnen (Stark et al., 2009, S.1; Watts et al., 2020, S.2; Lancet Countdown Policy Brief 2020, S.1). Somit ist dringender Handlungsdruck gegeben.

Ausgangslage für Deutschland: Worauf stieß die Pandemie?

Ja, die Bevölkerungsgesundheit wurde – zumindest zeitweise – an oberste Stelle der politischen Agenda gesetzt, während der Gesundheitsschutz in nahezu allen politischen Feldern Thema war. „Infektionsschutz over all policies“, könnte man formulieren. Sogar Grundrechte wurden dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit untergeordnet und – zumindest zeitweise gravierend – eingeschränkt. **Jedoch war im Sinne des „Health in All Policies (HiAP)“ nicht zu erkennen, dass ein übergeordnetes strategisches Vorgehen sowie ein abgestimmtes Handeln aller**

gesellschaftlichen Akteur*innen (Politik, Verwaltung, Forschung, Zivilgesellschaft) erfolgt wäre.

Für Deutschland haben Prof. Raimund Geene und Kolleg*innen vor Beginn der Pandemie bereits festgehalten, dass HiAP-Ansätze bislang nur punktuell und projektbezogen implementiert würden und sich diese bislang v. a. auf Kommunen oder Kreise beschränken (Geene et al., 2019). Dies gelte umso mehr für einen übergreifenden strategischen Ansatz zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten.

Auf diesen Nährboden stieß nun eine Pandemie, die als „gesellschaftlicher Stresstest einer sich schon zuvor zunehmend polarisierenden Gesellschaft“ gedeutet werden kann (Beckmann et al., 2021, S. 2). Die Autor*innen betiteln diese Krise als eine „Strukturkrise“, die sich nahtlos einreihet in die sogenannte Flüchtlingskrise und in die Klimakrise und „das Potenzial (besäße), den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu gefährden“. Prof. Heinz Bude mahnte in seinem Eröffnungsvortrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2021 daher an, dass sich „(...) die Pandemie in Deutschland zu einem gesellschaftlichen Krisenphänomen weitet, was nicht nur die Ungleichheitsfrage und die Armutsfrage berührt, sondern die Gesamtkonstitution der Gesellschaft.“ Denn, so Bude weiter: „Gesundheit ist, ähnlich wie Sicherheit, ein existentielles Gut. Das heißt, bei seiner offensichtlichen Nichtgarantierbarkeit durch öffentliche Instanzen kann es sehr schnell zu Phänomenen sozialer Lähmung und kollektiver Erregung führen“ (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video).

Um diesem vorzubeugen, gilt es daher genau hinzuschauen, **für welche Bevölkerungsgruppen das „Gut“ Gesundheit in der Pandemie und auch im Vorfeld nicht bestmöglich garantiert werden konnte. Daraus abzuleiten sind Maßnahmen, die zur Wiederherstellung des Gutes beitragen können.** Hierzu gilt es aufzuarbeiten, welche Bevölkerungsgruppen während der Pandemiebekämpfung (von politischen Entscheidungsträger*innen) vernachlässigt wurden und diese jetzt in den Fokus zu stellen.

Im Folgenden wird **exemplarisch** auf eine Reihe dieser Bevölkerungsgruppen eingegangen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit und in alphabetischer Reihenfolge). Am Ende eines jeden Kapitels sind Fragen formuliert, die als Einladung für die Diskussion formuliert wurden:

Im Fokus: Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen¹

Bereits im April 2020 zeigte der „Snapshot Report“ der „European Association of Service Providers for Persons with Disabilities“ gravierende Herausforderungen auf, vor denen soziale Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Zuge der Pandemie standen. Dazu zählten mangelnder Zugang zu Schutzausrüstung und Tests, abnehmende oder instabile Einkommensströme und erhebliche Personalprobleme (Bignal, Gouvier-Seghrouchni, 2020). Zudem waren Menschen mit Behinderungen in besonderem Maße durch die festgelegten Infektionsschutzmaßnahmen und deren Folgen betroffen. Auswirkungen, die die gesamte Bevölkerung treffen, treffen diese Personengruppe besonders stark, „(...) da ihnen auf Grund der Beeinträchtigungen ausreichende Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten oft nicht zur Verfügung stehen. Bei der Diskussion dieser Themen sehen sich behinderte, chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen mit ihren Problemlagen oft nicht hinreichend berücksichtigt, vielfach sogar ausgegrenzt“ (DVfR, 2021a, S. 10). Die Ergebnisse des DVfR Berichts „weisen auf deutliche Rückschritte in Teilhabe und Inklusion hin“ (DVfR, 2021b). Zudem sind

¹ Laut BMAS (2021, S. 12) zählen im Jahr 2017 13,04 Millionen Menschen zur Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu 2009 ist dies ein Anstieg um neun Prozent. Dabei ist auch der Anteil der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung um neun Prozent gestiegen. Je nach Definition, gelten jedoch auch Menschen als behindert, wenn sie unabhängig von der Anerkennung einer (Schwer-)behinderung, eine Beeinträchtigung haben, die so mit der räumlichen und sozialen Umwelt zusammenwirken, dass Teilhabebarrrieren entstehen (BMAS, 2021, S. 21). Behinderungen sind also nicht nur Einzelschicksale, sondern wirken entsprechend des Verständnisses der UN-Behindertenrechtskonvention mit der Umwelt zusammen und erfordern die Beseitigung benachteiligender Lebenswelten.

Fremdbestimmung und Exklusion, auch beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, als besondere Gesundheitsrisiken zu betrachten (BMAS, 2021, S. 471).

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine sehr große und heterogene Personengruppe handelt. Die Unterschiede und die Komplexität lassen sich beispielsweise mit Blick auf die Digitalisierung darstellen. Mit dem Digitalisierungsschub wird teilweise angenommen, dass Menschen mit Behinderungen, insbesondere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, nun mehr Teilhabe möglich wäre, da sich vieles in den virtuellen Raum verlagert hat. Diese Perspektive berücksichtigt jedoch nicht, dass Barrieren je nach Beeinträchtigung/Behinderung ganz unterschiedlich sein können und diese teilweise in den virtuellen Raum übertragen werden oder andere Barrieren hinzukommen. Weiterhin besteht die Gefahr einer zusätzlichen Diskriminierung und Separierung, wenn das Argument als Ausrede dient, anderweitige Teilhabebarrrieren nicht mehr abbauen zu müssen (DVfR, 2021a, S. 18). Diesbezüglich äußert Constantin Grosch seine Befürchtung beim Aktionskongress gegen Armut: „Es kann nicht sein, dass wir jetzt alles ins Digitale schieben, damit Menschen mit Behinderung dann zuhause sitzen, sich irgendwo einklinken und alle anderen Menschen dann ins Museum oder ins Kino gehen und sich dort zusammensetzen können. Das kann nicht die Lösung sein und das ist auch nicht die Idee von Inklusion“ (Grosch, 2021, Video: Min. 12.40).

- Wie kommen wir zur Umsetzung des Artikel 25 des UN-BRK auf: „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“?
- Wie schaffen wir es, Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen auch in Pandemiezeiten erreichbar zu machen (statt noch weiter davon wegzurücken)?

Im Fokus: **Ältere Menschen**

Ältere Menschen wurden und werden im Rahmen der aktuellen Pandemie häufig als homogene Gruppe gesehen, die ein hohes Risiko für einen schweren Erkrankungsverlauf hat und somit besonders geschützt werden sollte. In der Praxis hieß das aber meist: Isolation. In der medialen Berichterstattung und im gesellschaftlichen Diskurs lag der Fokus lange nur auf den Pflegeheimen. Doch die Mehrheit alter und hochalter Menschen lebt in der eigenen Häuslichkeit (BAGSO, 2020; Statistisches Bundesamt, 2020).

