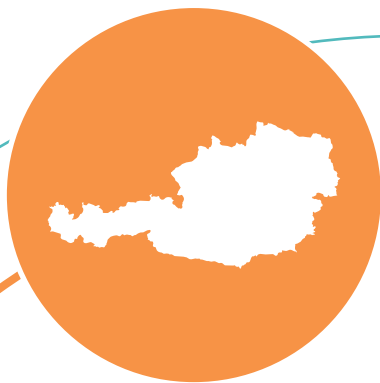




COronavirus Vulnerabilities and INFOrmation
dynamics Research and Modelling



**Public Health
Response Österreich:
COVID-19 Pandemie**

Author

Mag. Danka Foitik Schmidt
Österreichisches Rotes Kreuz

Co-Autor:innen

Mag. Gerry Foitik, Carina Pussnig, MSc.
Österreichisches Rotes Kreuz

Zitation: Foitik Schmidt, D. Foitik, G. & Pussnig, C. (2021). Public Health Response Österreich: COVID-19 Pandemie. Country report, July 2021. COVINFORM H2020 Project No. 101016247.

Übersetzung

Der vorliegende Report wurde im Rahmen des EU geförderten Projekts COVINFORM verfasst und aus dem englischen Original übersetzt. Die Inhalte sind zeitlich in den Zeitraum März 2020 – April 2021 einzuordnen; der Bericht befasst sich somit ausschließlich mit der frühen Phase der COVID-19 Pandemie. Daher sind Teile der Inhalte zum Zeitpunkt der Publikation nicht mehr am aktuellsten Stand.

Disclaimer

The content of this publication is the sole responsibility of the authors, and in no way represents the view of the European Commission or its services.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme under Grant Agreement No 101016247.

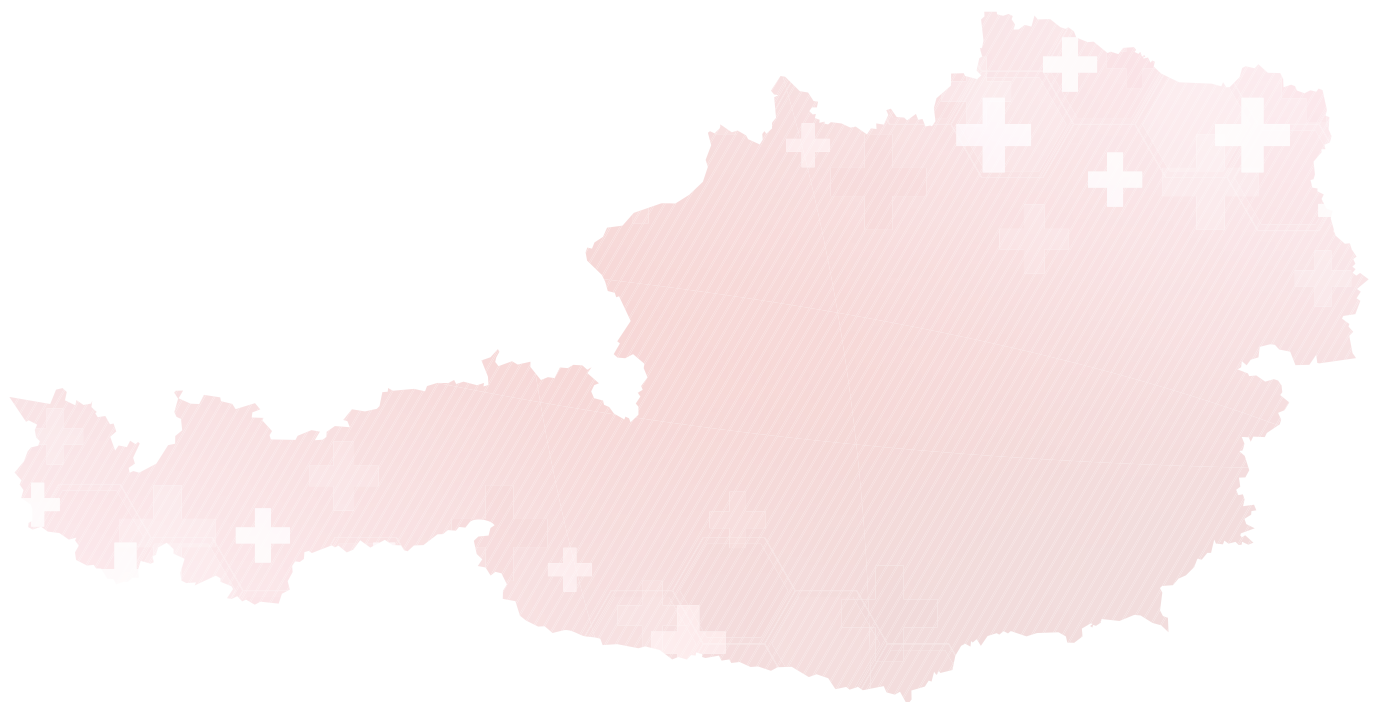
Table of Contents

1. Institutionelle Struktur des Gesundheitswesens	5
1.1 Organisation und Finanzierung der Gesundheits- und Langzeitpflegeeinrichtungen	5
1.2 COVID-19-spezifische Gremien, Kommunikations- und Gesundheitsinitiativen	9
2. Länderspezifische Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie.....	13
2.1 Allgemeine länderspezifische Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie.....	13
2.2 Soziale und kulturelle Unterschiede innerhalb des Landes, die sich auf die COVID-19-Pandemie auswirken	14
3. Rechtliche und datenerhebende Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie	15
3.1 Rechtliche Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie	15
3.2 Datenerhebungsfaktoren und deren Einfluss auf die COVID-19-Pandemie.....	16
4. Vulnerable Gruppen im Gesundheitswesen und die COVID-19-Pandemie	17
4.1 Erhöhtes Krankheitsrisiko auf Grund des Gesundheitszustandes	17
4.2 Soziale Vulnerabilität.....	18
4.3 Kommunikationsschwachstellen.....	19
5. Informations- und Kommunikationskampagnen im Public Health Bereich	20
5.1 Allgemeine Kommunikations- und Informationskampagnen zu COVID-19.....	20
5.2 Kommunikation der Impfstrategie.....	22
5.3 Kommunikation mit vulnerablen Gruppen	23
6. Auswirkungen von COVID-19 auf Gesundheitspersonal	24
6.1 Infektionsrisiko & psychische Belastungen	24
6.2 Intersektionalität im COVID-19 Kontext.....	25
7. Systeme, Risiken, Unsicherheiten und Anpassungen	27
8. Referenzen	28
9. The COVINFORM Project.....	34

Österreichs Public Health System in Zeiten der COVID-19 Pandemie



Der vorliegende Bericht befasst sich mit Österreichs Public Health System, dessen Rolle im Rahmen der COVID-19 Pandemie, sowie unterschiedlichen Dimensionen der nationalen Pandemiebewältigung und diversen Einflussfaktoren darauf. Um länderspezifische Rahmenbedingungen hinsichtlich Strukturen und Kapazitäten des Public Health Systems zu verstehen, werden zuerst Organisation und Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems diskutiert, sowie spezifische Einflussfaktoren auf die COVID-19 Pandemie adressiert. Die Rolle rechtlicher Rahmenbedingungen für Entscheidungsprozesse, Maßnahmen der Regierung sowie der Einfluss demographischer und sozialer Merkmale auf den Pandemieverlauf werden erfasst und diskutiert. Des Weiteren beschreibt der Bericht vulnerable Gruppen im Gesundheitssystem, Informations- und Kommunikationskampagnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf Akteur:innen im Gesundheitswesen. Der Bericht soll zum besseren Verständnis des Public Health Kontexts in Österreich beitragen und anhand der COVID-19 Pandemie beschreiben, wie Public Health Rahmenbedingungen das Pandemiemanagement beeinflussen.



