

Gesundheit im Gesetz

Weiterentwicklungsideen im Public-Health-System anhand eines
Ländervergleichs



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Redaktion: Klara Doppler

Wissenschaftliche Leitung und Projektkoordination: Maria Kletečka-Pulker

Unter Mitarbeit von: Verena Albrecht, Magdalena Eitenberger, Dilara Gündüz, <
Ann-Kathrin Ruf

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/3xy

Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

 **Bundesministerium**
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln von Gesundheitsförderung 21+

Inhalt

1 Einleitung und Hintergrund.....	7
1.1 Public Health.....	7
1.1.1 Health in All Policies.....	8
1.1.2 Österreichische Grundlagen	8
2 Methodik	10
2.1 Projektüberblick.....	10
2.2 Sekundärforschung.....	10
2.3 Interviewführung mit Stakeholdern	11
2.4 Limitations	11
3 Status quo in Österreich	12
3.1 „Recht auf Gesundheit“ im Verfassungsrecht.....	12
3.2 „Recht auf Gesundheit“ und „Public Health“ auf einfachgesetzlicher Ebene.....	16
3.2.1 Recht auf Gesundheit des:der Einzelnen.....	16
3.3 Fazit.....	19
3.3.1 Public Health und Prävention im Sozialversicherungsrecht.....	19
3.3.2 Public Health in der österreichischen Legistik.....	20
4 Grundlagen der Vergleichsländer.....	23
4.1 Deutschland	23
4.1.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen	23
4.1.2 Einfachgesetzliche Ebene.....	24
4.1.3 Public-Health-Strategien.....	25
4.1.4 Projekte.....	25
4.2 Schweden.....	26
4.2.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen	27
4.2.2 Einfachgesetzliche Ebene.....	27
4.2.3 Public Health Strategien	29
4.3 Schweiz	30
4.3.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen	31
4.3.2 Public Health Strategien	31
4.3.3 Befragungen und Evaluierungen	32
4.3.4 Public-Health-Organisationen.....	33
4.4 Südaustralien	33
4.4.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen	33
4.4.2 Public Health in South Australia	34
4.5 Wales	36

4.5.1 Public Health im Gesetz	36
4.5.2 Public Health Institutionen	39
5 Ländervergleich ausgewählter Public-Health-Aspekte	41
5.1 Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen (Gesundheitsziel 1)	41
5.1.1 Allgemein	41
5.1.2 Inklusion und Förderung von Personen mit Behinderung am Arbeitsplatz	41
5.1.3 Mutterschutz und Karenz	52
5.2 Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen (Gesundheitsziel 2)	55
5.2.1 Allgemein	55
5.2.2 Gendergerechtigkeit	55
5.2.3 LGBTIQ+	63
5.3 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bevölkerung stärken (Gesundheitsziel 3)	70
5.3.1 Allgemein	70
5.3.2 Health Literacy von Personen mit Migrationshintergrund.....	71
5.4 Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern (Gesundheitsziel 4)	83
5.4.1 Allgemein	83
5.4.2 Gesundheitsfolgenabschätzung.....	83
5.5 Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern (Gesundheitsziel 9)	97
5.5.1 Allgemein	97
6 Lösungsvorschläge.....	106
6.1 Förderung von Grundlagenforschung und Bedürfnisermittlung.....	106
6.1.1 Zugänglichmachen von Daten	106
6.1.2 Zurverfügungstellen von Mitteln und Ressourcen für die Wissenschaft	107
6.2 Erleichterter Zugang zu Public-Health-Gesetzgebung und Grundlagendokumenten.	107
6.2.1 Kumulation von Public-Health-Gesetzen.....	107
6.2.2 Förderung von Health-Literacy und Gesundheitsbildung	108
6.2.3 Verfügbarkeit von Informationen in mehreren Sprachen und in einer „easy read“-Version	108
6.3 Errichtung von einer zentralen Anlaufstelle	108

6.3.1 Vernetzung.....	109
6.4 Public-Health-Gesetz und Erweiterung bestehender Public-Health-Legistik.....	109
6.4.1 Public-Health-Gesetz	110
6.4.2 Ausarbeitung von Public-Health-Bestimmungen in bestehenden Gesetzen	111
6.5 Verstärkung der Dimension “Gesundheit” in den Instrumenten der Folgenabschätzung: Nutzung bestehender Institute zur bestmöglichen Anwendung von HiAP im österreichischen Public-Health-System:.....	112
Anhänge	113
Annex I: Interviewleitfaden	113
Annex II: Interviewpartner:innen	114
Literatur.....	116

1 Einleitung und Hintergrund

Im Rahmen der diesem Bericht zugrunde liegenden Studie wurde untersucht, ob die österreichische Gesetzeslage flächendeckende Rechtssicherheit sowie die bestmöglichen rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich Public-Health-Themen bietet oder ob ein möglicher Adaptierungs- und Erweiterungsbedarf der gegebenen Gesetze besteht bzw. die Ausarbeitung eines eigenen Public-Health-Gesetzes anzudenken ist. Die Studie soll als Orientierung für Stakeholder bzw. Entscheidungsträger:innen in der Gesundheitspolitik (wie Bundes- und Landespolitik, Sozialversicherung und im Umsetzungsfeld von Public Health) dienen.

1.1 Public Health

Für den Terminus „Public Health“ hat sich eine Vielzahl von Definitionen entwickelt. Die am häufigsten verwendete stammt von *Acheson* und wurde von der WHO übernommen: „Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Verhinderung von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft“ (Great Britain – Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function, 1988; Robert Koch Institut, 2016).

Die Österreichische Gesellschaft für Public Health beschreibt Public Health als „Überbegriff, der das gemeinsame Handeln für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung bezeichnet“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health, 2021). Den meisten Definitionen ist eine Betonung des allgemeinen öffentlichen Interesses gemein – wobei ein Schwerpunkt auf die breiteren Gesundheitsfaktoren und den Wunsch, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu verbessern, gelegt wird (Beaglehole et al., 2004). Die Einsicht, dass Gesundheitsförderung bereits lange vor einem etwaigen Spitalaufenthalt ein zentrales Anliegen für jede:n Einzelne:n sein sollte und darüber hinaus das Thema weit aus mehr umfasst als den klassischen Bereich der Krankenversorgung, stellt folglich die Grundlage der Public-Health-Bewegung dar.

1.1.1 Health in All Policies

Die Ottawa Charta 1986 (World Health Organization, 1986) stellt einen wesentlichen Meilenstein in der Entwicklung von Public Health dar – „Gesundheit für Alle bis 2000“ lautete das erklärte Ziel. Das Bestreben liegt nun nicht mehr lediglich darin, Krankheiten zu vermeiden, sondern in der Förderung und der Erhaltung von Gesundheit in verschiedenen Lebensbereichen.

Die zentrale Forderung nach „Health in All Policies“ (HiAP) – also Gesundheit als gesamtgesellschaftlicher Fokus – wurde 2013 von der WHO verabschiedet. Für die Umsetzung der Vision „Health in All Policies“ gilt es, ein Miteinander aller Stakeholder auf dem Gebiet von Public Health zu schaffen und eine grenzübergreifende Zusammenarbeit zu gewährleisten. „HiAP versteht Gesundheitspolitik als Querschnittsbereich und trägt diesem Umstand Rechnung, indem der expliziten Gesundheitspolitik (medizinische Krankenversorgung, Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung) implizite Gesundheitspolitik (Wohnraum, Verkehr, Bildung, Arbeit und Soziales, Umwelt etc.) hinzu gestellt wird“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health, 2009).

Das österreichische Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG) sowie die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit definieren „Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“ als die verstärkte Berücksichtigung des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren, um die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig zu fördern.

International gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte und Strategien, wie „Health in All Policies“ umgesetzt werden kann. Auf die Umsetzung in Schweden, der Schweiz, Deutschland, Wales und Südaustralien wird im Folgenden näher eingegangen. In Österreich gibt es seit 2012 den Prozess der Gesundheitsziele, in dem zehn sektorenübergreifende Ziele zur Förderung der Gesundheit definiert wurden (Gesundheit Österreich GmbH, o. D.).

1.1.2 Österreichische Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage in Österreich wird durch internationale, europäische und nationale Bestimmungen getragen. Auch unter den nationalen Bestimmungen gibt es keine zentrale Public-Health-Kernmaterie, sondern Bestimmungen, die Public-Health-Aspekte betreffen, finden sich über eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen verstreut. Diese

fragmentierte sowie teilweise unvollständige und veraltete Herangehensweise wurde bereits in einer Analyse des österreichischen Public-Health-Systems durch die WHO im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies kritisiert (Ladurner, 2011).

Explizite Erwähnung findet Public Health in Österreich etwa in der 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie in der 15a Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit.

2 Methodik

2.1 Projektüberblick

Zum besseren Verständnis des Zusammenspiels von Public Health in den diversen Nationen und zur Sammlung von Ideen zur Verbesserung des österreichischen Public-Health-Systems über die Landesgrenzen hinaus ist das Bundesministerium an uns (Ludwig Boltzmann Institute for Digital Health and Patient Safety) herangetreten, um das nationale Public-Health-System Österreichs jenem von fünf anderen Nationen gegenüberzustellen. Als Vergleichsnationen wurden Deutschland, Schweden, die Schweiz, Wales und Südaustralien vorgegeben.

2.2 Sekundärforschung

1. Im ersten Schritt wird die aktuelle Lage der bestehenden Public-Health-Landschaft in Österreich anhand einer Rechts- und Literaturrecherche beleuchtet. Der Stufenbau der Rechtsordnung wurde auf Basis der Themen „Public Health“ und „Recht auf Gesundheit“ analysiert.
 - a) *Besonderes Augenmerk soll hierbei auf jenen Themen liegen, die auch den österreichischen Gesundheitszielen zugrunde gelegt wurden. Eine Auswahl an Gesundheitszielen und Unterpunkten wurde im Vorfeld getroffen. Bei der Selektion der Themen wurde neben der Aktualität der Themenbereiche vor allem auch die Eignung zur Vornahme einer Komparation mit den Vergleichsnationen bedacht.*
2. Im zweiten Schritt wurde eine Rechts- und Literaturrecherche in Bezug auf die Vergleichsnationen Deutschland, Schweden, Schweiz, Südaustralien und Wales durchgeführt. Neben einer inhaltlichen Analyse wurde bereits bei der Recherche ein Augenmerk auf interessante Differenzen und Ähnlichkeiten gelegt, um einen möglichen Handlungsbedarf in Österreich zu eruieren. Die nationale Situation bezüglich ebendieser Themen wurde folglich mit den Gegebenheiten der ausgewählten Nationen sowie internationalen Bestimmungen verglichen. Zu beachten gilt hierbei auch die Entwicklung, dass sich gesetzliche Bestimmungen im Bereich des Gesundheits- und Public-Health-Rechts vermehrt in eine internationale Richtung bewegen (Taylor, 2017).

2.3 Interviewführung mit Stakeholdern

Die Befragung von Stakeholdern fand persönlich oder via Telekonferenztools (*Zoom* oder *MS Teams*) statt. Die Interviews wurden in teilstrukturierter Form durchgeführt. Für jeden einzelnen Stakeholder wurde eigens ein Fragebogen konstruiert; aufgrund der Diversität der Expert:innen wäre ein allgemeiner Fragebogen für alle Interviews nicht zielführend, um ihr spezifisches Wissen in die Studie aufnehmen zu können. Einheitlich gestaltet waren allerdings Fragen, die nach lösungsorientierten Ideen im Bereich Public Health suchten, um einen Datenvergleich zu ermöglichen. Hier wurden die Meinungen hinsichtlich des Handlungsbedarfs in Bezug auf das jeweilige Spezialthema der Experten – also auch grundsätzliche Wünsche und Adaptierungsvorschläge im Public-Health-Sektor – eingeholt. Die Interviews dauerten jeweils zwischen 45 und 70 Minuten. Je nach Experte bzw. Expertin wurden die Interviews in deutscher oder englischer Sprache geführt. Auch die Interviewleitfäden wurden für nicht-deutschsprachige Stakeholder auf Englisch verfasst.

2.4 Limitations

Aufgrund der großen Bandbreite des Themas „Gesundheit im Gesetz“ – allen voran in Kombination eines Ländervergleiches, ist festzuhalten, dass es sich bei folgenden Ausarbeitungen um eine explorative Analyse handelt und aus zeitlichen Gründen kein vollumfängliches Bild der behandelten Gebiete aufgezeichnet werden kann.

3 Status quo in Österreich

- Einwohner:innen: 8,9 Millionen
- Frauenanteil: 50,8 %
- Lebenserwartung Frauen: 84,21 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 79,54 Jahre

3.1 „Recht auf Gesundheit“ im Verfassungsrecht

In Österreich gibt es auf Bundesebene mehrere Gesetze im Verfassungsrang, die die verfassungsrechtlichen Grundlagen auf gesamtstaatlicher Ebene regeln, sowie neun Landesverfassungen der Bundesländer. Die zentrale Norm der österreichischen Verfassung ist das Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) aus dem Jahr 1920.

Das geltende österreichische Verfassungsrecht enthält weder ein explizites Grundrecht auf Gesundheit noch ein verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht auf Zugang zu gesundheitserhaltenden und wiederherstellenden Leistungen (Weber, 2002).

Anm.: Die Idee, den österreichischen Grundrechtekatalog um ein Grundrecht auf Gesundheit zu ergänzen, wurde in der Vergangenheit – etwa in einem Initiativantrag (144/A XX. GP) – bereits aufgegriffen, aber nie umgesetzt.

Selbst wenn in Österreich kein explizites Grundrecht auf Gesundheit normiert ist, wird die körperliche Integrität auf verfassungsrechtlicher Ebene mittels Art. 2 EMRK geschützt.

„In Art 2 EMRK ist der Schutz des Lebens normiert. Das ist ein im Verfassungsrang stehendes Bekenntnis auch zur Gesundheit, wie auch immer es im Einzelnen ausgestaltet wird. – Hon. Prof Dr. Gerhard Aigner

Das Recht auf Leben des Art. 2 EMRK wird als die Voraussetzung aller anderen Grundrechte angesehen (Mathieu, 2006). Eine weite Bandbreite jüngerer Entscheidungen des EGMR bekräftigen dabei, dass dem Recht auf Leben auch die Schutzpflicht des Staates auf die bestmögliche Erhaltung der Gesundheit inhärent ist. So stellte der EGMR im Fall *Hristozov und andere gg Bulgarien* eine Verletzung wegen Unterlassung der adäquaten medizinischen Versorgung fest.¹

Anm.: Den Normen der Europäischen Menschenrechtscharta (EMRK) kommt seit dem Jahr 1964 der Rang von Verfassungsrecht zu. Die Rechte der EMRK stellen daher für die österreichischen Gerichte und Verwaltungsbehörden unmittelbar anwendbares Verfassungsrecht dar und können vor diesen und schließlich auch vor dem Verfassungsgerichtshof durchgesetzt werden.

Ein Recht auf Gesundheit bedeutet in diesem Sinne nicht das Recht, gesund zu sein, oder den Anspruch darauf, die perfekte Gesundheit unter Abwesenheit jeglicher Krankheit/Gebrechlichkeit zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten, sondern es wird im internationalen Menschenrechtsbereich als der höchste zu erreichende Gesundheitszustand verstanden (Hervey, 2003; Tomaševski, 2001). Dieses Verständnis wurde erstmals in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation als „highest attainable standard of health“ formuliert (World Health Organization, 1946).

Beim Recht auf Gesundheit handelt es sich um ein sogenanntes **soziales Grundrecht**. Im Gegensatz zu Freiheitsrechten, die sich primär auf ein Unterlassen des Staates richten, gewähren soziale Grundrechte subjektive verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte, die dem Einzelnen einen gegen den Staat gerichteten Anspruch auf soziale Leistungen gewähren. Neben dem Recht auf Gesundheit stellt etwa das Recht auf Arbeit oder Wohnen ein soziales Grundrecht dar (Berka et al., 2019).

Soziale Grundrechte sind im österreichischen Verfassungsrecht nicht systematisch verankert und auch ein verfassungsrechtliches Bekenntnis zum Sozialstaat – wie dies etwa im deutschen Grundgesetz enthalten ist – gibt es in Österreich nicht (Öhlinger & Stelzer, 2010).

¹ EGMR 13.11.2012, 47039/11, 358/12 (Hristozov und andere gg Bulgarien).

Anm.: Vor allem um die Jahrtausendwende gab es in Österreich Bemühungen, das sozialstaatliche Prinzip in die österreichische Verfassung aufzunehmen. So war es etwa Ziel eines Volksbegehrens von 2002, den Art. 1 der österreichischen Verfassung um einen Abs. 2 zu ergänzen und so das sozialstaatliche Prinzip, neben dem demokratischen, bundesstaatlichen und republikanischen Prinzip,² in die Verfassung aufzunehmen (Schmid, 2002).

Internationale und europäische Dimensionen

In **Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR)** ist das Recht eines: einer jeden auf das für ihn: sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit festgehalten. Um ebendieses soziale Grundrecht gewährleisten zu können, sind die Vertragsstaaten dazu angehalten, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um folgende Ziele zu erreichen:

- Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie Sicherstellung einer gesunden Entwicklung des Kindes;
- Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
- Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;

Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Zwar ist der internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Österreich nicht unmittelbar anwendbar, da Österreich diesem mit Erfüllungsvorbehalt beigetreten ist, doch ist davon auszugehen, dass die darin gewährten Rechte in Österreich bereits weitgehend gesetzlich umgesetzt sind. Gerichte und Verwaltungsbehörden haben in ihren Zuständigkeitsbereichen deshalb die Durchsetzung der im WSK-Pakt verankerten Rechte zu gewährleisten (Moser, 2018).

² Art. 1 B-VG: „Österreich ist eine demokratische Republik“ & Art. 2 B-VG: „Österreich ist ein Bundesstaat“.

Bei der Europäischen Sozialcharta (ESC) handelt es sich um ein völkerrechtlich verbindliches Abkommen, das der Bevölkerung der Unterzeichnerstaaten umfassende soziale Rechte garantiert.

Anm.: Im Bereich der wirtschaftlichen und sozialen Grundrechte ist die ESC das Gegenstück zur Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), die den Schutz der bürgerlichen und politischen Grundrechte und Grundfreiheiten gewährleistet (*Europarat und Europäische Sozialcharta*). Auch die europäische Sozialcharta steht in Österreich nicht im Verfassungsrang.

Art. 11 der ESC normiert das Recht auf Schutz der Gesundheit. Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien entweder unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die unter anderem darauf abzielen, die Ursachen von Gesundheitsschäden so weit wie möglich zu beseitigen, Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten zu schaffen, um eine Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung des persönlichen Verantwortungsbewusstseins in Gesundheitsfragen zu ermöglichen, und so weit wie möglich epidemischen, endemischen und anderen Krankheiten sowie Unfällen vorzubeugen.

Art. 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC) stipuliert, dass „jeder Mensch das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten [hat]. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“ Es handelt sich einerseits um ein Abwehrrecht gegen Eingriffe in den Zugang zur Gesundheitsvorsorge von staatlicher Seite, andererseits sind eine staatliche Verpflichtung zur Gewährleistung des Zugangs und zur Abwehr von Störfaktoren sowie das kurative Recht auf Versorgung enthalten (Handstanger, 2012). Es handelt sich somit (zumindest zum Teil) um ein soziales Grundrecht. Der Umfang des originären Leistungsrechts auf ärztliche Versorgung ist allerdings fraglich (Damjanovic, 2019; Nußberger & Lang, 2016). Zudem hat der OGH festgehalten, dass die GRC ausschließlich bei der Durchführung – d. h. im Anwendungsbereich – des Rechts der Union gilt (OGH 22.2.2016, 10 Ob S 11/16i). Auf rein innerstaatliche Sachverhalte findet also auch das „Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung“ keine Anwendung.

Exkurs – Querschnittsmaterie Public Health und Kompetenzbereich des Gesundheitswesens im Verfassungsrecht:

Von einer sogenannten „Querschnittsmaterie“ spricht man, wenn ein größerer Aufgabenbereich, wie ihn etwa das Thema Public Health darstellt, verschiedenen Kompetenztatbeständen zuzuordnen ist und in der Folge nicht von einem einzigen Gesetzgeber (Bund oder Land), sondern von Bundes- und Landesgesetzgebern unter jeweils verschiedenen Gesichtspunkten gesetzlich zu regeln ist. Die Anknüpfungspunkte der Kompetenzverteilung finden sich in Art 10–15 B-VG. Das Gesundheitswesen ist in Art 10 Abs 1 Z 12 leg. cit. geregelt und fällt somit in den Kompetenzbereich des Bundes, jedoch legt der Gesetzgeber eine beträchtliche Anzahl von Ausnahmen fest (etwa Heil- und Pflegeanstalten, weite Teile des Rechtes bezüglich Umweltbelastungen und Immissionen) und es gilt zu beachten, dass sich Public-Health-Materien – dem HiAP-Grundsatz folgend – über weit mehr Bereiche als das explizite Gesundheitswesen erstrecken.

3.2 „Recht auf Gesundheit“ und „Public Health“ auf einfachgesetzlicher Ebene

Auch wenn das österreichische Verfassungsrecht kein explizites Recht auf Gesundheit kennt, gibt es eine Vielzahl von österreichischen Normen, die sich indirekt mit einem „Recht auf Gesundheit“ auseinandersetzen. Darunter fallen vor allem die diversen Rechte der Patient:innen in Österreich sowie Regelungen im Sozialversicherungsrecht

3.2.1 Recht auf Gesundheit des:der Einzelnen

Im Bereich der Krankenanstalten enthält § 5a KAKuG (sowie die begleitenden Ausführungsgesetze der Länder) einen Katalog von Patient:innenrechten und auch die jeweiligen Berufsrechte der Gesundheitsberufe enthalten diesbezüglich relevante Bestimmungen. Ergänzt werden ebendiese Normen auch durch einzelne Regelungen in anderen Bestimmungen und der Patientencharta.

Ein Teil der Handlungsvorschriften auf dem Gebiet der Patient:innenrechte sind nicht direkt im Gesetz implementiert, was vor allem dem stetig wachsenden Bewusstsein und der Fülle an neuen Erkenntnissen zuzuschreiben ist.

Anm.: Patient:innenrechte sind in Österreich auf zahlreiche Regelungsbereiche des Bundes und der Länder aufgeteilt. Es handelt sich folglich auch hier um eine sogenannte "Querschnittsmaterie".

Die ärztliche Aufklärung und Einwilligung einwilligungsfähiger Patient:innen

Die Wichtigkeit der ärztlichen Aufklärung und der Eruiierung des Patient:innenwillens vor jeder Behandlung ergibt sich aus einer Vielzahl an österreichischen Bestimmungen (§ 110 Abs 1 StGB, § 173 ABGB, § 283 ABGB, § 8 Abs 3 KAKuG).

Anm.: Nach § 110 Abs 1 StGB macht sich strafbar, wer eine:n andere:n ohne dessen:deren Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt. Auch medizinisch indizierte und lege artis durchgeführte Behandlungen sind daher ohne Einwilligung oder gegen den erklärten Willen des Patienten bzw. der Patientin unzulässig. Eine trotzdem erfolgte medizinische Behandlung stellt einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person dar. Anderes gilt im Falle von Notfallsituationen, in denen der:die Patient:in nicht einwilligungsfähig ist (§§ 252 Abs 4, 253 Abs 3 ABGB) (Kletečka-Pulker, 2020). Den Arzt bzw. die Ärztin trifft grundsätzlich immer eine Kontroll- bzw. Erkundungspflicht, ob bzw. inwieweit der:die Patient:in die Aufklärung verstanden hat. Dies trifft insb. bei Patient:innen mit Sprachbarriere zu. **Siehe näher:** 5.3.2

Die Pflicht der Aufklärung ist zudem auch dem Grundrecht des Art. 8 EMRK inhärent. So stellen ärztliche Maßnahmen, die ohne die informierte Zustimmung (informed consent) einwilligungsfähiger Patienten vorgenommen werden – zumindest, wenn dies von staatlicher Seite erfolgt – einen Eingriff in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens des Art. 8 EMRK dar (Aigner, 2012). Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, die gegen den Willen von Patient:innen vorgenommen werden, stellen schon per se einen Eingriff in das nach Art. 8 EMRK geschützte Recht auf Selbstbestimmung und ggf. auch das Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gem. Art 3 EMRK dar (Hofer, 2020).

Recht auf Behandlung

Erste Hilfe

Ärzt:innen dürfen die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr gem. § 48 ÄrzteG nicht verweigern. Analog dazu sind auch die Angehörigen anderer medizinischer Berufe dazu verpflichtet, im Fall drohender Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körpervletzung oder Gesundheitsschädigung eines Menschen ihre fachkundige Hilfe nicht zu verweigern. Selbes gilt für Krankenanstalten, die gem § 23 Abs 1. KAKuG bei Bedarf stets Erste Hilfe leisten müssen (Memmer, 2017).

Recht auf sachgerechte Behandlung und gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen

§ 49 Abs. 1 ÄrzteG verpflichtet den Arzt bzw. die Ärztin, jede:n von ihm:ihr in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommene:n Gesunde:n und Kranke:n, ohne Unterschied der Person, gewissenhaft zu betreuen und dessen:deren Wohl zu wahren.

Recht auf ein würdevolles Sterben

Wird aufgrund mangelnder medizinischer Indikation oder Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten eine Behandlung nicht begonnen oder abgebrochen (sogenannter „Behandlungsrückzug“), sind palliative Maßnahmen zu setzen, wenn der:die Patient:in diesen zustimmt. Die Schmerzlinderung gehört auch in diesen Fällen zu den rechtlich gebotenen ärztlichen Leistungen (sogenanntes „Patient:innenrecht auf ein würdevolles Sterben“). Mehr oder weniger lebensverkürzende Wirkungen einer solchen Schmerztherapie stehen einer indizierten Schmerzbehandlung rechtlich nicht entgegen. Dies wurde erst kürzlich vom Gesetzgeber durch die Normierung des § 49a ÄrzteG – mit der Überschrift Beistand für Sterbende – noch einmal klargestellt, wonach die Betreuung und die Wahrung des Wohls der Kranken auch den Beistand für Sterbende unter Wahrung ihrer Würde miteinschließen. Es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlustes vitaler Lebensfunktionen überwiegt (§ 49a Abs. 1 ÄrzteG). Diese Linie des selbstbestimmten Sterbens wurde auch durch den VfGH in Form einer jüngeren Entscheidung vertreten (VfGH G 139/2019). Aufgrund ebendieser Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) vom 11.12.2020 ist die Beihilfe zum assistierten Suizid ab 01.01.2022 in Österreich zulässig. In Folge der Entscheidung wurde auch die betreffende Bestimmung des § 78 StGB als verfassungswidrig aufgehoben, die die Hilfeleistung zum Suizid unter Strafe stellt.

3.3 Fazit

Der Schutz der Gesundheit des:der Einzelnen ist somit eine Staatsaufgabe, die durch die Summe aller österreichischen Vorschriften mannigfach abgesichert ist (Aigner, 2021). Nichtsdestotrotz kann ein Ergänzungs- oder Erweiterungsbedarf der bestehenden Rechtsordnung nicht ausgeschlossen werden. Allen voran gilt es hier – im Sinne von HiAP – ein Augenmerk auch auf Bestimmungen außerhalb des Gesundheitswesens zu legen.

3.3.1 Public Health und Prävention im Sozialversicherungsrecht

Die Sozialversicherung als System mit zentraler gesellschaftlicher Bedeutung entspricht den Kriterien der „Services of general Interest“.³ Dies bedeutet, dass die Planung der Versorgungsinfrastruktur, das Qualitätsmanagement, die Analyse des Versorgungsgeschehens zur Verhinderung von Unter-, Über- und Fehlversorgung, die Messung der Wirksamkeit der Versorgung, die Transparenz der Mittelverwendung und die politische Zielentwicklung und Entscheidungsunterstützung auf Routinedaten des laufenden Betriebes angewiesen sind.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat entsprechend dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) zentrale Dienstleistungen für das Gesundheits- und Sozialsystem zu erbringen. Im Bereich der Sozialversicherung sind dabei als Grundlage die Bestimmungen des § 31 Abs. 2 Z 1 und Abs. 3 Z 2 und Z 4 ASVG maßgeblich. Für den Hauptverband bedeutet dies, dass die von den Sozialversicherungsträgern „ermittelten“ Daten im Sinne des § 31 Abs. 2 Z 2 ASVG zusammengeführt und zur Erfüllung der im Abs. 3 genannten Aufgaben eingesetzt werden können.

Aufgaben der Krankenversicherung sind zum einen die Behandlung von Krankheiten und zum anderen die Früherkennung und Vorsorge. Gesetzlich verankert ist die Vorsorgeuntersuchung im §§ 132 a und b ASVG. Auch die Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes und vorgesehene Untersuchungen (§ 132c ASVG) sind im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge anzuführen. Zudem ist in § 156 ASVG⁴ der Krankenverhütung eine eigene Bestimmung gewidmet.

³ Art. 14 AEUV (ex-Art. 16 EGV).

⁴ § 156 ASVG: Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten – hierbei handelt es sich um freiwillige Leistungen der Krankenversicherung.

Exkurs: In Deutschland wurde im Rahmen des Präventionsgesetzes (Geene, 2018; Walter, 2018) die Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt und die Soziale Pflegeversicherung hat einen spezifischen Präventionsauftrag erhalten, um auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können. Die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wurden weiterentwickelt.⁵ Auch liegt ein Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen.

3.3.2 Public Health in der österreichischen Legistik

Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)

Maßgebliche Bemühungen, die Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich zu forcieren, wurden Anfang der 90er Jahre mit dem „Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz) und der damit einhergehenden gesetzlichen Aufnahme der Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung gesetzt (Spitzbart, 2020). Gegenstand dieses Bundesgesetzes sind nach § 1 leg. cit. Maßnahmen und Initiativen, die zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens beitragen sowie Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Gesundheitsziele Österreich:

2012 wurden vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission von Expert:innen 10 Gesundheitsziele erarbeitet und beschlossen. Die Gesundheitsziele bilden die Basis der

⁵Ein stärkeres Augenmerk wurde auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt. Ärzt:innen haben die Möglichkeit erhalten, Präventionsempfehlungen auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patient:innen beizutragen.

aktuellen Gesundheitsreform und auch das aktuelle Regierungsprogramm enthält zahlreiche Bezüge zu den Inhalten der Gesundheitsziele.

Gesundheitszielsteuerungsgesetz und Art. 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit

Besondere Erwähnung finden die Gesundheitsziele Österreich auch im Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) und in der Art. 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit.

So legt § 4 Abs. 1 G-ZG fest, dass der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren haben. Dies soll gewährleisten, dass Voraussetzungen geschaffen werden, welche die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wiederherstellen. Gem. § 9 G-ZG hat sich auch die Verwendung der finanziellen Mittel an den von der Bundesgesundheitsagentur Gesundheitszielen Österreich zu orientieren.

§ 4 Abs. 2 leg. cit. besagt, dass bei der Durchführung der Maßnahmen stets die Public-Health-Grundsätze der WHO zu beachten sind und es gilt, stets die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken.

Als Gegenstück zum Bundesgesetz kommen auch in der Art. 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit die Vertragsparteien (der Bund vertreten durch die Bundesregierung und die neun Länder vertreten durch den Landeshauptmann) überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Gesundheitszielen zu orientieren.

Anm.: Die Bestimmung des Art. 15a B-VG ermächtigt Bund und Länder zum Abschluss von staatsrechtlichen Vereinbarungen über Angelegenheiten der Gesetzgebung und der Verwaltung (Muzak, 2020a).

Entwurf zum österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz

Der Entwurf zum Bundesgesetz zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz – GPG) wurde im

Jahr 2008 zu dem allgemeinen Begutachtungsverfahren vorgelegt (GZ 96170/0001-I/B/9/2008). Geplantes Ziel des Legislativvorhabens war die gesetzlich verankerte Unterstützung von Maßnahmen und Initiativen der Träger von Gesundheitsförderung und Prävention durch den Einsatz struktureller und finanzieller Mittel. Das Gesetz kam jedoch nicht zustande.

4 Grundlagen der Vergleichsländer

4.1 Deutschland

- Einwohner:innen: 83,1 Millionen
- Frauenanteil: 50,7 %
- Lebenserwartung Frauen: 83,40 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 78,64 Jahre

Public Health – in Deutschland mitunter auch als Gesundheitswissenschaften bezeichnet (Franzkowiak, 2015) – hat in den letzten Jahrzehnten im Rahmen ihrer globalen Anerkennung auch in Deutschland eine feste Rolle eingenommen. Public Health und das Ziel, Gesundheit in alle Politikbereiche zu tragen, wird in Deutschland auf diversen Ebenen aufgegriffen.

4.1.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen

Trotz der vielen Gemeinsamkeiten, die sich in Österreich und Deutschland auf beinahe allen Ebenen finden, gibt es in Bezug auf das Verfassungsrecht der beiden Nachbarländer gravierende Differenzen. Das Verfassungsrecht ist in Deutschland – anders als hierzulande – in einem einzigen Gesetz, dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) festgehalten. Diese Differenzierung hat auch Einfluss auf die Handhabung von sozialen Grundrechten, wie z. B. dem Recht auf Gesundheit.

Soziale Rechte

Während die Grund- und Menschenrechte über die gesamte österreichische Verfassung verstreut sind, verfügt das Grundgesetz über einen kompakten Grundrechtskatalog. Eine Gemeinsamkeit der Grundrechte in Deutschland und Österreich ist jedoch, dass auch der Text des Grundgesetzes in Deutschland durch ein hohes Maß an Zurückhaltung im sozialen Bereich charakterisiert ist. Zwar gibt es eine Reihe von Bestimmungen, die durchaus soziale Rechte gewährleisten – so etwa der Gleichheitssatz des Art. 3 (mit besonderem Akzent auf der Gleichberechtigung von Männern und Frauen) oder Art. 6, der der Familie einen

besonderen Schutz gewährt und die Gleichheit zwischen ehelichen und nichtehelichen Kindern vorsieht – jedoch bleibt der klare Akzent auf den Freiheitsrechten (Däubler, 2010b).