Aufgrund verminderter körperlicher Aktivität, sozialer Isolation und Veränderungen der medizinischen Versorgungssituation werden im Zusammenhang mit der Pandemie Verschlechterungen des körperlichen Zustandes älterer Menschen erwartet. Allerdings liegen hierzu bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Gaertner et al., 2021, S.7). Darüber hinaus, so Gaertner et al. weiter, hat „(...) die COVID-19-Pandemie die Gefahr eines pauschalisierenden und teilweise diskriminierenden Umgangs mit dem Thema Alter aufgezeigt. Die Realität des demografischen Wandels erfordert, sich diesem Thema in allen Bereichen der Gesellschaft differenziert und zukunftsorientiert zu stellen“ (Gaertner et al., 2021, S.25).

- Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Gesundheit älterer Menschen gezielt zu fördern?
- Wie können weitere gesundheitliche Aspekte, wie soziale Teilhabe, hierbei stärker Berücksichtigung finden?

Im Fokus: **(junge) Familien und Kinder**

Dass sich die Auswirkungen der Pandemie sehr deutlich bei Familien bemerkbar machen, unterstrich Ilona Renner vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2021 in einer Veranstaltung unter dem Titel: „Corona-Krise: Was lernen wir daraus?“. Im Rahmen einer

Sondererhebung innerhalb der COSMO-Studie und einer ergänzenden eigenen Erhebung (NZFH, 2021) wurden junge Familien befragt: Über 50 Prozent gaben an, dass die aktuelle Situation als sehr belastend erlebt wird, v. a. aufgrund existenzieller Ängste (z. B. Sorgen vor Arbeitsplatzverlust) und Überforderungen mit der Situation. "Junge Menschen erfahren die gravierenden Folgen des Lockdowns sehr früh und gehören zu den letzten Gruppen, die in den Genuss schrittweiser Lockerungen kommen", betonte auch Dr.in Antje Richter-Kornweitz die Notwendigkeit, Kinder und ihre Familien stärker in den Blick zu nehmen (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video).

- Was braucht es (jetzt und zukünftig), um junge Familien mit Kindern adäquater zu unterstützen?
- Welche funktionierenden Vorhaben gab es in der letzten Zeit, die das Unterstützungssystem auch postpandemisch verbessern können?

Im Fokus: **die Handlungsfelder Flucht und Menschen mit Migrationshintergrund**

Ein genauerer Blick auf die systemrelevanten Berufe zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund – gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung im erwerbsfähigen Alter (22,9 %) – in vielen dieser Berufsgruppen überrepräsentiert sind." (Khalil, Lietz & Mayer, 2020). Besonders Personen, die Sorgearbeit für ältere Menschen, Erkrankte oder Kinder leisten, haben ein höheres Risiko, mit dem Virus in Kontakt zu kommen.

Nicht der Migrationsstatus an sich, sondern die damit verbundenen Lebensumstände, wie beengtes Wohnumfeld oder prekäre Arbeitsbedingungen, sind maßgeblich für ein höheres Infektionsrisiko. Die gesundheitliche Ungleichheit verschärft sich dann, wenn bereits Komorbiditäten bestehen oder der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht oder nur beschränkt möglich ist (Hintermeier et al., 2021, S. 1). Als besonders vulnerable Gruppe seien hier exemplarisch Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus genannt. Diese Menschen haben quasi keinen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, da bei Beantragung eines Behandlungsscheins (nach Paragraph 87 Aufenthaltsgesetz) das Sozialamt verpflichtet ist, die Daten an die Ausländerbehörde zu übermitteln (AufenthG §87). Für die circa 200.000 Menschen, die in Deutschland derzeit in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften leben, sind Maßnahmen der physischen Distanzierung meist nicht oder nur bedingt umsetzbar (Bozorgmehr et al., 2020). Daher sind sie einem besonders hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Besonders zu Beginn der Pandemie führten Sprachbarrieren dazu, dass Gesundheitsinformationen nicht adäquat vermittelt werden konnten. Dies verstärkte die erlebte Verunsicherung weiter.

Das gesellschaftliche Klima der Ungewissheit und Existenzängste bot ebenso einen Nährboden für Fremdenfeindlichkeit und Rassismus. So stellt die Antidiskriminierungsstelle in ihrem Jahresbericht 2020 vor, dass sich die Gesamtzahl der Beratungsanfragen im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdoppelt hat: „ Insgesamt 1.904 Mal haben sich im Jahr 2020 Menschen an die Beratung der Antidiskriminierungsstelle gewandt, weil sie sich im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, ihres Alters oder ihrer sexuellen Identität diskriminiert gefühlt haben.“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2020, S.12)

- Wie kann das Menschenrecht auf Gesundheit in Deutschland für Migrant*innen mit und ohne regelmäßigem Aufenthaltsstatus umgesetzt werden?
- Wie kann Versorgung stigmatisierungsfrei angeboten und nutzbar gemacht werden?
- Wie können Gesundheitsinformationen für Menschen mit Migrationsgeschichte und/oder Geflüchtete aufbereitet werden, sodass sie auch genutzt werden?

Im Fokus: **Frauen**

Die bislang vorliegenden Studien zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Beschäftigungsstruktur und -entwicklung deuten darauf hin, dass Frauen von den negativen Krisenfolgen stärker betroffen sind (von Würzen, 2020). Einerseits ist die Frauenquote in den sogenannten systemrelevanten Berufen besonders hoch, bei denen es in der Pandemiezeit zu einem besonderen Anstieg der Arbeitsbelastung kam. Andererseits ist die Beschäftigungsrate von Frauen auch in den Bereichen hoch, die von Kündigungen, Kurzarbeit und einer unsicheren Perspektive geprägt sind (Foissner, Glassner, & Theurl, 2021, S.61) – dies ist kein Phänomen der Pandemie.

Vor besonderen Herausforderungen standen darüber hinaus vorwiegend Mütter, die in Zeiten der Kita- und Schulschließung weiterhin beim Arbeitgebenden vor Ort arbeiten mussten (Blom & Möhring, 2021, S.488). In der Krise lastet(e) die Haus-, Familien- und Carearbeit – wie auch zuvor und verstärkt – auf den Schultern der Frauen. Dies geht aus einer repräsentativen Umfrage im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hervor, die eine sogenannte eher "traditionelle Rollenzuweisung" bestätigt (von Würzen, 2020).

- Was braucht es – strukturell und gesellschaftlich – um Frauen hier nachhaltig(er) zu unterstützen?
- Wie können Frauen in besonderen Situationen, z. B. alleinerziehend, adäquater unterstützt werden?

Im Fokus: **Jugendliche und junge Erwachsene**

Auch für junge Menschen brachten die Corona-Pandemie und die getroffenen Maßnahmen viele Herausforderungen mit sich. Die bundesweite JuCo I -Studie machte deutlich, dass sich viele Jugendliche und junge Erwachsene psychisch belastet, allein gelassen, einsam und verunsichert fühlen. Ebenso konnte aufgezeigt werden, dass sie viele Ängste haben hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft. Vor allem in den Übergängen in Beruf, Studium oder Praktikum zeigte sich dies (Andresen et al., 2020). Und mehr als 40 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen der COPSY-Studie schätzten ihre Lebensqualität als deutlich niedriger ein, als vor der Zeit der Corona-Pandemie (Ravens-Sieberer et al., 2021).