Institutionelle Struktur des Gesundheitswesens



Die Organisation und Finanzierung eines Gesundheitssystems bestimmen maßgeblich die Kapazitäten eines Staates zur Bewältigung einer Pandemie. Deshalb wird im ersten Abschnitt des folgenden Kapitels die Struktur des öffentlichen österreichischen Gesundheitswesens, dessen Organisation, Finanzierung, Steuerung und Kontrolle beschrieben, sowie die Erbringung von Gesundheitsdiensten inkl. der Langzeitpflege diskutiert. In dem zweiten Abschnitt wird erfasst, welche Gremien, Kommunikations- und Gesundheitsinitiativen zur Bewältigung der COVID-19 Pandemie implementiert wurden.



Organisation und Finanzierung der Gesundheits- und Langzeitpflegeeinrichtungen

Einführung in den österreichischen Kontext

Im Jahr 2019 betrug die rechtmäßig ansässige Bevölkerung Österreichs 8.901.064 (Statistik Austria, 2022). Im Jahr 2019 beliefen sich die laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich auf 41.640 Millionen Euro oder 10,5% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Darüber hinaus beliefen sich die Investitionen im Gesundheitswesen auf 2.849 Millionen Euro. Diese Ausgaben sind im Zuge der COVID-19 Pandemie deutlich angestiegen, insbesondere im zweiten Pandemiejahr. 2021 beliefen sich die laufenden Gesundheitsausgaben auf 49.024 Millionen Euro, oder 12,2% des BIP. Die Investitionen im Gesundheitswesen beliefen sich 2021 auf 2.992 Millionen Euro (Statistik Austria, 2022).

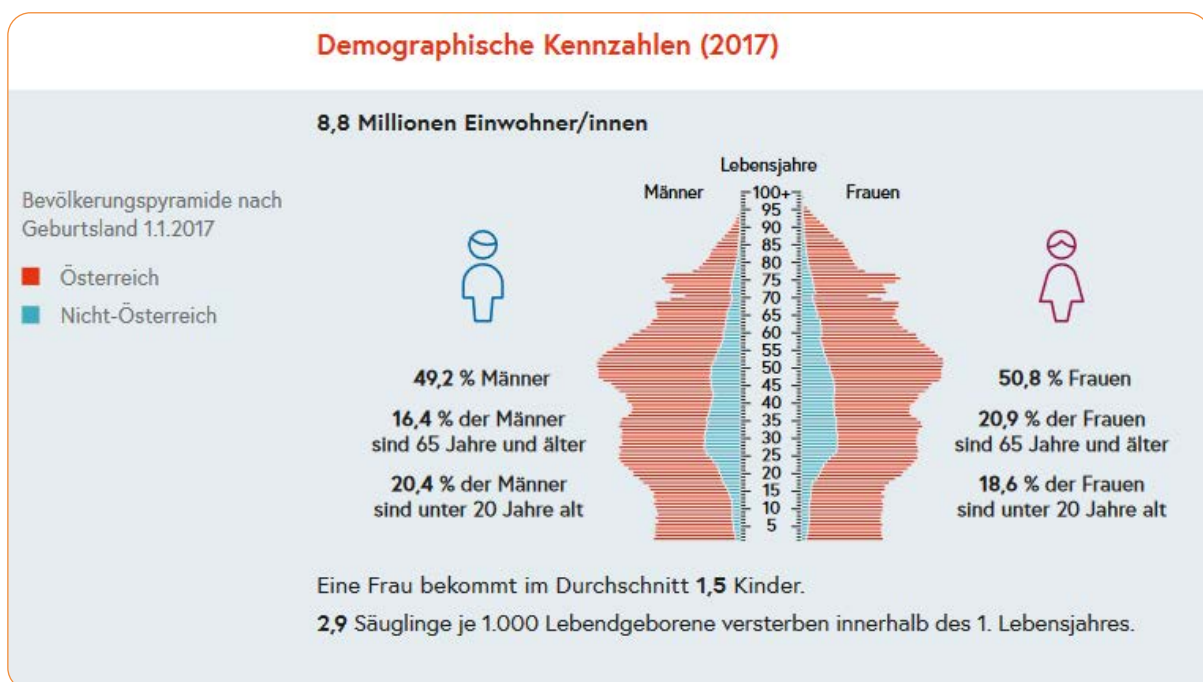


Abbildung 1 Demographie Österreichs im Jahr 2017 (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019)

Die **wichtigsten Akteure des österreichischen Gesundheitssystems** auf nationaler Ebene sind: (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019)

- das Parlament,
- das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
- die Bundesländer,
- die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachverband,
- Interessengruppen (Sozialpartner: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sowie berufliche Interessengruppen) und
- Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen.



Abbildung 2 (BMSGPK, 2019)

Das österreichische Gesundheitssystem stellt daher ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Akteur:innen, mit gemeinsamen Verantwortlichkeiten auf nationaler und subnationaler Ebene, und Selbstverwaltungsorganen (Sozialversicherungen) dar. Diese Akteur:innen tragen weiter zur Finanzierung des Gesundheitssystems bei (Bachner et al., 2019). Die Bundesregierung mit legislativer und exekutiver Zuständigkeit nimmt eine zentrale Rolle ein. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BSGPK) ist insbesondere für die allgemeine Gesundheitspolitik und den Schutz der öffentlichen Gesundheit zuständig. Es entwirft Rechtsvorschriften und fungiert als Entscheidungsträger, Aufsichtsbehörde und auch als Koordinator zwischen den wichtigsten Akteur:innen im Gesundheitswesen. Im Krankenhausbereich liegen gesetzgebende und exekutive Aufgaben bei den einzelnen Bundesländern (BSGPK, 2019). Aufgrund dieser gemeinsamen Verantwortung können Reformen nur im Einvernehmen aller Akteur:innen umgesetzt werden. Der extramurale Sektor wird primär von Sozialversicherungsträgern organisiert und finanziert (Bachner et al., 2019), aber auch stark von Privatpersonen ergänzt.

Kontrolle und Steuerung des Gesundheitssystems

Die Länder und Sozialversicherungsträger sind die beiden wichtigsten öffentlichen Finanzierungsquellen im österreichischen Gesundheitswesen, während der Bund eine Aufsichtsfunktion einnimmt. Lokale Körperschaften spielen bei der Systemfinanzierung nur eine untergeordnete Rolle und sind nicht an der Regulierung der Finanzen beteiligt. Der Aufbau und Betrieb von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wird auf Landesebene geregelt (Bachner et al., 2019).

Systemfinanzierung

In Österreich sind die Gesundheitsausgaben im Vergleich zum EU-Durchschnitt hoch. Im Jahr 2015 wurden rund 74% aller Ausgaben aus öffentlichen und rund 26% aus privaten Mitteln finanziert (Europäische Kommission, 2019). Die öffentlichen Ausgabensysteme werden durch allgemeine Steuereinnahmen (40%) und obligatorische Krankenversicherungsbeiträge (60%) finanziert (Europäische Kommission, 2019). Über 99% der österreichischen Bevölkerung sind krankenversichert, und von erwerbstätigen Personen sind Pflichtbeiträge abzugeben (Bachner et al., 2019). Der Beitrag wird nahezu gleichteilig zwischen Arbeitnehmer:in und Arbeitgeber:in aufgeteilt und richtet sich nach dem Einkommen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019). Versicherungsanstalten sind in Österreich dezentral und selbstverwaltend strukturiert (Europäische Kommission, 2019). Eine versicherte Person kann nicht gewählt werden, die Zuweisung erfolgt je nach Beruf. Somit besteht kein Wettbewerb zwischen den Versicherern (Bachner et al., 2019). Darüber hinaus ist es Versicherungsmitgliedern nicht gestattet, Mitglieder aufgrund von Risiken abzulehnen (Europäische Kommission, 2019).

Das Versicherungssystem in Österreich folgt dem Solidaritätsprinzip (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019). Rund 76% der Bevölkerung sind bei der österreichischen Gesundheitskasse versichert. Die restliche Bevölkerung verteilt sich auf verschiedene Versicherungsträger für bestimmte Berufsgruppen, wie zum Beispiel Beamt:innen oder Landwirt:innen (Bachner et al., 2019). Grundsätzlich deckt die Versicherung auch unterhaltsberechtigten Familienangehörigen der Arbeitnehmer:innen ab (Europäische Kommission, 2019). Die Versicherung schutzbedürftiger Personen, wie etwa Menschen ohne Arbeit, wird durch das Solidaritätsprinzip gedeckt (Bachner et al., 2019).