Im Gegensatz zum österreichischen Verfassungsrecht ist im deutschen Grundgesetz verankert, dass es sich nach Art. 20 GG bei der Bundesrepublik Deutschland um einen Sozialstaat handelt. Artikel 20 bildet – zusammen mit dem in Art. 28 Abs. 1 GG enthaltenem Auftrag an die Länder, in ihrer Ordnung dem Prinzip des „sozialen Rechtsstaates“ zu folgen – die verfassungsmäßige Grundlage für das Sozialstaatsprinzip (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2013).

Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit – also etwa darauf, die notwendige medizinische Behandlung zu erhalten – ist als solches weder im Grundgesetz noch in einem speziellen Gesetz niedergelegt. Das Recht auf Gesundheit ist somit auch in Deutschland ein sogenanntes verfassungsflüchtiges Gebilde (Pestalozza, 2007). Das Grundgesetz garantiert jedoch in Art. 2 Abs. 2 das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Inwieweit hiervon allerdings auf ein allgemeines Recht auf Gesundheit geschlossen werden kann, ist ebenso wie in Österreich fraglich (Däubler, 2010a).

4.1.2 Einfachgesetzliche Ebene

Präventionsgesetz

Seit 2015 gibt es in Deutschland – nach langer Anlaufzeit (Walter, 2018) – auf Bundesebene das Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG), das wesentliche inhaltliche Anforderungen (Soziallagen- und Genderorientierung, Stärkung von Selbsthilfe und Patient:innenorientierung, Ausrichtung auf Verhältnis- statt Verhaltensprävention) und Strukturelemente (gesetzlich normierte Zielformulierung, Gremien und Berichtswesen) aufgreift (Böhm et al., 2020). Hauptadressat dieser Reform sind die Krankenkassen, wobei erwähnt werden muss, dass bei der Umsetzung und Etablierung des umfassenden Präventionsgesetzes noch Handlungsbedarf besteht (Geene, 2018).

Die **Nationale Präventionskonferenz** (NPK) wurde mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes eingerichtet. Sie hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz, 2018).

4.1.3 Public-Health-Strategien

Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland

Das Dokument „Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland“, das zwischen 2017 und 2021 auf Initiative des Zukunftsforums Public Health (ZfPH) erstellt wurde, hat das Ziel, die diversen Public-Health-Akteure in Deutschland zu vernetzen. Diese Strategie soll dem Gedanken Rechnung tragen, dass für die Umsetzung der Vision von Health in All Policies eine gute Zusammenarbeit und ein Blick über den Tellerrand des eigenen Tätigkeitsbereichs hinaus nötig ist, um ein gut funktionierendes Public-Health-System gewährleisten zu können. Um ebendieses Ziel zu erreichen, hat die Arbeitsgruppe verschiedene Eckpunkte herausgearbeitet, die es zu beachten gilt: Governance, Finanzierung, Surveillance, Krisenplanung und -reaktion, multisektoraler Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Prävention, Ausbildung und Personal, Kommunikation und Information sowie Forschung.

Konzept „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“

Ziel des Konzepts „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“, das 2013 verfasst wurde und seitdem stetig durch diverse Positionspapiere begleitet wird, ist es, einen aktiven und abgestimmten Beitrag Deutschlands zur Lösung globaler Gesundheits Herausforderungen sicherzustellen. Bei der Ausarbeitung wurde bedacht, dass (globale) Gesundheitsfragen stets in engem Zusammenhang mit zahlreichen anderen Politikfeldern stehen (Bundesregierung, 2013).

Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung

Die Erreichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist in Ziel 3 der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verankert. Sie bildet das Kernstück des gesundheitspolitischen Engagements des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ, o. D).

4.1.4 Projekte

Ähnlich wie in Österreich ist auch in Deutschland die Projektlandschaft Public-Health-Themen betreffend in den letzten Jahren immer vielfältiger geworden. Sowohl auf bundes-

weiter Ebene als auch auf Ebene der Länder und im Kommunalwesen werden Ideen umgesetzt, um Public Health zu fördern und der Idee von Health in All Policies gerecht zu werden.

Nennenswert ist etwa die umfassende NAKO Gesundheitsstudie. Es handelt hierbei sich um eine Langzeit-Bevölkerungsstudie (Dauer 20–30 Jahre) von einem Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen, deren designiertes Ziel es ist, die Ursachen für Volkskrankheiten zu ermitteln. Eingegangen werden soll im Zuge dessen – in Übereinstimmung mit HiAP – nicht nur auf genetische und körperliche Aspekte, sondern vor allem auch auf die Einflüsse von Umwelt, sozialem Umfeld, Ernährung und Arbeitsalltag auf den Gesundheitszustand (Dragano et al., 2020).

4.2 Schweden

- Einwohner:innen: 10,4 Millionen
- Frauenanteil: 49,7 %
- Lebenserwartung Frauen: 84,3 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 80,6 Jahre

Die Gesundheitsversorgung in Schweden ist dezentralisiert und wird durch das „Gesetz über das Gesundheitswesen und den medizinischen Dienst“ geregelt. Die Zuständigkeit liegt bei den Regionalräten und in manchen Fällen bei den Kommunalräten oder Stadtverwaltungen. Schweden ist in 290 Gemeinden und 21 Regionalräte unterteilt. Grundsätze und Leitlinien festzulegen und die politische Agenda für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung zu bestimmen, ist Aufgabe der Zentralregierung (Swedish Institute, 2021b).

Das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen) ist eine dem Ministerium für Gesundheit und Soziales unterstellte Regierungsbehörde. Diese stellt Informationen zusammen und entwickelt Standards, um eine gute Gesundheit, ein soziales Wohlergehen und eine qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialfürsorge für die gesamte

Bevölkerung zu gewährleisten. Die schwedische Politik sieht vor, dass jeder Regionalrat⁶ den Einwohner:innen eine qualitativ hochwertige Gesundheits- und medizinische Versorgung bietet und sich für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung einsetzt.

Die schwedischen Gemeinden sind für die Pflege älterer Menschen zuständig, sei es zu Hause oder in speziellen dafür vorgesehenen Einrichtungen. In ihren Aufgabenbereich fallen auch die Betreuung von Menschen mit körperlichen Behinderungen oder psychischen Störungen und die Bereitstellung von Unterstützung und Dienstleistungen für Menschen, die aus der Krankenhauspflege entlassen werden, sowie auch die schulische Gesundheitsversorgung (Swedish Institute, 2005).

4.2.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen

Die schwedische Verfassung besteht aus vier Grundgesetzen, wobei das Grundgesetz zur Regierungsform (RF) den verfassungsrechtlichen Kern darstellt. Es definiert die bürgerlichen Grundrechte und Freiheiten, regelt die Staatsstruktur, die Funktionen und Zuständigkeiten der staatlichen Organe und wird häufig mit der schwedischen Verfassung gleichgesetzt, weil es am ehesten dem Idealtypus der neuzeitlichen Verfassung entspricht.

Die Grundrechte finden sich im zweiten Kapitel der Regierungsform. Die sozialen Grundrechte sind in den Programmvorschriften in Kap. 1 in Art. 2 RF enthalten, welche 1976 eingeführt wurden. Demnach ist die persönliche, wirtschaftliche und kulturelle Wohlfahrt des Einzelnen das primäre Ziel der öffentlichen Tätigkeit. Es obliegt dem Gemeinwesen insbesondere, das Recht auf Arbeit, Wohnung und Ausbildung zu sichern, die Sozialarbeit und soziale Sicherheit zu gewährleisten sowie für gute Bedingungen zu sorgen, um die allgemeine Gesundheit zu fördern (Sveriges Riksdag, 1974).

4.2.2 Einfachgesetzliche Ebene

The Health and Medical Services Act

Das Gesetz über das Gesundheitswesen und die medizinischen Dienstleistungen (Health and Medical Service Act) ist ein sogenanntes Rahmengesetz und enthält grundlegende Re-

⁶ Die Regionalräte sind politische Gremien, deren Vertreter:innen von den Einwohner:innen der Region alle vier Jahre am gleichen Tag wie die nationalen Parlamente gewählt werden.

geln für die gesamte Gesundheits- und Sozialfürsorge. Primäres Ziel des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung ist es, der gesamten Bevölkerung einen guten Gesundheitsstandard und eine gute medizinische Versorgung zu garantieren (Ministry of Health and Social Affairs - Sweden, 1982).

- **Care guarantee:** Die Pflegegarantie ist ein gesetzlicher Bestandteil des Gesetzes über Gesundheit und medizinische Versorgung. Die Versorgungsgarantie legt fest, innerhalb welcher Fristen von der Bezirksregierung oder der Region die Versorgung zu erfolgen hat. Die Pflegegarantie regelt jedoch nicht, ob und welche Pflege angeboten werden muss.

The Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS)

Ziel dieses Gesetzes ist es, dass jeder Mensch mit einer funktionellen Beeinträchtigung die Unterstützung erhält, die er benötigt, um ein möglichst unabhängiges Leben führen zu können. Das LSS ist ein sogenanntes Rechtsgesetz – die Anrufung von Gerichten bei fehlender Unterstützung, auf die ein durchsetzbares Recht besteht, ist hier möglich.

The Patients' fees and the high-cost protection scheme

Die Gesundheits- und Sozialfürsorge in Schweden wird zu einem großen Teil aus den Steuern der Provinzen und Gemeinden finanziert. Die Gebühr für einen Arzt- bzw. Ärztinbesuch macht beispielsweise nur einen geringen Teil der tatsächlichen Kosten aus. Das System der Kostendeckung bedeutet, dass es eine Obergrenze für die Kosten der Gesundheits- und Sozialfürsorge gibt. Dieses System der Kostendeckung ist in allen schwedischen Provinziallandtagen gleich aufgebaut (Barber et al., 2019).

The Patient Act

Das Patient:innenengesetz (Socialdepartementet, 2014) ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Wichtigstes Ziel des Gesetzes ist es, die Position der Patient:innen zu stärken und die Menschen stärker in ihre Versorgung miteinzubinden. Das Gesetz ermöglicht es den Patient:innen, frei zwischen öffentlich finanzierter Primärversorgung und ambulanter fachärztlicher Versorgung zu wählen.

Ein elementarer Bestandteil des Gesetzes ist, dass das Gesundheitspersonal eine entsprechende Aufklärungspflicht hat; insbesondere ist die:der Patient:in über ihre:seine bestehenden Möglichkeiten, Risiken und Chancen zu informieren. Die:der Patient:in muss zudem über Behandlungsmethoden und Komplikationsrisiken informiert werden.

The Patient Safety Act

Das Patient:innensicherheitsgesetz enthält Verfahren für den Umgang mit Beschwerden über die Pflege. Ziel dieses Gesetzes ist es, ein hohes Maß an Patient:innensicherheit in der Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Tätigkeiten zu fördern.

The Social Services Act

Das Gesetz über soziale Dienste (Socialdepartementet, 2017) beinhaltet die Förderung sozialer Dienste der Gesellschaft auf der Grundlage von Demokratie und Solidarität, die Schaffung wirtschaftlicher und sozialer Sicherheit sowie Gleichheit der Lebensbedingungen und die Ermöglichung einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

4.2.3 Public Health Strategien

Strategy for Sweden's cooperation with the World Health Organization (WHO) 2021–2025 (Ministry of Health and Social Affairs, 2021)

Ziel der Strategie ist es, einen Beitrag zur nationalen Gesundheitspolitik und einen Beitrag zur Umsetzung des gesundheitspolitischen Ziels zu leisten. Die übergreifenden Perspektiven der Strategie sind:

- **Perspektive der Rechte:** Die Perspektive der Rechte bedeutet, dass Menschenrechte und Demokratie als grundlegend für die Entwicklung zu betrachten sind. Das Ziel ist es sicherzustellen, dass alle Menschen in der Lage sind, ihre Rechte auszuüben, unabhängig von Geschlecht, Alter, Behinderung, ethnischer Herkunft, Religion oder anderer Überzeugungen, sexueller Orientierung, transsexueller Identität oder Ausdruck. Die Perspektive der Rechte umfasst auch die Perspektive der Kinderrechte – das UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes ("Convention on the Rights of the Child," 1990) wurde am 1. Januar 2020 schwedisches Recht.

- Perspektive der Gleichstellung der Geschlechter: Das Ziel ist es, Frauen und Männern, Mädchen und Jungen die gleichen Chancen auf eine langfristig gute Gesundheit zu ermöglichen.
- Gleichstellungsperspektive: Gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen verschiedenen Gruppen der Gesellschaft muss entgegengewirkt werden. Ziel ist es, bessere Bedingungen für eine gute, gleichmäßig verteilte Gesundheit zu schaffen und vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen zu schließen.

Vision e-hälsa 2025

Im Jahr 2016 hat die schwedische Regierung ihre Vision für eHealth 2025 (e-hälsa, 2016) verabschiedet. Das Ziel der Vision ist es, dass Schweden die Möglichkeiten der Digitalisierung und der elektronischen Gesundheitsdienste nutzt, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.

4.3 Schweiz

- Einwohner:innen: 8,6 Millionen
- Frauenanteil: 50,4 %
- Lebenserwartung Frauen: 85,6 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 81,9 Jahre

Bei der Analyse des Schweizer Public-Health-Systems gilt es, die besondere administrative Struktur der Schweiz zu berücksichtigen. Die Schweiz hat eine stark dezentralisierte administrative und politische Struktur, die auf drei Regierungsebenen organisiert ist: Bundesebene („Eidgenossenschaft“), 26 Kantone und 2352 Gemeinden. Der föderalistische Aufbau des Landes gibt den Kantonen sämtliche Kompetenzen, außer in Bereichen, in denen die Verfassung dem Bund ausdrücklich eine Zuständigkeit zuweist. Vor allem aber im Bereich des Gesundheitssystems obliegen viele Kompetenzen dem Bund (De Pietro et al., 2015a).

„Public Health ist eigentlich Kantonsache. Das heißt, es gibt dann 26 Gesundheitsministerien, die eigentlich zusammenarbeiten müssen, wenn man eine nationale Politik will [...]“ (Public Health Spezialist Schweiz, 2021).
– Public-Health-Spezialist über die Schweiz

4.3.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen

In der Schweiz ist der Schutz der Gesundheit und der Persönlichkeitsentwicklung verfassungsrechtlich in den sogenannten Sozialzielen verankert. Zum Recht auf Gesundheit hält die Bundesverfassung in Art. 41 fest, dass Bund und Kantone sich (im Rahmen der jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten und der verfügbaren Mittel) in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür einsetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Zudem soll jede:r gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung und Verwitwung gesichert sein.

4.3.2 Public Health Strategien

Gesundheit2020 und Gesundheit2030

Der Schweizer Bundesrat hat 2013 die Strategie Gesundheit2020 verabschiedet. Eine Aktualisierung und Konkretisierung des Konzepts durch gezielte Schwerpunktsetzung erfolgte 2019 im Rahmen der Strategie Gesundheit2030. Durch Akzentsetzung auf bestimmte Themenbereiche auch außerhalb der traditionellen Gesundheitspolitik sollen nunmehr die Sustainable Development Goals der Agenda 2030 umgesetzt werden. Die Vision von Gesundheit bildet das Dach der Strategie: „Die Menschen in der Schweiz leben unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status in einem gesundheitsförderlichen Umfeld. Sie profitieren von einem modernen, qualitativ hochwertigen und finanziell tragbaren Gesundheitssystem.“

Die gesundheitspolitisch dringlichsten Hauptziele sind:

- Technologischer und digitaler Wandel durch: Nutzung von Gesundheitsdaten und Technologien (Ziel 1) sowie Stärkung von Gesundheitskompetenz (Ziel 2)
- Demografische und gesellschaftliche Veränderungen durch: Gewährleistung von Finanzierung und Pflege (Ziel 3) sowie gesundem Älterwerden (Ziel 4)

- Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung durch: Erhöhung der Qualität der Versorgung (Ziel 5) sowie Dämpfung der Kosten und Entlastung von einkommensschwachen Haushalten (Ziel 6).
- Chancen auf ein Leben in Gesundheit durch: Förderung der Gesundheit über die Umwelt (Ziel 7) sowie Förderung der Gesundheit in der Arbeitswelt (Ziel 8)

4.3.3 Befragungen und Evaluierungen

Schweizerische Gesundheitsbefragung

Aus der gesetzlich verankerten Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik, die periodisch alle fünf Jahre wiederholt wird und zum letzten Mal 2017 durchgeführt wurde, resultieren Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Schweizerische Bundesrat, 1993, 2008). Unter anderem werden körperliches, psychisches und soziales gesundheitliches Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten, Unfälle, Behinderungen, Lebensstilmerkmale sowie Verhaltensweisen und Ressourcen im Bereich der Gesundheit, wie z. B. im Hinblick auf soziale Unterstützung, abgefragt. Der Befragung zufolge zeigt sich der Großteil der Schweizer:innen mit dem persönlichen Gesundheitszustand zufrieden. Über 80 % der schweizerischen Bevölkerung gibt an, einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand zu haben. Nichtsdestotrotz gibt es auch in der Schweiz gesundheitliche Risikofaktoren – wie etwa psychische Erkrankungen, Tabakkonsum etc. – die in Angriff genommen werden sollen. Auch das Gesundheitssystem nimmt mit 71%iger guter oder sehr guter Zufriedenheitsquote im internationalen Vergleich eine Vorreiterrolle ein (Bundesamt für Statistik, 2021).

Health System Review (2015) – European Health Observatory (OBSAN)

Die Reihe Health Systems in Transition (HiT) besteht aus länderbezogenen Reviews, die eine detaillierte Beschreibung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems liefern. Im Ergebnis sind die Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz sehr gut – Patient:innen sind sehr zufrieden mit dem Gesundheitssystem. Auch die OECD-Qualitätsindikatoren bestätigen, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz vergleichsweise hoch ist. Dennoch wurde ein Spielraum für Verbesserungen aufgedeckt; insbesondere das Finanzierungssystem des Gesundheitswesens bedürfe laut Health System Review einer Adaptierung in Richtung besserer Leistbarkeit. Erhebungen zeigen, dass fast

3 % des ärmsten Einkommensquintils aus Kostengründen einen unerfüllten Bedarf an medizinischer Untersuchung oder Behandlung haben. Dieser Anteil ist deutlich höher als in Österreich, Deutschland oder den Niederlanden (De Pietro et al., 2015b).

4.3.4 Public-Health-Organisationen

Neben dem Bundesamt für Gesundheit gibt es in der Schweiz auch nicht-staatliche/semi-staatliche Organisationen, welche die Förderung von Public Health als Arbeits- und Forschungsgrundlage haben.

- Bei Public Health Schweiz handelt es sich um eine unabhängige nationale Institution zur Förderung von Public-Health-Interessen.
- Die Schweizer Gesellschaft der Fachärztinnen und Fachärzte für Prävention und Public Health (SPHD) ist eine ärztliche Fachgesellschaft für öffentliche Gesundheit in der Schweiz.
- FHM (Swiss Medical Association)

4.4 Südaustralien

- Einwohner:innen: 1,8 Million
- Frauenanteil: 50,7 %
- Lebenserwartung Frauen: 84,7 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 80,4 Jahre

Südaustralien ist einer der sechs Bundesstaaten (states) Australiens. Bei der Analyse südaustralischer Bestimmungen und Vorhaben ist daher stets auf das Zusammenspiel von nationalen und lokalen Gegebenheiten Bedacht zu nehmen.

4.4.1 Verfassungsrechtliche Dimensionen

Auf Verfassungsebene ist für den australischen Bundesstaat neben der südaustralischen Verfassung (Constitution Act 1934) – die vor allem die Arbeitsweise auf lokaler Ebene regelt – auch die nationale Verfassung Australiens von Relevanz. Eine Besonderheit der Ver-

fassung des Inselstaates ist, dass es auf verfassungsrechtlicher Ebene keine Grundrechtecharta gibt. Es gibt somit auch keine Verfassungsbestimmung, in der das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ausdrücklich verankert ist. Eine Reihe von Gesetzen befasst sich allerdings mit Themen, die für das Recht auf Gesundheit relevant sind.

4.4.2 Public Health in South Australia

Die Mission Public Health in Südaustralien – allen voran durch Umsetzung der HiAP Strategie – wird in Südaustralien seit 2007 verfolgt (van Eyk et al., 2020). Seit dem erstmaligen Bekenntnis gab es im australischen Bundesstaat eine Vielzahl von Errungenschaften um den Themenbereich Public Health. So wird auch von der WHO die führende Rolle Südaustraliens bei der Förderung des Wissensaustauschs rund um Public Health und HiAP anerkannt (WHO & Government of South Australia, 2010).

Adelaide Statement on Health in All Policies

Eines dieser Vorreiterprojekte Südaustraliens ist etwa das Adelaide Statement on Health in All Policies (WHO & Government of South Australia, 2010). Es soll Führungskräfte und politische Entscheidungsträger auf allen Regierungsebenen – auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene – ansprechen. Es wird betont, dass die Ziele der Regierung am besten erreicht werden, wenn alle Sektoren Gesundheit und Wohlbefinden als Schlüsselkomponenten in die Politikentwicklung miteinbeziehen. Im Adelaide Statement wird die Notwendigkeit eines neuen Gesellschaftsvertrags zwischen allen Sektoren zur Förderung der menschlichen Entwicklung, der Nachhaltigkeit und der Gerechtigkeit sowie zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse dargelegt (WHO & Government of South Australia, 2010).

South Australian Public Health Act

Der South Australian Public Health Act 2011 wurde im Juni 2011 vom Parlament verabschiedet und trat am 16. Juni 2013 in vollem Umfang in Kraft. Das Gesetz ersetzt den Public and Environmental Health Act 1987 und bietet einen modernisierten und flexiblen Rechtsrahmen, um auf neue und traditionelle Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu reagieren (Local Government Association of South Australia, o. D.). Der Begriff „Public Health“ wird im South Australian Public Health Act 2011 als „the health of individuals in the context of the wider health of the community“ definiert.

Diese neue Gesetzgebung hilft dem Staat, auf moderne Risiken für die öffentliche Gesundheit zu reagieren. Einige der Errungenschaften des South Australian Public Health Acts sind:

- Stärkere Befugnisse für Angehörige der Gesundheitsberufe, damit sie Maßnahmen ergreifen können, um das Risiko übertragbarer Krankheiten zu minimieren,
- Schaffung der Position des Leiters der Gesundheitsbehörde (Chief Public Health Officer), der über besondere Befugnisse verfügt, um auf eine Epidemie, eine drohende Epidemie oder andere schwerwiegende Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu reagieren,
- Verbesserung der Koordinierung zwischen den Gesundheitsbehörden bei der Planung und Bewältigung von Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit,
- Definition der Aufgaben und Befugnisse von Beamten des öffentlichen Gesundheitswesens,
- Bereitstellung von Leitlinien und Verhaltenskodizes, um die zunehmende Häufigkeit chronischer nicht übertragbarer Krankheiten in der Gesellschaft zu bekämpfen (South Australian Government, 2011).

State Public Health Plan 2019–2024

Der State Public Health Plan 2019–2024 ist bereits der zweite State Public Health Plan dieser Art und erfüllt die Anforderungen von Abschnitt 50 des South Australian Public Health Acts 2011. Im Mittelpunkt stehen die Ziele und Grundsätze des Acts. Die vom State Public Health Plan verfolgte Vision ist eine gesunde, lebenswerte und vernetzte Gemeinschaft für alle Südaustralier:innen. Diese Vision wird durch vier strategische Prioritäten umgesetzt: Förderung, Schutz, Prävention und Fortschritt (Government of South Australia, 2018).

Anm.: Neben dem State Public Health Plan wird gem. den Sections 51 und 52 des South Australian Public Health Acts auch auf regionaler Ebene ein sogenannter Regional Public Health Plan (RPHP) ausgearbeitet, in dem auf die jeweiligen lokalen Public-Health-Herausforderungen eingegangen wird.

4.5 Wales

- Einwohner:innen: 3,1 Millionen
- Frauenanteil: 50,7 %
- Lebenserwartung Frauen: 82,3 Jahre
- Lebenserwartung Männer: 78,3 Jahre

Die walisischen Regierungsstrukturen haben sich seit 1990 grundlegend verändert. Das walisische Parlament (Welsh Assembly) wurde geschaffen, nachdem Wales die vom Vereinigten Königreich übertragenen Befugnisse zurückerhalten hatte. Die ersten Wahlen fanden 1999 statt. Mit dem Government of Wales Act 2006 (Parliament of the United Kingdom, 2006) wurde die Exekutive von der Legislative getrennt und die walisische Regierung als Exekutivorgan gebildet. Nach einem Referendum im Jahr 2011 erhielt das Parlament die primäre Gesetzgebungsbefugnis für bestimmte Zwecke – also eine Möglichkeit der Gesetzgebung ohne jegliche Einmischung der Regierung oder des Parlaments des Vereinigten Königreichs.

4.5.1 Public Health im Gesetz

Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015

Im Jahr 2015 hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen die 2030 Agenda for Sustainable Development (United Nations General Assembly, 2015) beschlossen und darin 17 Sustainable Development Goals festgelegt. Noch im selben Jahr, am 1. April 2015, trat in Wales der „Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015“ in Kraft, dessen bekenndes Ziel es ist, Wales für alle Personen – inklusive zukünftiger Generationen – allen voran durch sustainable development zu einem besseren Lebensort zu machen (Welsh Assembly, 2015).

Der Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 stellt eine Abkehr von der Politik und dem Kurs des britischen Parlaments dar. Während die Regierung des Vereinigten Königreichs eine sehr eingeschränkte Linie bezüglich Public-Health-Gesetzgebung verfolgt, strebt Wales einen zukunftsweisenden Ansatz zum Schutz der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung an (Messham & Sheard, 2020).

Von allen öffentlichen Organen – von der walisischen Regierung bis hin zur Kommunalverwaltung – wird verlangt, Maßnahmen zur Förderung des wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen und kulturellen Wohlergehens von Wales in einer Weise zu ergreifen, die dem Grundsatz der nachhaltigen Entwicklung entsprechen. Vor allem soll die Bestimmung Abhilfe in jenen Bereichen schaffen, die in Wales als Hauptproblemfaktoren identifiziert wurden, namentlich Klimawandel, Armut, Gesundheit und Arbeitsmarkt (Welsh Government, 2019c).

Well-being Goals

All dies wurde prägnant in sieben Well-being Goals formuliert. Ebendiese Ziele konkretisieren und transferieren die 17 Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen in Bezug auf die walisischen Gegebenheiten und Bedürfnisse (Welsh Government, 2019b):

- ein wohlhabendes Wales (A Prosperous Wales)
- schonende Nutzung von Ressourcen
- (Weiter-)Bildung der Gesellschaft
- ein widerstandsfähiges Wales (A Resilient Wales)
- Erhaltung eines funktionierenden Ökosystems, das soziale, ökonomische und ökologische Widerstandsfähigkeit fördert
- ein gesünderes Wales (A Healthier Wales)
- Maximierung der physischen und psychischen Gesundheit
- ein Wales mit mehr Gleichberechtigung (A More Equal Wales)
- Förderung der Gleichberechtigung durch Entgegenwirken von Armut, Verringerung des gender pay gap, Bekämpfung von Gewalt an Frauen, Förderung von Black, Asian and Minority Ethnic (BAME) People, Auseinandersetzung mit LGBTIQ+-Themen
- ein Wales der zusammenhaltenden Gemeinschaften (A Wales of Cohesive Communities)
- Förderung des Sicherheitsgefühls von Personen innerhalb von Wales (Sicherheit in den öffentlichen Verkehrsmitteln oder am Weg nach Hause)
- ein Wales mit einer lebendigen Kultur und einer blühenden walisischen Sprache (A Wales of Vibrant Culture & Thriving Welsh Language)
- Förderung und Schutz der Kultur und Sprache durch Freizeitaktivitäten, Kunst und Sport
- ein Wales mit globaler Verantwortung (A Globally Responsible Wales)

- Bei der Umsetzung der Ziele gilt es stets darauf zu achten, dass dies auch einen positiven globalen Beitrag leistet.

Bei der Umsetzung jener Ziele ist nicht nur auf einen rasch eintretenden Effekt Bedacht zu nehmen, denn die öffentlichen Organe müssen darüber hinaus stets das Wohlergehen zukünftiger Generationen im Blick behalten. Jede Entscheidung muss somit von dem Gedanken der Nachhaltigkeit getragen werden.

Future Generations Commissioner for Wales

Der dritte Teil des Gesetzes schreibt die Ernennung eines sogenannten Future Generations Commissioner for Wales vor, dessen:deren Aufgabe es ist, ein Guardian für zukünftige Generationen zu sein. Der Commissioner wird von einem parteiübergreifenden Gremium der walisischen Regierung ernannt und hat über 30 Mitarbeiter:innen. Das Amt ist unabhängig von der walisischen Regierung, wird aber von dieser finanziert.

Die Funktionen des amtierenden Commissioners (zurzeit Sophie Howe) sind die Überprüfung der Umsetzung des Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 und die Schaffung von Vorschlägen hinsichtlich der bestmöglichen Umsetzung der Sustainable Development Goals.

„Mein Job hat einige Elemente. Das übergreifende Element ist das Beaufsichtigen der Interessen von zukünftigen Generationen in Wales. Um dies zu tun, biete ich Rat und Unterstützung für unsere öffentlichen Einrichtungen, um die sieben Ziele zu erreichen. Ich beaufsichtige und bewerte auch Fortschritte und berichte von Fortschritten, die sie machen. Wir glauben, dass all diese Elemente einen Rahmen für ganzheitliches Handeln bieten, nicht nur für die Regierung, sondern für alle öffentlichen Einrichtungen.“ – Future Generations Commissioner Sophie Howe

Future Generations Report: Alle fünf Jahre wird vom Future Generations Commissioner der sogenannte Future Generations Report veröffentlicht. Die letzte Veröffentlichung eines solchen Berichts fand 2020 statt. Ziel des Berichts ist es, positive Fortschritte sowie bestehende Missstände aller öffentlichen Einrichtungen (einschließlich der walisischen Regierung) bei der Umsetzung des Well-being of Future Generations (Wales) Acts seit dessen

Inkrafttreten im Jahr 2015 aufzudecken und Vorschläge darzulegen, um die Ziele des Gesetzes best- und schnellstmöglich zu erreichen (Future Generations Commissioner for Wales, 2020).

Environment (Wales) Act 2016

Ein weiteres namhaftes Gesetz im Zusammenhang mit Public Health in Wales ist der Environmental (Wales) Act 2016. Dabei handelt es sich um ein Gesetz der walisischen Nationalversammlung (National Assembly for Wales, 2016).

Bestreben des Environmental (Wales) Acts 2016 sind unter anderem:

- Förderung der nachhaltigen Bewirtschaftung natürlicher Ressourcen,
- Festlegung von Zielen für die Reduzierung von Treibhausgasemissionen,
- Reform des Gesetzes über Gebühren für Einkaufsstüten sowie der Sammlung und Entsorgung von Abfällen,
- Festlegung von Bestimmungen über Fischereien und Meereslizenzen,
- Einrichtung des Ausschusses für Hochwasser und Küstenerosion.

4.5.2 Public Health Institutionen

Public Health Wales

Public Health Wales ist eine der elf Organisationen, die den NHS Wales (öffentlicher Gesundheitsdienst) bilden (Public Health Wales). Ziel von Public Health Wales ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen in Wales zu schützen und zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Umgesetzt werden soll dies durch „long and short term strategies“ (Public Health Wales, 2018).

Public Health Wales Long Term Strategy – Working to Achieve a Healthier Future for Wales

Anhand des aktuellen Gesundheitszustands der walisischen Bevölkerung und der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens in Wales sowie der globalen Gegebenheiten wurde eine langfristige Strategie für eine „gesündere Zukunft von Wales“ (Public Health

Wales, 2018) entwickelt. Der Entwicklung wurden die Grundsätze der nachhaltigen Entwicklung des Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 zugrunde gelegt. Weiterhin wird auch in der Public Health Wales Long Term Strategy auf die Einhaltung der 17 Sustainable Development Goals geachtet. Unter Beachtung ebendieser Forderungen wurden in der Strategie sieben Ziele festgelegt:

- Beeinflussung der weiteren Gesundheitsdeterminanten (Influencing the wider determinants of health)
- Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und Aufbau von Resilienz (Improving mental well-being and building resilience)
- Förderung gesunder Verhaltensweisen (Promoting healthy behaviours)
- Sicherung einer gesunden Zukunft für die nächste Generation durch einen Schwerpunkt auf den frühkindlichen Bereich (Securing a healthy future for the next generation through a focus on early years)
- Schutz der Bevölkerung vor Infektionen und umweltbedingten Gesundheitsgefahren (Protecting the population from infection and environmental threats to health)
- Unterstützung der Entwicklung eines nachhaltigen Gesundheits- und Pflegesystems mit Schwerpunkt auf Prävention und Frühintervention (Supporting the development of a sustainable health and care system focused on prevention and early intervention)
- Aufbau und Mobilisierung von Wissen und Fähigkeiten zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in ganz Wales (Building and mobilising knowledge and skills to improve health and well-being across Wales).