Kontaktbeschränkungen, Schulschließungen und Quarantäne-Anordnungen beeinflussen das psychische Wohlbefinden junger Menschen, wirken auf das Phänomen familiärer Gewalt und verschärfen Bildungsungerechtigkeiten. In den vergangenen Monaten wurde deutlich, dass der soziale Status entscheidenden Einfluss darauf nimmt, wie die Pandemie von jungen Menschen bewältigt wird und ob es langfristig oder lebenslängliche Folgen für den Bildungserfolg und damit für ihre Zukunftschancen in dieser Gesellschaft geben wird (Baumann et al., 2021).

Mit den getroffenen Maßnahmen gingen Kindern und Jugendlichen soziale Räume verloren. Die Bandbreite jugendlicher Lebenswelten, die die Vielfalt ihrer Interessen und Bedürfnisse abdecken, wurden mit den Maßnahmen auf das Homeschooling reduziert (Andresen et al., 2020). Durch diese Beschränkungen ihrer Lebensräume und ihrer sozialen Interaktionsmöglichkeiten wurde in wichtige Entwicklungsprozesse ihrer Identitätsbildung eingegriffen. Die fehlende Interaktion in der Gruppe, die Distanzregeln und Maskenpflicht führten zu vollkommen veränderten Erfahrungen der Jugendlichen in einer sehr sensiblen Phase ihrer sozialen Entwicklung (Baumann et al., 2021). Ohne die sozialen Räume mit den "Peers" wurden und werden den jungen Menschen ihre alltäglichen Bewältigungsmöglichkeiten genommen, die für ihren psycho-sozialen Ausgleich in dieser Lebensphase von zentraler Bedeutung sind (Andresen et al., 2020).

- Wie können Kinder, Jugendliche und ihre Familien in einer möglichen nächsten Welle besser geschützt und unterstützt werden?
- Wie kann in Zukunft gut geprüft werden, ob der erwartete epidemiologische Nutzen einer Maßnahme und ihr sozialer und gesellschaftlich-wirtschaftlicher Impact in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen?
- Wie können Jugendliche an Entscheidungsprozessen beteiligt werden?

Im Fokus: **Pflege**

„Eine Pflegekraft bleibt durchschnittlich 7,5 Jahre in ihrem Beruf. Wenn wir dies verändern möchten, muss Politik aktiv werden“, eröffnete Dr. Ellis Huber vom Paritätischen Landesverband Berlin die Debatte der Veranstaltung „Systemrelevant? Perspektiven für die gesellschaftliche Anerkennung von Pflege“ auf dem Kongress Armut und Gesundheit im März 2021 (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video). „Ich bin es leid, dass immer über statt mit uns gesprochen wird. Die aktuellen Arbeitsbedingungen machen krank“, unterstützte ihn Silvia Habekost, Krankenpflegerin am Vivantes Klinikum in Berlin. „Wir sind zu wenige und verwenden zu viel Zeit für die Dokumentation. Wenn uns die Pandemie doch etwas gezeigt hat, dann, dass Betten keine Menschen pflegen“ (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video). Auch vor der Pandemie krankte das System, ein Zurück könne nicht der Anspruch sein.

- Die Auswirkungen der Coronakrise haben sich v. a. auch in den Kliniken gezeigt. Auf den (Intensiv-)Stationen ging das Pflegepersonal und die Ärzteschaft an die Grenzen und weit darüber hinaus, um Menschenleben zu retten und Leid zu mindern. Was braucht es (strukturell und gesellschaftlich), um Pflegekräfte zu unterstützen?

Im Fokus: **Studierende**

Die Pandemie-bedingten Maßnahmen trafen auf junge Erwachsene in einer krisenanfälligen biografischen Übergangsphase der Orientierungssuche und Identitätsbildung. Mechanismen, die sich in Kita und Schulkontexten zeigen, vergrößern auch bei Studierenden die Ungleichheit zwischen denen, die auf breite soziale und finanzielle Unterstützungs- und Auffangstrukturen treffen, und denen, bei denen die Ausbildung eine finanziell nicht zu stemmende Herausforderung ist. Zudem war schon vor der Pandemie jede*r sechste Studierende von einer psychischen Störung betroffen (Grobe, Steinmann, & Szecsenyi, 2018). Diese wurden durch die Unsicherheit der Pandemieauswirkungen für ihre unmittelbare und ferne Zukunft verstärkt (Aristovnik, Keržič, Ravšelj, Tomažević, & Umek, 2020). Jan Fischer stellte in seinem Vortrag auf dem Kongress 2021 Ergebnisse einer Expert*innen-Befragung des Kompetenzzentrums gesundheitsfördernde Hochschule (unveröffentlicht) vor, die zeigen, dass studentisches Gesundheitsmanagement oft nicht als immanente Aufgabe an den Hochschulen begriffen wird. Es fehle an zukunftsweisenden Strukturen für Menschen, die für Entscheidungs- und Führungspositionen ausgebildet werden und ein gesundheitsförderliches Leben und Arbeiten propagieren und vorleben können.

- Wie können Hochschulen nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen schaffen und welche politischen Regelungen braucht es dafür?
- Wie können Studiengänge so gestaltet werden, dass Absolvent*innen gesundheitsbewusst arbeiten und leiten?

Im Fokus: **prekäre Beschäftigung und Erwerbslosigkeit**

Schon in der ersten Jahreshälfte 2020 konnte Prof. Nico Dragano vom Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf im Rahmen einer Studie nachweisen, dass Langzeitarbeitslose ein 94 Prozent höheres Risiko aufweisen, mit einem schweren Coronaverlauf im Krankenhaus behandelt zu werden, als Menschen in einem regulären Beschäftigungsverhältnis (Leimbach in der taz vom 27.2.2021).

Das deckt sich mit dem Befund, dass Menschen ohne Erwerbsarbeit schlechtere Gesundheitschancen aufweisen als Menschen in Erwerbsarbeit. Sie weisen im Durchschnitt sowohl in Bezug auf die psychische als auch auf die körperliche Gesundheit signifikant schlechtere Werte auf und es bestehen „ausgeprägte Unterschiede bei der selbsteingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (Hollederer 2020, S. 111). Dem stellte er gegenüber, dass Selektionseffekte auf dem Arbeitsmarkt dazu führen, dass Erwerbstätige aufgrund von Krankheit gekündigt werden. Bestehende Erkrankungen wiederum verringern die Möglichkeit, erneut eine Anstellung zu bekommen. In Bezug auf Verarmungsprozesse durch Erwerbslosigkeit lässt sich feststellen, dass Haushalte, die SGB-II-Leistungen beziehen, in allen Bereichen und besonders bei medizinischen Zusatzleistungen, aus materiellen Gründen stärker unterversorgt sind als Haushalte ohne Leistungsbezug (Deutscher Bundestag 2016, S.18 f.). Im Zuge der Corona-Pandemie wurden durch Masken und andere Hygienemaßnahmen zusätzliche Ausgaben notwendig und Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen wie Kita-Essen, Tafeln und Kleiderkammern fielen weg. Entsprechende Leistungserhöhungen konnten die Mehrbedarfe nicht decken und wurden daher vom Sozialgericht in Karlsruhe als Verfassungswidrig erklärt (der Paritätische 2021). Aufgrund einer massiven Forschungsgrundlage einer sich zeitgleich immer weiter verschärfenden Situation äußerte Dr. Ulrich Schneider im Rahmen des Kongresses „Armut? Abschaffen!“ des Paritätischen Gesamtverbandes, dass es Aktivismus brauche, damit niemand mehr in Armut leben müsse und betonte „alle sozialen Errungenschaften in dieser Republik mussten erkämpft werden“ (Schneider 2021, Min. 8.33).