Besonders Zahnbehandlungen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurden in den letzten Jahren vermehrt von Patient:innen selbst bezahlt, da gewisse Leistungen von der Sozialversicherung nicht übernommen werden. Dies hat jedoch keinen wesentlichen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, da für vulnerable Gruppen mehrere Zahlungsausnahmen bestehen. Selbstbehalte hängen stark vom Versicherungsträger ab, da einige Versicherungen im Vergleich zu anderen mehrere medizinische Leistungen abdecken. Auch hier sind gewisse Bevölkerungsgruppen von Selbstbehalten befreit (Bachner et al., 2019).

Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen

Die Abwicklung der Rettungsdienste fällt in die Zuständigkeit der lokalen Behörden, welche Organisationen mit der Erbringung der Dienstleistung beauftragen. Die Bundesländer sind verantwortlich, alle dafür notwendigen Geräte sicherzustellen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019).

Ambulante Leistungen werden hauptsächlich von Ärzt:innen und Fachärzt:innen in Praxen erbracht. Grundsätzlich können Versicherte in Österreich ihre Ärzt:innen frei wählen und Versicherungen müssen nicht um Zustimmung gebeten werden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019). Ambulante Anbieter werden durch Verträge mit Krankenkassen bezahlt. Wahlärzt:innen haben keine Verträge mit Versicherungen, wodurch Patienten in erster Linie aus eigener

Tasche bezahlen müssen. Patient:innen können jedoch 80% des Betrags erstattet bekommen, den die Krankenkasse für die Leistung gezahlt hätte (Bachner et al., 2019).

Stationäre Dienstleistungen umfassen verschiedene Arten der Gesundheitsversorgung. Akutkrankenhäuser können allgemein oder spezialisiert sein und sind in der Regel für kurze, geplante oder ungeplante Aufenthalte gedacht. Nicht-akut Krankenhäuser sind nur für spezialisierte Behandlungen bestimmt und beinhalten die Rehabilitation und Langzeitpflege. Darüber hinaus kann zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Krankenhäusern unterschieden werden. Krankenhäuser können öffentlich oder privat geführt sein (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019).

Jede Person, einschließlich Familienangehöriger, die Teil des obligatorischen Versicherungssystems ist, erhält eine elektronische Karte (E-Card), die als Versicherungsnachweis bei der Beantragung der Gesundheitsversorgung dient. Mit dieser Karte kann eine Person Allgemeinmediziner:innen sowie Spezialist:innen für jedes Fachgebiet auswählen, welche einen Vertrag mit der Versicherungsanstalt haben (Europäische Kommission, 2019). Seit 2014 ist ein elektronisches Patientenaktensystem ("ELGA") in Betrieb, das patientenbezogene Gesundheitsinformationen speichert. Diese Plattform bietet den behandelnden Angehörigen der Gesundheitsberufe einfachen Zugriff auf relevante Patientengesundheitsinformation. Alle Versicherten in Österreich sind automatisch Teil von ELGA; daher ist es notwendig, sich abzumelden, wenn eine Teilnahme nicht gewünscht wird (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019).

Pflegedienstbereiche

Der österreichische Pflegesektor umfasst verschiedene Pflegedienstbereiche. Dazu gehören mobile Dienstleistungen, stationäre Pflege, halbstationäre Versorgung, kurzfristige stationäre Versorgung, Case- und Caremanagement, alternative Unterkünfte, stündliche Begleit- und Hilfsdienste oder 24-Stunden-Pflege.

In Österreich wird der Pflegebereich von Bund und Land reguliert. Der Bund gibt den rechtlichen Rahmen für die Langzeitpflege vor, und die Länder setzen diese Regelungen um (Europäische Kommission, 2019). Bestimmte Kriterien für Mindeststandards wurden jedoch von Bund und Ländern festgelegt, um eine gewisse Homogenität zu gewährleisten (Grossmann & Schuster, 2017). Im Jahr 2015 beliefen sich die Gesamtausgaben für Langzeitpflege auf 1,6% des BIP. 60% der gesamten Sachleistungen werden auf öffentlicher Ebene finanziert, die restlichen 40% aus privaten Haushalten (Bachner et al., 2019).

Pflegebedürftige mit Betreuungsbedarf von mehr als 65 Stunden pro Monat für mindestens sechs Monate erhalten Pflegegeldleistungen, die vom Bund finanziert werden. Der Betrag basiert auf einer siebenstufigen Skala, wobei sich jede Ebene auf bestimmte Pflegebedürfnisse bezieht, und richtet sich ausschließlich nach diesen Bedürfnissen und nicht nach dem individuellen Einkommen oder Vermögen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021c). Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern können die Empfänger:innen selbstständig entscheiden, für welche Art von Pflege sie das Geld verwenden möchten (Bachner et al., 2019). Darüber hinaus spielt die 24-Stunden-Pflege in Österreichs Langzeitpflegesektor eine bedeutende Rolle. Benötigt eine Person eine 24-Stunden-Pflege, hat diese Anspruch auf zusätzliche finanzielle Unterstützung, welche vom Bund übernommen wird (Rechnungshof Österreich, 2020). Zusätzlich können Angehörige pflegebedürftiger Personen Pflegeurlaub beantragen. Dieser wird finanziell unterstützt und ermöglicht es, Arbeitszeiten zu verkürzen bzw. komplett freigestellt zu werden, um ein pflegebedürftiges Familienmitglied zu versorgen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021c).

In der Regel wird die Langzeitpflege sowohl von öffentlichen als auch von privaten Anbietern umgesetzt. Der Anspruch auf Pflegegeldleistungen wird von Ärzt:innen oder diplomierten Pflegepersonen beurteilt

und basiert auf verschiedenen Kriterien hinsichtlich Bedürfnisse der Patienten zur Unterstützung im täglichen Leben (Europäische Kommission, 2019). Die Kosten für Langzeitpflege unterscheiden sich zwischen den Bundesländern und hängen stark davon ab, ob es sich um eine öffentliche oder private Einrichtung handelt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021c).



COVID-19-spezifische Gremien, Kommunikations - und Gesundheitsinitiativen

Unterschiedliche Schlüsselakteur:innen und Organisationen sind im COVID-19 Pandemiemanagement aktiv.

In Österreich ist das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) im Innenministerium angesiedelt. Das SKKM unterstützt die Bundesländer dabei, bestmöglich auf Krisen- und Katastrophensituationen zu reagieren. Rechtsgrundlage ist dabei das Katastrophenhilfegesetz. Das SKKM existiert in seiner heutigen Form seit 2004. Seitdem verfügt das SKKM über ein zentrales Koordinierungsgremium, das sich aus relevanten Akteur:innen verschiedener Fachbereiche zusammensetzt.

SKKM und seine 5 Grundprinzipien:

- Hauptzuständigkeit: Provinzbehörden
- Vorsichtsmaßnahmen von GOs, NGOs, Bürgern
- Subsidiaritätsprinzip
- Militärhilfe für alle zivilen Behörden
- Schlüsselrolle der Freiwilligen

Die österreichische Verfassung besagt, dass Katastrophenhilfe eine Zuständigkeit von Gemeinden, Bezirken und Bundesländern ist, wobei der Landeshauptmann/ die Landeshauptfrau die höchste Zuständigkeit hat. Im Falle einer Pandemie liegt die höchste Zuständigkeit aber auf Bundesebene, bei dem Bundesminister/ der Bundesministerin für Gesundheit. Dennoch müssen die meisten taktischen und operativen Entscheidungen und Maßnahmen auf Bundeslandebene oder niedriger getroffen werden. Daher haben alle Landesregierungen (bzw. Ämter der Regierungen) eigene Krisenmanagement-Strukturen gemäß ihren gesetzlichen und administrativen Vorschriften eingerichtet. In den meisten Fällen sind die zuständigen Gesundheitsbehörden an der Spitze dieser Krisenbewältigungsstrukturen. Grundsätzlich sind diese ähnlich wie militärische Strukturen aufgebaut, d.h. gemeinsame Stäbe mit allen relevanten Akteur:innen existieren.