5 Ländervergleich ausgewählter Public-Health-Aspekte

5.1 Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen (Gesundheitsziel 1)

5.1.1 Allgemein

Das erste Gesundheitsziel widmet sich den Rahmenbedingungen der Lebens- und Arbeitswelt als einem wichtigen Gesundheitsfaktor im Sinne des Prinzips Health in All Policies. Besonders im Alltag, insbesondere auch am Arbeitsplatz, werden die Lebensqualität und die Gesundheit der Menschen geschaffen. Im Jahr 2020 arbeiteten Erwerbstätige in Österreich durchschnittlich 29,6 Stunden in der Woche (Statista, 2021). Folglich verbringen erwerbstätige Personen einen erheblichen Teil ihrer Zeit am Arbeitsplatz. Daher ist es von zentraler Bedeutung, die Arbeitswelten der Menschen so zu gestalten, dass sie gesundheitsförderlich sind. Zu achten ist hierbei etwa auf:

- die Schaffung eines inklusiven Arbeitsumfeldes, das eine (sichere) Teilnahme am Berufsleben für alle ermöglicht. Zur Erreichung dieses Ziels sind möglicherweise Ausgleichs- und Schutzmechanismen in Betracht zu ziehen, um eine Chancengleichheit zu realisieren. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei Antidiskriminierungs- und Förderungsbestimmungen (etwa für Personen mit Behinderung) zu.
- die Vereinbarkeit von Elternschaft und Arbeit.

5.1.2 Inklusion und Förderung von Personen mit Behinderung am Arbeitsplatz

Laut dem World Report on Disability der WHO leben etwa 15 % der Weltbevölkerung – das entspricht etwa einer Milliarde Menschen – mit einer Form von Behinderung. Es wird angenommen, dass aufgrund der Bevölkerungsalterung und der raschen Ausbreitung chronischer Krankheiten sowie aufgrund von Verbesserungen bei den Methoden zur Messung von Behinderungen diese Zahl in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen wird (World Health Organization & World Bank, 2011).

In den OECD-Ländern sind etwa 40 % der Personen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt eingegliedert. Die Arbeitslosenrate ist im Schnitt allerdings etwa doppelt so hoch wie bei Personen ohne Behinderung (OECD, 2010). Bereits diese Zahlen zeigen auf, dass es einen gravierenden Handlungsbedarf bei der Eingliederung und Unterstützung von Personen mit Behinderung am Arbeitsmarkt gibt. Ziel soll es sein, den Arbeitsmarkt so weit barrierefrei zu gestalten, dass all jenen Personen, die arbeiten wollen, diese Chance nicht vorenthalten wird.

Diese Notwendigkeit greift das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK). Die UN-BRK verpflichtet die Unterzeichnerstaaten dazu, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Das Instrument wendet sich vom auf Defizite gerichteten und paternalistischen Blick auf Menschen mit Behinderung ab und legt eine inklusive und barrierefreie Gesellschaft als Ziel fest (Rieck & Pomowski, 2018). Es handelt sich um das erste universelle Rechtsinstrument, das bestehende Menschenrechte bezogen auf die Lebenssituation von Personen mit Behinderung konkretisiert.

Das Thema „Arbeit“ findet in diesem Zusammenhang besondere Beachtung. Art. 27 der UN-BRK beschreibt das Recht auf Arbeit von Menschen mit Behinderung auf Grundlage des Prinzips der Gleichberechtigung. Die Vertragsstaaten erkennen das gleiche Recht auf Arbeit von Menschen mit Behinderungen an. Dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Auf diesem Weg wird das in Art. 6 Abs. 1 des UN-Sozialpakts für jedermann gewährleistete Recht auf Arbeit sowie die entsprechenden Regelungen in Artikel 11 der UN-Frauenrechtskonvention und in Art. 23 Nr. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte für Personen mit Behinderung konkretisiert (Netzwerk Menschenrechte, o. D.).

Die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Thematik wird seitens der Vereinten Nationen nochmals durch Etablierung der United Nations Disability Inclusion Strategy betont. Diese Strategie umfasst eine Politik und einen Handlungsrahmen mit Maßstäben zur Bewertung der Fortschritte im Bereich der Inklusion von Menschen mit Behinderung (United Nations, 2019). Auch auf europäischer Ebene wird – etwa im Rahmen der Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 (Europäische Kommission, 2021) – ein Bekenntnis zur Umsetzung einer barrierefreien Gesellschaft abgegeben.

Personen mit Behinderung können auf unterschiedlichste Weise in den Arbeitsmarkt eingebunden sein. Gesprochen wird in diesem Kontext mitunter von einer Beschäftigung im „ersten“, „zweiten“ oder „dritten Arbeitsmarkt“. Dies wird aber von den betroffenen Personen (durch die damit verbundene Hierarchisierung) mitunter als stigmatisierend empfunden, weshalb der Begriff des „erweiterten Arbeitsmarkts“ oft als Synonym verwendet wird (arbeit plus – Soziale Unternehmen Vorarlberg, 2016).

Anm.: Der erste Arbeitsmarkt (auch allgemeiner Arbeitsmarkt) beinhaltet die Arbeit außerhalb von Sonderinstitutionen wie „Beschäftigungstherapieeinrichtungen“ und „Geschützte Werkstätten“ und umfasst die reguläre sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit (Fasching & Gottfried, 2003). Unter dem „zweiten Arbeitsmarkt“ werden im Allgemeinen befristete, nicht erwerbliche oder mit reduziertem Lohn entgeltene, berufsgleiche oder -ähnliche Funktionen, die so gut wie immer von einer institutionellen Trägerschaft organisiert werden, verstanden. Im Unterschied dazu bezeichnet der dritte Arbeitsmarkt die dauerhafte und öffentlich geförderte Beschäftigung von Personen ohne Jobperspektive (z. B. Langzeitarbeitslose) (Zechner, 2019).

Geschützte Arbeitsplätze werden zur Förderung von Personen eingerichtet, denen es aufgrund physischer oder psychischer Beeinträchtigungen, wegen ihres Suchtverhaltens oder langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt nicht zumutbar ist, ihren Lebensunterhalt durch reguläre Arbeit zu bestreiten (Kreiter, 2014). So soll die Möglichkeit einer Teilnahme am Berufsleben geschaffen werden und gleichzeitig den individuellen Bedürfnissen Rechnung getragen werden. Die Beschäftigung an einem sogenannten geschützten Arbeitsplatz kann sowohl temporär – als Vorbereitung für die (Wieder-)Eingliederung in den freien Arbeitsmarkt (= zweiter Arbeitsmarkt) – erfolgen oder auch dauerhaft im Falle einer mangelnden oder nicht existenten Perspektive auf Teilhabe am freien Arbeitsmarkt (= dritter Arbeitsmarkt).

In Österreich werden die notwendigen Gegebenheiten in den Landesgesetzen näher definiert. So beschreibt § 7 Z 12 des Oö. ChancengleichheitsG den geschützten Arbeitsplatz etwa als „Arbeitsplatz, der auf Grund der Art der jeweiligen Beeinträchtigungen des Menschen mit spezifischen Arbeitsgeräten ausgestattet ist oder für den spezifische Arbeitsbedingungen geschaffen sind“. Die Leistungsanforderungen sind also auf das individuelle Leistungsvermögen angepasst und nicht der wirtschaftliche Zweck, sondern die Förderung

der Arbeitnehmer:innen steht bei der Arbeit am geschützten Arbeitsplatz im Vordergrund (Kreiter, 2014).

Unabhängig davon, ob ein:e Arbeitnehmer:in mit Behinderung an einem geschützten Arbeitsplatz oder am freien Arbeitsmarkt beschäftigt ist, muss es stets das Ziel sein, ein diskriminierungsfreies Arbeitsumfeld zu schaffen und etwaigen speziellen Bedürfnissen der Barrierefreiheit gerecht zu werden.

Österreich

Laut Statistik Austria leben in Österreich hochgerechnet über 1,3 Millionen Personen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung, also rund 18 % der österreichischen Bevölkerung. Mehr als die Hälfte davon sind in den Arbeitsmarkt eingegliedert oder auf der Suche nach einer Tätigkeit (Statistik Austria, 2012, 2017). Daraus ist klar ersichtlich, dass das Thema der Schaffung eines Arbeitsmarktes, der für Personen mit Behinderung zugänglich und fair gestaltet ist, kein Randthema sein darf. Die hohe Zahl von Menschen mit Behinderung, aber auch die (internationalen) Rahmenbedingungen offenbaren, dass ein inklusiver Arbeitsmarkt sowohl international als auch national noch mehr in den Vordergrund gerückt werden muss. Ziel soll sein, dass die Inklusion dieser relevanten Bevölkerungsgruppe als integraler Bestandteil einer modernen Unternehmensstrategie verstanden wird.

In Österreich ist die UN-Behindertenrechtskonvention seit 26. Oktober 2008 in Kraft. Sie muss bei der Gesetzgebung und der Vollziehung stets berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde durch die Unterzeichnung des ergänzenden Fakultativprotokolls für Einzelpersonen und Personengruppen die Möglichkeit einer Individualbeschwerde eröffnet. Weiterhin wurde auf Grundlage dieser Konvention zur Förderung, zum Schutz und zur Überwachung der Durchführung der Konventionsbestimmungen der Monitoringausschuss ins Leben gerufen. Der Monitoringausschuss hat sich auf der Grundlage des § 13 Bundesbehindertengesetzes konstituiert.

Neben internationalen Bestimmungen wird den Rechten von Personen mit Behinderung in Österreich auch durch Regelungen auf europäischer und nationaler Ebene Rechnung getragen.

Anm.: Es handelt sich bei den Rechten von Personen mit Behinderung wiederum um eine sogenannte Querschnittsmaterie. Die Regelungen sind folglich nicht in

einem Gesetz kumuliert, sondern die Gesetzgebungskompetenz liegt – je nach genauem Themenfeld – bei Bund oder Ländern. Einige Regelungen wurden auf europäischer Ebene getroffen. Die arbeitsrechtlichen Normen liegen gem. Art. 10 B-VG im Kompetenzbereich des Bundes.

Von besonderer Relevanz für die Rechte von Personen mit Behinderung sind in Österreich das Bundesverfassungsgesetz, das Behinderteneinstellungsgesetz, die Richtlinie 2000/78/EG, das Bundesgleichstellungsgesetz, das Bundessozialamtsgesetz und Bundesberufungskommissionsgesetz sowie das Bundesbehindertengesetz und die Behindertengesetze der Länder.

Verfassungsrechtlicher Gleichheitssatz

Die Gleichbehandlung von Personen mit Behinderung ist bereits im Verfassungsrecht im Rahmen des Gleichheitssatzes nach Art. 7 Abs. 1 B-VG normiert. So darf nach Art. 7 Abs. 1 Satz 3 B-VG niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Diese Bestimmung wurde dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 7 Abs. 1 B-VG im Jahr 1997 angefügt (BGBl I 1997/87) und ist als „spezieller Gleichheitssatz anzusehen“ (Pöschl, 2014). In Satz 4 des Art. 7 Abs. 1 B-VG wird Bund, Ländern und Gemeinden die Pflicht auferlegt, die Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten.

Anm.: Es handelt sich bei Art. 7 Abs. 1 Satz 4 nicht um eine sogenannte Staatszielbestimmung. Staatszielbestimmungen legen als Teil der Verfassung Rahmenbedingungen für politisches Handeln fest. Sie umfassen aber keine subjektiven Rechte, die von Einzelpersonen geltend gemacht werden können (Pöschl, 2014).

Dem Gedanken, dass Arbeit einen wesentlichen Bestandteil des täglichen Lebens auch für Menschen mit Behinderung darstellt, wird im österreichischen Recht mehrfach Rechnung getragen. Bestimmungen des Arbeitsrechts haben folglich einen besonderen Stellenwert.

Auch in Österreich erfolgt die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in unterschiedlichster Art und Weise, wobei die Anwendung bestimmter, speziell auf Personen mit

Behinderung zugeschnittener Bestimmungen des Arbeitsrechts unter anderem von ebendieser Differenzierung der Art der Beschäftigung abhängt. Die unterschiedliche Kategorisierung der Arbeitsmärkte in einen „allgemeinen“ (bzw. „ersten“) und „erweiterten“ (bzw. „zweiten“ und „dritten“) Arbeitsmarkt kennt auch die österreichische Rechtslandschaft.

Behinderteneinstellgesetz (BEinstG)

Das Kernstück des Bestandschutzes für Menschen mit Behinderung bildet das Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG). Das Gesetz enthält neben arbeitsrechtlichen Regelungen für Personen mit Behinderung eine eigene Definition des Terminus „Behinderung“. Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist „die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren“. Als „nicht nur vorübergehend“ gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten (§ 3 leg. cit.).

Zum Personenkreis der begünstigten Personen mit Behinderungen i. S. d. Gesetzes (§ 2 BEinstG) zählen Personen im erwerbsfähigen Alter, die einen Behindertengrad von mind. 50 % aufweisen und zudem

- entweder über eine österreichische Staatsbürgerschaft verfügen
- oder Unionsbürger:innen, Staatsbürger:innen von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Schweizer Bürger:innen (bzw. Familienangehörige jener Personen) sind,
- Flüchtlinge sind, denen Asyl gewährt worden ist, solange sie zum dauernden Aufenthalt im Bundesgebiet berechtigt sind, oder
- Drittstaatsangehörige sind, die berechtigt sind, sich in Österreich aufzuhalten, und einer Beschäftigung nachgehen, soweit diese Drittstaatsangehörigen hinsichtlich der Bedingungen einer Entlassung nach dem Recht der Europäischen Union österreichischen Staatsbürgern gleichzustellen sind.

Nicht als begünstigte Behinderte im Sinne des Abs. 1 gelten Personen mit Behinderung, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder das 65. Lebensjahr überschritten haben und nicht in Beschäftigung stehen oder nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften Geldleistungen wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit (dauernder Berufsunfähigkeit) bzw. Ruhegüsse oder Pensionen aus dem Versicherungsfall des Alters beziehen

und nicht in Beschäftigung stehen oder nicht in einem aufrechten sozialversicherungspflichtigen Dienstverhältnis stehen und infolge des Ausmaßes ihrer Funktionsbeeinträchtigungen zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem integrativen Betrieb (§ 11) nicht in der Lage sind.

Das BEinstG enthält drei Normen, die die arbeitsrechtliche Sonderstellung begünstigt behinderter Personen begründen:

- die Beschäftigungspflicht begünstigt behinderter Arbeitnehmer:innen (§ 1),
- den besonderen Kündigungsschutz (§ 8) und
- die Ausgleichstaxe (§ 9).

Somit sind alle Dienstgeber:innen, die im Bundesgebiet 25 oder mehr Dienstnehmer:innen (i. S. d. § 4 Abs. 1 leg. cit.) beschäftigen, verpflichtet, auf je 25 Dienstnehmer:innen mindestens eine begünstigte Person mit Behinderung (gem § 2) einzustellen. Wird trotz Vorgabe keine Person iSd § 2 eingestellt, hat die:der Arbeitgeber:in eine Ausgleichstaxe zu begleichen. Die Ausgleichstaxe beträgt für jede einzelne Person, die zu beschäftigen wäre, ab 1. Januar 2011 monatlich 226 Euro. Je nach Größe des Betriebs steigt die zu begleichende Summe. Diese Person genießt den besonderen Kündigungsschutz iSd Gesetzes. Das Entgelt darf nicht aufgrund der Behinderung gemindert werden.

Diskriminierungsverbot

Wie bereits erwähnt, ist ein Verbot von jeglicher Benachteiligung auf Basis einer Behinderung in Österreich verfassungsrechtlich garantiert. Auf einfachgesetzlicher Ebene ist ein wichtiger Meilenstein im Gleichstellungsrecht das Behindertengleichstellungspaket, das ein Verbot der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in den verschiedensten Lebensbereichen – so auch in der Arbeitswelt – enthält. Im arbeitsrechtlichen Kontext wird der Schutz vor Diskriminierung durch das BEinstG gewährleistet (§§ 7a-s BEinstG).

Projekte

Neben den gesetzlich verankerten Regelungen, die einen möglichst fairen (Wieder-)Einstritt ins Erwerbsleben und einen barrierefreien Arbeitsalltag gewährleisten sollen, gibt es in Österreich eine Vielzahl von Projekten, um im Lebensbereich „Arbeit“ den Ansprüchen

einer inklusiven Gesellschaft gerecht zu werden, etwa in Form von Unterstützungsleistungen oder vom Sozialministeriumservice finanzierten Arbeitsmarktprojekten (Sozialministeriumservice, o. D.).

Deutschland

Im Nachbarland Deutschland sieht die Situation ähnlich aus wie hierzulande. Personen mit Behinderungen sind – trotz der Bemühungen und positiven Entwicklungen der letzten Jahre – auch in Deutschland bis heute stärker vom Arbeitsmarkt ausgegrenzt als Menschen ohne Behinderung (Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, 2018). So waren 57 % der Menschen mit Behinderung zwischen 15 und 64 Jahren im Jahr 2019 berufstätig oder suchten nach einer Tätigkeit (Statistisches Bundesamt, 2021).

Ebenso wie Österreich hat auch Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Seit März 2009 ist sie in Deutschland in Kraft und seitdem Bestandteil des geltenden Rechts, das von allen staatlichen Stellen umgesetzt werden muss. Auch auf Ebene der Grundrechte wird dem Schutzbedürfnis von Menschen mit Behinderung Rechnung getragen. Art. 3 des Grundgesetzes (GG) stipuliert, dass Menschen mit Behinderung nicht benachteiligt werden dürfen.

Hinsichtlich arbeitsrechtlicher Bestimmungen ist im deutschen Recht ein ähnlicher Zugang wie in Österreich erkennbar. Ein Großteil der Regelungen bezüglich des Lebensbereichs Arbeit findet sich im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX). Laut § 154 Abs. 1 SGB IX müssen Arbeitgeber:innen, die über mind. 20 Arbeitsplätze verfügen, mindestens 5 % davon mit schwerbehinderten Arbeitnehmer:innen besetzen. Mit Blick auf 37.000 Unternehmen, die Ende 2017 immer noch einen Ausgleich bezahlten, anstatt Menschen mit Behinderungen zu beschäftigen, bestehen – ähnlich wie in Österreich (Lalive et al., 2009) – Zweifel an der Wirksamkeit der Ausgleichstaxe (Deutsches Institut für Menschenrechte & Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, 2019).

Eine Verbesserung soll auch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) – ein umfassendes Gesetzspaket, das in vier zeitversetzten Reformstufen bis 2023 in Kraft tritt – mit sich bringen. Mit dem BTHG wurden mehr Möglichkeiten der Teilhabe und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen geschaffen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020).

Schweden

Nach allgemeinen Schätzungen weisen etwa 20 % der schwedischen Bevölkerung eine Art von Behinderung auf (The Swedish Post and Telecom Authority, 2016). Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei Menschen mit Behinderungen geringer als in der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2020 lag die Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen bei 67 Prozent, verglichen mit 77 Prozent in der Gesamtbevölkerung (Statistics Sweden, 2021).

Ältere Arbeitnehmer:innen und Arbeitnehmer:innen mit einer Arbeitsbehinderung – „Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit“ – werden vom „Gesetz über bestimmte anstellungsfördernde Maßnahmen erfasst“ (Sveriges Riksdag, 2016). Dieses Gesetz hat einen arbeitsmarktpolitischen Charakter und soll die Beschäftigung von besonders exponierten Gruppen fördern. Weiterhin enthält der Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments von 1993 das Arbeitsleben von Personen mit Behinderung betreffende Regelungen. Der Act on Environment in Working Life (AML) besagt, dass sowohl öffentliche als auch private Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ergreifen müssen. Die Bestimmungen umfassen die Risikoprävention und die Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse der einzelnen Arbeitnehmer:innen, einschließlich Arbeitnehmer:innen mit Behinderung.

Die Antidiskriminierungsgesetzgebung im Lebensbereich Arbeit besteht aus dem Discrimination Act, das sowohl direkte als auch indirekte Diskriminierung sowie Belästigung u. a. aufgrund des Vorliegens einer Behinderung verbietet.

Eine der Methoden, die in den letzten 20 Jahren in Schweden an Bedeutung gewonnen hat, ist die sogenannte „unterstützte Beschäftigung“ (SE). Im Mittelpunkt dieser Methode steht ein „Job-Coach“, der eine Person mit einer Behinderung, deren Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen individuell und kontinuierlich unterstützt, während sich die Person mit Behinderung im Arbeitsleben etabliert (Gustafsson et al., 2018; Swedish Public Employment Service, o. D.).

Schweiz

In der Schweiz haben etwa 1,7 Millionen Menschen eine Behinderung. Von den Menschen mit Behinderungen im Erwerbsalter (18–64 Jahre) beteiligen sich knapp zwei Drittel am

Arbeitsmarkt: 2018 waren 63 % erwerbstätig und 5 % arbeitssuchend. Diese Zahlen belegen ein starkes Engagement von Menschen mit Behinderungen im Erwerbsleben in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2018).

Das Bekenntnis, Menschen mit Behinderung bestmöglich zu fördern, wurde unter anderem durch die Ratifizierung der UN-BRK 2014 abgelegt (Eidgenössisches Departement des Innern, o. D.). Für die Regelung des Lebensbereichs Arbeit gibt es auch in der Schweiz Sonderregeln zusätzlich zur klassischen arbeitsrechtlichen Reglementierung.

Auf der Ebene der Verfassung widmet sich Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) der Rechtsgleichheit und schützt bestimmte als besonders verletzlich oder schutzbedürftig betrachtete Gruppen vor Diskriminierung. Der Schutz vor Diskriminierung knüpft unter anderem am Vorliegen einer geistigen oder psychischen Behinderung an. Des Weiteren beauftragt Art. 8 Abs. 4 leg. cit. den Gesetzgeber damit, Maßnahmen zur Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen vorzusehen.

Auf einfachgesetzlicher Ebene gilt es zu beachten, dass im Schweizer Arbeitsrecht eine wesentliche Differenzierung von Arbeitsverhältnissen des öffentlichen Dienstes und der Privatwirtschaft vorgenommen wird. Das öffentliche Arbeitsrecht betrifft die Arbeitsverhältnisse in den Bundes-, Kantons- und Gemeindeverwaltungen. Unter die Privatwirtschaft fallen privatrechtliche Verträge, die sich auf das Obligationenrecht stützen. Es betrifft somit alle Arbeitsverhältnisse mit privaten Arbeitgeber:innen (Schweizer Eidgenossenschaft, 2017).

So verpflichtet etwa das Bundespersonalgesetz in Art. 4 Abs. 2 die Arbeitgeber:innen im öffentlichen Dienst dazu, geeignete Maßnahmen für die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung zu treffen. Des Weiteren gilt es in Arbeitsverhältnissen der Bundesverwaltung gem. Art. 13 BehiG, Personen mit Behinderungen vor Diskriminierung zu schützen. Diese Normen gewährleisten einen besonderen Schutz für Personen mit Behinderung in wesentlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, schließen jedoch Arbeitsverhältnisse außerhalb der Bundesverwaltung nicht ein. In der Privatwirtschaft gelten die allgemeinen Bestimmungen des Obligationenrechts. Der privatrechtliche Arbeitsvertrag ist im Obligationenrecht (OR) in Artikel 319 und den Folgeartikeln geregelt.

Zudem muss stets die Verordnung über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen beachtet werden.

Südaustralien

Im Jahr 2018 wurde in Südaustralien der Disability Inclusion Act 2018 (SA) verabschiedet (South Australian Government, 2018). Vorgegebenes Ziel des Gesetzes ist es, die Grundsätze und Ziele der UN-BRK umzusetzen und weiterzuentwickeln. Das Gesetz definiert in Part 1 Section 3 Behinderung als eine langfristige körperliche, psychosoziale, intellektuelle, kognitive, neurologische oder sensorische Beeinträchtigung oder eine Kombination dieser Beeinträchtigungen, die in Kombination mit verschiedenen Barrieren die volle und wirksame gleichberechtigte Teilhabe der Personen an der Gesellschaft behindern können.

In Bezug auf die Teilnahme am Berufsleben stellt Part 2 Art 9 fest, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, am sozialen und wirtschaftlichen Leben teilzunehmen und zur Umsetzung, wenn nötig, eine Unterstützung geleistet werden muss.

Die Umsetzung des Disability Inclusion Acts wird von jährlichen Reports begleitet. Der State Disability Inclusion Plan muss die Strategien und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele dieses Acts im gesamten Bundesstaat fördern und die Zusammenarbeit und Koordination zwischen staatlichen Behörden und anderen Stellen in Bezug auf die Bereitstellung von allgemeinen Unterstützungsleistungen und Diensten für Menschen mit Behinderungen überwachen. Der Lebensbereich Arbeit muss verpflichtend auch im Inclusion Plan behandelt werden.

Wales

Von den 1.392.000 Menschen, die derzeit in Wales arbeiten, haben 14,5 % eine Behinderung. Im September 2020 lag die registrierte Beschäftigungsquote für Menschen mit Behinderung im erwerbsfähigen Alter bei 48,5 %. Die entsprechende Zahl für Menschen ohne Behinderung lag bei 80,6 %. Dies verdeutlicht das Ausmaß der Beschäftigungsbenachteiligung auf dem walisischen Arbeitsmarkt (Foster et al., 2021).

Die sich daraus ergebende Notwendigkeit der Verbesserung von Strukturen zur Gewährleistung einer barrierefreien Gesellschaft, inklusive ausreichender Möglichkeiten zur Teilnahme am Berufsleben, wird auch in Wales aufgegriffen. Den diesbezüglich nötigen Handlungsrahmen legt das Rahmenprogramm „Action on Disability: The Right to Independent Living“ dar (Welsh Government, 2019a). Ziel ist es, in Wales den Verpflichtungen aus dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) gerecht

zu werden. Ein unabhängiges Leben (independent living) in diesem Zusammenhang bedeutet, dass Menschen mit Behinderung die gleiche Freiheit, Würde, Wahlmöglichkeit und Kontrolle in Bezug auf Arbeit, Leben und Ausbildung zusteht wie anderen Bürger:innen. Das Framework-Dokument unterstreicht auch die Rolle der diesbezüglich relevanten Gesetze, einschließlich des Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015, des Social Services and Well-being (Wales) Act 2014 und des Equality Act 2011.

Eine weitere Methode zur Stärkung der Inklusion in Wales ist das konsequente Zurverfügungstellen von wichtigen Dokumenten und Informationen in einer barrierefreien easy-read Version. **Siehe näher:** 6.2.3.

5.1.3 Mutterschutz und Karenz

Vor und nach der Geburt besteht Anspruch auf Mutterschutz. Dies ist mit der körperlichen Belastung, die eine Person bei Schwangerschaft und Geburt durchlebt, zu erklären. Die Richtlinie 92/85/EWG legt im EU-Raum einheitliche Mindeststandards für den Gesundheitsschutz und die Verbesserung der Sicherheit von schwangeren Arbeitnehmer:innen, Wöchner:innen und stillenden Arbeitnehmer:innen fest. Sie betrifft ferner den Mutterschaftsurlaub und beugt einer etwaigen Diskriminierung am Arbeitsplatz mit rechtlichen Bestimmungen vor.

Nach der Geburt besteht die Möglichkeit in Karenz zu gehen. Auch Väter bzw. der:die Partner:in können in vielen Ländern ihre Arbeit unterbrechen, um für das Kind bzw. die Partnerin zu sorgen. Wer wie viel Anspruch auf Elternzeit hat, ist in den diversen Nationen unterschiedlich geregelt. Je nach Regelung kann die Legistik damit – explizit oder implizit – eine Familienstruktur normalisieren, in der die Mutter für Haushalt und Kinder sorgt, während der Vater als Haupt- oder Alleinverdiener nur kurzzeitig (wenn überhaupt) seine Erwerbstätigkeit zur Kinderbetreuung niederlegt. Gleichzeitig können Regelungen wie eine explizite Väterzeit auch dabei helfen, diesen traditionellen Rollenbildern entgegenzuwirken, indem der Vater als in Erziehung und Haushaltsführung gleich beteiligte Person angesehen wird. Die Legistik hat es dementsprechend in der Hand, ein wichtiges Zeichen für Gleichberechtigung zu setzen (Sagmeister, 2019).

Österreich

Für die schwangere Person beginnt 8 Wochen vor der Geburt der Mutterschutz gem. Mutterschutzgesetz (MSchG), der bis 8 Wochen nach der Geburt (bzw. 16 Wochen bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen) andauert. In dieser Zeit herrscht ein Beschäftigungsverbot; anstelle des Gehalts bezieht wird ein sogenanntes Wochengeld bezogen.

Im Anschluss an die Schutzfrist besteht Anspruch auf Elternkarenz (§ 15 MSchG). Auch der andere Elternteil kann Elternkarenz beanspruchen (Väter-Karenzgesetz – VKG), solange er:sie mit dem Neugeborenen im selben Haushalt lebt. Die Elternteile können maximal einen Monat lang gemeinsam Karenz nehmen. Die Karenz endet spätestens am Tag vor dem 2. Geburtstag des Kindes.

Deutschland

Die relevanten Regelungen finden sich in Deutschland v. a. im Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG). Die Arbeitgeber:innen dürfen schwangere Personen sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt nicht beschäftigen. Bei Frühgeburten, Zwillingen und Kindern mit Behinderung beträgt die Schutzfrist nach der Geburt zwölf Wochen. Während des Mutterschutzes wird Mutterschaftsgeld bezogen. Wie hoch dieses ist, richtet sich nach dem Durchschnittsverdienst in den letzten 13 Wochen vor dem Mutterschutz. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt maximal 13 Euro pro Tag, etwaige Differenzen haben die Arbeitgeber:innen auszugleichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2021a).

Im Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit werden die Themen der Karenz und Finanzierung geregelt. Möchte die Mutter auch nach den 8 bzw. 12 Wochen Mutterschutz nicht oder weniger arbeiten, um das Neugeborene zu versorgen, oder möchte der andere Elternteil dies tun, kann Elterngeld bezogen werden. Es gibt unterschiedliche Varianten des Elterngelds: das Basiselterngeld, ElterngeldPlus oder den Partnerschaftsbonus.

Jeder Elternteil hat zudem einen Rechtsanspruch auf drei Jahre Elternzeit pro Kind und genießt während dieser Zeit zugleich Kündigungsschutz. Die Elternzeit steht Eltern vorrangig vor dem dritten Geburtstag des Kindes zu. Ein Teil davon kann aber auch zwischen dem dritten und achten Geburtstag in Anspruch genommen werden.

Schweden

Schweden war 1974 das erste Land der Welt, das anstelle des Mutterschutzes den Elternschutz in Kraft treten ließ. Damit steht es beiden Elternteilen gleichermaßen frei, sich von der Arbeit befreien zu lassen, um ihr Neugeborenes oder neu adoptiertes Baby zu versorgen.

Eltern in Schweden stehen insgesamt 480 Tage bezahlter Elternschaftsurlaub zur Verfügung – 240 pro Person. Von diesen 240 Tagen sind 90 persönliche Tage, die nicht übertragbar sind, der Rest kann an den:die Partner:in übertragen werden, sodass ein Elternteil bis zu 390 Tage in Elternschaftsurlaub gehen kann. Alleinerziehende haben Anspruch auf die vollen 480 Tage.

Ab dem ersten Geburtstag hat jedes Kind zudem Anspruch auf einen Krippenplatz. Krippen wie Schulen sind kostenlos, in Schulen wird zudem meist ein kostenloses Mittagessen angeboten (Swedish Institute, 2021c).

Schweiz

In der Schweiz haben alle Mütter Anrecht auf einen entschädigten 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub, der nach der Geburt beginnt. Voraussetzung für die Lohnfortzahlung ist, dass die Mutter 9 Monate vor der Geburt versichert war und mindestens 5 Monate davon gearbeitet hat. Für die ersten 8 Wochen nach der Geburt gilt ein allgemeines Beschäftigungsverbot. Ab der Schwangerschaft bis 16 Wochen nach der Geburt stehen Frauen zudem unter Kündigungsschutz (Schweizer Eidgenossenschaft, o. D.).

Seit dem 1. Januar 2021 gibt es den Vaterschaftsurlaub für 2 Wochen. Dieser kann vereinzelt oder am Stück in den ersten 6 Monaten nach der Geburt genommen werden (Schweizer Eidgenossenschaft, 2021).

Südaustralien

Nach der Geburt bzw. nach einer Adoption können Eltern bis zu 2 Jahre in Elternzeit gehen; bis zu 18 Wochen können sie hierfür Elterngeld beziehen (Fair Work Ombudsman, o. D.). Zudem können Arbeitnehmer:innen, die sich von der Arbeit freistellen lassen, um die Hauptpflegeperson eines Kindes zu werden, 52 Wochen unbezahlten Urlaub nehmen (Government of South Australia, o. D.).

Wales

Mütter haben Anspruch auf insgesamt 52 Wochen (1 Jahr) Karenz. Diese setzt sich zusammen aus 26 Wochen normaler Karenz (ordinary maternity leave) und 26 Wochen zusätzlicher Karenz (additional maternity leave).

Eine schwangere Person kann frühestens 11 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin in Karenz gehen, kann aber – anders als hierzulande – auch bis zur Geburt arbeiten, wenn dies gewünscht ist. Die ersten zwei Wochen (bzw. vier Wochen bei Fabriksarbeit) nach der Geburt ist eine Rückkehr zur Arbeit nicht gestattet, danach steht es ihnen frei, sich zu entscheiden (Crown, o. D.).

Der:die Partner:in einer schwangeren Person hat ebenfalls Anspruch auf 2 Wochen „Vaterschaftsurlaub“. Dieser muss in einem Stück in einem Zeitraum bis 56 Tage nach der Geburt (oder nach dem errechneten Geburtstermin, falls das Kind frühgeboren ist) in Anspruch genommen werden (Crown, o. D.).

5.2 Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen (Gesundheitsziel 2)

5.2.1 Allgemein

Gesundheitsziel 2 verfolgt das Ziel der Sicherstellung gesundheitlicher Chancengleichheit für alle Menschen in Österreich. Dieses Gesundheitsziel steht im Einklang mit Art. 7 Abs. 1 Satz 2 B-VG, demgemäß Vorrechte der Geburt, des Geschlechts, des Standes, der Klasse und des Bekenntnisses ausgeschlossen sind. Um dies zu erreichen, ist es daher zunächst notwendig, derzeitige Unterschiede und Ungerechtigkeiten zu erkennen, ihre Ursachen zu identifizieren und diese anschließend gezielt zu beheben.