Dabei ist verdeckte Armut auch ein Thema, welches erwerbstätige Menschen betreffen kann. Laut Simulationsrechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung nehmen etwa 33 bis 43 Prozent der Leistungsberechtigten keine Leistungen in Anspruch (Deutscher Bundestag 2016, S.6), über die Hälfte davon fällt in die Gruppe der Erwerbstätigen. Gründe hierfür können Scham, Unwissenheit oder beispielsweise ein zu hoch eingeschätzter Aufwand bei einem geringen Leistungsanspruch sein (Bonny et al. 2016, S.189). „Die mittlere Lebenserwartung von Menschen mit geringen Einkommen beträgt mehrere Jahre weniger als die Lebenserwartung der Menschen in oberen Einkommensschichten“ (Böhm, Bräunling, Geene, Köckler, 2020 S.5). Butterwegge betont, dass die ohnehin vorhandene Ungleichheit sich im Zuge der Pandemie auf ein neues Maß zugespitzt hat. So erhöhten „katastrophale Arbeitsbedingungen (z. B. in der Fleischindustrie)“ (Butterwegge 2021, S.11) das Risiko einer Infektion. Weiterhin zeigte er auf, dass vor allem ohnehin finanziell schlechter gestellte Personen erhebliche wirtschaftliche Einbußen verzeichnen mussten, während zeitgleich wenige Reiche von der Krise profitierten. Abschließend nahm Butterwegge den Staat mit folgenden Worten in die Pflicht: „Wenn der Sozialstaat nicht in dem Sinne als „systemrelevant“ gelten will, dass er nur die bestehenden Herrschaftsverhältnisse, Machtstrukturen und Verteilungsmechanismen stabilisiert, muss er die Fehlkonstruktion der staatlichen Finanzhilfen zügig revidieren und künftig diejenigen Personengruppen stärker unterstützen, die auf den Märkten, insbesondere dem Arbeits- und dem Mietwohnungsmarkt, die geringsten Durchsetzungschancen haben“ (Butterwegge 2021, S.13).

- Wie kann verhindert werden, dass die Kosten der Pandemie noch mehr zu Lasten (prekär) Beschäftigter gehen?
- Wie gelingen neue Narrative, die Erwerbslose Menschen nicht stigmatisieren?
- Wie gelingt es, dass Menschen nicht mehr unterhalb der Armutsgrenze leben?

Im Fokus: **wohnungslose Menschen**

Die Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen hatten einschneidende Auswirkungen auf das Alltagsleben vieler wohnungsloser Menschen. Die eingeforderte soziale Distanz, die notwendigen Hygienemaßnahme, der weitestgehende Rückzug in die eigenen vier Wände war von Anfang an nicht vereinbar mit den Lebensumständen wohnungsloser Menschen (BAG W 2020). „Bundesweit schlossen von einem Tag auf den anderen Kleiderkammern, Nachtcafés, Tagesaufenthalte, Bahnhofsmissionen, Mittagstische und andere niedrighschwellige Versorgungseinrichtungen für Wohnungslose und Menschen in Wohnungsnot. Für viele kommunale Notunterkünfte und stationäre Einrichtungen nach §§ 67 ff. SGB XII galt zunächst ein Belegungsstopp. Beratungsstellen schränkten ihre Aktivitäten, Zugänge und Öffnungszeiten massiv ein.“ (Busch-Geertsema & Henke, 2020) Ihre ohnehin begrenzten Möglichkeiten zur Pflege sozialer Kontakte wurden massiv eingeschränkt (ebd.). Die Ergebnisse einer Befragung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe zeigte, dass „(...) in Politik und Verwaltung zunächst weder die Lebensrealität der von Wohnungslosigkeit betroffenen oder bedrohten Menschen noch die Arbeitsbedingungen der Hilfen im Wohnungsnotfall als handlungsrelevant erkannt wurden“ (Jordan, 2020). Jan Ortl vom Ev. Fachverband Wohnungslosenhilfe RWL betonte auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2021: „Ja, das ist und war ein Tanz auf der Rasierklinge, ein Kompromiss zwischen Hygieneanforderungen und der Freiheit des Einzelnen (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video).“

- Wie kann der besonderen Lebenssituation wohnungsloser Menschen adäquat Rechnung getragen werden?

Im Fokus: **das Handlungsfeld Globale Gesundheit**

Einmal mehr wirft die Pandemie auch Fragen der globalen (Verteilungs-) Gerechtigkeit auf. Impfstoffbeschaffung und Patentrechte sind dabei nur ein Teil der Debatte. Die Pandemie wird erst dann besiegt sein, wenn sie weltweit besiegt ist. Und auch die Folgen sind ungleich verteilt. In (meist westlichen) Ländern mit guten staatlichen sozialen Sicherungssystemen konnte die Reduktion der Arbeitszeit und -plätze besser kompensiert werden als in Ländern, die über weniger gut ausgebaute soziale Sicherungssysteme verfügen. Die Pandemie stellt einen Ausgangspunkt dar, Entwicklungen innerhalb der Globalisierung zu überdenken. Überlegungen, die Produktion wieder in den globalen Norden zu verlagern oder repetitive Tätigkeiten durch einen vermehrten Einsatz von Robotertechnik zu ersetzen, stellen Tausende von Arbeitsplätzen in Frage (Schlögl, 2021, S.25).

- Wie kommen wir zu einem Universal Health Coverage?
- Wie kann das aktuelle Bewusstsein genutzt werden, damit langfristig sozialverträglichere Entscheidungen getroffen werden?

Public Health in Deutschland – (bislang) kein guter Nährboden

Public Health sei in Deutschland im Verlauf der Pandemie viel zu leise und unsichtbar geblieben, auch im Vergleich mit anderen Ländern – etwa Australien, Neuseeland, einigen skandinavischen Staaten, Südkorea und Taiwan – betonte Prof.in Ilona Kickbusch im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit 2021. Zwar sei Public Health in Deutschland sehr viel besser organisiert als noch vor zehn Jahren, doch eigentlich müsse die Krise verdeutlichen, dass „(...) wir ein ganz anderes, sehr viel stärkeres, politischeres und gut finanziertes Public Health-System brauchen“ (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video).

Wenn Politik sich nicht am Abbau von Ungleichheiten ausrichte, seien die Handlungsmöglichkeiten von Public Health eingeschränkt. Wir bräuchten – und das habe die Pandemie gezeigt – gute Strukturen und gute politische Entscheidungen. Was es hierfür benötigt, hat das Zukunftsforum Public Health in einem Eckpunktepapier (Zukunftsforum Public Health, 2021) dargelegt. Wie unterschiedlich die Positionen politischer Vertreter*innen hierauf sind, machte eine das Papier begleitende Podiumsdiskussion auf dem vergangenen Kongress deutlich (Kongress Armut und Gesundheit 2021, unveröffentlichtes Video). So bestand zwar Einigkeit darin, dass die Pandemie "brennglasartig" gezeigt habe, dass enorme Ungleichheiten in Gesundheitschancen bestehen. Die Hintergründe und Entstehungszusammenhänge wurden jedoch sehr unterschiedlich bewertet, z. B. in einer Zunahme der Profitorientierung des Gesundheitswesens (fehlende Daseinsvorsorge, geäußert von Hilde Mattheis, SPD und MdB und Harald Weinberg, die Linke und MdB), aber auch in einer falschen Sparpolitik und bestehenden Verwaltungsstrukturen (Andrew Ullmann, FDP und MdB).