Darüber hinaus hat das Gesundheitsministerium eine eigene "Corona Taskforce" eingerichtet. Die Mitglieder der Taskforce setzen sich aus Mitarbeiter:innen des Gesundheitsministeriums, Vertreter:innen des Österreichischen Roten Kreuzes, Mediziner:innen und Wissenschaftler:innen, sowie unterschiedlichen Akteur:innen des Public Health Sektors zusammen. Aufgabe dieser Task Force ist es, das Gesundheitsministerium bei Entscheidungen und Maßnahmen zu beraten.

Die Corona-Ampel wurde vom 4. September 2020 bis zum 30.6.2023 implementiert, und stellt eine Risikoeinschätzung hinsichtlich der Ausbreitung von COVID-19, sowie einer potenziellen Systemüberlastung zu Verfügung (Corona-Ampel, 2021). Es sollte als Frühwarnsystem dienen, um ein einheitliches, koordiniertes und transparentes Handeln der Behörden zu ermöglichen. Die Corona-Ampel wird mindestens einmal pro Woche aktualisiert, informiert über das potenzielle COVID-19-Risiko in einem bestimmten Gebiet, und empfiehlt darauf basierend Maßnahmen. Die Einstufung eines Gebiets hängt dabei von zahlreichen Kriterien ab. Diese wird anschließend von der Expertenkommission bewertet und Empfehlungen für Gebiete werden verkündet. Daher fungiert die Corona Ampel als Instrument zur Beurteilung der COVID-19-Situation in Österreich und erleichtert die weitere Planung von Maßnahmen.

- **Grün:** geringes Risiko, Einzelfälle und isolierte Cluster;
- **Gelb:** moderates Risiko, moderate Anzahl von Fällen, die primär Clustern zugeordnet werden können;
- **Orange:** hohes Risiko, Anhäufung von Fällen, die nicht mehr primär Clustern zugeordnet werden können;
- **Rot:** sehr hohes Risiko, unkontrollierte Ausbrüche und weite Verbreitung.

Die Corona-Ampel wurde von 20 Mitgliedern geführt, darunter Vertreter:innen der neun Bundesländer, fünf nominierten Expert:innen sowie sechs weiteren Vertreter:innen unterschiedlicher Bundesländer. Durch diese Zusammensetzung soll sichergestellt werden, dass unterschiedliche Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis in die Risikobewertung einfließen können. Die Corona-Kommission trifft sich mindestens einmal pro Woche. Empfehlungen werden an den Bundesminister weitergeleitet und öffentlich kommuniziert; allerdings gilt keine Obligation, diesen Empfehlungen zu folgen. Maßnahmen für Bildungseinrichtungen, insbesondere für schulpflichtige Kinder, werden nicht von der Kommission behandelt. Dafür ist grundsätzlich das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung zuständig, welches laufend über aktuelle Entwicklungen in dessen Zuständigkeitsbereich informiert. Dabei handelt es sich vorwiegend um Empfehlungen für Schulen und Eltern; Informationen für Hochschulen, Universitäten, Forschungseinrichtungen und Studenten, und Hygiene- und Präventionsmaßnahmen in Grundschulen und Schulen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2021).

COVID-19 Future Operations Plattform

Die COVID-19 Future Operations Plattform ist eine informelle Plattform für den interdisziplinären Austausch zwischen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und öffentlicher Hand. Im Rahmen ihrer Arbeit sollen die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie beleuchtet und ein offener Austausch von Forschungsergebnissen und Informationen sowie ein qualitativer Diskurs zwischen den Beteiligten ermöglicht werden. Dies soll zu einer besseren Entscheidungsfindung im COVID-19-Pandemiemanagement beitragen (Future Operations, 2021).

Der österreichische Wissenschaftssektor möchte im Rahmen dessen einen Beitrag zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie leisten und die Regierung beraten, um die aktuelle Situation, mögliche Entwicklungen sowie damit verbundene Implikationen besser zu verstehen. Zu diesem Zweck wurde die COVID-19 Future Operations Plattform (FOP) gegründet. Beteiligt sind Universitäten, Forschungseinrichtungen und Institute aus den Bereichen Wirtschaftswissenschaften, Simulation / Data

Science, Gesundheitswesen, Psychologie und Logistik, sowie das Österreichische Rote Kreuz. Weitere relevante Expert:innen können ad hoc zu einzelnen Themen eingeladen werden.

Die Plattform zielt auf einen offenen Informationsaustausch ab und

- tauscht aktuelle Informationen, Daten und Analysen aus, die für evidenzbasiertes Handeln relevant sind, und beleuchtet diese aus einer multidisziplinären und interdisziplinären Perspektive.
- bündelt und vernetzt Akteur:innen und erweitert gezielt das Wissen, damit der öffentlichen Hand evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen geliefert werden können.
- trägt zur Koordination der wissenschaftlichen Arbeit zu aktuellen Themen bei.
- erforscht neue Wege, wie die österreichische Wissenschaft rechtzeitig zu neuen Produkten oder Dienstleistungen im Zusammenhang mit COVID-19 beitragen kann.
- trägt zur Entwicklung strategischer Konzepte bei, um Österreich nach der Corona-Krise widerstandsfähiger und wettbewerbsfähiger zu machen.
- zeigt Forschungsfelder und -möglichkeiten auf, in denen die österreichische Wissenschaft einen wichtigen Beitrag zur Krisenprävention und -bekämpfung leisten kann.

Die Plattform bekennt sich zu den Grundsätzen guter wissenschaftlicher Praxis und handelt politisch unabhängig. Relevante Informationen, die zum Teil aus dem Austausch innerhalb der Plattform entstehen, werden direkt an politische Entscheidungsträger:innen übermittelt und sind daher als Informationen oder Szenarien der jeweiligen Institution, Person oder Personengruppe zu verstehen.

Die Bereitstellung von Information basiert in der Regel nicht auf der Bildung eines Konsenses zwischen allen am FOP beteiligten Institutionen und Expert:innen; daher gibt es grundsätzlich keine Empfehlungen oder Berichte. Dies gewährleistet nicht nur eine zeitnahe Bereitstellung von Information, sondern bei abweichenden Meinungen der Experten auch die wissenschaftliche Pluralität. Die Teilnahme an dem FOP basiert auf Freiwilligkeit. Zusätzlich werden dennoch bezahlte Auftragsforschungs- oder Forschungsprojekten von der Regierung implementiert, wodurch sie direkt Ergebnisse und Handlungsempfehlungen von den Institutionen erhalten.

Effektives Krisenmanagement basiert auf evidenzbasierten, fundierten Situationsanalysen, welche durch einen optimierten Zugang des öffentlichen Sektors zu qualitativ hochwertiger Wissenschaft erreicht wird. Um sicherzustellen, dass Themen in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden, bedarf es einer interdisziplinären wissenschaftlichen Beratung, die ethische, technische, wirtschaftliche, gesundheitliche, psychologisch-soziologische und rechtliche Bereiche integriert. Während der COVID-19-Krise bietet das FOP evidenzbasierte wissenschaftliche Bewertungen und Expertise für den öffentlichen Sektor (Future Operations, 2021).



Nationales Impfgremium

Alle Impfpfehlungen für Österreich werden in enger Zusammenarbeit der Regierung und des Nationalen Impfkomitees erarbeitet. Dabei handelt es sich um eine Kommission nach § 8 Bundesministeriengesetz zur fachlichen Beratung des/ der für Gesundheit zuständigen Ministers/ Ministerin (Sozialministerium, 2021e).

Der Nationale Impfausschuss setzt sich aus Expert:innen zusammen, die jeweils einen oder mehrere der folgenden Fachgebiete abdecken: Allgemeinmedizin, Arzneimittelzulassung, Epidemiologie, Immunologie, Infektiologie, Mikrobiologie, öffentliche Gesundheit, Pädiatrie, Pharmakovigilanz, Präventivmedizin, öffentliche Gesundheit, Reisen / Tropenmedizin, Schulmedizinischer Dienst, Vakzinologie, Virologie, sowie Mitarbeiter:innen der Impfabteilung des BMSGPK und Vertreter:innen der staatlichen medizinischen Direktionen. Alle Mitglieder der Nationalen Impfkommision verfügen über wissenschaftliche Kompetenz und praktische Erfahrung in ihren jeweiligen Bereichen. Nach der aktuellen Verordnung besteht die Impfkommision für die Dauer der Amtszeit aus mindestens acht permanenten Mitgliedern. Jede Amtszeit ist auf drei Jahre begrenzt. Darüber hinaus können Expert:innen für spezielle Fragestellungen hinzugezogen werden.