5.2.2 Gendergerechtigkeit

Ob und wie leicht eine Person Zugang zu bestimmten Institutionen und Möglichkeiten – wie etwa der bestmöglichen Gesundheitsvorsorge – hat, bzw. wie niederschwellig dieser Zugriff ist, entscheidet eine Vielzahl von Faktoren. Von großer Relevanz ist in diesem Kontext nicht das persönliche Verhalten der Person, sondern vor allem auch die Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe (Weber & Salis Gross, 2018), wobei Gender bzw. das Geschlecht einer Person wesentliche Faktoren sind, die es zu beachten gilt.

Anm.: Die Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ sind inhaltlich eng miteinander verwoben: Während der Begriff Geschlecht sich meist auf das biologische Geschlecht eines Menschen bezieht (meistens Mann oder Frau, im Fall von intergeschlechtlichen Personen aber auch ein drittes Geschlecht), beschreibt der Begriff Gender das soziale Geschlecht einer Person: die (bewusst und unbewusst) erlernten geschlechterkonformen Verhaltensweisen und Denkmuster, aber auch, wie die Person nach außen hin auftritt und von Dritten wahrgenommen und behandelt wird. Die Übergänge zwischen Geschlecht und Gender sind in der Praxis häufig fließend und Grenzen oft nicht klar definierbar. Umso wichtiger ist es daher, bei dem Versuch, gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen, nicht nur auf die Körperlichkeit (d. h. in den meisten Fällen das Geschlecht), sondern auch auf den Aspekt des Genders, also das soziale Gefüge einer Person bzw. Personengruppe zu achten (Abdul-Hussain, 2014).

Eine rechtliche und tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen sowie das Mitdenken und Einbeziehen von Geschlechtern außerhalb des binären Spektrums werden sowohl auf nationaler als auch grenzüberschreitender Ebene angestrebt und die Umsetzung von einer Vielzahl von Gesetzen, Konventionen und Agenden begleitet. International und auf europäischer Ebene relevant sind vor allem das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women/CEDAW) und die 2030 Agenda for Sustainable Development sowie das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt.

- 1980 – vor mittlerweile über 40 Jahren – ist das **Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau** in Kraft getreten. Das Übereinkommen basiert auf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Inhalt sind, neben einer Definition des Begriffs der Diskriminierung der Frau, Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Beseitigung von Diskriminierung und Erreichung des Ziels der Gleichstellung. Es handelt sich um eine völkerrechtlich verbindliche Rechtsgrundlage für alle Unterzeichnerstaaten für nationale und bilaterale Gesetzgebung und Rechtsprechung (UN General Assembly, 1979).
- Mit der **2030 Agenda for Sustainable Development** wurde 2015 erstmalig ein umfassendes Ziel zur Geschlechtergleichheit als eines von 17 globalen Zielen für nachhaltige Entwicklung durch die internationale Staatengemeinschaft vereinbart.

Gleichzeitig ist Geschlechtergleichheit auch als Querschnittsthema in der Agenda 2030 verankert (United Nations General Assembly, 2015).

- Das **Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt**, welches gemeinhin auch als Istanbul Konvention bekannt ist, setzt sich gem Art. 1 leg. cit. den Schutz vor jeglicher Form von Gewalt (insbes. auch häuslicher Gewalt) an Frauen unter anderem durch internationale Zusammenarbeit sowie die bestmögliche Unterstützung von Opfern der (häuslichen) Gewalt sowie jegliche Beseitigung von Diskriminierung zum Ziel (European Council, 2011).

Neben der Gleichberechtigung aller Menschen, unabhängig vom jeweiligen „Geschlecht“ bzw. „Gender“, ist jedoch auch die Wahrnehmung der Differenzen von großer Wichtigkeit, da etwa bestimmte Krankheiten je nach Geschlecht unterschiedlich häufig auftreten.⁷ Neben der Prävalenz verschiedener Krankheiten können sich gesundheitliche Aspekte auch je nach Geschlecht unterschiedlich äußern und Symptome variieren. Diesem Themenfeld widmet sich die Gendermedizin.

„Gendermedizin beschäftigt sich mit den Unterschieden zwischen Mann und Frau, wenn es darum geht, wie Krankheit entsteht, wie sie sich manifestiert, wie die Krankheitsverläufe ausfallen, wie sie auf Therapien ansprechen und welche Langzeitfolgen sie aufweisen. [Gendermedizin] beschäftigt sich aber natürlich nicht nur mit dem Geschlecht als binärem Faktor, sondern auch mit Gender als kontinuierlichem Faktor.“ – Prof. Dr. med. Cathérine Gebhard Ph.D

Auch wenn weiterhin durchaus Aufholbedarf in der Erforschung von relevanten Faktoren für die Geschlechtergesundheit besteht – etwa die umfassende Klärung der Frage, woher ebendiese Differenzen stammen, sowie die Schaffung differenzierter Diagnosetools – ist festzuhalten, dass im Hinblick auf die Erforschung der Differenzen zwischen Männern und Frauen in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht wurden. Die Auswirkungen, die Genderaspekte außerhalb des binären Geschlechts haben, sind dagegen bis dato weitestgehend unerforscht (Gaiswinkler, 2021; Gebhard, 2021; Stadler, 2021).

⁷ Vgl. etwa die Geschlechterunterschiede, die sich aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 ergeben.

Österreich

Neben dem allgemeinen Gleichheitssatz, wonach alle Staatsbürger:innen vor dem Gesetz gleich sind, nimmt die österreichische Verfassung auf die Gleichstellung von Männern und Frauen besonders Bedacht. So bekennen sich gem. Art. 7 Abs. 2 B-VG „Bund, Länder und Gemeinden [...] zur tatsächlichen Gleichstellung von Mann und Frau. Maßnahmen zur Förderung der faktischen Gleichstellung von Frauen und Männern insbesondere durch Beseitigung tatsächlich bestehender Ungleichheiten sind zulässig“.

Ganz Ähnliches bestimmt auch Art. 4 Abs. 1 der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW), worin betont wird, dass „vorübergehende Sondermaßnahmen der Vertragsstaaten zur beschleunigten Herbeiführung der De-facto-Gleichberechtigung von Mann und Frau [...] nicht als Diskriminierung im Sinne dieser Konvention [gelten], [...] aber keinesfalls die Beibehaltung ungleicher oder gesonderter Maßstäbe zur Folge haben [dürfen]; diese Maßnahmen sind aufzuheben, sobald die Ziele der Chancengleichheit und Gleichbehandlung erreicht sind“. Dieses wichtige internationale Instrument wurde von Österreich bereits vor beinahe vierzig Jahren (1982) ratifiziert. Der neunte Staatenbericht Österreichs wurde 2017 an das CEDAW-Komitee übermittelt (Bundeskanzleramt, 2019b).

2014 trat zudem das „Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“, in Österreich in Kraft. Nach einer Basis-evaluierung durch das Vertragsstaatenkomitee, das 11 Empfehlungen an Österreich aussprach, legte Österreich im März 2021 einen Bericht vor, in dem es auf die Umsetzung der Empfehlungen einging (Bundeskanzleramt, 2019a).

Auf einfachgesetzlicher Ebene trägt der Gesetzgeber der Gleichbehandlung von Männern und Frauen auf vielerlei Ebene Rechnung. Eine Aufzählung von allen die Gleichberechtigung der Geschlechter betreffenden Normen findet sich auf der Seite des Parlaments.

Die Gleichbehandlungsanwaltschaft (GAW) bietet unabhängige und kostenfreie Beratung und Unterstützung für Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind. Aufgabe der GAW ist es, Diskriminierung zu bekämpfen und Gleichstellung zu fördern. Die Anwaltschaft für Gleichbehandlung ist eine nationale Gleichbehandlungsstelle, die nach EU Recht (Art. 13 RL 2000/43/EG und Art 12 RL 2004/113/EG) ein Mandat zur unabhängigen Beratung, Unterstützung und Vertretung bei Diskriminierung sowie Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu Gleichbehandlung und Gleichstellung innehat. Im Sinne des Art. 20 Abs 2

Z 8 B-VG handelt es sich um eine unabhängige Dienststelle die im Bundeskanzleramt eingerichtet ist. Die GAW handelt im gesetzlichen Wirkungsbereich selbständig, unabhängig und weisungsfrei (Gleichbehandlungsanwaltschaft, 2018).

Abseits rechtlicher Bestimmungen verfolgt Österreich verschiedene Gleichstellungsstrategien bzw. Strategien für die Verbesserung von Frauen- und Gendergesundheit. So arbeitet Österreich etwa als erstes und bislang einziges europäisches Land einen Aktionsplan Frauengesundheit aus. Dieser formuliert 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen für mehr Chancengerechtigkeit für Frauen. Auch hier findet sich somit der holistische Ansatz wieder, Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu betrachten, sondern die sozioökonomische Situation von Frauen mitzubersichtigen (Bundesministerium für Arbeit, 2016; Gaiswinkler, 2021).

Deutschland

„Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin“ bekundet Art. 3 Abs. 2 GG. Somit hat auch Deutschland, ebenso wie eine Vielzahl anderer Nationen – Österreich eingeschlossen – die Gleichberechtigung von Männern und Frauen in die Verfassung aufgenommen.

1985 ratifizierte Deutschland CEDAW. Im März 2020 legte Deutschland den neunten Staatenbericht zur Umsetzung der Konvention vor, in dem gegenüber einer Liste von Fragen des Komitees Stellung bezogen wurde (Bundesministerium für Familie, 2020b).

Am 1. Februar 2018 trat das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt in Deutschland in Kraft; im September 2020 legte das BMFSFJ den ersten Staatenbericht zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland vor (Bundesministerium für Familie, 2020a).

Eine wichtige Maßnahme zur Geschlechtergerechtigkeit wurde mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes vollzogen. Der durch das PräVG in die Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung eingefügte § 2b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch lautet: „Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“ Nach dieser Vorschrift müssen die Krankenkassen bei ihren Leistungen die entsprechenden geschlechtsspezifischen Forschungsergebnisse berücksichtigen und ihre Leistungen dementsprechend ausgestalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2021b).

2020 verabschiedete das Bundeskabinett zudem die Gleichstellungsstrategie „Stark in die Zukunft“ der Bundesregierung, die mit 67 Maßnahmen insgesamt 9 Ziele verfolgt:

- Allen eine eigenständige wirtschaftliche Sicherung ermöglichen
- Soziale Berufe attraktiver und flexibler gestalten
- Gleichstellungspolitische Standards in der digitalen Lebens- und Arbeitswelt setzen
- Die Vereinbarkeit von Sorge- und Erwerbsarbeit erreichen
- Mehr Frauen in Führungspositionen bringen
- Gleiche Teilhabe in der Demokratie erreichen
- Stereotypen in Kultur und Wissenschaft abschaffen
- Eine neue Arbeitskultur im öffentlichen Dienst schaffen
- Gleichstellung zur Aufgabe der gesamten Regierung machen

Stand Anfang Juli 2021 sind 16 Maßnahmen erfolgreich umgesetzt, 46 laufend, zwei sind in Planung und drei ausstehend. Die Strategie wird fortgeschrieben und steuernd begleitet (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2021).

Schweden

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eine grundlegende Verfassungsnorm und ein ausdrückliches politisches Ziel in Schweden. So hat Schweden etwa auch die erste explizit feministische Regierung der Welt. Das bedeutet, dass die Gleichstellung der Geschlechter bei jeglichen Entscheidungsprozessen und Mittelzuweisungen im Mittelpunkt steht (Government Equalities Offices of Sweden, o. D.).

Die Verfassung (Sveriges Riksdag, 1974) hält in Art. 13 fest, dass Gesetze oder andere Vorschriften nicht darauf hinauslaufen dürfen, dass jemand aufgrund seines Geschlechts benachteiligt wird, es sei denn, ihr Erlass erfolgt im Zuge der Bestrebungen, die Gleichstellung zwischen Mann und Frau zustande zu bringen, oder sie betreffen die Wehrpflicht oder eine entsprechende Dienstpflicht.

Am 18. Dezember 1979 wurde das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau zur Unterzeichnung aufgelegt. Schweden war einer der ersten Staaten, der den Vertrag am 1980 unterzeichnete (Sandberg, 2002). Auch die Istanbul Konvention wurde von Schweden bereits ratifiziert (European Council, 2011).

Auf einfachgesetzlicher Ebene besteht die Antidiskriminierungsgesetzgebung aus dem Discrimination Act (MRB, 2008), der sowohl direkte als auch indirekte Diskriminierung sowie Belästigung im Arbeitsleben aufgrund des Geschlechts, der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, der sexuellen Ausrichtung oder des Alters verbietet. Fälle von Diskriminierung können dem schwedischen Gleichstellungsombudsmann gemeldet werden.

Schweiz

In der Schweiz ist die Gleichstellung der Geschlechter seit 1981 in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft verankert. Der verfassungsrechtliche Gleichstellungsartikel Art. 8 Abs. 3 leg. cit. verpflichtet den Gesetzgeber, für rechtliche und tatsächliche Gleichstellung zu sorgen, und enthält ein direkt durchsetzbares Individualrecht auf gleichen Lohn für gleiche oder gleichwertige Arbeit.

Auf internationaler Ebene ratifizierte die Schweiz 1997 das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Am 1. April 2018 trat zudem das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt für die Schweiz in Kraft; im Juli 2021 legte die Schweiz den ersten Staatenbericht dazu vor (Schweizer Bundesrat, 2021).

Auf einfachgesetzlicher Ebene wurde in der Schweiz das Bundesgesetz über die Gleichstellung von Mann und Frau verabschiedet. Es gilt für alle Bereiche des Erwerbslebens: von der Anstellung über die Weiterbildung bis zur Kündigung, Lohn und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Verboten sind sowohl direkte als auch indirekte Diskriminierungen. Das Gleichstellungsgesetz sieht außerdem Finanzhilfen für wegweisende Projekte zur Förderung der Gleichstellung im Erwerbsleben vor. Wer Verdacht auf eine Verletzung des Gleichstellungsgesetzes hegt, kann bei einer hierfür eingerichteten Schlichtungsstelle ein kostenloses Verfahren anstreben. Die Schlichtungsstellen, die in jedem Kanton vertreten sind, beraten die Parteien und versuchen, eine Einigung herbeizuführen (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, o. D.).

Bereits 1976 setzte der Bundesrat die Eidgenössische Kommission für Frauenfragen (EKF) als ständige außerparlamentarische Kommission ein, die heute dem Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann administrativ zugeordnet ist. Als beratendes Organ des Bundes befasst die Kommission sich mit allen Fragen, die die Situation der Frauen in der Schweiz und die Gleichstellung der Geschlechter betreffen (Keller, 2015).

Südaustralien

In Australien gibt es auf verfassungsrechtlicher Ebene keine Grundrechtecharta (siehe: Südaustralien). Somit gibt es weder einen allgemeinen Gleichheitssatz, der Diskriminierung bereits auf Verfassungsebene verbietet, noch einen speziellen Gleichheitssatz für die Gleichbehandlung der Geschlechter.

Auf einfachgesetzlicher Ebene gilt in ganz Australien der Sex Discrimination Act 1984. Es handelt sich um ein Gesetz, das Diskriminierung auf Basis des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität, eines etwaigen Intersex-Status, des Ehe- oder Beziehungsstatus, der Schwangerschaft, der möglichen Schwangerschaft, des Stillens oder der familiären Pflichten verbietet. Weiters werden Regelungen bezüglich sexueller Belästigung getroffen. Das Gesetz hat einen breiten Wirkungsbereich, der sich über diverse Lebensbereiche erstreckt (Australian Government, 1984).

Australien trat 1983 dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) bei; 2016 legten sie den achten Staatenbericht zur Umsetzung der Konvention vor. Von 2019 bis 2021 verfolgte der südaustralische öffentliche Sektor zudem eine Strategie für Diversität und Inklusion für ihre Arbeitnehmer:innen.

Wales

Die walisische Regierung verabschiedete 2010 den Equality Act, der die Diskriminierung von Minoritäten verbietet. Ebenfalls verpflichtet das Gesetz die walisischen Minister:innen dazu, walisischen Behörden die Pflicht aufzutragen, relevante Maßnahmen für die Erreichung von Gleichbehandlung zu ergreifen.

Die 2030 Agenda for Sustainable Development wurde durch den „Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015“, auf die walisischen Verhältnisse angepasst, umgesetzt. Eines der sieben Well-being Goals widmet sich „einem Wales mit mehr Gleichstellung“ (a more equal Wales). Neben der Förderung der Gleichberechtigung durch Entgegenwirken von Armut und der Förderung von Black, Asian and Minority Ethnic (BAME) People trägt das Well-being Goal auch Genderthemen wie der Verringerung des Gender Pay Gaps, der Bekämpfung von Gewalt an Frauen sowie der verpflichteten Auseinandersetzung mit LGBTIQA+-Themen Rechnung.

Auf internationaler Ebene ratifizierte das Vereinigte Königreich (zu dem Wales gehört) 1986 zudem das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). Ende 2017 legte das Vereinigte Königreich den achten Staatenbericht zur Umsetzung der Konvention vor, der auch auf die Lage in Wales einging (Government Equalities Office, 2018). Das Vereinigte Königreich ist bis dato noch nicht dem Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt beigetreten (European Council, 2011).

5.2.3 LGBTIQ+

Der LGBTIQ+ Begriff ist ein äußerst breitgefächertes Terminus und nicht alle Regelungen und Gegebenheiten können unverändert auf jegliche, unter dem Oberbegriff subsumierten Personen, angewendet werden. Einendes Kriterium ist aber unter anderem die Diskriminierung, der LGBTIQ+-Personen in vielen Lebensbereichen ausgesetzt sind und die sich mitunter auch auf den Gesundheitszustand auswirken können.

Anm.: Die ersten drei Buchstaben der Abkürzung LGBTIQ+ stehen für sexuelle Orientierungen – erfasst davon sind jegliche nicht heterosexuellen Menschen, also lesbische, schwule und bisexuelle Personen. Durch das „T“ in der Buchstabenzusammensetzung, das für transgender steht, werden Personen in den Oberbegriff LGBTIQ+ inkludiert, die sich nicht (ausschließlich) mit ihrem sogenannten „assigned gender“ – also dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht – identifizieren. Darunter fallen nach überwiegender Ansicht nicht nur Personen, die sich auf einem binären Spektrum dem gegenteiligen Geschlecht zugehörig fühlen, sondern auch all jene Menschen, die von der Cis-Geschlechtlichkeit, also der Identifikation ausschließlich mit dem „assigned gender“, abweichen (Harrington, 2016). Der Buchstabe „I“, bezieht sich auf den Begriff Intersexualität bzw. Intergeschlechtlichkeit. Der Terminus erfasst Personen, die genetisch, hormonell oder anatomisch nicht nur einem Geschlecht zugewiesen werden können, also sich körperlich zwischen den binären Geschlechertypisierungen befinden (Hughes et al., 2006; Plattform Intersex & Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich, 2020). Intersexualität bezieht sich also auf das biologische Geschlecht (sex) und nicht auf das soziale Geschlecht (gender). Das „Q“ kürzt den Überbegriff „queer“ ab. Queer ist ein Oberbegriff für sexuelle und geschlechtliche Minderheiten und wird oft als Selbstbezeichnung verwendet. Der letzte Buchstabe bezieht sich auf Asexualität, also die

Abwesenheit nach sexuellem Verlangen. Das „+“ zeigt auf, dass noch viele weitere Lebensrealitäten in dem Terminus inkludiert sind.

Auch wenn es in den letzten Jahrzehnten in weiten Teilen Europas erhebliche Verbesserung der Rechte von LGBTIQ+ Personen gab – etwa eine Einführung der „Ehe für alle“ in Österreich –, ist keinesfalls eine nationale oder globale Akzeptanz nicht heteronormativer Lebensweisen und transgender bzw. intersexueller Personen anzunehmen. Global betrachtet, ist die Menschenrechtssituation von LGBTIQ+-Personen fortwährend alarmierend.

Die Antidiskriminierungsrichtlinien der Europäischen Union, verbieten Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung im Zusammenhang mit einem Arbeitsverhältnis. Eine umfassende europäische Richtlinie für ein Diskriminierungsverbot aufgrund der sexuellen Orientierung in weiteren Lebensbereichen ist derzeit noch nicht umgesetzt worden.

Eine immer noch bestehende Hürde in Bezug auf Public Health ist etwa das Verbot der Blutspende von Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben. Auf europäischer Ebene widmet sich Nr. 2.1 des Anhangs III der Richtlinie (RL) 2004/33/EG dem Ausschluss von bestimmten Personen(gruppen) von der Blutspende. Der Ausschluss von der Blutspende gemäß Nr. 2.1 des Anhangs III betrifft Personen, deren Sexualverhalten ein »hohes Risiko« der Übertragung von durch Blut übertragbaren schweren Infektionskrankheiten birgt. Die von diesem Ausschluss betroffenen Personen oder Personenkategorien werden von der RL nicht genau festgelegt, was den Mitgliedstaaten einen Wertungsspielraum bei der Anwendung dieser Bestimmung einräumt.

Weiters gibt es oft sehr komplexe Vorschriften beim Wunsch eines geschlechtsangleichenden Eingriffs oder der Eintragung eines anderen Geschlechts als des sogenannten „assigned genders“.

Österreich

Die Landes-Antidiskriminierungsgesetze der Bundesländer sehen für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen ein Verbot der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung vor. Nicht so jedoch das Gleichbehandlungsgesetz auf Bundesebene (GlBG), welches lediglich im Sinne der Umsetzung der EU-RL, die Gleichbehandlung im Arbeitsleben normiert. Auch fehlt es in Österreich – als einem der

letzten vier europäischen Nationen – noch an einer Antidiskriminierungsstelle explizit für LGBTIQ+ Personen (Gleichbehandlungsanwaltschaft, 2020).

Mit einem Urteil aus 2017 entschied der Verfassungsgerichtshof, dass die bis zu diesem Zeitpunkt geltenden unterschiedlichen Regelungen des § 44 ABGB für verschieden- und gleichgeschlechtliche Paare in Bezug auf Ehe und Verpartnerung nicht zulässig wären (VfGH G 258-259/2017). Dies ebnete den Weg für die gesetzliche Verankerung der „Ehe für alle“ im Jahr 2019. Konkret urteilte das Gericht, dass das bis 2017 bestehende Ehegesetz, das die Ehe auf eine Verbindung zwischen einer Frau und einem Mann begrenzt, das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot verletzt. Das Gericht betonte ausdrücklich, dass ein Eheverbot für gleichgeschlechtliche Paare impliziere, dass lesbische, schwule oder bisexuelle Menschen heterosexuellen Personen nicht gleichgestellt seien, und urteilte, dass dies diskriminierend sei (Human Rights Watch, 2017).

Anm.: Auch in Bezug auf die Möglichkeit der Adoption für gleichgeschlechtliche Paare (VfGH G119/2014) und der künstlichen Befruchtung von lesbischen Frauen (VfGH G 16/2013) lag es am österreichischen Verfassungsgerichtshofs die bis dahin bestehenden Regelungen als verfassungswidrig aufzuheben.

Die Blutspende ist Männern, die Sex mit Männern haben, nur dann gestattet, wenn seit dem letzten Verkehr mindestens 12 Monate vergangen sind. Die gleiche Frist gilt auch für Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate Sex mit mehr als drei Sexualpartner:innen hatten, und Frauen, wenn diese Sex mit einem Mann hatten, der gleichgeschlechtlichen Sex hatte (Österreichisches Rotes Kreuz, 2021). In Österreich findet sich diese Regelung in § 5 Abs 1 Z 3 lit s der Blutspenderverordnung. Ausgeschlossen sind demnach Spender:innen, "bei denen einer der angeführten Risikofaktoren oder eine der angeführten Infektionen oder Krankheiten anamnestisch festgestellt wird: [etwa ein] dauerndes Risikoverhalten für eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere mit HIV und HBV“.

Wer geschlechtsangleichende Maßnahmen vornehmen lassen möchte, findet (verglichen mit anderen Ländern) weniger und schwerer zugängliche Informationen darüber, welche Schritte dieser langwierige Prozess beinhaltet; eine Grafik auf der Seite des Gesundheitsministeriums fasst schließlich zusammen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Zunächst bedarf es der Diagnose „Transsexualismus“ bzw. „Geschlechterdysphorie“, für die

ein Konsensbeschluss dreier Expert:innen notwendig ist (psychiatrisch, klinisch-psychologisch und psychotherapeutisch). Zur Freigabe der Hormonbehandlung bzw. geschlechtsangleichenden OP ist der Konsensbeschluss zweier Expert:innen notwendig.

Deutschland

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Deutschland (AGG) verbietet Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität. Die Ehe für gleichgeschlechtliche Paare ist seit dem 1. Oktober 2017 erlaubt, nachdem das deutsche Bundesverfassungsgericht bereits 2002 beurteilt hatte, dass eine Öffnung der Ehe auch für gleichgeschlechtliche Paare den im Grundgesetz verankerten besonderen Schutz der Ehe nicht gefährden würde.

Männer, die Sex mit anderen Männern haben, dürfen nur dann Blut spenden, wenn sie vor der Blutabnahme ein Jahr sexuell enthaltsam gelebt haben. Als Grund dafür wird – wie auch in Österreich – auf das bei diesen Gruppen angenommene erhöhte Infektionsrisiko für sexuell übertragbare Infektionen, einschließlich HIV, verwiesen (Robert Koch Institut, 2020). Die gleichen Beschränkungen gelten jedoch auch für trans Personen, unabhängig von deren Geschlecht oder Sexualverhalten.

Das deutsche Transsexuellengesetz wird oft kritisiert. Es schreibt Voraussetzungen vor, unter denen trans oder nichtbinäre Personen ihren Personenstand ändern, das heißt ihren Namen und ihr Geschlecht in offiziellen Dokumenten anpassen lassen können. Dazu bedarf es nach aktueller Gesetzeslage zwei psychologischer Gutachten, die von der betroffenen Person selbst zu zahlen sind, was sich auf 1500–2000 Euro beläuft. Viele Betroffene kritisieren die Gutachten als entwürdigend, da sehr intime Details preisgegeben werden müssen, um die Gutachter von der Notwendigkeit der Personenstandsänderung zu überzeugen (Darida, 2021). Gesetzesentwürfe, die vorsahen, eine Personenstandsänderung künftig per Antrag auf dem Standesamt zu erwirken, scheiterten im Mai 2021 in einer Abstimmung des Bundestages (Deutscher Bundestag, 2021).

Schweden

Schweden gilt als eines der LGBTIQ+-freundlichsten Länder der Welt; der Equaldex, ein Online-Index, der die Gleichstellung von LGBTIQ+-Personen misst, führt Schweden im internationalen Vergleich auf Rang 4 (Equaldex, 2021).

In den letzten Jahrzehnten hat Schweden wichtige Schritte unternommen, um sicherzustellen, dass die Community der LGBTQIA+ Personen die gleichen Rechte und Möglichkeiten genießt. Zu den neueren Gesetzen gehören geschlechtsneutrale Eheschließungen, Adoptionsrechte für schwule und lesbische Paare, das Recht auf Insemination für lesbische Paare und ein Verbot der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung, das in die schwedische Verfassung aufgenommen wurde (Swedish Institute, 2021a).

Trotz der Teils fortschrittlichen Regelungen gibt es auch in Schweden im Bereich der Blutspende Hürden für Männer die Sex mit Männern haben. Seit dem 1. Mai 2021 hat Schweden die Sperrfrist von einem Jahr auf sechs Monate verkürzt.

2016 hat die schwedische Regierung eine Untersuchungskommission mit dem Auftrag eingesetzt eine breit angelegte Überprüfung der bestehenden Bedingungen für transgener Personen vorzunehmen und auf Basis dessen konkrete Anpassungsvorschläge zu unterbreiten (Government Offices of Sweden, 2018). Schweden war das erste Land der Welt, das 1972 einer Person erlaubte, ihr Geschlecht legal zu ändern. Gleichzeitig waren nach dem Gesetz von 1972 die Voraussetzungen für eine Geschlechtsangleichung, dass man unverheiratet, schwedische:r Staatsbürger:in und unfruchtbar war. Letzteres erforderte in den meisten Fällen eine Sterilisationsoperation, eine Anforderung, die bis 2013 galt (Carlson, 2021). Das National Board of Health and Welfare veröffentlichte 2015 Leitlinien für die "Bewertung, Gesundheitsversorgung und Behandlung" von erwachsenen Personen mit Geschlechtsdysphorie im gesamten schwedischen Gesundheitssystem (Linander et al., 2021; The National Board of Health and Welfare, 2015).

Schweiz

Art. 8 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft regelt die Rechtsgleichheit. Darin wird unter anderem ein Diskriminierungsverbot von Menschen aufgrund deren „Lebensweise“ normiert. Darunter fällt nach herrschender Lehre auch das Verbot der Diskriminierung von LGBTQIA+ Personen (humanrights.ch, 2020). Eine weitere (teilweise Errungenschaft) wurde in der Schweiz durch die Erweiterung der Antirassismustrafnorm zugestimmt. Seit 2020 werden nun auch homophobe Äußerungen und Handlungen gesetzlich verboten, womit Lesben, Schwule und Bisexuelle einen verbesserten Schutz vor Hass, Hetze und Diskriminierung erhalten. Nicht Bestandteil der Strafnorm ist der Schutz von intergeschlechtlichen und trans Menschen.

Am 26. September 2021 stimmte die Schweiz über die Ehe für alle ab; 64,1 % aller abgegebenen Stimmen sprachen sich dafür aus (Bundeskanzlei, 2021).

Männer, die Sex mit Männern haben, sind seit dem 1. Juli 2017 nicht mehr pauschal von der Blutspende ausgeschlossen. Voraussetzung für die Blutspende ist eine zwölfmonatige Karenzzeit seit dem letzten MSM-Kontakt. (Blutspende SRK Schweiz, 2021).

Wer seinen Personenstand in amtlichen Dokumenten ändern lassen möchte, kann dies auch ohne vorherige geschlechtsangleichende Operation machen. Ebenso ist es möglich, den Vornamen zu ändern, ohne den Geschlechtseintrag anpassen zu lassen. Die Voraussetzungen, die hierfür erfüllt sein müssen, bestimmt jeder Kanton selbst. Meistens wird ein Schreiben von einer medizinischen Fachperson verlangt, in dem die Transgeschlechtlichkeit bestätigt wird. Einige Kantone forderten bisher eine Hormonbehandlung. Dies wurde jedoch vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als unzulässig eingestuft (Switzerland, 2010).

Trans Menschen können auch vor Erreichen der Volljährigkeit mit der Hormoneinnahme beginnen und sogar geschlechtsangleichende Operationen durchführen lassen. Voraussetzung dafür ist eine psychologische oder psychiatrische Bestätigung. In der Praxis ist dies jedoch noch eine Seltenheit. Die Kosten für die medizinische Angleichung der primären und der sekundären Geschlechtsmerkmale werden von der Krankenkasse übernommen, wenn die Angleichung in der Schweiz durchgeführt wird. Wie alle ärztlichen Leistungen müssen auch Angleichungsmaßnahmen gemäß Krankenversicherungsgesetz für die Einzelperson als wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich eingestuft werden. Verlangt wird die Diagnose „Trans“ („Gender Dysphorie“ oder „echter Transsexualismus“) und eine Bestätigung, dass die gewünschte Maßnahme notwendig ist und auch eine kostengünstigere Variante nicht infrage kommt (Recher, 2018).

Südaustralien

In Australien ist gesetzlich untersagt, Personen aufgrund ihrer Genderidentität zu diskriminieren. Dies wird im Sex Discrimination Act 1984 festgelegt. Die Ehe für alle ist seit Dezember 2017 in Südaustralien möglich.

2016 wurde Südaustralien das erste Bundesland Australiens, das es trans-, inter- und nichtbinären Personen erlaubte, ihr Geschlecht auf offiziellen Dokumenten anpassen zu lassen, ohne vorher eine geschlechtsangleichende OP durchführen zu lassen. Ab 16 Jahren

dürfen Personen Hormone nehmen, um ihr Geschlecht anzugleichen. Jüngere Kinder dürfen mit Pubertätsblockern die Ausschüttung ihrer natürlichen Geschlechtshormone verhindern. Ein operativer Eingriff ist ab 18 Jahren erlaubt. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung eines Teams von medizinischen Fachpersonen (ein Fruchtbarkeitsexperte bzw. eine Fruchtbarkeitsexpertin, ein:e Psychiater:in und eine weitere Expertin bzw. ein weiterer Experte für mentale Gesundheit; bei Minderjährigen zusätzlich eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt).

Wales

Das Equality Act 2010 besagt, dass niemand aufgrund deren sexueller Orientierung diskriminiert werden darf, was in Wales auch die Basis für die Ehe für alle, darstellt. Diese ist seit 2014 in England und Wales erlaubt; Anfang September 2021 entschloss sich auch die anglikanische Kirche in Wales, gleichgeschlechtliche Ehen zu segnen – anders als die anglikanische Kirche von England, die diese Praxis immer noch verbietet (Sherwood, 2021).

Im Jahr 2020 gab die walisische Regierung Pläne bekannt, einen LGBTIQ+-Aktionsplan ins Leben zu rufen. Dazu beauftragten sie die Nichtregierungsorganisation Stonewall Cymru, die sich für die Rechte der LGBTIQ+-Community einsetzt, eine Studie über das Leben der Community in Wales durchzuführen. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde der Aktionsplan verfasst, „der die existierenden strukturellen Ungleichbehandlungen, die von der LGBTIQ+-Community erlebt werden, lösen möchte, der Diskriminierung bekämpfen möchte, und der eine Gesellschaft schaffen möchte, in der LGBTIQ+-Personen sicher, offen und frei lieben und leben können“ (Welsh Government, 2021a). Der Plan beschäftigt sich mit sechs Themenfeldern: Menschenrechte und deren Wahrung, Sicherheit, Heimat und Communitys, Gesundheit und Sozialvorsorge, Bildung, und Arbeitsplatz.