- Die Coronakrise hat gezeigt, dass es in Deutschland kein starkes Public Health-System gibt. Wie kommen wir hierzu?

Fazit

Die oben aufgeführten Bevölkerungsgruppen sollen exemplarisch die Vielfalt der Herausforderungen und Problemlagen abbilden. Zudem überlappen die Kategorien einander fast immer, wodurch sich Belastungen und Benachteiligungen zuspitzen. Wir stehen damit vor intersektionalen Herausforderungen, denen intersektoral begegnet werden muss. Individualisierte Maßnahmen, die nur auf verallgemeinerte Zielgruppen abzielen, sind nicht ausreichend, sondern müssen in größere Zusammenhänge wie politische Entscheidungen, der jeweiligen Lebenswelt, der Gemeinschaft, spezifischer Kompetenzen und der Ausrichtung des Gesundheitsdienstes eingebettet werden.

Bereits in der Ottawa Charta wurden fünf Handlungsfelder definiert, die auch in diesem Jahr die aktuelle Kongressstruktur bilden. Der Handlungsbedarf entlang der Handlungsfelder lässt sich folgendermaßen darstellen:

- Als zentrale Grundlage wird die **Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik benötigt**, die die Belange aller Menschen mitberücksichtigt: „Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden“, heißt es dazu in der Charta (WHO, 1986, S.3). Auch aufgrund des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit sollte Sozialpolitik darauf abzielen, Ungleichheiten abzubauen und Armut zu verhindern. Stattdessen waren die politischen Maßnahmen während der Pandemie so ausgerichtet, dass die Ungleichheit, die Schere zwischen Arm und Reich, noch größer wurde (vgl. Butterwegge, 2021). Weiterhin müssen Bildungspolitik, Familienpolitik, Wirtschaftspolitik und Klimapolitik sowie weitere politische Felder, die in der Allgemeinheit vielleicht nicht direkt mit Gesundheit assoziiert sind, ebenso die Ausmaße ihrer Entscheidungen auf die Gesundheit berücksichtigen, denn diese Entscheidungen bestimmen die Rahmenbedingungen, in denen wir leben. Gesundheitswissenschaftler*innen können hier zwar forschen, beraten und Empfehlungen abgeben, aber die Erkenntnisse müssen in den jeweiligen Politikfeldern auch Berücksichtigung finden. Der Sammelband „Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ gibt einen beispielhaften Überblick, wie Health in All Policies derzeit umgesetzt wird und postuliert, die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sei „die Grundlage bzw. der Rahmen für alle anderen Prinzipien“ (Trojan, 2020 S.17).
- Weiterhin muss es das **Ziel sein, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen**. Die Vielfalt und Spezifität der Lebenswelten und Bedürfnisse ergibt sich aus der Unterschiedlichkeit der Menschen und ihrer Lebenssituationen. Kita, Schule, Arbeitsplatz –

von prekärer Beschäftigung bis hin zu Homeoffice – sowie verschiedene Arten von Gemeinschaftsunterkünften und natürlich auch die eigenen vier Wände, die während der Pandemie besonders vordergründig waren, aber auch das Dorf oder der Stadtteil, in dem sich Menschen bewegen, sind die ganz direkten Lebenswelten, welche unsere Gesundheit beeinflussen und daher aktiv gesundheitsförderlich und als Grundlage hierfür auch so, dass Teilhabe ermöglicht wird, partizipativ gestaltet werden müssen.

- Darüber hinaus tragen auch die Menschen im direkten Umfeld maßgeblich zur Gesundheit bei. Daher gilt es **gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu stärken**. Unterstützungsstrukturen wie Nachbarschaftsnetzwerke, Selbsthilfe oder auch vertrauensvolle stärkende Communities, sowie gemeinsame Aktivitäten zur selbstbestimmten Gestaltung der Umwelt, gilt es zu fördern und dafür auch entsprechende Ressourcen bereitzustellen. Die Pandemie hat physische Zusammenkünfte sehr erschwert und teilweise unmöglich gemacht. Umso wichtiger ist es nun, diese wieder zu stärken und sichere und kreative Lösungen zu entwickeln, um gemeinschaftliche Aktionen wieder stattfinden zu lassen.
- Weiterhin muss Gesundheitsförderung darin unterstützen, **persönliche Kompetenzen zu entwickeln**. Auch hier ist durch die Pandemie mit größeren und neuen Herausforderungen zu rechnen. Während das soziale Leben sowie auch relevante Versorgungsbereiche zunehmend in den digitalen Raum verlagert wurden, waren insbesondere ältere Menschen zunehmend von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen. Daher müssen individuelle Angebote erfolgen, um Prozesse des Empowerments anzustoßen und somit Gesundheitskompetenzen und lebenspraktische Fähigkeiten zu erweitern und die eigene Lebenswelt handhabbarer zu machen und auch aktiv mitgestalten zu können. So sind beispielsweise auch politische Kompetenzen notwendig, um aktiv auf die umgebenden Rahmenbedingungen Einfluss zu nehmen.
- Und schließlich ist es notwendig **Gesundheitsdienste neu zu orientieren**. Auch hinsichtlich unseres Versorgungssystems hat die Pandemie enorme Schwachstellen aufgezeigt. Wie Dr.in Claudia Hövener in der Eröffnungsveranstaltung aufzeigte, wurden aber auch Veränderungen, insbesondere eine bessere ressortübergreifende Zusammenarbeit, angestoßen. Diese gilt es nun – auch international – weiter auszubauen, um bestmöglich auf Herausforderungen wie den demografischen Wandel, Digitalisierung, die Versorgung in ländlichen Regionen und auch den Klimawandel reagieren zu können. Das Ziel muss sein, nicht nur die medizinische Grundversorgung zu gewährleisten, sondern kooperativ die Gesundheit aller Menschen bestmöglich zu fördern.

Ausblick: Wie soll es weitergehen?

Die Pandemie war eine Zeit des reaktiven Handelns. Herausforderungen mussten schnell und lösungsorientiert angegangen werden. Umso mehr ist nun der Zeitpunkt gekommen, sich von diesem Handlungsmuster zu lösen – hin zur Aktivität und zu konzertierten Strategien. Dazu wurden für den Bereich Public Health im vergangenen und in diesem Jahr wichtige Grundlagen gelegt. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde beschlossen. Das Eckpunktepapier für eine Public Health-Strategie für Deutschland wurde veröffentlicht. Nicht zuletzt ist in diesem Jahr die Bundestagswahl, bei der noch einmal wichtige Weichen gestellt werden. Zum Zeitpunkt des nächsten Kongresses ist die Wahl bereits vorbei und es gilt mit den nun neuen Bedingungen umzugehen, eine neue Regierung zu adressieren und sich weiter für gesundheitliche Chancengleichheit einzusetzen.

Der Kongress will sich weiterhin als Ort für Austausch, Inspiration und Innovation verstehen, der folgende Leitfragen zur Diskussion stellen möchte:

- Wie kann ein bedürfnisorientiertes Pandemiemanagement möglich gemacht werden, mit einem breite(re)n Spektrum an Bewertungsdimensionen?
- Wie kommen wir zu einer starken Public Health-Strategie und Struktur für Deutschland?
- Wie bringen wir den Health in All Policies-Ansatz (endlich) in die konkrete Anwendung?
- Wie können wir den sozial bedingten Ungleichheiten in Gesundheitschancen nachhaltig begegnen?
- Wie gelingt uns eine gemeinsame Transformation?