Da es sich um eine Kommission nach § 8 des Bundesministeriengesetzes handelt, werden die Mitglieder der Nationalen Impfkommision vom/von dem/der zuständigen Bundesminister:in ernannt.

Die Arbeitsgruppe „Safety Board“ wurde im Nationalen Impfausschuss nominiert. Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit ungewöhnlichen Impfreaktionen/Nebenwirkungen, die ursächlich mit der Impfung zusammenhängen. Fakten in Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung sind in der aktuellen Empfehlung der Regierung dargestellt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021e).

Länderspezifische Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie



🚩 Allgemeine länderspezifische Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie

In Österreich wurden am 25. Februar 2020 die ersten COVID-19-Fälle diagnostiziert. Dabei handelte es sich um ein italienisches Ehepaar, das aus der Lombardei in das Bundesland Tirol zurückgekehrt ist. Beide Personen zeigten Symptome, wurden ins Krankenhaus eingeliefert und daraufhin im Krankenhaus isoliert. Der erste Todesfall in Österreich wurde am 12. März 2020 dokumentiert (Kreidl et al., 2020).

Insbesondere die Tiroler Skidestination Ischgl spielte eine bedeutende Rolle für die Übertragung der Krankheit sowohl innerhalb des Landes als auch im Rest Europa (Kreidl et al., 2020). Bereits Anfang März 2020 zeichnete sich ab, dass europaweit zahlreiche Fälle nach Ischgl zurückverfolgt werden können; touristische Aktivitäten in der Region wurden jedoch bis zum 13. März 2020 fortgesetzt, bis schließlich eine Quarantäne für das Gebiet verkündet wurde (Felbermayr, Hinz & Chowdhry, 2020). Am 15. März wurde ein Lockdown für das gesamte Bundesland Tirol ausgesprochen (Land Tirol, 2020). Aufgrund der geographischen Lage Tirols mit kurzer Entfernung zur deutschen, schweizerischen und italienischen Grenze, der hohen Anzahl an Touristen, und der späten Reaktion der Regierung auf die Situation, gilt Ischgl als einer der bedeutendsten Cluster mit großem Einfluss auf die weitere Ausbreitung des Virus (Felbermayr, Hinz & Chowdhry, 2020).

Trotz der verzögerten politischen Reaktion in dieser frühen Phase der Pandemie kündigt die österreichische Regierung ab dem 10. März 2020 strenge landesweite Maßnahmen zur Eindämmung der Virusübertragung an. Dazu zählten das Verbot von Veranstaltungen, Social Distancing, die Schließung von Universitäten und Schulen, das Verbot von Krankenhausbesuchen und Pflegeheimen sowie die Quarantäne für bestimmte Regionen mit hoher COVID-19 Prävalenz. Schließlich wurde am 16. März 2020 ein landesweiter Lockdown angekündigt, der strenge Kontaktbeschränkungen, Ausgangssperren und die Schließung aller nicht systemrelevanten Geschäfte und Dienstleistungen beinhaltete, gefolgt von einer Maskenpflicht. Die Maßnahmen zeigten Erfolg und der epidemiologische Höhepunkt wurde am 26. März 2020 erreicht. Danach erlebte Österreich einen kontinuierlichen Rückgang an Neuinfektionen und bestätigten Fällen (Pollak, Kowarz & Partheymüller, 2020a).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat Österreich rasch strenge Maßnahmen eingeführt; es war jedoch auch eines der ersten Länder, das im April 2020 Wiedereröffnungsmaßnahmen einführte. Die epidemiologische Situation blieb stabil und die Fälle gingen weiter zurück, was in den folgenden Wochen eine schrittweise Lockerung der Vorschriften ermöglichte (Pollak, Kowarz & Partheymüller, 2020b). Im Juli 2020 verzeichnete Österreich erneut einen Anstieg der Fallzahlen, was zur Wiedereinführung von Maßnahmen führte. Dieser Anstieg war einerseits auf regionale Cluster zurückzuführen, andererseits aber auch auf die Erhöhung der Testkapazitäten im Land, sowie die Rückkehr von Bürger:innen aus den Sommerferien. Die kontinuierlich steigenden Zahlen führten im September 2020 zur zweiten COVID-19 Welle (Pollak, Kowarz & Partheymüller, 2020c). Im November 2020 wurde ein weiterer landesweiter Lockdown angekündigt, der die Wiedereinführung bisheriger Regelungen, aber auch neue Maßnahmen beinhaltete. Besonders verstärkte Aktivität im Bereich Testen lag dabei im Fokus, einschließlich Massentestveranstaltungen. In den darauffolgenden

Monaten wurden weitere Maßnahmen angekündigt, wie zum Beispiel die FFP2 Maskenpflicht, die nationale Impfkampagne, sowie verpflichtende COVID-19-Tests für bestimmte Aktivitäten im täglichen Leben (Pollak, Kowarz & Partheymüller, 2020d).

In Österreich konnten unterschiedliche Reaktionen auf die Pandemie beobachtet werden. Besonders während der ersten Welle empfand die Bevölkerung COVID-19 als ernstzunehmende Gesundheitsbedrohung. Nach dem Höhepunkt im April 2020 nahm diese Wahrnehmung erst wieder ab (Kittel et al., 2020), mit der zweiten Welle im Herbst 2020 und dem Auftreten von Virusmutationen aber wieder zu (Aichholzer & Kalleitner, 2021). Darüber hinaus sank nach dem ersten Peak Ende März 2020 die Zufriedenheit der Bevölkerung hinsichtlich Pandemiemanagement der Regierung sowie das Solidaritätsgefühl allgemein. Darüber hinaus nahm die Akzeptanz staatlicher Maßnahmen im Laufe der Zeit ab, was darauf hindeutet, dass ein größerer Teil der Bevölkerung Maßnahmen für nicht mehr angemessen hält (Kittel et al., 2020; Kalleitner & Partheymüller, 2020). Bis November 2020 hat das Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung sowie die Zufriedenheit mit der Demokratie deutlich abgenommen (Plescia, Krejca & Kalleitner, 2020).



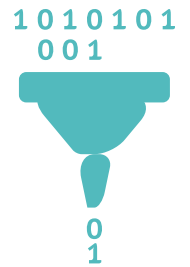
Soziale und kulturelle Unterschiede innerhalb des Landes, die sich auf die COVID-19-Pandemie auswirken

Obwohl Österreich eines der reichsten Länder der Welt ist, existieren Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Insbesondere sozioökonomische und soziokulturelle Unterschiede führen zu Ungleichheiten hinsichtlich Wohlstands, Bildung, Gesundheit oder Ernährung. Rund 18% der Bevölkerung sind von Armut oder Marginalisierung bedroht, wobei Frauen und vulnerable Gruppen am stärksten gefährdet sind. Darüber hinaus behindern strukturelle Ursachen den Zugang zu Bildung und Beschäftigung weiter; auch hier sind Frauen und Minderheiten am stärksten betroffen (Weinberger, 2019).

Die COVID-19-Pandemie hat bereits bestehende Ungleichheiten verschärft und trifft bestimmte Gruppen besonders schwer. So erleben Menschen, die unter Armut leiden, zusätzlichen Druck durch die Pandemie. Die unsichere wirtschaftliche Lage sowie der Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt verkomplizieren die Situation für Menschen in Armut. Viele haben kaum Ersparnisse, um Phasen der Arbeitslosigkeit zu überbrücken, und darüber hinaus erhöhen Lockdown-Maßnahmen die täglichen Ausgaben. Zusätzlich stellt Homeschooling eine große Herausforderung dar, da Haushalte mit niedrigem Einkommen oft nicht über die dafür notwendige technische Ausstattung verfügen (Dawid, 2020).