Bei der Blutspende (bzw. dem Verbot dazu) wird in Wales nicht darauf abgestellt, ob ein Mann Sex mit Männern hat. Vielmehr gilt hier als Kriterium, ob eine Person (Mann oder Frau) in den letzten drei Monaten mit mehr als einem Partner bzw. einer Partnerin Sex hatte (unabhängig von dessen Geschlecht) und Analsex mit einem oder mehreren Partner:innen hatte. Hat die Person regelmäßig Analsex im Rahmen einer monogamen Beziehung, darf sie drei Monate nach Beginn der Beziehung Blut spenden (Welsh Blood Service, 2021).

Möchte eine Person in Wales ihren Namen auf offiziellen Dokumenten ändern, kann sie dies mit einem einfachen Antrag tun. Um ihr Geschlecht zu korrigieren, bedarf es eines

ärztlichen Gutachtens, dass die Genderidentität aller Voraussicht nach permanent ist, sowie eines Nachweises, dass auch ein Name neu gewählt wurde. Um eine neue Geburtsurkunde zu beantragen, die das richtige Geschlecht wiedergibt, muss hingegen ein sogenanntes „Gender Recognition Certificate“ beantragt werden, das nur an Personen ausgestellt wird, die über 18 Jahre alt sind und mindestens 2 Jahre als Angehörige ihres gewünschten Genders gelebt haben und vorhaben, dies bis zu ihrem Lebensende zu tun. Zudem muss die Person an Genderdysphorie leiden oder gelitten haben. Dies muss vom Allgemeinarzt bzw. der Allgemeinärztin sowie einem Genderspezialisten bzw. einer Genderspezialistin bestätigt werden. Hat die Person noch keine geschlechtsangleichende Operation vorgenommen oder lehnt sie dies ab, muss eines der ärztlichen Gutachten bestätigen, dass die Person derzeit auf die Operation wartet, oder die Ablehnung einer solchen Behandlung begründen.

5.3 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bevölkerung stärken (Gesundheitsziel 3)

5.3.1 Allgemein

Das dritte Gesundheitsziel widmet sich der Aufgabe, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern, denn dies stellt die Grundvoraussetzung für die Gesundheit, Chancengleichheit und selbstständige gesundheitliche Entscheidungsfindung im Alltag dar. Gesundheitskompetenz geht über die Lese- und Schreibfähigkeit hinaus und beinhaltet Wissen, Motivation und Kompetenzen, um sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung eine Meinung zu bilden und Entscheidungen im Sinne einer guten Lebensqualität zu treffen (Robert Koch Institut, 2021).

Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz soll zu einem erleichterten Zugang zu Informationen und besserem Gesundheitsbewusstsein führen, die in Konsequenz die Fähigkeit zum selbstbestimmten Mitentscheiden von Personen im Gesundheitssystem verbessern.

Eine der bekanntesten Definitionen des Begriffs Health Literacy (derer sich auch die WHO bedient) stammt von *Nutbeam* (Nutbeam, 1998). Demnach bedeutet "Gesundheitskompetenz [...], dass man ein gewisses Maß an Wissen, persönlichen Fähigkeiten und Selbstvertrauen besitzt, um Maßnahmen zur Verbesserung der persönlichen und gesellschaftlichen Gesundheit zu ergreifen, indem man den persönlichen Lebensstil und die Lebensbedingungen ändert. Gesundheitskompetenz bedeutet also mehr als die Fähigkeit, Broschüren

zu lesen und Termine zu vereinbaren. Durch die Erleichterung des Zugangs der Menschen zu Gesundheitsinformationen und die Verbesserung ihrer Fähigkeit, diese effektiv zu nutzen, ist Gesundheitskompetenz ein entscheidender Faktor für die Stärkung der Handlungskompetenz."

5.3.2 Health Literacy von Personen mit Migrationshintergrund

Im Zentrum des Ziels der Verbesserung der Gesundheitskompetenz stehen vor allem jene Personengruppen, die aufgrund diverser Gegebenheiten ohnehin einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und Gesundheitsinformationen haben. Die Fokussierung auf marginalisierte Gruppen steht auch mit dem zweiten Gesundheitsziel in einem starken Zusammenhang, das eine gesundheitliche Gerechtigkeit für alle Menschen in Österreich fordert, unabhängig von Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. **Siehe näher:** 5.2.

In diesem Abschnitt wird der Fokus speziell auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverständnisses von Personen mit Migrationsgeschichte gelegt, da diese unter anderem auch mit Sprachbarrieren und einem damit einhergehenden erschwerten Zugang zu Informationen und Präventivmaßnahmen zu kämpfen haben können.

Österreich

Das Bestreben die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – insbesondere auch von marginalisierten Personen – zu stärken, wurde in Österreich in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gestellt. Zur Evaluierung der Bedürfnisse auf dem Gebiet, sind verlässliche Daten notwendig, um auf aktuelle Herausforderungen und Entwicklungen in der Bevölkerung und auch in einzelnen Gesellschaftsgruppen gezielt eingehen zu können.

Darauf basierend wurden im Jahr 2011 die ersten Daten zur Gesundheitskompetenz im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) erhoben. Die Ergebnisse legten nahe, dass Österreich – auch im Vergleich zu den sieben europäischen Ländern – einen großen Nachholbedarf hat. So wiesen Spanien und Österreich mit jeweils 9,1 % und 9,9 % die niedrigste Quote an „exzellenter“ Gesundheitskompetenz auf. Vorreiter stellt hierbei die Niederlande mit 25,1% dar. Wird das niedrigste Kompetenzlevel verglichen („inadäquate“ Health Literacy), weisen Bulgarien (26,95 %) und Österreich (18,2 %) hingegen die höchsten Vorkommnisse auf (Sørensen et al., 2015).

Die Ergebnisse der zweiten Erhebung (HLS19-AT) offenbaren, dass die Navigationskompetenz (mit 33 %) und die digitale Gesundheitskompetenz (mit 30 %), die am schlechtesten ausgeprägten Kompetenzarten innerhalb der Health Literacy sind. Im Vergleich fallen Impfentscheidungen 20 % der befragten Personen schwer, welche im Rahmen der impfbezogenen Gesundheitskompetenz abgefragt wurden.

Aus methodischen Gründen ist ein direkter Vergleich zwischen beiden Erhebungswellen (2011 und 2019) nicht gegeben, jedoch erlaubt eine methodische Annäherung eine Gegenüberstellung. Ableitend kann eine geringfügige Verbesserung der Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren abgeleitet werden – so sind etwa die „ausreichenden“ bis „exzellenten“ Gesundheitskompetenz-Daten von 48 % auf 53 % gestiegen.

Aktuell werden die Ergebnisse aus der HLS19-Erhebung auf internationale Ebene verglichen und demnächst neue internationale Daten erwartet. Hierbei wurde bereits festgestellt, dass die strukturierte Befassung mit dem Thema Gesundheitskompetenz seit 2015 sich bereits positiv in den Ergebnissen widerspiegelt (Fachgruppe Public Health, 2022).

Neben allgemeinen Erwägungen im Bereich der Gesundheitskompetenz, ist insbesondere auch auf jene Personengruppen Bedacht zu nehmen, die – etwa aufgrund einer sprachlichen Barriere – ohnehin einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsinformationen haben. Das Gesamtbild Österreichs ist durch unterschiedliche Sprachen und Kulturen gekennzeichnet, vor allem in Großstädten wie Wien, wo der Bevölkerungsanteil mit einer ausländischen Herkunft im Jahr 2021 bei 41,9 % lag (Stadt Wien – Wirtschaft, 2021). Dies bringt neben einer Bereicherung auch Herausforderungen mit sich. Im Setting des Gesundheitswesens sind hier vor allem Sprachbarrieren ein häufig auftretendes Problem.

Die sprachlichen Barrieren in Österreich greift eine Studie auf, die Arzt- bzw. Ärztin-Patient:in-Gespräche von deutschsprachigen Patient:innen und Patient:innen mit türkischer Muttersprache vergleicht. Dabei gaben 46,3 % der türkischsprachigen Patient:innen an, die ärztlichen Gespräche nur mittelmäßig oder sogar schlecht zu verstehen, obwohl sie zuvor größtenteils ihre Deutschkenntnisse als durchschnittlich oder zumindest besser einschätzten. Abgeleitet wurde dementsprechend, dass sich in ärztlichen Gesprächen bei Personen mit Migrationshintergrund Deutsch nicht als optimale Sprache eignet und in diesem Setting häufig bessere Sprachkenntnisse benötigt werden als in der alltäglichen Kommunikation (Reindl, 2016).

Health Literacy im Gesetz

Das Gesundheitszielsteuerungsgesetz (G-ZG) fordert im Sinne der Patient:innenorientierung in dessen § 8 unter dem Titel „Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen“ die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen möglich ist. Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben den Einsatz von digitalen Informationssystemen aus dem Bereich eHealth sicherzustellen. Solche umfassen insbesondere transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdienstleistern.

Des Weiteren wird in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gefordert. Insbesondere wird im Zuge dessen auch auf Gesundheitsziel 3 („Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“) hingewiesen. Die Vertragsparteien kommen überein die erarbeiteten operativen Teilziele des Gesundheitsziels umzusetzen und auszubauen.

Rechtliche Aspekte einer mangelhaften Kommunikation

Obwohl sowohl für Ärzt:innen als auch für Krankenanstalten die Pflicht gilt, alle Patient:innen – unabhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Vermögen und Religionsbekenntnis – gleich zu behandeln, kann eine nicht überwundene Sprachbarriere einer rechtlich einwandfreien Behandlung im Wege stehen. Die Kommunikation zwischen Patient:innen und Angehörigen der Gesundheitsberufe hat eine überaus wichtige Bedeutung für die Gewährleistung der bestmöglichen Sicherheit der Patient:innen und die Vermeidung von Haftungsquellen seitens der Mediziner:innen. So liegt der verbale Informationsaustausch zwischen Patient:innen und Behandelnden in der Natur des gesetzlich verpflichteten Aufklärungsgesprächs (Kletečka-Pulker & Doppler, 2020).

Aufklärungsgespräch und Recht auf muttersprachliche Aufklärung

Es ist folglich insbesondere auch aus rechtlicher Sicht dringend notwendig, dass die am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen miteinander kommunizieren können, etwa weil die Einwilligung der aufgeklärten Patienten – neben der medizinischen Indikation – Voraussetzung für eine rechtmäßige Heilbehandlung ist. Kann ein:eine Patient:in aufgrund des Vorliegens einer Sprachbarriere nicht oder nur mangelhaft aufgeklärt werden, macht sich der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin gem. § 110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung), mit Ausnahme des Vorliegens einer Notfallsituation, strafbar.

Dieses Haftungsrisiko kann mitunter auch dazu führen, dass Patient:innen, die die Behandlungssprache nicht im nötigen Ausmaß verstehen, abgewiesen werden, da der Arzt bzw. die Ärztin oder die Krankenanstalt (außer in den besonderen Umständen der § 48 ÄrzteG und § 23 KAKuG) nicht verpflichtet sind, einen Behandlungsvertrag abzuschließen (Kletečka-Pulker, 2013). Eine weitere in der Praxis gebräuchliche Art, Sprachbarrieren zu umgehen, ist die Verwendung von diversen semi-professionellen oder unprofessionellen Hilfsmethoden zur Verständigung. So gaben in einer Studie der Plattform Patientensicherheit und des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin 95 % der befragten Mitarbeiter:innen im intramuralen Bereich an, schon einmal Dritte als Sprachmittler:innen herangezogen zu haben. Aber auch das Kommunizieren „mit Händen und Füßen“ ist eine gängige Praxis (Kletečka-Pulker & Parrag, 2015).

Bei nicht deutschsprachigen Patient:innen oder Patient:innen, die der deutschen Sprache in Bezug auf das medizinische Setting nicht in ausreichendem Ausmaß mächtig sind, ist eine Behandlung aufgrund der Voraussetzung des informed consent⁸ erst dann rechtskonform, wenn eine Aufklärung auf verständlicher Art und Weise erfolgt ist. Laut OGH ist es Aufgabe der ärztlichen Aufklärung, den Patient:innen die für ihre Entscheidung maßgebenden Kriterien zu liefern und sie in die Lage zu versetzen, die Tragweite ihrer Zustimmung zum fremden Eingriff zu überblicken (OGH 15.3.2001, 6 Ob 258/00k). Kann dies nicht gewährleistet werden, so muss – mit Ausnahme des Vorliegens einer Notfallsituation – ein:e Dolmetscher:in hinzugezogen werden. Würde das Herbeiholen einer professionellen Sprachmittlerin bzw. eines professionellen Sprachmittlers zu lange dauern und würde der:die Patient:in negative Folgen davontragen, kann darauf verzichtet werden (Kletečka-Pulker, 2013; Kletečka-Pulker & Doppler, 2020).

Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesprächsqualität

Die Bedeutung der Gesprächsqualität und der Wert eines gelungenen Gesprächs im Berufsalltag fand mittlerweile Eingang in die Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe. Ganz zentral ist freilich auch hier die Aufklärung der Patient:innen. Die Berufsrechte enthalten aber auch Bestimmungen für die Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe bzw. mit anderen Berufsgruppen, damit eine kontinuierliche Betreuung und Pflege im Sinne der Patient:innensicherheit erfolgen kann (z. B. § 9 Abs. 2 GuKG) (Kletečka-Pulker & Doppler,

⁸ Nach dem Prinzip des „informed consent“ müssen die Informationen Patienten in die Lage versetzen, die Folgen der Behandlungsablehnung richtig einzuschätzen (siehe etwa: ErläutRV 1299 BlgNR 22. GP 6.).

2020). So ist z. B. auch ausdrücklich im Berufsrecht der Pflege geregelt, dass eine der pflegerischen Kernkompetenzen des diplomierten Pflegepersonals die „theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation“ darstellt (§ 14 Abs. 2 Z 5 GuKG).

Institutionen

Der Wichtigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung haben sich in Österreich diverse Institutionen gewidmet. Die Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), die durch die Bundeskommission Ende 2014 beschlossen wurde, nahm 2015 ihre Arbeit auf (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz). Unterstützung bei der wissenschaftlichen Fundierung und strategischen Ausrichtung erhält die ÖPGK von der Gesundheit Österreich GmbH (Gesundheit Österreich GmbH, o. D.).

Projekte

Im Folgenden werden einige Maßnahmen und Projekte vorgestellt, die den Sprachbarrieren entgegenwirken und die Gesundheitskompetenz von mehrsprachigen Patient:innen stärken sollen.

Videodolmetschen

Um Sprachbarrieren bestmöglich zu überwinden, hat die österreichische Plattform Patientensicherheit das Tool „Videodolmetschen“ in Österreich erstmals etabliert und evaluiert. Mittels sicherer Datenleitung können professionelle Dolmetscher:innen jederzeit per Video zugeschaltet werden. So sollen rechtlich sehr unsichere Lösungen, wie die Zuziehung von Angehörigen (insb. Kinder) oder von mehrsprachigen Mitarbeiter:innen, abgelöst werden. Wie bereits erwähnt, wirken sich die Sprachkenntnisse auf die Kommunikation und den Informationsfluss im Gesundheitswesen und das Arzt- bzw. Ärztin-Patient:in-Gespräch aus, sodass in der Vergangenheit versucht wurde, die Sprachbarrieren mit der Hilfe von diversen unprofessionellen oder semi-professionellen Methoden zu lösen. Dabei handelte es sich oft um Familienangehörige oder mehrsprachiges Personal als Sprachmittler:innen, die zum einen häufig nicht über das qualifizierte Wissen und Know-how verfügen und zum anderen mit ihren eigenen subjektiven Meinungen die Prozesse beeinflussen können (Kletečka-Pulker & Doppler, 2020; Kletečka-Pulker & Parrag, 2015).

Peregina

Ein etabliertes Angebot im österreichischen Gesundheitswesen stellt unter anderem eine mehrsprachige Aufklärung in Form von Broschüren und Informationsblättern in verschiedenen Sprachen dar. Zudem stehen mehrsprachigen Patient:innen Beratungsstellen zur Verfügung, die in unterschiedlichen Bereichen und Stadien anknüpfen. Die Wiener Betreuungsorganisation Peregina unterstützt beispielsweise zugewanderte Frauen und ihre Familien in rechtlichen, sozialen und sprachlichen Angelegenheiten. Mit der Hilfe eines interdisziplinären Teams bietet der Verein Rechts- und Sozialberatung, psychologische Betreuung und Bildungsberatung für Frauen mit unterschiedlichen Migrationsbiografien. Aktuell bietet die Organisation Gruppenworkshops zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden an (Peregina, o.D.).

MiMi – Mit MigrantInnen für MigrantInnen

Ein weiteres Projekt, das ins Leben gerufen wurde, um die Gesundheitskompetenz von Migrant:innen zu stärken, ist das Projekt „MiMi – Mit MigrantInnen für MigrantInnen“. Hierbei werden Migrant:innen von sogenannten Gesundheitslots:innen gestärkt und dabei unterstützt, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Das Ziel dieses Projektes ist es, die gesundheitliche Situation der Migrant:innen längerfristig zu verbessern (Gesundheit.gv.at).

AmberMed

Bei AmberMed – ermöglicht durch das Rote Kreuz – werden kostenlose medizinische Behandlungen, soziale Beratungen und Medikamente angeboten. Dabei werden Patient:innen ohne Versicherung behandelt. Diese Leistungen werden mit der Hilfe von Dolmetscher:innen in den Sprachen Englisch, BKS, Bulgarisch, Rumänisch, Russisch, Chinesisch und vielen weiteren Sprachen ermöglicht (AmberMed).

Deutschland

Allgemein

Auch in Deutschland wird das Thema Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren immer häufiger thematisiert und erforscht. So wurden beispielsweise 2014 im Rahmen der ersten bundesweiten repräsentativen Erhebung die bereits im Jahr 2012 entwickelten europäischen Erhebungsinstrumente eingesetzt (HLS GER 1) (Hurrelmann et al., 2020). Die zweite repräsentative Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER 2) erfolgte im

Jahr 2020 in Form einer methodisch weiterentwickelten Messung der Gesundheitskompetenz und wurde vom Interdisziplinären Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) der Universität Bielefeld durchgeführt (Hurrelmann et al., 2020). Diese ermöglichte zudem einen Vergleich der Gesundheitskompetenz vor und während der Coronapandemie.

Rechtliche Rahmenbedingungen und nationale Strategien

Präventionsgesetz

In Deutschland hat das Bundesgesundheitsministerium am 25. Juli 2015 das Präventionsgesetz „Vielfalt stärken – Gesundheit fördern“ verabschiedet, das zur Stärkung der Gesundheitsförderung und zur Prävention dienen soll (Geene, 2018; Walter, 2018). Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) beschließt dazu im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen). Ziel ist es, Strukturen aufzubauen bzw. zu stärken, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, ihre Ressourcen für ein gesundes Leben voll auszuschöpfen (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz, 2018).

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Etwa die Hälfte der in Deutschland lebenden Personen weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Hierbei bestehen zum einen Schwierigkeiten bei dem Zugang zu und dem Verständnis von gesundheitsbezogenen Informationen, zum anderen bei der Anwendung dieser auf die eigene Lebenssituation und dem gesundheitlichen Bewusstsein. Aus diesem Grund wurde von einem Expert:innenkreis der nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz aufgestellt. Dieser dient in erster Linie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland und soll bei bestehenden Schwierigkeiten vorbeugend wirken. (Schaeffer et al., 2018).

Projekte

Gesundheitsförderung für Migrant:innen

Das Projekt „Gesundheitsförderung für Migrant:innen“ existiert seit dem Jahr 2000 und widmet sich Menschen, die mit Angeboten im medizinischen und psychosozialen Bereich kaum oder gar nicht erreicht werden können. Schwerpunkte sind die Frauengesundheit, Männergesundheit und allgemeine Familiengesundheit. Überwiegend werden Gruppenveranstaltungen angeboten, die in Stadtteilen stattfinden, in denen ebendiese Personen leben. Dabei werden Themen wie das deutsche Gesundheitssystem, die Ernährung, Bewegung und Vorsorgeuntersuchungen behandelt.

Zudem werden die Sprach- und Gesundheitsförderung verknüpft, indem deutsche Vokabeln vermittelt werden (z. B. Körper, Krankheitssymptome und Arzt- bzw. Ärztinbesuch), die für alltägliche Konversationen im Gesundheitssystem von Bedeutung sind. Dabei soll ein möglichst selbstständiger Arzt- bzw. Ärztinbesuch ermöglicht und erleichtert werden. Das Ziel ist es hierbei, in erster Linie das Gesundheitsbewusstsein und -handeln zu fördern und stärken (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ein Angebot der mehrsprachigen Aufklärung im Gesundheitswesen stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dar, die sich der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung widmet. Der Info-Dienst soll den Klient:innen dabei helfen, gezielt Informationen zu erhalten und mit zuständigen Personen aus der Gesundheitsförderung in Kontakt zu treten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2021).

Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)

Um eine Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu bewirken, hat das Robert Koch-Institut das Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) initiiert. Ziel ist die Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings. Dabei wird von einem Deutschland ausgegangen, das durch eine heterogene Bevölkerung gekennzeichnet ist. Dies ist von großer Bedeutung, um in Zukunft auch für Menschen mit Migrationshintergrund zuverlässige Daten (vor allem in den Bereichen des Gesundheitszustands und des Gesundheits- und Präventionsverhaltens) bereitstellen zu können.

Schweden

Das schwedische Public-Health-System zeichnet sich durch einen fortschrittlichen und stark sozialen Charakter aus. Trotz der Errungenschaften auf vielen Ebenen wurde der wichtige Aspekt der Stärkung der Gesundheitskompetenz bis dato nicht vollumfänglich in die Public-Health-Bestrebungen integriert. Erst in jüngeren Jahren wurde das Thema in Schweden aufgegriffen und versucht, die Wichtigkeit des Konzepts aufzuzeigen. Die Forschung und Etablierung des Konzepts von Health Literacy (insbesondere in Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund) ist bis dato jedoch auf einige wenige Personen – unter Federführung der Wissenschaftlerin Josefin Wångdahl – beschränkt. Gesundheitskompetenz genießt in Schweden folglich bei weitem noch nicht den gleichen Stellenwert wie in anderen Nationen (Wångdahl, 2021). Aus ebendiesen Gründen können zum jetzigen Stand auch noch keine qualifizierten Aussagen über den Stand der Gesundheitskompetenz der schwedischen Bevölkerung getroffen werden.

Für die Gruppe der geflüchteten Personen in Schweden ist der Erhebungsstand bereits weiter fortgeschritten. So wurde mit einer, in die jeweiligen Muttersprachen der geflüchteten Personen übersetzten, Health Literacy Scale bewiesen, dass ein beträchtlicher Anteil dieser Personengruppe über eine begrenzte Health Literacy verfügt und einen schlechten Gesundheitszustand oder beeinträchtigtes Wohlbefinden aufweist. Dies geht oft mit einer mangelnden Inanspruchnahme medizinischer Versorgung einher (Wångdahl et al., 2014, 2018).

„Wir wissen nicht, wie die Gesundheitskompetenz in Schweden aussieht, da wir noch keine richtige Umfrage hatten. Aber aus meiner Sicht und Erfahrung haben wir eine recht gut gebildete Bevölkerung, so dass die funktionelle Gesundheitskompetenz somit meines Erachtens kein großes Problem darstellt. Allerdings ist es ein Problem für neu angekommene Migrant:innen, weil sie die Sprache nicht gut kennen, auch wenn wir Berichte in vielen Sprachen und Informationen in verschiedenen Übersetzungen haben. Aber es hilft nichts, wenn sie Analphabeten sind (Wångdahl, 2021).“ – Josefin Wångdahl

Recht auf muttersprachliche Aufklärung:

Trotz des Mangels an öffentlichem Engagement zum Thema Health Literacy gibt es in Schweden im Bereich der Kommunikation im Gesundheitswesen wegweisende Errungenschaften. Gemäß dem Patient Act haben Patient:innen in Schweden das Recht, Informatio-

nen über ihren Gesundheitszustand und ihre Behandlung zu erhalten. Ebendiese Informationen sollten an die individuellen Bedingungen in Bezug auf Alter, Reife, Erfahrung und sprachlichen Hintergrund angepasst sein. Dabei haben Personen, die kein oder nicht ausreichend schwedisch sprechen, in allen öffentlichen Einrichtungen – so etwa in öffentlichen Krankenhäusern – ein Recht auf die Beiziehung von Dolmetscher:innen. Die Verantwortung für die Inanspruchnahme und Bereitstellung des Dolmetschdienstes liegt dabei beim Gesundheitsdienst. Diese Umsetzung der fortschrittlichen Bestimmungen ist bis dato allerdings oft noch mit gravierenden Problemen behaftet, etwa einem Mangel an autorisierten Dolmetscher:innen in den wichtigsten Sprachen (Hadziabdic & Hjelm, 2019).

Schweiz

Die „Health Literacy Survey Schweiz“ zeigt auf, dass knapp die Hälfte (49 %) der Schweizer Bevölkerung von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen geprägt ist und somit eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist (De Gani et al., 2021b). Wenn gleich bei Personen mit Migrationshintergrund in der Studie tendenziell eine leicht höhere Gesundheitskompetenz dokumentiert wurde, konnte festgestellt werden, dass mit zunehmenden Schwierigkeiten in der lokalen Sprache die Gesundheitskompetenz signifikant sinkt (De Gani et al., 2021a).

Gesundheitliche Chancengleichheit

In der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine eigene Sektion gegründet, die sich der gesundheitlichen Chancengleichheit aller Personen widmet. In den Jahren 2002 bis 2017 lief das Programm mit dem Titel „Migration und Gesundheit“, das sich auf die Chancengleichheit und Integration der in der Schweiz lebenden Migrant:innen fokussierte. In diesem Rahmen wurden die Aktivitäten der Kantone und verschiedenster Nichtregierungsorganisationen zusammengeführt. Dabei förderte das Programm unter anderem die migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention, den chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Verständigung zwischen dem Gesundheitspersonal und fremdsprachigen Patient:innen, die Aus- und Weiterbildung für das Gesundheitspersonal im Umgang mit Diversität und die Forschung zu benachteiligten Migrationsgruppen (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

Projekte

Gesundheitspersonal im Umgang mit Migrant:innen

Resultierend aus der Idee, die Kompetenz des Gesundheitspersonals im Umgang mit Diversität im schweizerischen Gesundheitssystem zu stärken, hat das Bundesamt für Gesundheit 2005 eine Liste von Ausbildungsempfehlungen veröffentlicht. Darin wurden Bildungsangebote zu Themen wie Interaktion, Gesundheitsversorgung, Integration, soziozentrierte Systeme, Traumatisierung und Gender aufgelistet (Bundesamt für Gesundheit, 2020a).

Interkulturelles Dolmetschen

Eine weitere Maßnahme, um die Kommunikation und das Verständnis im Gesundheitswesen – vor allem im Bezug auf benachteiligte Gesellschaftsgruppen – zu stärken und verbessern, stellt das interkulturelle Dolmetschen dar. Beispielsweise stehen in der Schweiz bei Beratungsgesprächen oft interkulturelle Dolmetscher:innen zur Verfügung (telefonisch oder persönlich). Dabei unterstützen und übersetzen professionelle interkulturelle Dolmetscher:innen vollständig und sinngenaue. (Bundesamt für Gesundheit, 2020b).

Migesplus

Migesplus, das Portal für gesundheitliche Chancengleichheit in der Schweiz, unterstützt unter anderem mit der Hilfe von Gesundheitsinformationen in 56 Sprachen und bei der Entwicklung und Verarbeitung dieser Informationsmaterialien. Zudem werden Gesundheitsorganisationen und Fachpersonen bei der Beratung und Kommunikation von und für Personen mit Migrationshintergrund begleitet. (Schweizerisches rotes Kreuz, o.D.).

migesMedia

Die Plattform migesMedia widmet sich der Nutzung der fremdsprachigen Medien in der Schweiz (Schweizerisches rotes Kreuz, o.D.). Weiterhin wird eine Liste von Zugangswegen bereitgestellt, die eine optimale Erreichung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen bezwecken und auf bestehende Beispiele aus der Praxis aufbauen sollen. Weitergeleitet wird mitunter auf Medien, Zeitschriften und Anlaufstellen der Migrationsbevölkerung.

Südaustralien

2018 wurde in Australien eine Erhebung der Gesundheitskompetenz (ABS 2019) unter Verwendung des Health Literacy Questionnaire von der Australian Bureau of Statistics

durchgeführt. Es sind über 90% der befragten Personen der Meinung, dass sie über genügend Informationen verfügen, um ihre Gesundheit zu bewältigen, von den Gesundheits-trägern verstanden und genügend unterstützt werden und in der Lage sind ihre eigene Gesundheit aktiv bewältigen zu können. Hingegen gaben 17% der befragten Personen an, dass sie nicht in der Lage sind Gesundheitsinformationen einzuschätzen (Australian Government, 2020). Daten ausschließlich auf die Health Literacy der Bevölkerung des Bundesstaates South Australia bezogen sind keine vorhanden.

Institutionen

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

Die Australian Commission on Safety and Quality in Health Care bietet unterstützende Ressourcen zur Gesundheitskompetenz an, welche für Ärzt:innen, Verbraucher:innen und Führungskräfte im Gesundheitssystem in Form von Publikationen, Fakten- und Zusammenfassungsblättern und Infografiken zur Verfügung gestellt werden. Dabei werden vor allem auch Empfehlungen ausgesprochen, welche die individuelle Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsbewusstsein stärken sollen (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2015).

Wales

Im April 2010 wurde die Institution Public Health Wales von der walisischen Regierung aufgefordert, die Gesundheitskompetenz in Wales zu erfassen. Ziel des Unterfangens war es, eine Definition zu formulieren, die Auswirkungen zu untersuchen, einen Überblick über aktuelle Aktivitäten zu bieten, Mess- und Erhebungsmöglichkeiten zu erwägen und Empfehlungen für die walisische Regierung zu ermöglichen. Bei der Erarbeitung und Qualitätssicherung der Empfehlungen wurde ein mehrstufiger Prozess mit nationalen und internationalen Expert:innen und der Öffentlichkeit durchgeführt (Puntoni, 2010). Ergebnisse sind allerdings bis dato keine auffindbar.

Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015

Der Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 fokussiert sich auf die Verbesserung des sozialen, kulturellen, ökologischen und wirtschaftlichen Wohlergehens von Wales. Dabei stehen die Verhinderung und Verbesserung längerfristiger Probleme wie der Armut, der gesundheitlichen Ungleichheit und dem Klimawandel im Vordergrund (Davies,

2016). Bei der Umsetzung ebendieser Ziele spielt die Gesundheitskompetenz eine tragende Rolle.

5.4 Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern (Gesundheitsziel 4)

5.4.1 Allgemein

Der Schutz und die Erhaltung der Umwelt ist auf österreichischer Ebene in Gesundheitsziel 4 eingebettet. International anerkannt wird die Notwendigkeit der nachhaltigen Entwicklung etwa im Rahmenkonzept Gesundheit 21 „Gesundheit für alle“ (World Health Organization, 1999) der WHO sowie in der 2030 Agenda for Sustainable Development (United Nations General Assembly, 2015).

Erklärtes Ziel ist die Erhaltung der natürlichen Ressourcen Luft, Wasser, Boden und des gesamten natürlichen Lebensraums sowie die Produktion sicherer und qualitativ hochwertiger Lebensmittel. Dies stellt die Grundlage für die Erhaltung von Lebensräumen auch für zukünftige Generationen dar und ist notwendig, um negative, gesundheitsmindernde Umwelteinflüsse einzudämmen.

Von Bedeutsamkeit für die Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen – und damit der Möglichkeit eines gesunden Lebens ohne Ressourcenknappheit – ist es, Vorhaben, die potenziell Einfluss auf Gesundheit und/oder Umwelt haben, bestmöglich und zum ehestmöglichen Zeitpunkt abschätzen zu können.

5.4.2 Gesundheitsfolgenabschätzung

Dass die vorausgehende Evaluierung von potenziellen Auswirkungen neuer Maßnahmen auf den Menschen und seine Umgebung die Durchführung und Planung von (politischen) Vorhaben begleitet, ist kein neues Konzept. Diese Folgenabschätzung kann sowohl auf einer sehr allgemeinen Ebene erfolgen oder sich auf die Auswirkungen auf einen spezifischen Teilbereich beziehen, wie dies etwa durch die gesetzlich verankerten Tools in der Umweltfolgenabschätzung (Umweltverträglichkeitsprüfung, strategische Umweltprüfung etc.) erfolgt.

Ein solches Instrument in Bezug auf politische Vorhaben, die potenziell einen negativen oder positiven Einfluss auf die gesamtgesellschaftliche Gesundheit der Gesellschaft oder bestimmter Gruppen – über den eingeschränkten Aspekt der Umwelteinflüsse hinaus – haben, gibt es in Österreich bis dato noch nicht. Das Konzept einer sogenannten Gesundheitsfolgenabschätzung (engl. Health Impact Assessment)⁹ ist jedoch kein neues. Im Prinzip bedeutet Gesundheitsfolgenabschätzung, den Einfluss von Vorhaben auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen abzuschätzen, sofern die geplanten Maßnahmen nicht ohnehin in den unmittelbaren Bereich der Gesundheitsmaßnahmen fallen (Rieder, 2014).

Die durch die Gesundheitsfolgenabschätzung gewonnenen evidenzbasierten Empfehlungen können in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und so das Ziel – der Schutz und die Förderung der Gesundheit sowie eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – bestmöglich umgesetzt werden. Somit orientiert sich der Public-Health-Ansatz der Etablierung einer Gesundheitsfolgenabschätzung an dem „Health in all Policies“-Approach und kann als wichtiger Beitrag im Sinne des WHO-Prinzips fungieren (Horvath et al., 2010),(Linden & Töppich, 2021).