Offengelegt wurde in den vergangenen Monaten die Verletzlichkeit unserer Zivilgesellschaften und unserer globalisierten Art zu wirtschaften und zu leben. Verstärkt wurden die bestehenden sozialen Ungleichheiten sowie die ökologischen Herausforderungen. Ebenso offengelegt wurde, wie wertvoll unsere Gesundheit und ein stabil funktionierendes Gesundheitssystem sind und dass alle gemeinsam in der Verantwortung stehen. Man könnte die Corona-Pandemie nun als ein Fenster für Möglichkeiten deuten im Umgang mit den Folgen dieser Pandemie (Oxenfarth, 2020, S. 17). Können wir die Weichen jetzt neu stellen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise für alle Lebewesen sowie für eine nachhaltige Wirtschaftsweise?

UN-Generalsekretär António Guterres bezeichnete die Überwindung der Corona-Pandemie als ein „Warm-up“ für unsere Bereitschaft, eine noch größere Krise zu verhindern: den globalen Klimawandel, dessen Auswirkungen uns immer vertrauter werden (Künzel & Schäfer, 2020, S. 67). Es besteht die Annahme, dass Viren und lokale Epidemien weiter außer Kontrolle geraten, solange die Natur und Lebensgrundlagen weiter zerstört werden, die Mobilität zunimmt und auch die Massentierhaltung mit steigendem Antibiotikaverbrauch in diesem Ausmaß weiter betrieben wird (Wallace, 2020, S. 104). Es konnte belegt werden, dass das Auftreten von Infektionskrankheiten und Ausbrüchen in den letzten Jahren von klimatischen Faktoren signifikant beeinflusst wurde (Stark et al., 2009, S. 2).

Welche Schlüsse sollten gezogen werden im Umgang mit der Corona-Pandemie? Und wie könnte eine Ökonomie aussehen, die "(...) Naturgrenzen respektiert und sich in die Naturkreisläufe einbettet (...)", deren Leitbilder Nachhaltigkeit, Resilienz, Kooperation und Gemeinwohlorientierung wären, die öffentlichen Infrastrukturen für Energie, Verkehr, Wasser, Gesundheit und Bildung so gestaltet, dass alle den gleichen Zugang erhalten und Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und Selbstbestimmung gleichermaßen wertschätzen würde (Loske, 2020, S. 92)? Wie wäre es, wenn das Ziel gesellschaftlicher Entwicklungen "well-being" (ein hohes Wohlergehen) für alle innerhalb der planetaren Grenzen wäre, anstelle von Wohlstand (Göpel, 2020, S. 61).

Erste Grundlagen für notwendige Transformationsprozesse finden sich im **One Health-Ansatz**. Dieser Forschungsansatz geht davon aus, dass die menschliche Gesundheit, die Tiergesundheit und eine gesunde Umwelt eng miteinander verwoben sind (Liedtke, Hornberg Mc Call, 2020, S. 163). Bei diesem Ansatz arbeiten Akteur*innen der Humanmedizin, Veterinärmedizin und Umweltwissenschaften zusammen, um z. B. der Übertragung von Krankheitserregern etwas entgegenzusetzen (Robert Koch-Institut, 2019). Gesundheitsschutz sowie Umwelt- und Klimapolitik werden hier miteinander verbunden, um die Gesundheit von Mensch und Tier verbessern und die umweltbezogenen Herausforderungen bewältigen zu können. 2015 wurde von den Staats- und Regierungschefs der Vereinten Nationen das Dokument „Transformation unserer Welt: die 2030-Agenda für nachhaltige Entwicklung“ verabschiedet. Die damit eng verknüpften 17 Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) bilden mit einem Set an Indikatoren das Erreichen des Zieles der Transformation ab. In den SDGs werden Gesundheit, Umwelt- und Klimaschutz sowie Nachhaltigkeit integriert und das Gesundheitskonzept geht dabei über den Aspekt der übertragbaren Krankheiten hinaus. Nach dem One Health-Ansatz gilt es die Klima- und Gesundheitspolitik im Hinblick auf die Agenda 2030 und die 17 Nachhaltigkeitszielen auszurichten (Doyle et al., 2020, S. 68).

Erste Beispiele, wie eine Transformation im Sinne des One Health-Ansatzes gut gelingen kann, sind dabei bereits zu Papier gebracht. So etwa das Memorandum Urbane Resilienz, welches „(...) Wege aufgezeigt hat, die Chancen für transformative Veränderungsprozesse zu nutzen und Städte und Gemeinden gegenüber Krisen und Katastrophen zu stärken.“ (Weigel, 2021, S.2). Wie wichtig Stadtteilplanung für Gesundheitsförderung und -erhaltung ist, wurde nicht erst durch die Pandemie deutlich. Im Memorandum wird daher gefordert, „(...) in allen Stadtentwicklungsinstrumenten die Gesundheitsbelange (im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention) als Regelaufgabe zu betrachten“ (Weigel, 2021, S.12).

Als Teil des One Health-Ansatzes basiert der Forschungsansatz Planetary Health auf der Tatsache, dass die Gesundheit der Menschen eng mit ihrem Lebensraum verwoben ist, welcher auf den gesamten Planeten ausgedehnt wird (Utopia, 2021). Ergänzend zu Public Health (mit lokalem und nationalem Fokus) und zu Global Health (mit Fokus auf die grenzüberschreitenden Einflussfaktoren auf Gesundheit) betont Planetary Health die Bedeutung der natürlichen Systeme als Grundlage unserer Gesundheit und Zivilgesellschaften (Planetary Health Academy, 2020). 2015 von der Rockefeller Foundation und The Lancet ins Leben gerufen, erforschen unter der Planetary Health Allianz zahlreiche Fachorganisationen, Universitäten, Umweltverbände und staatliche Einrichtungen, die Zusammenhänge zwischen Umweltzerstörung und den Risiken für die Gesundheit (vgl. Doyle et al., 2020, S. 68).

Die Corona-Krise ist ein Weckruf, der allen deutlich und spürbar aufzeigte, dass unsere Gesundheit von einem stabilen und gesunden Planeten abhängt. Klar ist, dass dieses globale Ereignis auch nur gemeinsam zu bewältigen ist, denn es sind fast alle Staaten der Welt betroffen und diese Krise wurde zum „(...) Testfall für weltweite Kooperation und betont den dringenden Handlungsbedarf, internationale Strategien und Krisenvorsorge und -bewältigung weiterzuentwickeln (...)“ (Künzel & Schäfer, 2020, S. 63).

Zu dieser gemeinsamen Bewältigung möchte der Kongress unter dem Motto „Was jetzt zählt“ beitragen und auch einladen. Im Sinne der drei genannten Handlungsmaximen der Ottawa Charta **tritt der Kongress für gesundheitsbezogene Interessen ein und übernimmt dabei Anwaltschaft** insbesondere für vulnerable Gruppen. Dies ist auch ein Bestandteil zur **Befähigung und der Ermöglichung Potenziale auszuschöpfen**. Zudem erkennen wir an, dass wir alle und auch die Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis stets Lernende sind und dass es fortlaufender Befähigung Aller bedarf, um unseren Zielen näher zu kommen. Hierfür nutzen wir den Kongress als **Plattform für Vermittlung und Vernetzung**. Um unser Handeln besser zu koordinieren und zu optimieren, werden neue Erkenntnisse und Erfahrungswerte aus verschiedenen Fachbereichen vorgestellt und diskutiert. Zudem soll der Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis, Zivilgesellschaft und Politik ausgebaut werden, um neue Perspektiven zu entwickeln und uns zu bestärken, gemeinsam weiter an der Vision von Gesundheit für alle zu arbeiten.