Darüber hinaus sind Personen mit Migrationshintergrund besonders von der COVID-19 Pandemie getroffen. Ein erheblicher Anteil der Infektionen tritt bei Menschen mit Migrationshintergrund auf, was höchstwahrscheinlich auf dichte Wohnverhältnisse sowie sprachliche oder kulturelle Barrieren zurückzuführen ist (Baltaci, 2020). In der ersten Phase der Pandemie wurden wichtige Informationen zu Sicherheits- und Hygienemaßnahmen sowie nationale Vorschriften nicht direkt in verschiedene Sprachen übersetzt, was die Kommunikation mit den Betroffenen erschwerte. Zudem sind Menschen mit Migrationshintergrund in systemrelevanten Berufen überrepräsentiert, was zu einem höheren Virusexpositionsrisiko führt (Kohlenberger, 2020).

Rechtliche und datenerhebende Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie



Rechtliche Einflussfaktoren auf die COVID-19-Pandemie

Die österreichische Regierung hat im Zuge der COVID-19 Pandemie keinen Notstand ausgerufen, aber einen Ausnahmezustand. Spezifische COVID-19 Gesetze¹ wurden erlassen, um die Regierung zur Umsetzung von Maßnahmen zu ermächtigen (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020). Die erste gesetzliche Maßnahme als Reaktion auf COVID-19 wurde am 28. Februar 2020 vollzogen, gefolgt von weiteren Vorschriften in den ersten Märzwochen 2020.

Trotz der geschaffenen Rechtsgrundlage wurden Maßnahmen häufig hinterfragt, und grundlegende Menschenrechte im Zuge dessen diskutiert. Datenschutzrechtliche Belange wurden in mehreren Phasen der Pandemie hinterfragt, beispielsweise in Hinblick auf Contact Tracing und der damit verbundenen Datenübermittlung einer infizierten Person an Behörden. Des Weiteren wurde die obligatorische Quarantäne für infizierte Personen und die dadurch verursachte Einschränkung der Bewegungsfreiheit kritisiert. Diese konnte jedoch als Maßnahme zum Schutz der öffentlichen Sicherheit gerechtfertigt werden. Ähnlich bedrohten Reisewarnungen, Gesundheitschecks und die verpflichtende Angabe zu Reisen und Kontakten sowohl die Bewegungsfreiheit als auch Datenschutzrechtliche Aspekte. Social Distancing Maßnahmen, einschließlich der Schließung von Schulen, Gottesdiensten an öffentlichen Orten, schränkten Menschen in mehreren ihrer Grundrechte ein (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020).

Zur Beobachtung der Social-Distancing-Maßnahmen teilte ein Telekommunikationsanbieter in Österreich Bewegungsdaten von Mobilfunkbesitzer:innen mit der österreichischen Regierung, ohne Kund:innen vorab zu informieren. Obwohl der Anbieter dafür sorgte, dass gesetzliche Vorgaben zur Anonymisierung eingehalten wurden und die Maßnahme zur Unterstützung des Wohlergehens der Bevölkerung diente (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020), sorgte dies für Verärgerung bei der Opposition (Sulzbacher, Al-Youssef, 2020).

Nach der ersten Welle wurden einige gesetzesrelevante Fragen aufgearbeitet. Im Zuge dessen erklärte das österreichische Verfassungsgericht bestimmte Maßnahmen der Regierung vom Frühjahr 2020 für rechtswidrig, da diese nicht im Einklang mit dem COVID-19-Maßnahmengesetz standen. Deshalb wurde im September 2020 eine Änderung erlassen, um die Regierung zu einem breiteren Spektrum an Maßnahmen rechtlich zu ermächtigen. Trotz dieser Erweiterung wurden dennoch neue Fragen aufgeworfen, insbesondere hinsichtlich Legitimität der Maßnahmen (Gstöttner & Lachmayer, 2020).

Ein konkretes Beispiel dafür ist die Abwicklung der COVID-19-Ausbrüche in mehreren Skigebieten im Bundesland Tirol. Behörden reagierten stark verzögert auf die Situation und schlossen demzufolge touristische Orte viel zu spät. Der Landesregierung wird nun vorgeworfen, aus Profitinteresse verzögert reagiert zu haben. Der Verbraucherschutzverein hat daher Anzeige wegen fahrlässiger Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten eingereicht (Haufe, 2020).

¹ [Rechtsinformationssystem des Bundes](#)

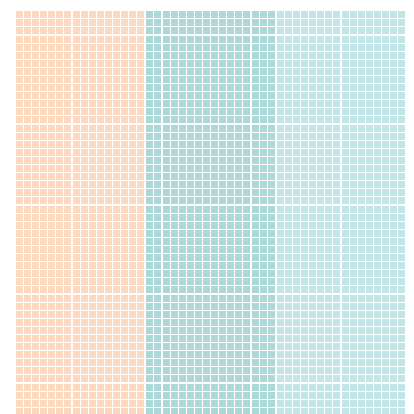
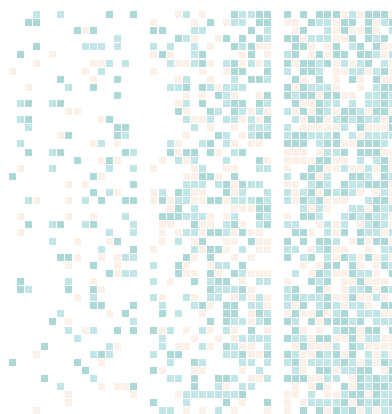


Datenerhebungsfaktoren und deren Einfluss auf die COVID-19-Pandemie

In Österreich werden alle epidemiologischen Daten über das epidemiologische Meldesystem ("EMS") abgewickelt und überwacht. EMS ist eine gemeinsame Datenbank aller regionalen Verwaltungsbehörden, regionalen Gesundheitsbehörden, des Gesundheitsministeriums und der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, in der Daten zu meldepflichtigen Krankheiten, einschließlich COVID-19, registriert sind. (Gesundheit Österreich, 2020). Diese Daten wurden zusätzlich auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit stellt ein Dashboard zur Verfügung, das bundesweite Updates zu COVID-19 Daten grafisch darstellt. Epidemiologische Daten, wie z. B. bestätigte Fallzahlen, Todesfälle oder Testzahlen werden regelmäßig aktualisiert und veröffentlicht. Allerdings melden Bundesländer ihre Daten oft verspätet ein, was bei der Interpretation berücksichtigt werden muss (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, 2021).

Im Jänner 2020 wurden in Österreich erste Virusvariationsfälle vom britischen und südafrikanischen Typ registriert, was zu einer Zunahme der PCR-Proben Sequenzierung und Abwasserüberprüfungen führte (Österreichische Presseagentur, 2021). Vor allem das Bundesland Tirol zeigte Cluster mit einer deutlich erhöhten Zahl von Menschen, die mit der Südafrika-Mutation infiziert waren. Als Reaktion darauf kündigte die österreichische Regierung eine Reisewarnung für das Bundesland an. Jede Person, die Tirol verlassen wollte, war zu einem COVID-19 Test verpflichtet (Land Tirol, 2021).



Vulnerable Gruppen und die COVID-19-Pandemie



Erhöhtes Krankheitsrisiko auf Grund des Gesundheitszustandes und der demographischen Verteilung

Im Mai 2020 wurde in Österreich eine Definition für vulnerable Personen veröffentlicht, anhand welcher COVID-19-Risikogruppen durch medizinische Indikatoren klar definiert sind (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020b). Dazu zählen beispielsweise Personen mit chronischen Lungenerkrankungen, chronischen Herzerkrankungen, aktiven Krebserkrankungen, anhaltender Immunsuppression, Knochenmarktransplantation in den letzten zwei Jahren, fortgeschrittener chronischer Nierenerkrankung, Diabetes mellitus oder chronischer Lebererkrankung. Betroffene Personen können ein ärztliches Attest beantragen, welches ihren Risikostatus bestätigt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020b). Insbesondere zu Beginn der Pandemie haben einige Maßnahmen den Zugang zu Gesundheitsversorgung signifikant erschwert, was sich besonders auf chronisch kranke Menschen, ältere Menschen und Menschen mit besonderen Bedürfnissen negativ auswirken kann, da therapeutische und medizinische Behandlungen eingeschränkt sind (Scopetta, 2020).