Eine Vielzahl von Bereichen kann einem Health Impact Assessment (HIA) unterliegen, da beinahe alle Politikfelder Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können; so etwa geplante Maßnahmen im Bereich der Bildung, Stadtplanung, Arbeit, Ernährung, Landwirtschaft, Verkehr etc. – überall wird über Gesundheit (mit-)entschieden (Linden & Töppich, 2021).

Man unterscheidet die Arten der Gesundheitsfolgenabschätzungen hinsichtlich ihres Zeitpunktes (prospektiv, begleitend und retrospektiv) und hinsichtlich ihres Umfangs, der abhängig von Fragestellung, Schwerpunkt und verfügbaren Ressourcen ist. Beim Umfang unterscheidet man zwischen „Schreibtisch-GFA“, kompakter GFA und umfassender GFA (Mekel, 2020),(Harris-Roxas & Harris, 2011).

Internationale und allgemeine Überlegungen

⁹ Die Begriffe „Gesundheitsfolgenabschätzung“ (GFA) und „Health Impact Assessment“ (HIA) werden im vorliegenden Bericht synonym verwendet. Auf die Verwendung des (mitunter in Deutschland geläufigen) Begriffs der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird im Sinne der Kontinuität und Einheitlichkeit der Ausarbeitung verzichtet.

Über die österreichischen Grenzen hinaus liegen bereits zahlreiche Überlegungen und Regelungen im Bereich des Health Impact Assessments vor. Ein Großteil davon unterliegt den Grundsätzen des Gothenburg Consensus Papers (WHO Europe, 1999), das HIA als eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen definiert, mit denen eine Maßnahme in Hinblick auf potenzielle Einwirkungen auf die Gesundheit und deren Verteilung in der Bevölkerung beurteilt werden kann (Linden & Töppich, 2021). Vier Grundprinzipien sind dabei zu beachten, namentlich Partizipation, Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und der ethische Nutzen von Evidenzen (WHO Europe, 1999).

Auf Basis eines Forschungsantrags des Generaldirektorats Gesundheits- und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission wurde eine allgemein einsetzbare Methodik (EPHIA-Methodik) des Health Impact Assessment (HIA) „zum Einsatz bei der Entwicklung von EU-Strategien und Politikentscheidungen (Policies) [...]“ festgelegt (Abrahams et al., 2004; Scott-Samuel et al., 2004).

Ziel ist es, die gewonnenen Erkenntnisse bevorstehenden Entscheidungen zugrunde zu legen und so eine evidenzbasierte Grundlage für informierte und transparente politische Entscheidungen zu haben. Die GFA nimmt somit eine vorausschauende, prospektive Perspektive ein (Mekel, 2020).

Nationale Überlegungen

Obwohl die Etablierung einer routinierten Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich noch am Anfang steht, ist der Zugang einer prospektiven Abschätzung von Auswirkungen bestimmter Maßnahmen auf die Public-Health-Situation in Österreich kein neuer. Einerseits wird auch hierzulande das Prinzip eines Health Impact Assessments immer bekannter und stellt eine Grundlage für eine Vielzahl rezenter Forschungen dar, andererseits gibt es bereits ähnliche vorgelagerte Prüfverfahren in anderen Bereichen – vor allem im Bereich des Umweltrechtes –, um den Einfluss von Maßnahmen auf den jeweiligen Themenbereich einschätzen zu können und etwaige gezielte Lenkungen im Voraus vorzunehmen.

Timeline nationaler Empfehlungen und Handbücher im Bereich der GFA (Auswahl)

Trotz der bis dato mangelnden gesetzlichen Verpflichtung oder klaren politischen Empfehlung, bestimmten Planungsvorhaben stets eine Gesundheitsfolgenabschätzung zugrunde zu legen, gab es in Österreich bereits eine Vielzahl von Auseinandersetzungen mit dem Thema und die Möglichkeiten einer gezielten Einführung des Instituts GFA wurden näher

unter die Lupe genommen. Im Folgenden werden nationale Errungenschaften im Bereich des Health Impact Assessments in chronologischer Reihenfolge vorgestellt.

2010: Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich (ÖBIG)

Erstmals wurde 2010 von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG; ehemals ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konzept erstellt, wie HIA in Österreich umgesetzt werden kann und so der grundsätzliche Rahmen abgesteckt (Horvath et al., 2010). Es wurde ein Modell eines prospektiven Instruments zur Evaluierung politischer Vorhaben unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen und HIA-Grundsätze entwickelt. Das Konzept ist in vier Phasen gegliedert:

- Phase 1: Bewusstsein bilden (gemeinsames Verständnis von GFA)
- Phase 2: Einführung (Schaffung von Strukturen)
- Phase 3: Umsetzung (Good Practice)
- Phase 4: Institutionalisierung

Im Rahmen der Erstellung wurde zudem erstmals eine österreichische GFA-Definition festgelegt: Gesundheitsfolgenabschätzung ist demnach „ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter (politischer) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. GFA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informierter zu gestalten“ (Horvath et al., 2010). Eine weitere Errungenschaft stellt die Etablierung eines nationalen GFA-Netzwerks dar (https://hiap.goeg.at/gfa_netzwerke). Trotz der wichtigen Grundsteinlegung, die mit dem umfangreichen Konzept einhergegangen ist, konnten bis dato nicht alle Aspekte der GFA (vollumfänglich) umgesetzt werden. So gibt es in Österreich etwa nach wie vor keine dauerhaft eingerichtete Support-Unit für Gesundheitsfolgenabschätzungen. Eine solche ist beispielsweise in Wales etabliert und dient der Bündelung von Wissen bzgl. Health Impact Assessments sowie der Schaffung von Strukturen für die Durchführung und Begleitung von GFAs. Die GÖG hatte bis 2019 den Auftrag, eine solche Support-Funktion zu leisten, die Finanzierung dafür wurde aber aufgrund der mangelnden Inanspruchnahme eingestellt (Antony, 2021; Horvath et al., 2010).

2011/12: Pilotprojekt zum verpflichtenden Kindergartenjahr

Die Erprobung der HIA-Methodik wurde in Österreich anhand eines Pilotprojekts zum verpflichtenden Kindergartenjahr durchgeführt. Diese Gesundheitsfolgenabschätzung war die erste umfangreiche GFA in Österreich (Antony, 2021). Ziel war es – in Übereinstimmung mit den Bestrebungen einer Gesundheitsfolgenabschätzung – mögliche positive und negative Auswirkungen auf die Gesundheit zu evaluieren. Drei Szenarien wurden berücksichtigt: kein verpflichtendes Kindergartenjahr, ein verpflichtendes Kindergartenjahr und zwei verpflichtende Kindergartenjahre (Haas et al., 2012).

2013: Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Österreich – Leitfaden für die Praxis (BMG)

Der von Fachleuten aus dem GFA-Netzwerk erstellte Leitfaden stellt eine Handlungsanleitung für Gesundheitsfolgenabschätzungen in der Praxis dar. Die 5 Phasen der GFA werden im Leitfaden näher erläutert und die jeweiligen Handlungsschritte beschrieben. Die allgemeinen GFA-Grundsätze sollen für die Praxis zugänglich gemacht werden (Amegah et al., 2013).

5 Phasen der Gesundheitsfolgeneinschätzung:

- Sichtung (SCREENING),
- Planung (SCOPING),
- Bewertung (APPRAISAL),
- Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen (REPORTING AND RECOMMENDATIONS),
- Monitoring und Evaluation (MONITORING AND EVALUATION)

Seit 2011: Fachtagungen zur Gesundheitsfolgenabschätzung auf kommunaler Ebene

Speziell der kommunale Bereich – der sich durch eine große Vielfalt an Einflussbereichen auszeichnet – ist dazu geeignet, ein wichtiges Handlungsfeld für das Instrument der Gesundheitsfolgenabschätzung darzustellen (Spath-Dreyer & Friedrich, 2015). Diese Möglichkeit blieb in Österreich nicht unentdeckt und es wurde folglich schon mehrmals eine „Fachtagung zur Gesundheitsfolgenabschätzung auf kommunaler Ebene“ durchgeführt. Die Organisation und Finanzierung oblag unter anderem dem Gesundheitsfonds Steiermark, dem Fonds Gesundes Österreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Neben internationalen Erfahrungen und Referenzen wurden im Zuge der Fachtagungsreihe auch in Österreich durchgeführte Gesundheitsfolgenabschätzungen vorgestellt.

GFA in der Praxis

Mit der Grundsteinlegung durch Konzepte und Leitfäden von Expert:innen wurde eine Tür für die Durchführung von Health Impact Assessments in der Praxis geöffnet. Obwohl es bis dato noch keine Verpflichtung zu einer Gesundheitsfolgenabschätzung gibt, wurde eine solche schon in einer Vielzahl von Projekten in Österreich erprobt – so etwa zum Thema Ganztagschule (Neuhold et al., 2013), betreutes Wohnen von Senioren (Diversity Consult Network, 2015) und dem Ausbau von Infrastruktur (Neuhold, 2015).

Eine Liste bisher durchgeführter Gesundheitsfolgenabschätzungen findet sich unter:
https://hiap.goeg.at/oesterreichische_gfa.

Anknüpfungsmöglichkeiten einer gesetzlichen Verankerung von Health Impact Assessments in Österreich

Der Mangel an Regelungen und Erfahrungen von Impact Assessments in Bezug auf Public-Health-Aspekte in Österreich lässt sich nicht auf andere Folgenabschätzungen übertragen. Abschätzungen von Auswirkungen geplanter Vorhaben im Bereich Umwelt, aber auch in Bezug auf budgetäre und soziale Maßnahmen von Gesetzen sind in Österreich fest in der Rechtsordnung verankert.

Umweltfolgenabschätzungen/Umweltprüfungen

Wesentliches Ziel von Umweltfolgenabschätzungen ist es, Auswirkungen von geplanten Maßnahmen auf die Umwelt als Ganzes oder bestimmte Teilbereiche der Kernmaterie Umwelt im Vorherein umfassend zu ermitteln und zu bewerten. In Österreich gibt es nicht ein einzelnes Tool zur Abschätzung der Umweltfolgen, sondern verschiedene Arten mit jeweils unterschiedlichen zu untersuchenden Materien, namentlich die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP), die strategische Umweltprüfung (SUP), die Naturverträglichkeitsprüfung (NVP) und die Raumverträglichkeitsprüfung (RVP) – wobei allen voran UVP und SUP von Bedeutung sind, da auch diese Instrumente einen Vergleich zur GFA am besten zulassen.

Die vorgesehenen Instrumente zur Umweltprüfung zeichnen sich stets durch eine Einbeziehung der breiten Öffentlichkeit aus. Mittels Durchführung von Umweltprüfungen werden auch die österreichischen Prinzipien des Umweltrechts (Vorsorgeprinzip, Kooperationsprinzip, Nachhaltigkeitsprinzip, Integrationsprinzip) gewahrt (Schnedl, 2020).

Umweltverträglichkeitsprüfung

Die Praxis der Umweltfolgenabschätzung – insbesondere deren Aspekt der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) – ist in Österreich ein bekanntes und gesetzlich verankertes Instrument. Vorrangige Aufgabe der UVP ist es, die Auswirkung eines geplanten Projektes auf Mensch, Sach- und Kulturgüter, Artenvielfalt und die natürlichen Lebensgrundlagen – unter Beteiligung der Öffentlichkeit – fachlich festzustellen und zu bewerten (§ 1 Abs. 1 UVP-G). Besteht die Gefahr schädlicher, belästigender oder belastender Auswirkungen durch das infrage stehende Vorhaben, sind im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung Maßnahmen zu deren Verhinderung oder zumindest Verringerung zu prüfen (§ 1 Abs. 2 UVP-G).

Strategische Umweltprüfung

Die Strategische Umweltprüfung (SUP, engl. SEA) ist ein Instrument zur systematischen Einbeziehung von Umwelterwägungen bei der Ausarbeitung und Annahme von öffentlichen Plänen und Programmen, die erhebliche Auswirkungen auf die Umwelt haben können. Regelungsgegenstand sind öffentliche Maßnahmen, was eine bedeutende Gemeinsamkeit mit einer GFA darstellt. Sie findet ihren Ausgangspunkt im Unionsrecht (SUP-RL 2001/42/EG) und wird völkerrechtlich vom SUP-Protokoll zum Übereinkommen über die Umweltverträglichkeitsprüfung im grenzüberschreitenden Raum sowie der AarhK gestützt. Die SUP ist der UVP zeitlich vorgelagert und als Ergänzung dieser anzusehen – dies ist eine weitere Gemeinsamkeit mit der GFA. Es wird i. d. R. nicht der vollständig ausgearbeitete Plan evaluiert, sondern vielmehr werden schon im Voraus Grundsatzfragen geklärt und so Umweltaspekte in einem möglichst frühzeitigen Stadium berücksichtigt. Ebendiese Grundsatzfragen und -überlegungen werden in einem Umweltbericht dargestellt und bewertet (Schnedl, 2020). Bei der Einführung einer GFA-Pflicht in die österreichische Legistik könnten die Parallelen zum bereits langjährig erprobten Institut der strukturellen Umweltprüfung genutzt werden.

Exkurs – HIA in der strategischen Umweltprüfung am Beispiel Wiener

Abfallwirtschaftsplan: In Anhang 1 der SUP-RL wird als eine der voraussichtlich erheblichen Umweltauswirkungen auch die „Gesundheit des Menschen“ genannt. Dementsprechend beziehen sich einige der im Rahmen einer strukturellen Umweltprüfung untersuchten Einwirkungen auch auf gesundheitliche Aspekte,

wie etwa mögliche schädliche Emissionen oder erdenkliche Verschmutzungen, die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben.

Trotz der Inklusion gesundheitlicher Parameter beziehen sich die von der SUP untersuchten Auswirkungen auf die Gesundheit fast ausschließlich auf physische Gesundheitsdeterminanten. Soziale Aspekte oder Auswirkungen auf die psychische Gesundheit werden nur selten in die Evaluierung einbezogen (Fehr et al., 2014). Eine solche Ausnahme stellt etwa der Wiener Abfallwirtschaftsplan dar (Egle et al., 2018; Fischer et al., 2010).

Bereits seit 1999 führte die Stadt Wien zum Abfallwirtschaftsplan eine freiwillige strukturelle Umweltprüfung durch und nahm damit auch international eine Vorreiterrolle ein. Auch das SUP Schutzgut der Gesundheit nimmt einen besonderen Stellenwert in der Evaluierung des Plans und der Abwägung möglicher Alternativen ein. Neben dem Ziel der Geringhaltung der Emissionen zum Schutz der körperlichen Gesundheit werden auch die Sicherung von Arbeitsplätzen und Arbeitnehmer:innenschutz im SUP-Schutzgut der „Gesundheit des Menschen“ inkludiert (Egle et al., 2018).

Festzuhalten gilt es, dass die bloße Durchführung einer strategischen Umweltprüfung für das infrage stehende behördliche Vorhaben keineswegs als umfangreiche Gesundheitsfolgenabschätzung einzuordnen ist, da die meisten SUPs höchstens die körperliche Gesundheit als Schutzgut einbeziehen. In manchen Fällen wird eine Prüfung über die körperliche Gesundheit hinaus durchgeführt, eine flächendeckende Evaluierung von Auswirkungen auf alle Gesundheitsaspekte ist jedoch kaum der Fall. Trotz der bis dato mangelnden Flächendeckung gesundheitlicher Aspekte in strukturellen Umweltplänen würde sich eine großflächige Evaluierung dieser lohnen, um Erfahrungswerte für die etwaige Einführung einer GFA zu sammeln und aus dem bisherigen Wissen schöpfen zu können.

Wirkungsfolgenabschätzung (WFA)

Mit der Einführung der wirkungsorientierten Folgenabschätzung im Zuge der Haushaltsrechtsreform 2013 kam es zu gravierenden Änderungen im österreichischen Gesetzgebungsverfahren. Der Grundsatz der Wirkungsorientierung wird nun in den Entscheidungs-

prozess von Gesetzen, Verordnungen (= Regelungsvorhaben) und größeren Projekten integriert (Art. 51 Abs. 8, 9 B-VG; § 2 BHG; §§ 17f BHG 2013, WFA-GV) (Muzak, 2020b),(Bundeskanzleramt, 2013a).

Im Zuge dessen werden die Ziele und geplanten Auswirkungen der jeweiligen geplanten Regelungsvorhaben (iSd § 17 BHG 2013) und Vorhaben (iSd §§ 57f BHG; Vorhabensverordnung) so früh wie möglich im Voraus (§ 9 Abs. 1 WFA-GV) und anhand von Indikatoren genau festgelegt. Bemerkenswert an diesen neuen Bestimmungen ist, dass bei dieser Folgenabschätzung neben Kostenaspekten auch andere mögliche erwünschte bzw. unerwünschte Auswirkungen des (Regelungs-)Vorhabens – so etwa wirtschafts-, umwelt- und konsumentenschutzpolitische Auswirkungen, Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger:innen und für Unternehmen sowie Auswirkungen in sozialer Hinsicht und insbesondere auf die tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen – berücksichtigt und abgewogen werden. Das Folgenabschätzungssystem soll demgemäß auch ein Augenmerk auf ökonomische, ökologische und soziale Auswirkungen legen (Pürgy, 2011).

Die Wirkungsorientierung als maßgeblicher Grundsatz der Haushaltsführung erfasst unter anderem auch das Ziel der tatsächlichen Gleichstellung von Männern und Frauen. Dies ist in Österreich auf Verfassungsebene verankert (Art. 51 Abs. 8 B-VG).

Als Folgenabschätzung in diesem Sinne wird „die systematisch-methodische Erfassung und Beurteilung der Auswirkungen („Folgen“) staatlicher Maßnahmen“ verstanden (Bundeskanzleramt, 2013b).

Ablauf der Wirkungsfolgenabschätzung

Die WFA durchläuft pro (Regelungs-)Vorhaben strukturierte Schritte, beginnend von der ersten Problemanalyse bis hin zur internen Evaluierung nach spätestens 5 Jahren.

- **Problemanalyse:** Im ersten Schritt der Wirkungsfolgenabschätzung bedarf es einer Darstellung, warum ein staatliches Handeln vonnöten ist – also einer Definition des Problems – sowie einer Beschreibung der Ist-Situation und der davon Betroffenen im jeweiligen Planungsfeld. Das geplante Vorhaben sowie etwaige alternative Handlungsmöglichkeiten und die sogenannte Nulloption (kein staatliches Tätigwerden) werden auf die Sachlage projiziert und deren Auswirkungen beschrieben und einem Vergleich unterzogen.

- Zielformulierung: In diesem Abschnitt gilt es, die geplante Wirkung – also den angestrebten zukünftigen Zustand – darzustellen, wobei gesetzlich vorgesehen ist, dass die Angaben der Wirkungsorientierung bestimmten Kriterien zu entsprechen haben (§ 41 BHG 2013). Die Regelungs- oder Vorhabensziele müssen in einem Zusammenhang mit dem in der Problemanalyse beschriebenen Problem stehen.
- Maßnahmenformulierung: Im dritten Schritt werden die Maßnahmen – also die konkreten durch die öffentliche Verwaltung geplanten Handlungen, durch die die Zielerreichung gewährleistet werden soll – angeführt. Für jede Maßnahme bedarf es genau definierter Indikatoren, um deren jeweilige Eignung und Effektivität zur Zielsetzung bestmöglich evaluieren zu können.
- Abschätzung der Auswirkungen (§ 4 Z 6, 7 WFA-GV): Hier gilt es, die Auswirkungen (im Vergleich zum Nullszenario) mittels der Betroffenheitsprüfung auf die Wirkungsdimensionen (§ 4 Z 6 WFA-GV) des (Regelungs-)Vorhabens sichtbar zu machen (darunter auch solche Auswirkungen, die nicht intendiert sind). In jenen Wirkungsdimensionen wird im nächsten Schritt die Wesentlichkeit der Betroffenheit evaluiert.
- § 4 Z 6 WFA-GV: Eine Wirkungsdimension ist ein Politikbereich oder genau festgelegter Teilaspekt eines Politikbereichs, in dem möglicherweise Auswirkungen eintreten.
- § 4 Z 7 WFA-GV: Wesentlichkeitskriterium (Kriterium für die Wesentlichkeit von Auswirkungen) ist ein Schwellenwert oder eine Ausprägung eines Zustands in einer Wirkungs- oder -subdimension, ab dessen bzw. deren Erreichen eine voraussichtliche Auswirkung einer vertiefenden Abschätzung zu unterziehen ist. Die Wesentlichkeit kann in den einzelnen Wirkungsdimensionen durch qualitative oder quantitative Kriterien festgelegt werden.

§ 17 Abs. 1 BHG 2013 erklärt jene Auswirkungen, die es verpflichtend zu berücksichtigen gilt –so etwa Auswirkungen auf die Umweltpolitik, soziale Aspekte, Kinder und Jugend oder die tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen.

Wirkungsdimensionen

In jedem Fall sind gem. § 17 Abs. 1 BHG 2013 finanzielle, wirtschafts-, umwelt- und konsumenschutzpolitische Auswirkungen zu berücksichtigen. Auch Auswirkungen auf Kinder und Jugend sowie die Verwaltungskosten für Bürger:innen und für Unternehmen sowie soziale Gesichtspunkte, dabei insbesondere die tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen, müssen Beachtung finden.

Der Aspekt „Gesundheit“ wird nicht explizit erwähnt, jedoch können die Gesundheit betreffende Faktoren oftmals unter eine der anderen verpflichtend zu berücksichtigenden Kategorien subsumiert werden. Im folgenden Abschnitt wird eine Auswahl von Wirkungsdimensionen mit möglichen Berührungspunkten im Themenbereich Public Health beschrieben:

- Umwelt: Die Wirkungsdimension Umwelt gliedert sich in die Unterkategorien Luft oder Klima, Wasser, Ökosystem, Tiere, Pflanzen oder Boden und Energie oder Abfall sowie sonstige wesentliche Umweltauswirkungen (Lärm, Chemikalien und radioaktive Strahlung) (Bundeskanzleramt, 2015).
- Soziale Auswirkungen: Die möglichen sozialen Auswirkungen sind vielfältig: Arbeit, Freizeit, Armut und soziale Ausgrenzung oder Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung. Auch die Aspekte der Betreuung alter und hilfsbedürftiger Personen, wie z. B. das Pflegegeld betreffende Fragen, fallen in den Bereich der sozialen Auswirkungen.
- Kinder und Jugend: Vor allem gilt es, die Gesundheit, Entwicklung und Entfaltung von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu schützen sowie die Betreuung und Unterhaltsversorgung sicherzustellen. Weiterhin ist bei (Regelungs-)Vorhaben ein Blick in die Zukunft gefragt, um die Zukunft von Kindern und Jugendlichen zu sichern.
- Tatsächliche Gleichstellung von Männern und Frauen (Art. 13 Abs. 3 B-VG; Art. 51 Abs. 8 B-VG): wesentliche Ziele sind der Abbau von Diskriminierung im Berufs- und Privatleben, ein gleichberechtigter Zugang zu öffentlichen Leistungen, zur Gesundheitsversorgung und zur sozialen Sicherung, die Partizipation an Entscheidungsprozessen, gleichberechtigte Mitbestimmungsmöglichkeiten, ökonomische Unabhängigkeit von Frauen und Männern sowie eine selbstbestimmte Lebensgestaltung.

Fazit GFA in Österreich

Obwohl in Österreich – auch im Vergleich zu anderen Nationen – ein sichtliches Interesse an dem Thema der Gesundheitsfolgenabschätzung besteht, fand das Tool bis dato noch keinen Eingang in die österreichische Rechtsordnung und konnte sich auch als politische Good Practice noch nicht durchsetzen. Relevante Aspekte, die es für eine umfangreichere Etablierung noch zu klären gilt, sind neben Regelungen der Finanzierung allen voran Bewusstseinsbildung und Sichtbarmachen des Mehrwerts einer Gesundheitsfolgenabschätzung (im Sinne von HiAP v. a. auch über den klassischen Bereich des Gesundheitswesens hinaus). Zudem gilt es, eine Infrastruktur zu schaffen, um die GFA zugänglicher zu machen.

So ist beispielsweise zu beachten, dass nicht jedes Projekt eine umfassende GFA braucht, die komplex ist und oftmals auch mehrere Monate in Anspruch nimmt, sondern mitunter auch schon eine kompakte, weniger zeitintensive Version ausreichend ist. Der Umfang der GFA hängt aber wesentlich vom zu analysierenden Vorhaben und dem Ausmaß der benötigten bzw. gewünschten Partizipation ab (Antony, 2021).

Gesundheitsfolgenabschätzung in ausgewählten Ländern – Ländervergleich

Eine Gesundheitsfolgenabschätzung ist bei Weitem nicht in allen Ländern formal etabliert – so auch nicht in Österreich. In jenen Ländern, die ein Health Impact Assessment anwenden, folgt nicht jede Form des HIA strikt den gleichen europäischen und internationalen Überlegungen – so differieren etwa mitunter die genauen Anwendungsfelder der Gesundheitsfolgenabschätzung oder das Health Impact Assessment kann z. B. in eine andere Abschätzung, etwa die Umweltfolgeneinschätzung, eingebettet sein. Der Kern der Gesundheitsfolgenabschätzung – die Evaluierung einer Maßnahme in Bezug auf deren Auswirkung auf die Gesundheit – bleibt allen Ausarbeitungen der GFA gemein.

Deutschland

In Deutschland wird das Health Impact Assessment auch mit dem Begriff der „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ (GVP) übersetzt. Mittlerweile werden aber auch häufig die Begriffe Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) oder Gesundheitsfolgenanalyse genutzt (Linden & Töppich, 2021).

In Deutschland werden gesundheitliche Auswirkungen von (politischen) Vorhaben als Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) meist im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) evaluiert. UVP-pflichtige Vorhaben ergeben sich in Deutschland aus § 1 Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung in Verbindung mit Anlage 1. Da jedoch im Rahmen der UVP meist lediglich bio-physikalische Umweltaspekte evaluiert und somit eine Vielzahl von gesamtgesundheitlichen Aspekten (Soziales, psychische Gesundheit, ökonomische Aspekte) ausgeblendet wird, ist dieses Vorgehen keine vollumfängliche UVP. Die Definition von „Gesundheit“ unterliegt im Health Impact Assessment nämlich einem erweiterten Gesundheitsbegriff (Mekel, 2020).

Folglich bedarf es auch in Deutschland – ähnlich wie hierzulande – noch eines weiteren Ausbaus des HIA-Systems.

Schweden

Seit 2000 hat die schwedische Regierung eine Reihe von Initiativen ergriffen, um die Anwendung von Public Health und HIA zu verstärken und vor allem auf lokaler Ebene gab es eine Vielzahl von Projekten und Implementierungsversuchen.

Zwischen 2004 und 2007 nahm das Schwedische Nationale Institut für öffentliche Gesundheit (SNIPH) an einem von der Europäischen Union finanzierten Forschungsprojekt mit dem Titel „The Effectiveness of Health Impact Assessment“ (Die Wirksamkeit der Gesundheitsfolgenabschätzung) teil. In rezenten Jahren wurde etwa auch das Swedish National Institute of Public Health von der Regierung beauftragt, Methoden der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health Impact Assessment, HIA) für eine Reihe strategisch wichtiger Bereiche zu entwickeln und die Anwendung der HIA auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene zu unterstützen (Swedish National Institute of Public Health, 2005),(Knutsson & Linell, 2010),(Finer et al., 2005).

Schweiz

In der Schweiz ist die Gesundheitsfolgenabschätzung stark von der föderalen Staatsstruktur beeinflusst, somit gibt es keine landesweit einheitliche Gesundheitspolitik. Es ist grundsätzlich Aufgabe der jeweiligen Kantone, Rahmenbedingungen für Health Impact Assessments zu schaffen.

- Die GFA-Anwendungserfahrung in der Schweiz beschränkt sich auf wenige Kantone, namentlich die Kantone Genf, Jura, Freiburg und Tessin. In den restlichen Teilen der Schweiz sind die Erfahrungen mit HIA noch nicht sehr ausgeprägt. In den Kantonen wurde das Health Impact Assessment im Rahmen der jeweiligen kantonalen Gesundheitsgesetze etabliert. In Genf wurde neben der Etablierung von HIA auch das SUP um die Gesundheit betreffende Faktoren ergänzt. Im Tessin hingegen wurde ein Ausschuss für Gesundheitsfolgenabschätzung (HIA-Ausschuss) gegründet.

Versuche zur flächendeckenden Etablierung im Landesgebiet der Schweiz waren bis dato noch nicht erfolgreich (Favre Kruit & Kessler, 2015).

Südaustralien

HIA ist in Australien in die Umweltverträglichkeitsprüfung (Environmental Impact Assessment, EIA) eingegliedert. Auf regionaler Ebene gibt es in Südaustralien eine Richtlinie zur regionalen Folgenabschätzung. So wird vorgeschrieben, dass vor der Umsetzung von Vorhaben, die erhebliche Auswirkungen auf eine oder mehrere regionale Gemeinden haben, eine regionale Folgenabschätzung (RIAS) durchgeführt und erstellt werden muss (Government of South Australia).

Wales

In Wales ist die Gesundheitsfolgenabschätzung – im Gegensatz zur langsamen Etablierung in Österreich – schon lange auf politischer Ebene angekommen. Seit dem erstmaligen Vorschlag der Einführung eines Health Impact Assessments im Zuge des Programms „Better Health, Better Wales“ 1998 wurde in Wales aktiv an der Etablierung eines HIA gearbeitet und so der strategische Rahmen für eine bessere Gesundheit in Wales geschaffen. Das Dokument enthält eine klare Verpflichtung, die Anwendung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Wales auszubauen.

Ein weiterer Meilenstein wurde mit der Schaffung der Wales Health Impact Assessment Unit (WHIASU) im Jahr 2001 gelegt. Die Geschichte von WHIASU ist auch vor dem Hintergrund der Dezentralisierung in Wales zu sehen, wo der besondere Ansatz in der Politik, einschließlich der Gesundheitspolitik, als „new localism“ definiert wird. Dies meint eine Strategie, die Ressourcen und Macht weg von der zentralen Kontrolle und hin zu Managern vor Ort, lokalen demokratischen Strukturen und lokalen Gemeinschaften innerhalb eines vereinbarten Rahmens nationaler Mindeststandards und politischer Prioritäten verlagert (Greer, 2004; Stoker, 2004).

Im Folgejahr wurde der nationale Leitfaden „Developing Health Impact Assessment in Wales“ veröffentlicht (The National Assembly for Wales). Das Dokument stellt eine Grundlage für die Ergreifung weiterer Maßnahmen dar, darunter Pilotprojekte, Verbreitungs- und Feedback-Aktivitäten, Unterstützung und Beratung sowie Schulungs- und Weiterentwicklungsveranstaltungen.

Der Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 der walisischen Regierung bestätigt die Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen und unterstreicht das Engagement für einen „Health in All Policies“-Ansatz in der Politikgestaltung, indem es das Prinzip der nachhaltigen Entwicklung integriert, um sieben Ziele für das Wohlbefinden zu

erreichen (Welsh Assembly, 2015). Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt den Einsatz von HIA zur Erreichung der Sustainable Development Goals (Green et al., 2020).

Selbst wenn die Gesundheitsfolgenabschätzung in Wales ein weitläufiges und gut etabliertes System für die Durchführung und Planung politischer Vorhaben ist, ist das Bekenntnis zum Health Impact Assessment zu diesem Zeitpunkt ein Politisches – von einer gesetzlichen Verankerung wurde bis dato abgesehen: Jedoch wird die HIA auf politischer Ebene bereits vermehrt als Best Practice angesehen und in einer Vielzahl von Bereichen – wie etwa im Bereich Kohleabbau, Abfallwirtschaft, großflächige Baupläne und Transportvorhaben – findet die GFA sogar in den Leitlinien der walisischen Regierung Erwähnung (Chadderton et al.).

Liste aller HIA-Reports Wales: <https://phwwhocc.co.uk/whiasu/hia-reports/>

5.5 Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern (Gesundheitsziel 9)

5.5.1 Allgemein

Psychische Gesundheit ist bereits seit den 1940er Jahren Teil der Gesundheitsdefinition der WHO (World Health Organization, 1946). Gemäß der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation ist „Gesundheit“ als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definiert (World Health Organization, 1946). Diesem Verständnis folgen sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene eine Vielzahl an Überlegungen.

Auf internationaler Ebene ist etwa der Mental Health Action Plan 2013-2020 der WHO hervorzuheben. Der Aktionsplan verfolgt das Ziel psychische Gesundheit zu fördern, zu schützen und zu schätzen. Es sollen einerseits Präventionsmaßnahmen für psychische Leiden geschaffen werden und zugleich jenen Menschen, die davon betroffen sind, rechtzeitig Zugang zu qualitativ hochwertiger, kulturell angemessener gesundheitlicher und sozialer Versorgung ermöglicht werden (World Health Organization, 2020).

Der Aktionsplan verfolgt folgende Ziele:

- Stärkung einer wirksamen Führung und Steuerung im Bereich der psychischen Gesundheit,
- Bereitstellung umfassender, integrierter und bedarfsgerechter psychosozialer Dienste in gemeindenahen Einrichtungen,
- Umsetzung von Strategien zur Förderung und Prävention der psychischen Gesundheit,
- Stärkung von Informationssystemen, Evidenz und Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit.

Dabei stützt sich der Aktionsplan auf sechs übergreifende Grundsätze. Dies sind die universelle Gesundheitsversorgung, die Menschenrechte, eine evidenzbasierte Praxis, ein lebensbegleitender Ansatz, ein multisektoraler Ansatz und Empowerment von Menschen mit psychischen Störungen und psychosozialen Behinderungen.

Exkurs: Psychosoziale Bewältigung der Coronapandemie:

Mit der Ausbreitung des Coronavirus weltweit ist auch die Angst, Sorge und Unruhe in der Bevölkerung beträchtlich gestiegen. Mit dem Setzen neuer Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie und den damit einhergehenden psychischen Auswirkungen – insbesondere in Zeiten der Quarantäne – ist mit steigender Einsamkeit und Depressionen zu rechnen (Strauß et al., 2021). Ziel soll es folglich sein Ressourcen nicht nur für die Eindämmung der Pandemie bereitzustellen, sondern auch mit den psychosozialen Faktoren im Kontext einer Pandemie angemessen umzugehen. (Strauß et al., 2021).