Literaturverzeichnis

- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). **Erfahrungen und Perspektiven von jungen Menschen während der Corona-Maßnahmen.** Verfügbar unter: https://hildok.bsz-bw.de/files/1078/Rusack_JuCo.pdf
- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). **Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen.** Verfügbar unter: https://hildok.bsz-bw.de/files/1166/Heyer_JuCo_2.pdf
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020). **Jahresbericht 2020.** Verfügbar unter: www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Jahresberichte/2020.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N. & Umek, L. **Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective.** *Sustainability*. 12(20), 8438. doi: 10.3390/su12208438
- Baumann, M., Berghäuser, A., Bolz, T. & Martens, T. (2021). **Den Fokus neu denken – Skizze eines Pandemiemanagements auf Grundlage der Bedürfnisse und Lern- und Entwicklungserfordernissen von Kindern, Jugendlichen und Familien.** Verfügbar unter: www.socialnet.de/materialien/attach/654.pdf
- Bignal, T., Gouvier-Seghrouchni, R. (2020): **EASPD Snapshot Report. The Impact of Covid-19 on Disability Services in Europe.** Verfügbar unter: https://www.easpd.eu/sites/default/files/sites/default/files/Publications2020/impact_of_covid-19_on_disability_services_in_europe_a_first_snapshot.pdf
- Blom, A.G. & Möhring, K. (2021): **Soziale Ungleichheit in der Beschäftigungssituation während der frühen Phase der Coronakrise.** In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.), Auswirkungen der Coronapandemie – Auszug aus dem Datenreport 2021. Verfügbar unter: www.wzb.eu/system/files/docs/sv/k/kap_14_dr2021.pdf
- BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2021): **Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen.** Verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhaberbericht.pdf;jsessionid=9C9BDDFA9AF01D5B29B95614EAFBBEBB.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=4
- Böhm K., Bräunling S., Geene R., Köckler H. (Hrsg) (2020). **Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland.** Wiesbaden: Springer VS
- Bonny, C., Müller, T., Munz-König, E., Seifert, W. (2016). **III Einkommen, Vermögen, Armut und Reichtum** (S. 117-264). In: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Sozialbericht NRW 2016. Armuts- und Reichtumsbericht. Verfügbar unter: www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2016.pdf
- Bozorgmehr, K., Hintermeier, M., Razum, O. et al. **SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte.** 2020. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. Version 1.0, 29.05.2020. Verfügbar unter: www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/FactSheet_PHNetwork-Covid19_Aufnahmeeinrichtungen_v1_inkl_ANNEX.pdf



Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (2020). **Jetzt erst recht! Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern.** Verfügbar unter: www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/BAGSO-PositionspapierJetzt_erst_recht_Lebensbedingungen_aelterer_Menschen_verbessern.pdf

Busch-Geertsema, V.&Henke, J. (2020). **Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Wohnungsnotfallhilfen.** Kurzexpertise als Ergänzung zum Forschungsbericht „Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung“, Forschungsbericht 566 Gesellschaft für innovative Sozialplanung und Sozialforschung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Verfügbar unter: www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Service/fb-566-auswirkungen-covid-19-auf-wohnungsnotfallhilfen.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Butterwegge, C. (2021). **Das neuartige Virus trifft auf die alten Verteilungsmechanismen: Warum die COVID-19-Pandemie zu mehr sozialer Ungleichheit führt.** Wirtschaftsdienst 101, 11–14. doi: [h10.1007/s10273-021-2817-5](https://doi.org/10.1007/s10273-021-2817-5).

Der Paritätische (2021). **Corona-Zuschuss zu gering und verfassungswidrig: Der Paritätische zum Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe.** Pressemitteilung erstellt von Gwendolyn Stilling. Verfügbar unter: www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/corona-zuschuss-zu-gering-und-verfassungswidrig-der-paritaetische-zum-urteil-des-sozialgerichts-karl/

Deutsche Bundesregierung (2021). **Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie – Weiterentwicklung 2021.** Verfügbar unter: www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873516/3d3b15cd92d0261e7a0bc8f43b7839/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-nicht-barrierefrei-data.pdf?download=1

Deutscher Bundestag (2016). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katja Kipping, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – **Drucksache 18/10337 – Neuermittlung der Regelbedarfe in den Grundsicherungen.** Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/103/1810337.pdf>

Deutsches Institut für Urbanistik (2017). **Was ist eigentlich Transformation?** Verfügbar unter: <https://difu.de/nachrichten/was-ist-eigentlich-transformation>

Doyle, U., Schröder, P., Schönfeld J., Westphal-Settle, K. (2020). **Was ist der One Health-Ansatz und wie ist er umzusetzen?** In: Umweltbundesamt (Hrsg.). UMID: Umwelt und Mensch – Informationsdienst. (S. 65-72). Verfügbar unter: www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/4031/publikationen/umid-02-20-one_health.pdf

Dragano, N. & Conte, A. (2020). **“Health in All Policies” und gesundheitliche Chancengleichheit: COVID-19 als Fallstudie.** Public Health Forum, 28(3), 185-187.

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2021a): **Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. Abschlussbericht. Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen.** Verfügbar unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf

Dover Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2021b): Pressemitteilung. Corona: Deutliche Rückschritte für Teilhabe und Inklusion bei Menschen mit Behinderungen. Verfügbar unter:



https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Presse/PM-Konsultationsprozess_Ef-bf_02-07-2021.pdf

Foissner, F., Glassner, V., & Theurl, S. (2021). **Krisengewinner Patriarchat? Wie die COVID-Arbeitsmarktkrise Frauen trifft.** In: U. Filipi & A. Schönauer (Hrsg.), Ein Jahr Corona: Ausblick Zukunft der Arbeit (S. 56-68). Wien: ÖGB-Verlag. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72645-2>

Gaertner, B., Fuchs, J., Möhler, R., Meyer, G., Scheidt-Nave, C. (2021). **Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review.** Journal of Health Monitoring 6(S4): 2–39. doi: 10.25646/7856

Geene, R., Gerhardus, A., Grossmann, B., Kuhn, J., Kurth, B.M., Moebus, S. et al. (2019). **Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland.** Berlin: Zukunftsforum Public Health.

Gerick, J. (2021). **Bildungsgerechtigkeit in einer digitalisierten Welt – Herkunftsbedingte Unterschiede und Perspektiven für Schule und Unterricht.** Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.). Verfügbar unter: www.boell.de/de/2021/04/15/bildungsgerechtigkeit-in-einer-digitalisierten-welt

Göpel, M. (2020). **Über Systemrelevanz und Geschlechtergerechtigkeit. Die Finanzialisierung zurückdrehen.** In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 59-62). Band 163. München: oekonom Verlag

Grobe, T., Steinmann, S. & Szecsenyi J. (2018). **Arztreport 2018 -Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.** Berlin: Barmer.