Ältere Menschen stellen eine der am stärksten gefährdeten Gruppen dieser Pandemie dar. Mit dem ersten Lockdown wurde der Zugang zu Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung drastisch reduziert. Ältere Menschen sind häufig auf regelmäßige Untersuchungen angewiesen, welche in diesem Zeitraum nur eingeschränkt stattfinden konnten. Zusätzlich hatten einige Menschen auf Grund von Social Distancing und Kontaktbeschränkungen Angst davor eine Gesundheitseinrichtung aufzusuchen (Fink & Riedel, 2020). Diese reduzierte Gesundheitsversorgung hat wahrscheinlich zu zahlreichen gesundheitlichen Kollateralschäden geführt. Social Distancing Maßnahmen sowie Besuchsverbote in Langzeitpflegeeinrichtungen erhöhten zusätzlich psychische Belastungen älterer Menschen (Fink & Riedel, 2020).

Grundsätzlich könnten Digitalisierung und technische Tools dabei unterstützen, diese Einschränkungen zu überbrücken. Telemedizin bietet Ärzt:innen eine online Möglichkeit an, um Termine mit Patient:innen abzuhalten, Medikamente zu verschreiben oder Krankheiten zu diagnostizieren. Darüber hinaus können Patient:innen über digitale Tools mit ihren Familien vernetzt werden, was das Gefühl der Einsamkeit reduziert. Deshalb ist eine verstärkte Digitalisierung im österreichischen Gesundheitssektor dringend notwendig (Fink & Riedel, 2020).

Menschen mit besonderen Bedürfnissen haben bereits vor der Krise zahlreiche Ungleichheiten erfahren, welche durch die Pandemie verstärkt wurden. Einige COVID-19-Maßnahmen sind für Menschen mit besonderen Bedürfnissen schlicht nicht umsetzbar. So können beispielsweise gehörlose Menschen keine Hilfs-Hotlines nutzen, oder hilfsbedürftige Menschen kein Social Distancing praktizieren. Als Reaktion darauf wurden deshalb bestimmte Gruppen von gewissen Maßnahmen ausgenommen (Scopetta, 2020).

Die österreichische Impfstrategie folgt einem Priorisierungsprozess und gliedert sich in drei Phasen. In Phase eins, welche durch eine begrenzte Anzahl verfügbarer Impfstoffe, komplexer Lieferung und Lagerung gekennzeichnet ist, sind vorwiegend Angehörige der Gesundheitsberufe sowie ältere Menschen Zielgruppe. Dazu zählen Bewohner:innen und Personal von Langzeitpflegeeinrichtungen

und Pflegeheimen, Personal von Gesundheitseinrichtungen der Kategorie 1 (besonders hohes Expositionsrisiko; enger Kontakt zu gefährdeten Gruppen) und Personen ab 80 Jahren. Auf diese Gruppe, 1A, folgt die Gruppe 1B, zu der Personen mit vergangenen Erkrankungen und besonders hohem Risiko, Personal von Gesundheitseinrichtungen der Kategorie 2 (hohes Expositionsrisiko), Personal der mobilen Gesundheitsversorgung und Menschen mit besonderen Bedürfnissen inklusive Betreuer:innen gehören. Die zweite Phase ist durch eine höhere Verfügbarkeit von Impfstoffen gekennzeichnet und priorisiert Personen nach Alter und Gesundheitsrisiko. Dazu gehören Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren, Personen unter 65 Jahren mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und Personen, die 24-Stunden-Pflege benötigen, einschließlich deren Pflegekräfte. Anschließend werden Menschen bestimmter Arbeitssektoren, beispielsweise Lehrer:innen, gereiht. In Phase drei gibt es eine hohe Verfügbarkeit von Impfstoffen, wodurch sich die Allgemeinbevölkerung nun einer Impfung unterziehen kann. Gereiht werden Personen unter Berücksichtigung des Alters und vorhandenen Gesundheitsrisiken (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021a).



Soziale Vulnerabilität

COVID-19 stellt neben der gesundheitlichen Bedrohung auch eine soziale Herausforderung dar, welche spezifische Gruppen besonders stark trifft.



Vulnerabilität durch Wohnsituation

Die Wohnsituation eines Menschen kann das Risiko einer COVID-19 Infektion maßgeblich beeinflussen. Besonders problematisch sind geteilte Unterkünfte, da diese häufig überfüllt sind, und Social Distancing nahezu unmöglich machen. Noch dazu erhöhen mangelnde Hygienebedingungen in großen Gemeinschaftsunterkünften das Gesundheitsrisiko. Insbesondere Menschen auf der Flucht stellen eine der am stärksten gefährdeten Gruppen dar und sind überproportional von der Pandemie betroffen. Menschen auf der Flucht haben einerseits oft schon traumatische Ereignisse erlebt, und die aktuelle Krise übt noch zusätzlichen Druck auf deren mentale Gesundheit aus. Noch dazu wurden Unterstützungs- und Integrationsangebote auf Grund der Maßnahmen pausiert. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren außerdem den Zugang zu Information über das Virus, Maßnahmen oder Vorschriften, und Übersetzungsangebote sind häufig limitiert. Darüber hinaus sind viele Personen mit Migrationshintergrund im Tourismus oder der Gastronomie beschäftigt, welche besonders stark von der Pandemie getroffen wurden (Österreichische Akademie der Wissenschaften, 2020).



Sozio-demographische Faktoren

Eine weitere benachteiligte Gruppe stellen Alleinerziehende Eltern dar. Einerseits steht alleinerziehenden Haushalten oft nur ein niedrigeres Einkommen zur Verfügung, andererseits können Maßnahmen wie Lockdown und Heimunterricht Familien an ihre Grenzen bringen. Schulkinder im Heimunterricht benötigen nicht nur Zeit und Hilfe bei Schularbeiten; sie brauchen auch technisches Equipment zur Teilnahme am Unterricht, welches nicht allen Familien ausreichend zur Verfügung steht. Um dem entgegenzuwirken, reagiert die Regierung mit Ausnahmegewilligungen betroffener Kinder bzw. finanziellen Zuschüssen. Allerdings decken diese Gegenmaßnahmen den Bedarf der Familien nicht ausreichend ab, und zusätzliche Unterstützung wäre dringend nötig (Fuchs & Premrov, 2020).

Niedrigeinkommende Haushalte sowie Familien mit einer hohen Anzahl an Kindern sind auch auf Grund anderer Umstände überproportional von der COVID-19 Pandemie betroffen. Besonders im urbanen Raum haben Familien seltener Gärten, Balkone oder größere Grünflächen, welche besonders während eines Lockdowns vorteilhaft wären. Darüber hinaus haben Großfamilien oft weniger Wohnraum zur Verfügung, wodurch der persönliche Freiraum stark reduziert ist. Besonders Heimunterricht kann dadurch stark gestört werden. Diese Bedingungen können das mentale Wohlbefinden negativ beeinflussen und das Risiko häuslicher Gewalt erhöhen (Prainsack et al., 2020).

Vulnerable Berufsgruppen

Bestimmte Berufsgruppen haben ein höheres Risiko einer COVID-19 Infektion, wie beispielsweise Angehörige der Gesundheitsberufe oder des Einzelhandels. Frauen sind überproportional stark in diesen Sektoren vertreten, und somit mit größerer Wahrscheinlichkeit dem Virus ausgesetzt. Deshalb ist es von hoher Relevanz, allen Mitarbeiter:innen adäquate Schutzausrüstung zur Verfügung zu stellen (Amnesty International Austria, 2020). Besonders in der ersten Phase der Pandemie berichteten Medien von fehlender Schutzausrüstung wie etwa Masken. Im Gesundheitswesen mangelte es auch an Händedesinfektionsmittel, Schutzmasken oder Handschuhen, wodurch das Personal einem erhöhten Risiko ausgesetzt war (Wiener Zeitung, 2020). Besonders 24h-Pflegekräfte, die überwiegend aus Nachbarländern Österreichs kommen, hatten auf mehreren Ebenen mit Herausforderungen zu kämpfen. Dieser Gruppe fehlte es besonders stark an Schutzausrüstung, obwohl sie mit der gefährdetsten Bevölkerungsgruppe arbeiten. Des Weiteren musste zu bestimmten Phasen der Pandemie bei jedem Grenzübergang nach Österreich ein negatives COVID-19-Testergebnis vorgewiesen werden. Es war allerdings unklar geregelt, wie diese Kosten gedeckt werden, was betroffene Personen äußerst verunsichert hat (Amnesty International Austria, 2020).