Psychische Gesundheit in Österreich

In Europa gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Auslösern von Beeinträchtigungen, die durch eine Erkrankung herbeigeführt werden. In Österreich wird angenommen, dass etwa drei Prozent der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen schwer betroffen sind. Umso wichtiger ist es, die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und entsprechende Maßnahmen zu setzen um der hohen Prävalenz von psychischen Krankheiten entgegenzuwirken. Diese Notwendigkeit wurde in Österreich auch in der nationalen Strategie zur Psychischen Gesundheit deutlich hervorgehoben (Beirat für psychische Gesundheit, 2020).

Rechtliche Aspekte

Psychotherapie

Das österreichische Psychotherapiegesetz regelt zwei große Bereiche: zum einen die wissenschaftlich fundierte Berufsausbildung und zum anderen die selbständige Berufstätigkeit.¹⁰ Für die Vollziehung der Angelegenheiten des Psychotherapiegesetzes betreffend ist zentral und österreichweit das Bundesministerium für Gesundheit zuständig (Kierein, 2011).

Psychotherapie ist in Österreich eine verpflichtende Leistung der sozialen Krankenversicherung. Mit der 50. ASVG-Novelle wurde ab 1992 Psychotherapie – sofern diese als Krankenbehandlung zu qualifizieren ist – leistungsrechtlich der ärztlichen Hilfe gleichgestellt (Kletterer, 1995). Die Psychotherapie muss hierfür von nach dem Psychotherapiegesetz berechtigten Personen erbracht werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011). Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) hat 1993 die psychotherapeutische Versorgung erstmals in den möglichen Leistungskatalog im Krankenhaus inkludiert. Dadurch wurde Psychotherapie im Krankenanstaltenrecht ausdrücklich verankert.

Finanzierung und angemessene Bereitstellung finanzieller Mittel

Die Versorgung der Bevölkerung losgelöst von dem wirtschaftlichen Status des Einzelnen, bedarf einer angemessenen Finanzierung. Im Rahmen der Versorgung psychisch kranker Personen in Österreich existiert eine entsprechende Finanzierung nur teilweise. Durch ausreichende Bereitstellung von Ressourcen können gesundheitliche aber auch wirtschaftliche Folgen wie beispielsweise Berufsunfähigkeit und lange Krankenstände entgegengewirkt werden (Beirat für psychische Gesundheit, 2020). Das Gesundheitssystem ist in der Pflicht, geeignete Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2012).

Ein weiterer Fokus sollte der Ausbau von Primärversorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen. Es ist dafür zu sorgen, dass entsprechende Therapieangebote auch in der Basisversorgung zur Verfügung stehen und implementiert werden. Da-

¹⁰ Psychologengesetz 2013, BGBl I 182/2013.

mit kann eine Früherkennung, aber auch ein eventueller Zusammenhang psychischer Belastungen mit einer anderen Grunderkrankung gewährleistet werden (Beirat für psychische Gesundheit, 2020).

Institutionen und Einrichtungen

Für die Umsetzung der Aufgaben im Bereich der psychische Gesundheit sowie zur fachlichen Beratung der:des Gesundheitsminister:in wurde in Österreich der "Beirat für Psychische Gesundheit" eingerichtet. Der Beirat ist interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt und hat die Aufgabe Empfehlungen für strategische Konzepte auszuarbeiten und nationale Projekte zu begleiten (Beirat für psychische Gesundheit, 2020). Zudem wurde in Österreich die Kompetenzgruppe Public Mental Health ins Leben gerufen (Grabenhofer-Eggerth & Till).

Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen

Eine aktuelle Studie des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen unter dem Titel „Psychische Gesundheit in Österreich“, zeigte deutlich, dass der Umgang mit psychischen Erkrankungen immer noch sozial stigmatisiert ist. Lediglich 16 % junger Erwachsener bis zum vollendeten 30. Lebensjahr würden Arbeitskolleg:innen von ihrer psychischen Erkrankung erzählen. Die Studie zeigt den Bedarf an Entstigmatisierung rund um die Behandlung von psychischen Krankheiten auf (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2020). Auch seitens der WHO ist die Öffentlichkeitsarbeit einzelner Staaten für eine Enttabuisierung in Bezug auf psychische Erkrankungen gefordert (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, 2005).

Psychosoziale Unterstützung am Arbeitsplatz, in der Schule und der Universität

Arbeitsplatz

Die Formulierung von „Grundsätzen Betrieblicher Gesundheitsförderung“ erfolgte erstmals in der Luxemburger Deklaration 1997 der Europäischen Union wonach die Betriebliche Gesundheitsförderung alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeber:innen, Arbeitnehmer:innen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst (Europäische Union, 1997).

Durch Investitionen und die Schaffung sicherer und gesunder Arbeitsplätze wird die Anzahl der Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Krankheiten verringert. Dies führt zur Verringerung von Fehlzeiten und fördert die Produktivität, was wiederum die Gesellschaft sozial und wirtschaftlich entlastet (Grabovac & Mustajbegović, 2015). Die zukünftige gesundheitspolitische Aufgabe besteht darin, dass eine Senkung invaliditätsbedingter Pensionen durch Erhalt von Arbeitsfähigkeit mittels arbeitsfreundlicher Gestaltung der Arbeitswelt bewerkstelligt wird (Diem et al., 2019).

Nach den gesetzlichen Regelungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes (ASchG) sind Arbeitgeber:innen verpflichtet, bestehende Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer:innen zu ermitteln und zu beurteilen. Soweit erforderlich hat die Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und eine Anpassung auf geänderte Gegebenheiten zu erfolgen. Bei allen gesetzten Maßnahmen ist stets eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen anzustreben.

Auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch betriebliche Eingliederungsmaßnahmen ist ein wichtiger und essentieller Bestandteil, denn eine berufsbedingte frühzeitige Pensionierung ist nicht nur für die Betroffenen problembehaftet, sondern spielt auch eine große wirtschaftliche Rolle. Es entstehen enorme Kosten auf Seiten der Arbeitgeber:innen, sowie auf Seiten der Sozialversicherung. Gesundheitliche Gründe für Krankstände und krankheitsbedingte Frühpensionierungen in Österreich sind vor allem Erkrankungen wie chronische Schmerzen und psychische Erkrankungen, deren Tendenz steigend sind. Hierzu zählen beispielsweise Depressionen, Angstzustände und stressbedingte Erkrankungen, wie „Burnout“ (Leoni, 2018).

Moderne wissenschaftliche betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich daher auch auf Fragen der Erhaltung der psychischen und physischen Ressourcen in Bezug auf arbeitslose Menschen und Menschen mit chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen richten. Damit könnte man eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens und eine positivere Einschätzung der Lebensqualität der Gesamtbevölkerung erreichen (Grabovac & Mustajbegović, 2015).

Kinder und Jugendliche

In Österreich leiden 55% der Schüler:innen an depressiven Symptomen, 16% haben sogar suizidale Gedanken (Bundesministerium für Arbeit, 2018). Auch in Hinblick der derzeitigen

Coronapandemie hat sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich besorgniserregend verschlechtert. Bereits jedes dritte Kind und jeder:jede dritte Jugendliche erleiden psychische gesundheitliche Beeinträchtigungen (Humer et al., 2021; Pieh et al., 2021). Dies zeigt auf, dass die psychische Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen nicht vernachlässigt werden darf und auf diese Altersgruppen ein besonderer Fokus gesetzt werden muss. Dieser Handlungsbedarf wird etwa von der Bundesjugendvertretung (BJV) aufgegriffen. Mit der Kampagne „Die Krise im Kopf“ soll auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufmerksam gemacht werden (Bundes Jugend Vertretung, 2021).

Projekte

Psychische Gesundheit in der Welt der Smartphones

2017 wurden über den „Rahmen-Pharmavertrag“ 16 Projekte mit dem Schwerpunkt auf Stärkung der psychischen Gesundheit gefördert. Das Projekt „Psychische Gesundheit in der Welt der Smartphones“ untersucht verschiedene Aspekte der Smartphone-Nutzung. Es wird die Bedeutsamkeit für den negativen Einfluss der Smartphone-Nutzung auf die psychische Entwicklung, das Nutzerverhalten von österreichischen SchülerInnen, die benötigte Unterstützung von Kindern, die Art der Medienerziehung, sowie Tools zur gesundheitskompetenten Nutzung des Smartphones untersucht (Felder-Puig et al., 2018).

Testimonialpots (ganznormal.at)

„Ganznormal.at“ ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein mit dem Ziel, die öffentliche Diskussion über seelische Erkrankungen zu fördern, um schlussendlich „ganz normal“ über „seelische Erkrankungen“ reden zu können und den Umgang mit psychischer Krankheit in der Gesellschaft offen zu gestalten (ganznormal.at – Verein zur Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Gesundheit, o.D).

Deutschland

In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al., 2014, 2016), aber nur 18,9 % nehmen Kontakt zu Leistungsanbieter:inn auf (Mack et al., 2014). Psychische Erkrankungen zählen in

Deutschland, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre (Plass et al., 2014).

Seit 2019 wird am Robert Koch-Institut ein Konzept für eine nationale Mental Health Surveillance (MHS) entwickelt, da bis dato keine systematische bundesweite Berichterstattung für Deutschland in Bezug auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung besteht.

Zudem existiert beispielsweise ein junges Social Impact Startup zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland. Dieses Startup verfolgt mit ihrem Programm YAM (Youth Aware of Mental) das Ziel die psychische Gesundheit zu fördern und der Stigmatisierung entgegenzuwirken (Mental Health Initiative, 2021).

Schweden

In Schweden besitzt die schwedische Public Health Agency den Auftrag, die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Beeinträchtigungen der Bevölkerung aufzubauen und weiterzuentwickeln (Public Health Agency of Sweden, 2018). In diesem Sinne wurden zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Forscher:innen, politischen Entscheidungsträger:innenn sowie Bürgerinitiativen bis dato schon eine Vielzahl an Maßnahmen gesetzt und es wird versucht, auf aktuelle Herausforderungen auf Ebene der psychosozialen Gesundheit gezielt einzugehen.

So wurde als Reaktion auf die hohen Suizidzahlen in Schweden ein spezieller Ambulanzdienst ins Leben gerufen. Die Ambulanzbesatzung setzt sich aus zwei Fachleuten für psychische Gesundheit und einem:einer Sanitäter:in zusammen und kann betroffenen Personen eine Reihe von Behandlungen vor Ort anbieten (Fjellfeldt, 2021).

Schweiz

Am 19. März 2019 wurde in der Sitzung vom Bundesrat eine Verordnungsänderung beschlossen, bei der Psycholog:innen ärztlich angeordnete Psychotherapien direkt über die Grundversorgung abrechnen können (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2021). Diese soll per 1. Juli 2022 in Kraft treten. Die ärztliche Anordnung kann hierbei durch alle Ärzt:innen mit Fachtitel in Allgemeiner Innerer Medizin oder Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Durch den Wechsel vom bisher in der Schweiz geltenden „Delegationsmodell“ hin zum

„Anordnungsmodell“ soll ein leichter Zugang zu psychologischer Psychotherapie geschaffen werden. Kritik kommt hierbei von der Swiss Mental Health Care (SMHC), da wichtige Begleitmaßnahmen fehlen.

2019 hat die SMHC bereits einen Vorschlag für ein „Koordiniertes Anordnungsmodell“ entworfen. Dieses Modell beinhaltet zusätzlich Maßnahmen, um die Qualität der psychologischen Psychotherapie zu sichern. Diese Maßnahmen umfassen Weiterbildungen für psychologische Psychotherapeut:innen, die Sicherung der Indikationsqualität und Evaluation der Therapie sowie eine Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patient:innen mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand (Swiss Mental Healthcare, 2019).

Diese Auswirkungen der Neuregelung auf die Kosten und die Versorgung soll überwacht werden und falls nötig eine Anpassung der Regelung erfolgen. Hierfür wird ein Monitoring über die nächsten Jahre sowie eine Evaluation durchgeführt (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2021).

Südaustralien

In Südaustralien ist der Strategieplan für psychische Gesundheit 2017 bis 2022 zu erwähnen (South Australian Mental Health Commission, 2017). Die südaustralischen Beauftragten für psychische Gesundheit arbeiten gemeinsam an der Umsetzung des südaustralischen Strategieplans für psychische Gesundheit 2017 bis 2022. Dieser Plan beinhaltet drei wesentliche Strategien:

- Zum einen die Förderung, Aufklärung und frühe Intervention für Bürger:innen und Gemeinschaften zur Stärkung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens sowie auch zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen, zur Sensibilisierung und Entstigmatisierung,
- Aufbau von Dienstleistungen und Pflege, um eine qualitativ hochwertige und nahtlose, bedarfsgerechte Unterstützung zu gewährleisten,
- eine starke Führung, Governance und bessere Ergebnisse.

Wales

In Wales gibt es das Dokument der walisischen Regierung „Together for Mental Health: A Strategy for Mental Health and Wellbeing in Wales“. Es handelt sich hierbei um eine 10-

Jahres-Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die psychische Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, sowie von deren Betreuer:innen und Familien (Welsh Government, 2012).

Die Mental Health (Wales) Measure ist ein von der Nationalversammlung von Wales erlassenes Gesetz. Hiermit wurden wichtige Änderungen in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Problemen in Wales eingeführt (Welsh Government, 2021b).

6 Lösungsvorschläge

Anhand der vorliegenden Recherche der legislativen Public-Health-Grundlage in Österreich und jener der ausgewählten Nationen sowie grenzübergreifenden Bestimmungen des Europarechts und internationalen Rechts in Kombination mit der Durchführung von Expert:inneninterviews im In- und Ausland wurden einige Verbesserungsvorschläge und Adaptierungsideen im Public-Health-System eruiert. Im Folgenden werden diese Lösungsansätze präsentiert.

6.1 Förderung von Grundlagenforschung und Bedürfnisermittlung

6.1.1 Zugänglichmachen von Daten

Die Verbesserung des österreichischen Public-Health-Systems ist nicht lediglich eine Aufgabe auf legislativer Ebene. Die Herausforderungen rund um das Ziel, das bestmögliche Public-Health-System zu gewährleisten, beginnen schon auf der Ebene der Erforschung der Bedürfnisse der Bevölkerung. Ebendieser wichtige initiale Schritt kann durch einen erschwerten Zugang zu relevanten Public-Health-Daten erheblich behindert werden. Deshalb ist es von großer Bedeutung, die Wissenschaft bei der Erhebung und Untersuchung relevanter Daten zu unterstützen. Es gilt – selbstverständlich im Rahmen der bestehenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – eine Möglichkeit zu schaffen, den optimalen Nutzen aus vorhandenen Daten zu ziehen und Unterstützung bei der Erhebung von für das Public-Health-System relevanten Daten zu leisten.

Beispiel Gendermedizin und Frauengesundheit: Ein wichtiger Sektor, in dem es bis dato an ausreichenden Daten (bzw. der Zugänglichkeit von Daten) mangelt, ist der Bereich der Gendermedizin sowie jener der Frauengesundheit (Gaiswinkler, 2021). Viel zu selten wird bei der Datenerhebung im medizinischen Bereich die Dimension des „Genders“ mitaufgenommen und dementsprechend oft eine wesentliche Chance verabsäumt (Stadler, 2021). Es gilt daher, Lösungen zu finden, bei denen – analog zu internationalen Best-Practice-Beispielen – sowohl Datenschutz gewährleistet und gleichzeitig Gender/Geschlecht als Faktor, auch im Zusammenspiel mit anderen Diversitätsdimensionen wie Wohnort oder

Versicherungsstatus, in unterschiedlichen gesundheitlichen Outcomes sichtbar gemacht wird (Stadler, 2021). Ziel soll es sein, den sogenannten Gender-Data-Gap (Temin & Roca, 2016) zu schließen und gleichzeitig die Wahrung der Privatsphäre zu gewährleisten.

6.1.2 Zurverfügungstellen von Mitteln und Ressourcen für die Wissenschaft

Ein wesentlicher Aspekt, der bei dem Ziel eines verbesserten Public-Health-Systems nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die verstärkte finanzielle Förderung der Forschung (Till, 2021; Wångdahl, 2021), denn nur durch einen mit ausreichend wirtschaftlichen Ressourcen gestärkten Wissenschaftssektor können die Bedürfnisse der Bevölkerung zielgenau ermittelt werden und anschließend entsprechende punktuelle Maßnahmen der Politik gesetzt werden.

6.2 Erleichterter Zugang zu Public-Health-Gesetzgebung und Grundlagendokumenten

Um die Gesamtgesundheit der Bevölkerung und deren Verständnis für Public Health zu verbessern, ist es essentiell, diese auch miteinzubeziehen und zu informieren. Trotz der Wichtigkeit der Bewusstseinsbildung innerhalb der Bevölkerung ist der Zugang zu Public-Health-Informationen – mitunter sogar für Expert:innen – schwer. Es bedarf daher Maßnahmen, dieser Informationsbarriere entgegenwirken.

6.2.1 Kumulation von Public-Health-Gesetzen

Public Health, also die „nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health, 2021), betrifft der Definition nach bereits jeden Menschen. Nichtsdestotrotz, ist es – auch aufgrund der Tatsache, dass Public-Health-Regelungen als sogenannte „Querschnittsmaterie“ auf viele Rechtsbereiche aufgesplittert sind und sich relevante Bestimmungen mitunter nicht nur auf nationales Recht beschränken – oft schwer, einen Überblick über die relevanten Bestimmungen zu erhalten. Nützlich wäre eine „kumulierte Sammlung vorhandener Gesetze“ (Gaiswinkler, 2021), die einen Überblick über die Bestimmungen innerhalb des jeweiligen Public-Health-Themas bietet.

6.2.2 Förderung von Health-Literacy und Gesundheitsbildung

Aufgrund der starken Verbindung einer hohen Gesundheitskompetenz mit einem erleichterten Zugang zu Gesundheitsinformationen und besserem Gesundheitsbewusstsein gilt es, die Health Literacy der Bevölkerung bestmöglich zu stärken. So kann die Bevölkerung dahingehend befähigt werden, sich aktiv über für Public Health relevante Grundlagen zu informieren. **Siehe näher:** 5.3.

6.2.3 Verfügbarkeit von Informationen in mehreren Sprachen und in einer „easy read“-Version

Mitunter sind Informationen – allen voran bei komplexen gesetzlichen Inhalten – gerade für jene Personen nicht (barrierefrei) zugänglich, die eigentlich Adressaten der Bestimmungen sein sollten. Diesem Problem hat sich *Inclusion Europe* angenommen und einen Katalog an Easy-to-read Regeln entwickelt, die es bei der Übertragung relevanter Informationen in eine barrierefreie Version für Personen mit Lernschwächen zu beachten gilt (Inclusion Europe, 2017). In Wales ist die Praxis für relevante öffentliche Dokumente eine begleitende easy read Versionen zur Verfügung zu stellen bereits Alltag. Vor allem für besonders relevante und lebensnahe (Public-Health-)Regelungsinhalte, wäre eine solche Vorgehensweise auch in Österreich eine Möglichkeit um Inklusion und Health Literacy zu fördern.

Ebenso wie eine barrierefreie Zugänglichkeit von relevanten Public Health nahen Bestimmungen, ist auch die Übersetzung wichtiger Information in diverse Sprachen mit hohem Aufkommen eine Möglichkeit Public-Health-Informationen für die gesamte Bevölkerung zugänglich zu machen.

6.3 Errichtung von einer zentralen Anlaufstelle

Das österreichische Commitment zur Umsetzung der HiAP-Strategie zeigt sich auf vielerlei Weise, wobei das politische Bekenntnis zu den Gesundheitszielen Österreich das Engagement der österreichischen Politik, Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen, wohl am deutlichsten hervorzuhebt. Eine Idee, um den Health in All Policies Approach noch fester als Bestandteil der österreichischen Politik zu verankern, ist die Schaffung einer eigens definierten Stelle die ein Mandat für HiAP innehat und sich in der Verantwortung für bestimmte Agenden im Rahmen des Themenbereichs Public Health verantwortlich sieht und als Drehscheibe fungiert (Antony, 2021).

6.3.1 Vernetzung

Neben der Bündelung von Expertise könnte so auch die Möglichkeit genutzt werden, einen Überblick darüber zu schaffen, wo Public-Health-Expertise dezentral angesiedelt ist, denn Public Health als „Wissenschaft und [...] Praxis der Verhinderung von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft (Great Britain - Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function, 1988)“ erstreckt sich bekanntermaßen auf eine Vielzahl an (Forschungs)Feldern. Dies spiegelt auch die vielfältige Landschaft der Public-Health-Expert:innen sowohl im Inland als auch im Ausland wider.

Neben der Themenvielfalt, die dem Bereich Public Health zuzuordnen ist, sind auch die Arbeitsbereiche der Expert:innen überaus divers. So sind Stakeholder im Sektor der Forschung, Politik oder im praktischen Bereich angesiedelt. Die Vielfalt an Expertise, die die österreichische Public-Health-Landschaft aufweist, kann mitunter auch dazu führen, dass es Stakeholdern schwer fällt, den Überblick über Ansprechpartner:innen in den jeweiligen Themenbereichen zu behalten. Eine Stelle mit Drehscheibenfunktion könnte hier gezielt Abhilfe schaffen. Eine Vernetzung wird u. a. auch themenspezifisch (z. B. bei Frauengesundheit) gefordert (Gaiswinkler, 2021).

6.4 Public-Health-Gesetz und Erweiterung bestehender Public-Health-Legistik

In ihrem Rahmenpapier „Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action“, das als „starter’s kit for country-action“ dienen soll, erkennt die WHO an, dass viele der Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit soziale, ökologische und wirtschaftliche Ursachen haben, die weit über den direkten Einfluss des Gesundheitsbereichs und der Gesundheitspolitik hinausgehen. Die WHO appelliert daher an die Politik der Nationen, ihren Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung in allen Sektoren und auf verschiedenen Verwaltungsebenen zu nutzen und für die Etablierung von HiAP tätig zu werden (World Health Organization, 2014). In welcher Form ein nationales Health in All Policies Framework letzten Endes ausgestaltet wird, lässt die WHO den jeweiligen Nationen offen. In Frage kommen sowohl politische Bekenntnisse, eigens geschaffene Public-Health-Gesetze bzw. HiAP-Frameworks sowie die Einarbeitung von Public-Health-Bestimmungen in bestehende Vorschriften.

Blick ins Ausland:

Sei es ein gesetzlich verankertes Präventionsgesetz, die verfassungsrechtliche Anerkennung des Schutzes und Erhalts der Gesundheit oder ein allumfassender, progressiver Zugang (wie etwa im Sinne des Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015), ein Blick über den Tellerrand offenbart die legislativen Möglichkeiten des Gesetzgebers zur Stärkung von Public Health.

6.4.1 Public-Health-Gesetz

Bezüglich der Formulierung eines umfassenden Public-Health-Gesetzes gibt es unterschiedliche Auffassungen, denn die Schaffung eines Public-Health-Gesetzes bringt neben der Chance einer Verbesserung und Vereinheitlichung des Public-Health-Systems auch eine Vielzahl an Herausforderungen mit sich. Das Unterfangen eines umfassenden Regelwerks ist vor allem aufgrund der Komplexität der Materie eine große legislative Herausforderung. Das Themenfeld Public Health bzw. Health in All Policies erstreckt sich – wie auch schon die Bezeichnung erkennen lässt – über eine Vielzahl an Bereichen, die mitunter in unterschiedliche Kompetenzbereiche fallen und bereits Regelungsmaterien einer Vielzahl an verschiedenen Gesetzen sind. Ein Public-Health-Gesetz ließe sich somit nicht allein mit der Schaffung eines neuen einheitlichen Regelwerks verwirklichen, sondern bedürfte auch der umfassenden Änderung bestehender Bestimmungen (sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene) (Aigner, 2021). Weiters muss die Konformität mit der österreichischen Verfassung – allen voran der in Art 10 ff B-VG geregelten Kompetenzaufteilung der Gebietskörperschaften – sichergestellt sein.

Anm.: Die österreichische Bundesverfassung regelt in Art 10ff B-VG die Kompetenzverteilung. Der Begriff „Kompetenzverteilung“ bezeichnet im Verfassungsrecht die Verteilung der Staatsfunktionen „Gesetzgebung und Vollziehung“ auf Bund und Länder.

Auch ist zu bedenken, dass Österreich als EU-Mitgliedsstaat nicht die Gesetzgebungskompetenz über alle Regelungsbereiche innehat. Zudem kann Österreich als globalisierter Staat nie völlig getrennt von den Gegebenheiten der restlichen Welt betrachtet werden.

Trotz der Hürden, die mit einem Public-Health-Gesetz einhergehen würden, ist das Unterfangen eines umfassenden Gesetzes kein schier unmögliches, wie etwa die erfolgreiche Etablierung des Well-Being of Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015 zeigt.

Beispiel Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015

Die Herausforderung, dass eine holistische und fortschrittliche Public-Health-Rahmengesetzgebung in Regelungsbereiche eingreift, die bereits umfassenden gesetzlichen Normen unterstehen und mitunter auch nicht in vollem Einklang mit dem neuen Gesetzeswerk stehen, wurde in Wales bei der Verabschiedung des „Well-Being of Future Generations Acts“ in Kauf genommen.

„Wir sind noch sehr weit davon entfernt, alle Gesetze miteinander zu vereinen. Aber wir finden, dass der Future Generations Act allumfassend ist, und was auch immer sich in alten Gesetzen findet, muss mit dem Future Generations Act in Übereinstimmung gebracht werden, selbst wenn es nicht richtig gemacht wird. Im Laufe der Zeit wird das alles reformiert werden.“ – Future Generations Commissioner

Dem Gesetzgebungsprozess voran gingen umfassende Prozesse der Bürger:inneninvolvement und Evaluierung des Willens der Bevölkerung kombiniert mit „Langzeitstudien, zukünftigen Trends und Szenarien“.

„Man muss rechtliche Vorgaben haben. Wir müssen längerfristig denken, die gesetzlichen Vorgaben schaffen, wie wir unsere Ressourcen weg vom Akuten und hin zur Vermeidung von Problemen lenken. Und dann muss man eine Infrastruktur für die Regierung schaffen, in der diese Entscheidungen in der Runde von vielen verschiedenen Spielern getroffen werden, und nicht nur sagen, dass Gesundheit ein Problem des Gesundheitswesens ist.“ – Future Generations Commissioner über das Public-Health-Gesetz

6.4.2 Ausarbeitung von Public-Health-Bestimmungen in bestehenden Gesetzen

Sollte sich der Weg einer Gesetzgebung im Sinne eines holistischen Public-Health-Gesetzes nicht als machbar oder erwünscht erweisen, bedeutet dies keinesfalls automatisch, dass seitens des Gesetzgebers keinerlei Handlungsbedarf im Public-Health-Bereich geboten bzw. nicht trotzdem möglich ist. Eine Vielzahl an Normen in der österreichischen Rechtsordnung weisen auch aktuell bereits einen starken Public-Health-Charakter auf. Mit solchen Regelungen – insbesondere auch außerhalb des klassischen Gesundheitsbereichs –

trägt der österreichische Gesetzgeber der Health in All Policies-Strategie in einigen Normen bereits Rechnung. Einige wichtige Public-Health-Agenden – die mitunter im Rahmen der Studie auch beleuchtet wurden – blieben bis dato jedoch ohne gesetzliche Verankerung. So könnte etwa eine Ergänzung im Krankenversicherungsrecht positive Veränderungen herbeiführen (Aigner, 2021).

Doch auch hinsichtlich eines Erweiterungsbedarfs einzelner für Public Health relevanter Gesetze ist keine pauschale Lösung möglich, denn neben der Frage, „ob“ ein Mehr an Regelungsbedarf besteht, ist auch relevant, wie diese potenziellen zukünftigen Gesetze formuliert werden und wie die Resonanz darauf ausfällt (Antony, 2021; Public Health Spezialist Schweiz, 2021).

Unabhängig davon, ob die Schaffung eines eignen Gesetzes oder die Erweiterung bestehender Gesetze als geeigneter Lösungsansatz für die Herausforderung im Public-Health-Bereich angesehen wird, zeigt das Stimmungsbild deutlich, dass der Wunsch nach einem stärkeren politischen Commitment (auch in Form von finanziellen Mitteln und Ressourcen) unter den Expert:innen besteht.

6.5 Verstärkung der Dimension „Gesundheit“ in den Instrumenten der Folgenabschätzung: Nutzung bestehender Institute zur bestmöglichen Anwendung von HiAP im österreichischen Public-Health-System:

Neben dem –eigens zur Abschätzung von Gesundheitsfolgen kreierten – Tool des Health Impact Assessments gibt es auch in gesetzlich bereits verankerten Instrumenten der Folgenabschätzung mitunter die Möglichkeit, die Dimension „Gesundheit“ stärker zu implementieren und so die Auswirkungen von Vorhaben auf Public-Health schon vor der Setzung von Maßnahmen abschätzen zu können. **Siehe näher:** 5.4.2.

Anhänge

Annex I: Interviewleitfaden

Anm.: Für jeden einzelnen Stakeholder wurde eigens ein Fragebogen konstruiert (aufgrund der Diversität der:des Expert:innen wäre ein allgemeiner Fragebogen für alle Interviews nicht ausreichend). Einheitlich gestaltet waren allerdings Fragen, die nach lösungsorientierten Ideen im Bereich Public Health suchten. Hier wurden die Meinungen hinsichtlich Handlungsbedarfs des jeweiligen Spezialthemas der Expert:innen – also auch grundsätzliche Wünsche und Adaptierungsvorschläge im Public Health Sektor – eingeholt. Die Interviewleitfäden wurden je nach Experte bzw. Expertin in deutscher oder englischer Sprache verfasst.

Einführung:

Grundstruktur der Interviewleitfäden

Vorstellung des Projekts und der Interviewteilnehmer:innen

Fragen bezüglich des Spezialgebiets

- Fragen in Bezug auf das Spezialgebiet (Gesundheitsziel oder Nation) wurden individuell gestaltet und gliedern sich jeweils in:
- Background und Definitionen des jeweiligen Themas sowie des Experten bzw. der Expertin
- Länderspezifische Gegebenheiten in Bezug auf Public Health sowie die Spezialgebiete der Experten bzw. Expertinnen
- Nähere Fragen zu den Arbeitsschwerpunkten

Ausblick und Handlungsbedarf (einheitlich für alle Expert:innen)

- Finden Sie, dass in Bezug auf Public Health und HiAP noch Handlungsbedarf besteht?
- Kann von legislativer Seite Abhilfe für präsenste Hürden geschaffen werden bzw. würden Sie ein Gesetz für hilfreich erachten?
- Welche Wünsche haben Sie an die Politik?
- Finden Sie, dass auf [jew. Spezialgebiet] noch Handlungsbedarf besteht?
- Kann von legislativer Seite Abhilfe für präsenste Hürden geschaffen werden bzw. würden Sie ein Gesetz für hilfreich erachten?
- Welche Wünsche haben Sie an die Politik?
- Welche Errungenschaften aus [jew. Land] gibt es in Bezug auf das Public-Health-System, die man evtl. auch in Österreich etablieren könnte?
- Welche Errungenschaften aus [jew. Land] gibt es in Bezug auf [jew. Spezialgebiet], die man evtl. auch in Österreich etablieren könnte?
- Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft?

Abschließende Bemerkungen

- Gibt es noch etwas Anderes, das Sie uns mitteilen wollen?
- Stehen - wenn nötig - Sie für weitere Rückfragen und Erläuterungen bereit?
- Sind Sie damit einverstanden, dass im finalen Bericht Ihr Name und Ihre Affiliation geteilt wird und dürfen wir Ihre Aussagen für direkte Zitate verwenden?

Annex II: Interviewpartner:innen

- **Sophie Howe** (*Wales*)
 - Future-Generations-Commissioner Wales
- **Prof. Dr. Gertraud Stadler** (*Deutschland*)
 - Charité: Leitung Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Charité, Professorin für Geschlechtersensible Präventionsforschung
- **Sylvia Gaiswinkler, MA** (*Österreich*)
 - Gesundheit Österreich: Health Expert im Bereich Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit. Spezialgebiete: Frauen- und Gendergesundheit (Aktionsplan Frauengesundheit), Chancengleichheit

- **Assoc.-Prof. PD Mag. Dr. Benedikt Till (Österreich)**
 - Medizinische Universität Wien: Center for Public Health (Department of Social and Preventive Medicine). Spezialgebiete: Suizidforschung, Mental Health Promotion
 - Österreichische Gesellschaft für Public Health: Im Leitungsteam der Kompetenzgruppe für Mental Health
 - Werkstätte für Suizidforschung: Vorstandsmitglied

- **Public Health Spezialist über die Schweiz (Schweiz)**

- **Dr. Hanspeter Conrad (Schweiz)**
 - Integrierte Psychiatrie Winterthur: CEO
 - Ehem. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
 - Bis Juli 2021 Präsident der SMHC (Swiss Mental Healthcare)

- **Gabriele Antony, BA, MA (Österreich)**
 - Gesundheit Österreich: Health Expert im Bereich Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit. Spezialgebiete: Gesundheitsziele Österreich, Gesundheitsfolgenabschätzung, Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, HiAP

- **Josefin Wängdahl, PhD (Schweden)**
 - Uppsala University: Department of Public Health and Caring Sciences. Spezialgebiete: Gesundheitskompetenz und Migration

- **Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner (Österreich)**
 - Universität Wien: Universitätsprofessor;
 - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: ehem. Sektionschef, Leiter der Sektion IX (Öffentliche Gesundheit, Lebensmittel-, Medizin- und Veterinärrecht)

- **Prof. Dr. med. Cathérine Gebhard Ph.D. (Schweiz)**
 - University Hospital of Zürich: Kardiologin
 - University of Zurich: Spezialgebiet der Gender Medicine

Literatur

Abdul-Hussain, Surur: Geschlecht und Gender. Erwachsenenbildung.at:2014, verfügbar unter: https://erwachsenenbildung.at/themen/gender_mainstreaming/theoretische_hintergruende/geschlecht_und_gender.php.