Grosch, C. (2021): **Talk: Teilhabe in der Krise: Wie Corona die soziale Spaltung sichtbar macht.** In: Der Paritätische (Hrsg.). Aktionskongress #ArmutAbschaffen 2021. Verfügbar unter: <https://youtu.be/wlbW-UXqcnY>

Hintermeier, M., Jahn, R., Biddle, L., Gencer, H., Hövener, C., Kajikhina, K., Mohsenpour, A., Oertelt-Prigione, S., Razum, O., Spallek, J., Tallarek, M. & Bozorgmehr, K. **SARS-CoV-2 bei Migrant*innen und geflüchteten Menschen.** 2021, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. doi: 10.4119/unibi/2952828. Verfügbar unter: www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/SARS_COV_2_bei_MigrantInnen_Policybrief_v10.pdf

Holleder A. (2020). **Arbeitsmarkt. Gesundheit in der Arbeitsmarktpolitik und -förderung.** S.109-130 In: Böhm K., Bräunling S., Geene R., Köckler H. (Hrsg): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden. Springer VS

Holz, G. & A. Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.). (2020). **Corona-Chronik Gruppenbild ohne (arme) Kinder - Eine Streitschrift,** Frankfurt am Main und Hannover. Verfügbar unter: www.iss-ffm.de/aktuelles/corona-chronik-gruppenbild-ohne-arme-kinder-eine-streitschrift

Jordan, R. (2020). **Corona und die Auswirkungen auf Menschen in Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit und auf das Hilfesystem.** In: wohnungslos (4/2020). Verfügbar unter: www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PUB/PUB_wl_2020_4_Inhalt.pdf

Khalil, S., Liezt, A. & Mayer, S. J. (2020). **Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten.** In DeZIM Research Notes – DRN #3/20. Berlin: DeZIM-Institut. Verfügbar unter: https://dezim-institut.de/fileadmin/Publikationen/Research_Notes/DRN_3_Systemrelevante_Berufe/ResearchNotes_03_200525_web.pdf#page=5



Knöchelmann, A. & Richter, M. (2021). COVID-19 und soziale Ungleichheit. Public Health Forum, 29(1), 2-4.

Künzel, V. & Schäfer, L. (2020). **Lehren aus der Coronakrise**. In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 63-68). Band 163. München: oekom Verlag

Leimbach, A. (2020). **Armut macht krank**. Beitrag in der taz vom 21.2.2021
<https://taz.de/Soziologe-ueber-Corona-und-soziale-Spaltung!/5752996/>

Lewicki, A. (2021). **Aktueller Forschungsstand. Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von COVID-19 betroffen?** Berlin: Mediendienst Integration. Verfügbar unter:
https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/MEDIENDIENST_Expertise_Covid-19_und_Migrationshintergrund.pdf

Liedtke, T.P., Hornberg C. & Mc Call, T. (2020). **Integrierter Gesundheitsschutz von Mensch, Tier und Umwelt. One Health**. In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 76-81). Band 163. München: oekom Verlag

Loske, R. (2020). **Lehren für die Große Transformation. Traut euch**. In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 88-94). Band 163. München: oekom Verlag

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt P. & Morrison, J., (2020). **Health equity in England: The Marmot Review 10 years on**. London: Institute of Health Equity. Verfügbar unter: www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (ZFFH) (2021). **Ergebnisse der COSMO-Umfrage: Wellen 5, 7 und 9**. Verfügbar unter: www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona/cosmo-umfrage-familien-in-der-covid-19-krisensituation/ergebnisse-der-cosmo-umfrage-wellen-5-7-und-9/

Oxenfarth, A. (2020). **Fünf Lehren aus der Coronakrise**. In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 17). Band 163. München: oekom Verlag

Planetary Health Academy (2020). **Planetary Health. Beispiele und Perspektiven**. Verfügbar unter: <https://planetary-health-academy.de/programme/planetary-health-beispiele-und-perspektiven/>

Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (2020). **Lehren aus der Corona-Krise für die Stabilisierung des Klimas**. Verfügbar unter: www.pik-potsdam.de/de/aktuelles/nachrichten/lehren-aus-der-corona-krise-fuer-die-stabilisierung-des-klimas

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M. et al. (2021). **Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany**. Eur Child Adolesc Psychiatry (2021). doi: 10.1007/s00787-021-01726-5

Robert Koch-Institut (2019). **Das One-Health-Konzept**. Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/One-Health/One_Health-Konzept.html

Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., Riedel-Heller, S.G. (2020). **Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review**. Psychiatrische Praxis 47(04), 179-189. doi: 10.1055/a-1159-5562

Sachverständigenkommission zur Erstellung des Achten Altersberichts der Bundesregierung (2020). **Ältere Menschen und digitale Technologien in der Corona-Pandemie – Positionspapier**. Verfügbar unter: [www.achter-](http://www.achter-bericht.de)

altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Positionspapier_der_Achten_Altersberichtskommission_zu_Corona.pdf

Schlögl, L. (2021). **COVID-19 als "grosser Ungleichmacher": die Krise der Arbeit und ihre globalen sozialen Folgen.** In: U. Filipi & A. Schönauer (Hrsg.), Ein Jahr Corona: Ausblick Zukunft der Arbeit (S. 21-27). Wien: ÖGB-Verlag. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72639-4>

Schneider, U. (2021). **Input auf dem digitalen Aktionskongress #ArmutAbschaffen: Armut? Abschaffen!** Video verfügbar unter: www.youtube.com/watch?v=k5OtGF8TMog&t=499s

Statistisches Bundesamt (2020). **Zahl der Woche Nr. 14 vom 31. März 2020.** Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_14_p002.html

Stark, K., Niedrig, M., Biederbick, W., Merkert, H. & Haacker, J. (2009). **Die Auswirkungen des Klimawandels. Welche neuen Infektionskrankheiten und gesundheitlichen Probleme sind zu erwarten?** Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesund/Umwelteinfluesse/Klimawandel/Bundesgesundheitsblatt_2009_07.pdf?__blob=publicationFile

The Health Foundation (2020). Webinar: **Build back fairer: Inequalities and COVID-19 in England.** Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=vRyVNylrBn0&t=133s>

The Lancet Countdown on Health and Climate Change. Policy Brief für Deutschland 2020. Verfügbar unter: https://klimagesund.de/wp-content/uploads/2020/12/Lancet-Countdown-Policy-Brief-Germany_DEU.pdf

Trojan A., (2020). **Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzeptes der Gesundheitsförderung** (S. 17-35) In: Böhm K., Bräunling S., Geene R., Köckler H. (Hrsg): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden. Springer VS

Umweltbundesamt (2020). **Gesellschaftliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Deutschland und mögliche Konsequenzen für die Umweltpolitik.** Verfügbar unter: www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/376/publikationen/2020_09_02_pp_gesellschaftliche_auswirkungen_bf.pdf

Utopia (2021). **Planetary Health. Definition und wie du dazu beitragen kannst.** Verfügbar unter: <https://utopia.de/ratgeber/planetary-health-definition-und-wie-du-dazu-beitragen-kannst/>

von Würzen, B. (2020). **Traditionelle Rollenverteilung in Corona-Krise belastet die Frauen.** Verfügbar unter: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Spotlight_Rollen_und_Aufgabenverteilung_bei_Frauen_und_Maennern_in_Zeiten_von_Corona.pdf

Wallace R. (2020). **Was COVID-19 mit der ökologischen Krise, dem Raubbau an der Natur und dem Agrobusiness zu tun hat.** In: Politische Ökologie. Die Coronakrise. Stimulanz für die Große Transformation? (S. 104-105). Band 163. München: oekonom Verlag

Watts, N. et al. (2020). **Der Lancet Countdown 2020 zu Gesundheit und Klimawandel: Antworten auf sich überlagernde Krisen.** Verfügbar unter: https://klimagesund.de/wp-content/uploads/2020/12/20201203-Lancet-Executive-Summary_German.pdf



Weigel, O. (2021). **Memorandum Urbane Resilienz**. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hrsg.). Verfügbar unter: www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/Publikationen/memorandum_urbane_resilienz.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Weltgesundheitsorganisation (1986). **Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung**. Verfügbar unter: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Zukunftsforum Public Health (2021). **Eine Public-Health-Strategie für Deutschland – Eckpunkte des Zukunftsforums Public Health**. Verfügbar unter: <https://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/>