Abrahams, Debbie/Broeder, Lea den, et al.: EPHIA: the new European methodology for policy health impact assessment. The European Journal of Public Health: 2004, Bd. 14.

Aigner, Gerhard: Arzt und Patient – Die ärztliche Aufklärung. In: Österreichische Juristenkommission (Hg.): Gesundheit und Recht – Recht auf Gesundheit. Wien: Linde Verlag 2012, S. 25.

Aigner, Gerhard: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

AmberMed: Wer wir sind und was wir machen wir. Verfügbar unter: <https://amber-med.at/ueber-uns/>.

Amegah, Thomas/Amort, Frank Michael, et al.: Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Wien: 2013.

Antony, Gabriele: Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Arbeit plus – Soziale Unternehmen Vorarlberg: Daten, Fakten & Definitionen zu Arbeitslosigkeit. 2016, verfügbar unter: <http://www.arbeitplussuv.at/daten-fakten>.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: HEALTH LITERACY: A summary for Consumers. Sydney: 2015.

Australian Government: Health literacy. Snapshot: 2020.

Barber, Sarah L/Lorenzoni Luca, et al.: Price setting and price regulation in health care - Lessons for advancing Universal Health Coverage. World Health Organization: 2019.

Beaglehole, Robert/Bonita Ruth, et al.: Public health in the new era: improving health through collective action. London: Lancet England 2004; Bd. 363, S. 2084-6.

Beirat für psychische Gesundheit: Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Wien: BMASGK 2020.

Berka, Walter/Binder, Christina, et al.: Die Grundrechte: Grund- und Menschenrechte in Österreich. Wien: Verlag Österreich 2019.

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen: Studie „Psychische Gesundheit in Österreich“. Wien: 2020.

Blutspende SRK Schweiz: Fragen zur Blutspende. 2021, verfügbar unter: <https://www.blutspende.ch/de/spenderinfos/faq-blutspende>.

BMZ: Agenda 2030: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. O. D., verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/agenda-2030>.

Böhm, Katharina/Bräunling Stefan, et al.: Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2020, Aufl. 1.

Bundes Jugend Vertretung: Die Krise im Kopf. 10-Punkte-Charta Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Wien: 2021.

Bundesamt für Gesundheit: Gesundheitspersonal und Umgang mit Diversität. 2020, verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitspersonal-und-umgang-mit-diversitaet.html>.

Bundesamt für Gesundheit: Interkulturelles Dolmetschen. 2020, verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen.html>.

Bundesamt für Gesundheit: Migrationsgerechte Kommunikation und Kampagnen. 2020, verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitsfoerderung-fuer-alle-zugaenglich-machen/migrationsgerechte-kommunikation-und-kampagnen.html>.

Bundesamt für Gesundheit: Programm Migration und Gesundheit 2002–2017. 2019, verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>.

Bundesamt für Statistik: Gesundheit – Taschenstatistik 2020. 2021.

Bundesamt für Statistik: Gleichstellung von Menschen mit Behinderung: Erwerbsbeteiligung. 2018, verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/erwerbstaetigkeit/erwerbsbeteiligung.html>.

Bundeskanzlei: Vorlage Nr. 647: Provisorisches amtliches Ergebnis. 2021, verfügbar unter: <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/politische-rechte.html>.

Bundeskanzleramt: Handbuch Wirkungsorientierte Folgenabschätzung – Arbeitsunterlage Wirkungsdimension Umwelt. In: Bundesministerium für Finanzen (Hg.): Bundeskanzleramt: 2015.

Bundeskanzleramt: Istanbul Konvention Gewalt gegen Frauen – Bundeskanzleramt Österreich. 2019.

Bundeskanzleramt: Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frauen (CEDAW). 2019.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Bundesteilhabegesetz 2020. Verfügbar unter: [https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html#:~:text=Das%20Bundesteilhabegesetz%20\(BTHG\)%20ist%20ein,mit%20Behinderungen%20viele%20Verbesserungen%20vorsieht.](https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html#:~:text=Das%20Bundesteilhabegesetz%20(BTHG)%20ist%20ein,mit%20Behinderungen%20viele%20Verbesserungen%20vorsieht.)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz: Aktionsplan Frauengesundheit. Wien: 2016.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: 2018.

Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend: Die Gleichstellungsstrategie der Bundesregierung. Berlin: 2021, verfügbar unter: <https://www.gleichstellungsstrategie.de/rgs-de>.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend: GREVIO Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland 2020. Berlin: 2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend: Neunter Bericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). Berlin: 2020.

Bundesministerium für Gesundheit: Angebote für werdende Mütter. 2021, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/schwangerschaft-krankenversicherung.html>.

Bundesregierung: Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): 2013.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten. 2006, verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=2505>.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Mehrsprachige Gesundheitsinformationen für Geflüchtete sowie Ärztinnen und Ärzte. 2021, verfügbar unter: <https://infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/weiterfuehrende-links/mehrsprachige-gesundheitsinformationen-fuer-gefluechtete-sowie-aerztinnen-und-aerzte/>.

Bundeszentrale für Politische Bildung: Der deutsche Sozialstaat. 2013, verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/24-deutschland/40475/sozialstaat>.

Chadderton, Chloe/Elliott, Eva, et al.: Health Impact Assessment - a practical guide. In: WHIASU (Hg.)

Crown: Maternity pay and leave. GOVUK, o. D.

Crown: Statutory Paternity Pay and Leave: employer guide. GOVUK, o. D.

Damjanovic, Dragana: Art 35 GRC. Gesundheitsschutz. In: Holoubek Michael /Lienbacher Georg (Hg.): GRC-Kommentar. Wien: Manz 2019, 2. Aufl.

Darida, Muri: Transsexuellengesetz: „Die Message ist: Eure Existenz ist nicht genug wert.“ die Zeit: 2021.

Däubler, Wolfgang: Der Schutz der sozialen Grundrechte in der Rechtsordnung Deutschlands. In: Iliopoulos-Strangas, Julia (Hg.): Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon: Eine rechtsvergleichende Untersuchung der nationalen Rechtsordnungen und des Europäischen Rechts. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2010, S. 121.

Däubler, Wolfgang: Der Schutz der sozialen Grundrechte in der Rechtsordnung Deutschlands. In: Iliopoulos-Strangas, Julia (Hg.): Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon: Eine rechtsvergleichende Untersuchung der nationalen Rechtsordnungen und des Europäischen Rechts. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2010, S.132.

Davies, Haydn: The Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015: Duties or aspirations? Environmental Law Review: 2016, Bd. 18, S.41–56.

De Gani, Saskia M/Jaks, Rebecca , et al.: Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021,. Zürich: Bundesamtes für Gesundheit: 2021. S. 62.

De Gani, Saskia M/Jaks, Rebecca, et al.: Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021,. Zürich: Bundesamtes für Gesundheit: 2021. S. 7.

De Pietro, Carlo/Camenzind, Paul, et al.: Switzerland: Health System Review. Health systems in transition. 2015, Bd. 17.

De Pietro, Carlo/Camenzind, Paul, et al.: Switzerland: Health System Review. Health systems in transition: 2015, Bd. 17, S.225.

Deutscher Bundestag: Opposition scheidet mit Initiativen zur Situation von LSBTI in Deutschland. 2021, verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw20-de-lsbt-840188>.

Deutsches Institut für Menschenrechte/Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention: Wer Inklusion will sucht Wege. 2019, Bd. 40.

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz: Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin 2018.

Diem, Günter/Dorner, Thomas E. , et al.: Public Health-Handlungsfelder für Gesundheit in allen Politikfeldern. Wien: 2019.

Diversity Consult Network: Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) im Rahmen von Gesunde Bezirke – Gesunde Stadt. 2015.

Dragano, Nico/Reuter, Marvin, et al.: Soziodemografische und erwerbsbezogene Merkmale in der NAKO Gesundheitsstudie. Bundesgesundheitsblatt 2020, S. 267-78.

Egle, Lukas/Rolland, Christian: Wiener Abfallwirtschaftsplan und Wiener Abfallvermeidungsprogramm (2019–2024). Wien: Stadt 2018.

E-hälsa: Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025. 2016.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann: Das kostenlose Schlichtungsverfahren. O. D., verfügbar unter: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/Themen/recht/das-gleichstellungsgesetz/adressen-schlichtungsstellen.html>

Eidgenössisches Departement des Innern: Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Schweizer Eidgenossenschaft. O. D., verfügbar unter: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>.

Equaldex: LGBT Equality Index. 2021, verfügbar unter: <https://www.equaldex.com/>

Europäische Kommission: Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030. Brüssel: 2021.

Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit: Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit - Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki: 2005.

Europäische Union: Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. 1997.

Europarat und Europäische Sozialcharta: Bundesministerium Arbeit. O. D., verfügbar unter: <https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsrecht/Internationales-und-Europaeisches-Arbeitsrecht/Europarat-und-Europ%C3%A4ische-Sozialcharta.html>.

Fachgruppe Public Health: 1. Nationaler Ergebnisbericht Gesundheitskompetenz-Erhebung. Wien, 2022.

Fair Work Ombudsman: Paid parental leave. O. D., verfügbar unter: <https://www.fair-work.gov.au/leave/maternity-and-parental-leave/paid-parental-leave>.

Fasching, Helga/Wetzel, Gottfried: Probleme und Chancen Jugendlicher mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Bezug auf die berufliche Integration. 2. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Bildungswesen (ÖFEB), Thema: „Grenzen überschreiten in Bildung und Schule“. Klagenfurt: 2003.

Favre Kruit, Catherine /Kessler, Claudia: Gesundheitsfolgenabschätzung - Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz. Bern und Lausanne: 2015.

Fehr, Rainer/Viliani, Francesca, et al.: Health in impact assessments: opportunities not to be missed. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe 2014.

Felder-Puig, Rosemarie/Quehenberger, Viktoria, et al.: Nutzung von Smartphones und sozialen Medien durch österreichische Schülerinnen und Schüler. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2018.

Finer, David/Tillgren, Per, et al.: Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden - A feasibility study. Health promotion international: 2005. Bd. 20, S. 277–284.

Fischer, Thomas B./Matuzzi, Marco, et al.: The consideration of health in strategic environmental assessment (SEA). Environmental Impact Assessment Review: 2010. Bd. 30, S. 200–210.

Fjellfeldt, Maria: Developing mental health policy in Sweden: a policy analysis exploring how a complex societal challenge was consigned to individual citizens to solve. Nordic Social Work Research: 2021, S. 1-17.

Foster, Debbie/Davies, Rhian, et al.: Locked out: liberating disabled people's lives and rights in Wales beyond COVID-19. Cardiff: Welsh Government 2021.

Franzkowiak, Peter: Gesundheitswissenschaften/Public Health. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: 2015.

Future Generations Commissioner for Wales: Future Generations Report 2020. 2020.

Gaiswinkler, Sylvia Bericht: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

ganznormal.at – Verein zur Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Gesundheit: Über uns. O. D., verfügbar unter: <https://www.ganznormal.at/de/home/>.

Gebhard, Cathérine: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Geene, Raimund: Das Präventionsgesetz im 3. Jahr – Meilenstein oder Irrfahrt der Gesundheitsförderung? Das Gesundheitswesen: 2018, Bd. 80, S. 821.

Gesundheit Österreich GmbH: Gesundheitskompetenz. O. D., verfügbar unter: <https://goeg.at/Gesundheitskompetenz>.

Gesundheit Österreich GmbH: Was ist HiAP? O. D., verfügbar unter: https://hiap.goeg.at/was_ist_hiap.

Gesundheit.gv.at: Gesundheitsförderung & Migration. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/migration-gesundheitsfoerderung>.

Gleichbehandlungsanwaltschaft: Die Wirkungslogik der GAW. 2018.

Gleichbehandlungsanwaltschaft: Weniger Rechte für homosexuelle Menschen?! 2020, verfügbar unter: <https://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.gv.at/aktuelles-und-services/gleichbehandlungs-blog/-levelling-up-sexuelle-orientierung.html>.

Government Equalities Office: 8th report to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2018, Bd. 57.

Government Equalities Offices of Sweden: A Feminist Government. O. D., verfügbar unter: <https://www.government.se/government-policy/a-feminist-government/>.

Government of South Australia: Pregnancy and parental leave. O. D., verfügbar unter: <https://www.eoc.sa.gov.au/rights/employment/pregnancy>.

Government of South Australia: Regional Impact Assessment Statement. In: Regions Department of Primary Industries (Hg.): Government of South Australia.

Government of South Australia: State Public Health Plan 2019 - 2024. Adelaide: 2018.

Government Offices of Sweden: Equal rights and opportunities for LGBT persons in Sweden. Stockholm: 2018.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander/Till, Benedikt: Kompetenzgruppe Public Mental Health: Österreichische Gesellschaft für Public Health. verfügbar unter: <https://oeph.at/kompetenzgruppe-public-mental-health>.

Grabovac, Igor/Mustajbegović Jadranka: Healthy occupational culture for a worker-friendly workplace. Arh Hig Rada Toksikol: 2015, Bd. 66, S. 1-8.

Great Britain – Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function: Public health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: 1988.

Green, Liz/Gray, Benjamin J., et al.: Using health impact assessments to implement the sustainable development goals in practice: a case study in Wales. Impact Assessment and Project Appraisal: 2020, Bd. 38, S. 214–224.

Greer, Scott: Four Way Bet: How Devolution has led to Four Different Models for the NHS. 2004.

Gustafsson, Johanna/Peralta Julia, et al.: Supported employment and social inclusion - experiences of workers with disabilities in wage subsidized employment in Sweden. Scandinavian journal of disability research: 2018, Bd. 20, S. 36.

Haas, Sabine/Gruber, Gabriele, et al.: Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wien: 2012.

Hadziabdic, Emina/Hjelm, Katarina: Register-based study concerning the problematic situation of using interpreting service in a region in Sweden. BMC Health Services Research: 2019, Bd. 19, S. 727.

Handstanger, Meinrad: Grundrecht auf Gesundheitsschutz. In: Österreichische Juristenkommission (Hg.): Gesundheit und Recht – Recht auf Gesundheit. Wien: Linde 2012, S. 101.

Harrington, Lee: What is Transgender, Traversing Gender : Understanding Transgender Realities. Anchorage, AK: Mystic Productions Press 2016.

Harris-Roxas, Ben/Harris, Elizabeth: Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review; 2011, Bd. 31, S. 396–403.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. 2011, S. 53 ff.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Psychische Gesundheit, Strategie der österreichischen Sozialversicherung. Salzburg: 2012, S.7.

Hervey, Tamara: The „Right to Health“. In: Hervey Tamara/Kerner Jeff (Hg.): European Law Economic and Social Rights under the EU Charter of Fundamental Rights, A Legal Perspective. London: Bloomsbury Publishing 2003, S. 194.

Hofer, Miriam: Der Einfluss des EGMR auf die Entwicklung des Medizinrechts. Recht der Medizin: 2020, Bd. 44.

Horvath, Ilonka/Haas, Sabine, et al.: Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. ÖBIG: Wien 2010.

Human Rights Watch: Österreich: Gericht erlaubt Ehe für alle. 2017, verfügbar unter: <https://www.hrw.org/de/news/2017/12/08/oesterreich-gericht-erlaubt-ehe-fuer-alle>.

humanrights.ch: Das Verbot homophober Äusserungen und Handlungen kommt ins Strafbuch. 2020, verfügbar unter: <https://www.humanrights.ch/de/ipf/menschenrechte/lgbtiq/diskriminierung-sexuelle-orientierung-gesetzesanderung>.

Humer, Elke/Dale, Rachel, et al.: Assessment of Mental Health of High School Students 1 Semester After COVID-19–Associated Remote Schooling Measures Were Lifted in Austria in 2021. JAMA Network Open: 2021, Bd. 4.

Hurrelmann, Klaus/Klinger, Julia, et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Universität Bielefeld 2020.

Inclusion Europe: Informationen für alle – Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht. Brüssel: 2017.

Jacobi, Frank/Höfler Michael, et al.: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Der Nervenarzt: 2016, Bd. 87, S. 88–90.

Keller, Elisabeth: Viel erreicht – neu herausgefordert 40 Jahre Eidgenössische Kommission für Frauenfragen EKF. 2015.

Kierein, Michael: Psychotherapie und Recht. 2011, Bd. 40.

Kletečka-Pulker, Maria/Doppler, Klara: Patientensicherheit. In: Aigner Gerhard/Kletečka Andreas, et al. (Hg.): Handbuch Medizinrechte. Wien: Manz 2020.

Kletečka-Pulker, Maria/Parrag, Sabine: Pilotprojekt. „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Wien: Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin 2015.

Kletečka-Pulker, Maria: Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin Lukas/Kletečka-Pulker Maria, et al. (Hg.): Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich 2013, S. 45.

Kletečka-Pulker, Maria: Rechtsgrundlagen der Behandlung. In: Aigner Gerhard/Kletečka Andreas, et al. (Hg.): Handbuch Medizinrecht. Wien: Manz 2020, S. I.2.

Kletterer, Marcus: Psychotherapie und Verfahren in Leistungssachen. SozSi: 1995, Bd. 25.

Knutsson, Ida/Linell, Anita: Health impact assessment developments in Sweden. Scandinavian journal of public health: 2010, Bd. 38, S. 115–120.

Kreiter, Thomas: Beschäftigungsverhältnisse mit besonderer Zweckbestimmung. Wien: Verlag Österreich 2014, Bd. 250.

Ladurner, Joy: Public health in Austria : an analysis of the status of public health. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe 2011.

Lalive, Rafael/Wuellrich, Jean-Philippe, et al.: Do Financial Incentives for Firms Promote Employment of Disabled Workers? A Regression Discontinuity Approach. C.E.P.R. Discussion Papers: 2009.

Leoni, Thomas: Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich Präsentismus und Absentismus. 2018.

Linander, Ida/Lauri, Marcus, et al.: Two Steps Forward, One Step Back: A Policy Analysis of the Swedish Guidelines for Trans-Specific Healthcare. Sexuality Research and Social Policy: 2021, Bd. 18, S. 309–320.

Linden, Susanne/Töppich, Jürgen: Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA): BzGA 2021.

Local Government Association of South Australia: Public Health and Community Wellbeing. O. D., verfügbar unter: <https://www.lga.sa.gov.au/sa-councils/sa-council-services/publichealth>.

Mack, Simon/Jacobi Frank, et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res: 2014, Bd. 23, S. 289–303.

Mathieu, Bertrand: The right to life: in European constitutional and international case-law. Strasbourg. Council of Europe Publ 2006.

Mekel, Odile: Gesundheitsfolgenabschätzung. In: Böhm Katharina/Bräunling Stefan, et al., (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wiesbaden: Springer 2020, S. 377–386.

Memmer, Michael: Rechte und Pflichten – Patient und Behandler. In: Aigner Gerhard/Klettečka Andreas, et al.(Hg.): Handbuch Medizinrecht. Wien: Manz 2017, S. I.2.

Mental Health Initiative: Unser Programm YAM - Youth Aware of Mental Health. Verfügbar unter: <https://www.mental-health-initiative.org/de/kontakt/2021>.

Messham, Eleanor/Sheard, Sally: Taking the long view: the development of the Well-being of Future Generations (Wales) Act. Health Research Policy and Systems 2020, Bd. 18, S. 33.

Ministry of Health and Social Affairs: Strategy for Sweden's cooperation with the World Health Organization (WHO) 2021–2025. Stockholm 2021.

Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention: Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen verwirklichen. Deutsches Institut für Menschenrechte: 2018.

Moser, Josef: 3282/AB-BR/2018 vom 10.08.2018 zu 3533/J-BR. Bundesministerium Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz: 2018.

Muzak, Gerhard: Art 15a B-VG. In: Muzak Gerhard (Hg.): B-VG. Wien: Manz 2020, S. 146-9.

Netzwerk Menschenrechte: UN-Behindertenrechtskonvention, Arbeit und Beschäftigung. O. D., verfügbar unter: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/arbeit-und-beschaeftigung-3921/>.

Neuhold, Bianca: GFA im kommunalen Setting am Beispiel Verkehr „Ausbau B 68“. FH Jhanneum: 2015.

Neuhold, Chistine/Spath-Dreyer, Ines, et al.: Gesundheitsfolgenabschätzung zur Ganztagschule. Graz: 2013.

Nußberger, Angelika/Lang, Heinrich: Gesundheitsschutz. In: Stern, Klaus/Sachs, Michael, (Hg.): Europäische Grundrechte-Charta GRCh. München: Beck 2016.

Nutbeam, Don: Health Promotion Glossary. Health Promotion International: 1998, Bd. 13, S. 349-64.

OECD: Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: a Synthesis of Findings Across Oecd Countries. Paris 2010, S. 12.

Öhlinger, Theo /Stelzer, Manfred: Der Schutz der sozialen Grundrechte in der Rechtsordnung Österreichs. In: Iliopoulos-Strangas, Julia (Hg.): Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon: Eine rechtsvergleichende Untersuchung der nationalen Rechtsordnungen und des Europäischen Rechts. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2010, S. 512.

Österreichische Gesellschaft für Public Health: Public Health in Österreich – Was ist Public Health? 2021, verfügbar unter: <https://oeph.at/public-health-oesterreich>.

Österreichische Gesellschaft für Public Health: Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) zum Entwurf des Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz GPG): Wien 2009.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz: Hintergrund & Zielsetzung. Verfügbar unter: <https://oepgk.at/hintergrund-zielsetzung/>.

Österreichisches Rotes Kreuz: Blutspende Ausschlussgründe .2021, verfügbar unter: <http://www.rotekreuz.at/ich-will-helfen/blutspende-ausschlussgruende>.

Peregina: Über Peregrina. O. D., verfügbar unter: <https://www.peregrina.at/ueber-uns>.

Pestalozza, Christian: Das Recht auf Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, Bd. 50, S. 1113-8.

Pieh, Christoph/Dale, Rachel, et al.: Stress levels in high-school students after a semester of home-schooling. European Child & Adolescent Psychiatry: 2021.

Plass, Dietrich /Vos, Theo, et al.: Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt International: 2014, Bd. 111, S. 629–638.

Plattform Intersex/Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich: Positionspapier. Wien: 2020.

Pöschl, Magdalena: § 14 Gleichheitsrechte. In: Merten, Detlef/Papier, Hans-Jürgen (Hg.): Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa. Heidelberg: C.F. Müller 2014, S. 519-90.

Public Health Agency of Sweden: Mental health. 2018, verfügbar unter: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/mental-health/>.

Public Health Spezialist Schweiz: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Public Health Wales: About Public Health Wales. O. D., verfügbar unter: <https://phw.nhs.wales/about-us/>.

Public Health Wales: Public Health Wales – Long Term Strategy 2018-30. Cardiff 2018.

Puntoni, Sarah: Health Literacy in Wales – A scoping document for Wales. Cardiff: Public Health Wales 2010.

Pürgy, Erich: Neues zur Gesetzesfolgenabschätzung: Wirkungsorientierte Folgenabschätzung bei Regelungsvorhaben im Rahmen des Bundeshaushaltsgesetzes 2013. Journal für Rechtspolitik: 2011. Bd. 9. S. 155–158.

Recher, Aleks: Ein kleines Einmaleins der Rechte von trans* Menschen. Psychiatrie + Neurologie. 2018, Bd. 18–19.

Reindl, Eva Maria: Sprachbarrieren im Gesundheitswesen Schwierigkeiten und Lösungsansätze am Beispiel der allgemeinmedizinischen Praxis. Wien: Medizinische Universität Wien: 2016.

Rieck, Sandra/Pomowski, Kristin: Vorwort. In: Landesverband Sozialpsychiatrie; Mecklenburg-Vorpommern e.V./Speck Andreas, et al. (Hg.): Abgehängt und Chancenlos. Köln: Psychiatrie Verlag 2018, S. 7.

Rieder, Anita: Health Impact Assessment (HIA). In: Dorner Thomas, (Hg.): Public Health. Wien: facultas 2014, S. 18–21.

Robert Koch Institut: Das RKI als nationales Public-Health-Institut - Übersichtsartikel aus dem Jubiläumsbuch 125 Jahre Robert Koch-Institut. 2016, verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public Health/Beitrag Jubilaeumbuch.html](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public%20Health/Beitrag%20Jubilaebuch.html).

Robert Koch Institut: Gesundheitskompetenz/Health Literacy. 2021, verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_node.html.

Robert Koch Institut: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und Blutspende – Häufig gestellte Fragen zur Rückstellungsfrist für MSM von der Blutspende. 2020, verfügbar unter: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Blutspende MSM/FAQ_Liste.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Blutspende_MSM/FAQ_Liste.html).

Sagmeister, Maria: Mutterschutz, Papa-Monat und heteronormative Familienorganisation. GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 2019, Bd. 11, S. 19-20.

Sandberg, Jessica: Human Rights in Sweden. Revista IIDH: 2002; Bd. 36, S. 107-27.

Schaeffer, Doris/Hurrelmann, Klaus, et al.: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin: 2018.

Schmid, Gabriele: Sozialstaat in die Verfassung? Das Recht der Arbeit: 2002, Bd. 175.

Schnedl, Gerhard: Umweltrecht. Wien: facultas 2020.

Schweizer Bundesrat: Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention): Erster Staatenbericht der Schweiz. 2021.

Schweizer Eidgenossenschaft: Arbeit und Gleichstellung für Menschen mit Behinderungen - Überblick über die rechtlichen Grundlagen. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern. 2017.

Schweizer Eidgenossenschaft: Schwangerschaft, Mutterschaft und Arbeit. O. D., verfügbar unter: <https://www.ch.ch/de/schwangerschaft-und-arbeit/>.

Schweizer Eidgenossenschaft: Vaterschaftsurlaub. O. D., verfügbar unter: <https://www.ch.ch/de/vaterschaftsurlaub/>.

Schweizerische Eidgenossenschaft: Änderungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV): 2021; verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg/aenderungen-in-der-klv.html>.

Schweizerischer Bundesrat: Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes. 1993.

Schweizerischer Bundesrat: Verordnung über die eidgenössische Volkszählung (SR 431.112.1). 2008.

Schweizerisches rotes Kreuz: migesmedia. O. D., verfügbar unter: <https://www.migesmedia.ch/de>.

Schweizerisches rotes Kreuz: migesplus. O. D., verfügbar unter: <https://www.migesplus.ch/>.

Scott-Samuel, Alex/Abrahams, Debbie, et al.: EPHIA - European Policy Health Impact Assessment: A Guide. 2004.

Sherwood, Harriet: Church in Wales votes to bless same-sex marriages. The Guardian: 2021, verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/world/2021/sep/06/church-in-wales-votes-to-bless-same-sex-marriages>.

Sørensen, Kristine/Pelikan, Jürgen M., et al.: Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health: 2015, Bd. 25 S. 1053–1058.

South Australian Mental Health Commission: 3 Core Strategies. 2017, verfügbar unter: <https://samentalhealthcommission.com.au/the-plan/3-core-strategies/>.

Sozialministeriumservice: Arbeitsmarktprojekte. O. D., verfügbar unter: <https://www.sozialministeriumservice.at/Arbeitsmarktprojekte/Arbeitsmarktprojekte.de.html>.

Spath-Dreyer, Ines/Friedrich, Klaus: 3. österreichische Fachtagung zur Gesundheitsfolgenabschätzung – Gesundheitsfolgenabschätzung auf kommunaler Ebene. SozSi: 2015, Bd. 9, S. 369.

Spitzbart, Stefan: Gesundheitsförderung als Teil einer zeitgemäßen Gesundheitspolitik - Status quo in Österreich und zukünftige Herausforderungen. SozSi 2020; Bd. 9, S. 350.

Stadler, Gertrud: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Stadt Wien – Wirtschaft, Arbeit und Statistik: Integration und Diversität. 2021, verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/kontakte/ma17/>.

Statista: Tatsächliche Wochenarbeitszeit in Österreich nach Geschlecht von 2010 bis 2020. 2021.

Statistics Sweden: Statistical news from Statistics Sweden 2021-03-31 9.30. 2021.

Statistik Austria: Dauerhafte Beeinträchtigungen ab 15 Jahren 2007 und 2015 nach Geschlecht. 2017.

Statistik Austria: Einschränkungen und Ressourcen im Arbeitsleben aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen 2011. 2012.

Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung: 57 % der Menschen mit Behinderung zwischen 15 und 64 Jahren waren 2019 in den Arbeitsmarkt integriert. 2021, verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html#sprg233848.

Stoker, Gerry: New Localism, Progressive Politics and Democracy. The Political Quarterly: 2004, Bd. 75, S.117–129.

Strauß, Bernhard/Berger, Uwe, et al.: Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. Psychotherapeut: 2021, Bd. 66, S. 175–185.

Swedish Institute: Kommunale Selbstverwaltung in Schweden. Stockholm 2005.

Swedish Institute: Sweden is rated gay-friendly and the law aims to protect your right to be who you are. 2021, verfügbar unter: <https://sweden.se/life/equality/gay-rights-in-sweden>.

Swedish Institute: Swedish healthcare is largely tax-funded. And the overall quality is high. 2021, verfügbar unter: <https://sweden.se/life/society/healthcare-in-sweden>.

Swedish Institute: Work–life balance. 2021, verfügbar unter: <https://sweden.se/life/society/work-life-balance/>.

Swedish National Institute of Public Health: A guide to health impact assessments - Focusing on social and environmental sustainability. Stockholm 2005.

Swedish Public Employment Service: Särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd – SIUS. O. D., verfügbar unter: <https://arbetsformedlingen.se/other-languages/english-engelska/extra-stod/stod-a-o/sarskild-stodperson-for-introduktions--och-uppfoljningsstod---sius>.

Swiss Mental Healthcare: SMHC lehnt vom Bundesrat geplanten Systemwechsel in der Psychotherapie ab: Erweitertes «Koordiniertes Anordnungsmodell» als neue Diskussionsbasis. Bern: 2019.

Switzerland, Tgns Transgender Network: Recht 2010. 2010, verfügbar unter: <https://www.tgns.ch/de/information/rechtliches/>.

Taylor, Allyn L.: Global Health Law: International Law and Public Health Policy. International Encyclopedia of Public Health. 2017, Bd 268-81.

Temin, Miriam/Roca, Eva: Filling the Gender Data Gap. Studies in Family Planning. 2016, Bd. 47, S. 269.

The National Assembly for Wales: Developing Health impact assessment in Wales. In: Health Promotion Division - National Assembly for Wales (Hg.): Health Promotion Division - National Assembly for Wales.

The National Board of Health and Welfare: God vård av vuxna med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd [Good healthcare for adults with gender dysphoria: National knowledge support]. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.

The Swedish Post and Telecom Authority: Statistiksammanställning över funktionsnedsättningar. 2016.

Till, Benedikt: Bericht Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Tomaševski, Katarina: Health Rights. In: Eide Asbjørn/Krause Catarina, et al. (Hg.): Economic, Social and Cultural Rights, A Textbook. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers 2001, S. 125.

United Nations: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1. 2015.

United Nations: United Nations Disability Inclusion Strategy. 2019.

van Eyk, Helen/Delany-Crowe, Toni, et al.: Improving child literacy using South Australia's Health in All Policies approach. Health Promotion International: 2020, Bd. 35, S. 958-972.

Walter, Ulla: Der lange Weg zum Präventionsgesetz – Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Public Health Forum 2018, Bd.26, S. 201–4.

Wångdahl, Josefin /Lytsy, Per, et al.: Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. BMC Public Health: 2014, Bd. 14, S. 1030.

Wångdahl, Josefin/Lytsy, Per, et al.: Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. Int J Public Health: 2018, Bd. 63, S. 409–419.

Wångdahl, Josefin: Public Health Legistik – Ländervergleich. Wien: 2021. (Interview)

Weber, Dominik/Salis Gross, Corina: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. University of Zürich: Zürich 2018, Bd. S. 11–14.

Weber, Karl: Verfassungsrechtliche und politische Aspekte eines Rechts auf Gesundheit. In: Barta Heinz/Kern Gerson (Hg.) Recht auf Gesundheit. Wien: Verlag Österreich 2002.

Welsh Blood Service: Frequently Asked Questions. 2021, verfügbar unter:
<https://www.welsh-blood.org.uk/about-blood/frequently-asked-questions/>.

Welsh Government: Action on Disability: the right to independent living framework and action plan. Cardiff 2019.

Welsh Government: Consultation on the LGBTQ+ Action Plan. 2021, verfügbar unter:
<https://gov.wales/consultation-lgbtq-action-plan-html>.

Welsh Government: Mental Health (Wales) Measure 2010: April to June 2021. Cardiff: 2021.

Welsh Government: Together for Mental Health - A Strategy for Mental Health and Well-being in Wales. Cardiff: 2012.

Welsh Government: Wales and the Sustainable Development Goals – Supplementary Report to the UK Voluntary National Review. 2019.

Welsh Government: Wales and the Sustainable Development Goals – Supplementary Report to the UK Voluntary National Review. 2019, S. 12.

WHO Europe: Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment, Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg: 1999.

World Health Organization/Government of South Australia: The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Health Promotion International. Adelaide 2010, Bd. 25, S. 258-60.

World Health Organization/World Bank: World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization 2011.

World Health Organization: Gesundheit 21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa Kopenhagen 1999.

World Health Organization: Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action. 2014.

World Health Organization: Mental health action plan 2013-2020. Geneva: 2020.

World Health Organization: The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland: WHO 1986, verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.

World Health Organization: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York: 1946.

Zechner, Regina: Das Arbeitstraining – Eine Wiedereingliederungsmaßnahme mit Abgrenzungsproblemen zum Arbeitsverhältnis. Das Recht der Arbeit 2019, S. 226 - 31.

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)