Kommunikationsschwachstellen

Fehlinformationen zu COVID-19 stellen seit Beginn der Pandemie eine große Herausforderung dar. Eine Studie aus Österreich hat gezeigt, dass insbesondere Menschen, die sich auf Beiträge von Social-Media-Plattformen verlassen, schlechter informiert sind und eher Fehlinformationen verbreiten. Im Vergleich dazu waren Menschen, die das öffentlich-rechtliche Fernsehen nutzten, besser über Fakten informiert (Center for Social & Health Innovation, 2020).

Zur Überbrückung von Kommunikationsbarrieren hat die österreichische Regierung mehrere Maßnahmen ergriffen, um sicherzustellen, dass Informationen für alle Bürger:innen zugänglich und verständlich sind. Informationen über das Virus, Hygienemaßnahmen oder Vorschriften werden in mehreren Sprachen sowie in leichter Sprache zur Verfügung gestellt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021b). Darüber hinaus bieten mehrere gemeinnützige Organisationen mehrsprachige Informationen oder Telefon-Hotlines für Personen ohne Deutschkenntnisse an. Dieses Angebot wurde allerdings sehr spät umgesetzt, und besonders zu Beginn der Pandemie standen kaum mehrsprachige Informationen zur Verfügung.

Informations- und Kommunikationskampagnen im Public Health Bereich



Allgemeine Kommunikations- und Informationskampagnen zu COVID-19

Akteur:innen und Organisationen des Public Health Sektors wurden nicht alle gleichermaßen in die österreichische COVID-19 Kommunikationsstrategie involviert. Das Österreichische Rote Kreuz (ÖRK), hat eine größere Rolle eingenommen und arbeitete eng mit der österreichischen Regierung an der Erstellung einer Kommunikationskampagne. Zusätzlich entwickelte das ÖRK die "Stopp Corona" App, welche zur Kontaktnachverfolgung diente. Dadurch war das ÖRK im gesamten Kommunikationsprozess präsenter als die meisten Public Health Stakeholder.

Grundsätzlich kommunizierten sowohl öffentliche als auch private Organisationen weniger allgemeine Fakten zu COVID-19 als vielmehr spezifische Informationen in Bezug auf deren Schwerpunkt. Auch Public Health Akteur:innen fokussierten sich vorwiegend auf deren Klient:innen und informierten beispielsweise gezielt Ärzt:innen. Impfservice Wien als ein wichtiger Akteur im Impfgeschehen übernahm zum Beispiel auch die Koordination der COVID-19 Impfkampagne.

Die Informationskampagne "Schau auf dich, schau auf mich. So schützen wir uns" wurde im März 2020 durch eine Zusammenarbeit der Bundesregierung und dem ÖRK entwickelt. Das Ziel bestand darin, COVID-19 Maßnahmen an die österreichische Bevölkerung zu kommunizieren. Inhalte wurden sowohl über klassische Medien wie Zeitungen, Radio oder Fernsehen kommuniziert, aber auch sehr stark über soziale Medien wie Facebook, YouTube und andere verbreitet. Die Bundesregierung übernahm hierfür die Verantwortung für Finanzen und Medienberichterstattung, während das ÖRK inhaltliche Aspekte übernahm. Die folgenden Sujets wurden zu Beginn der Kampagne veröffentlicht und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt.

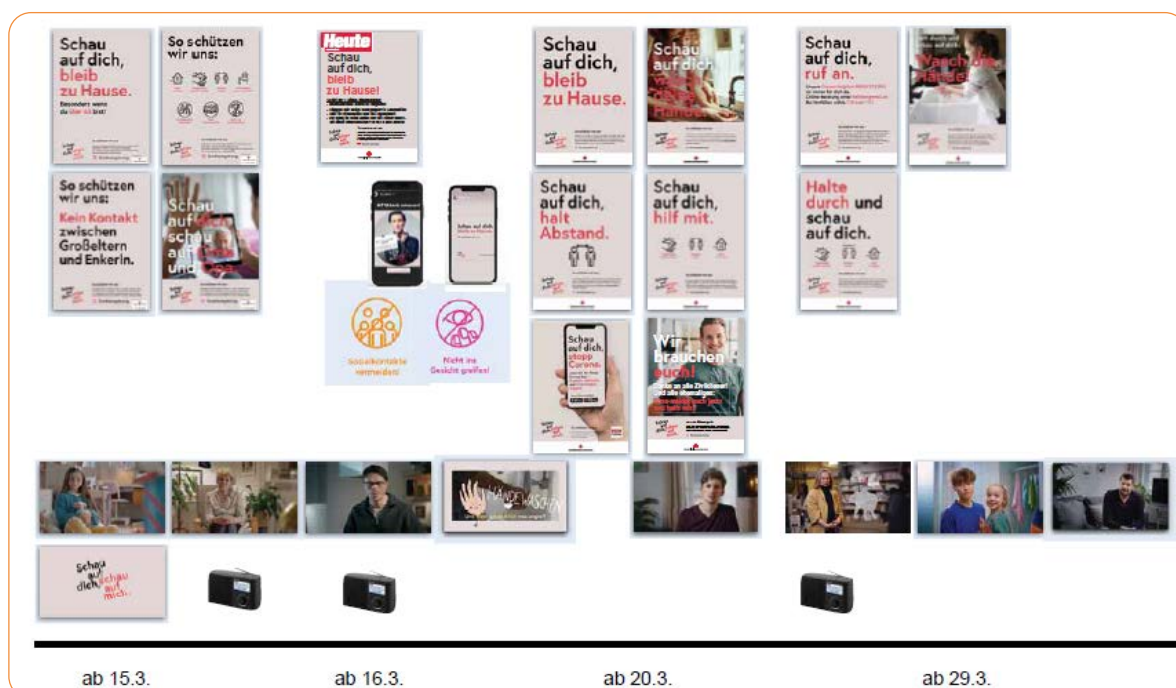


Abbildung 3 – Kampagnen-Assets "Schau auf dich, schau auf mich" in chronologischer Reihenfolge



Abbildung 4 – Assets der Kampagne "Schau auf dich, schau auf mich" in chronologischer Reihenfolge

Auch auf der offiziellen Website der Bundesregierung wurde die Kampagne sowie COVID-19 Informationsmaterial veröffentlicht, abrufbar unter [oesterreich.gv.at](https://www.oesterreich.gv.at). Durch die Kampagne sollte grundsätzlich das Bewusstsein für Risiken des Coronavirus erhöht werden, insbesondere für Menschen über 65 Jahre. Deshalb wurden konkrete Tipps, Handlungsanweisungen und Informationen zielgruppenorientiert, mehrsprachig und über verschiedene Kanäle an die Bevölkerung herangetragen. In Social-Media-Kanälen wurde dafür auch das Hashtag #schauaufdich verbreitet. Ein weiteres bedeutendes Produkt der österreichischen Kommunikationsstrategie ist der Babyelefant, welcher als Analogie für den 1 Meter Mindestabstand im Rahmen des Social Distancings herangezogen wurde. Dieser wurde auch in der Folgekampagne im Dezember 2020 als Hauptfigur weiterverwendet, welche wieder vom Österreichischen Roten Kreuz und der Bundesregierung umgesetzt wurde. Der Babyelefant erntete zwar auch viel Kritik und Spott, etablierte sich jedoch trotzdem als Symbol der Maßnahmen und wurde sogar zum Wort des Jahres 2020 gekürt (Oewort, 2020). Kritisiert wurden allerdings die Kosten der Kampagne, welche sich auf rund 3,17 Mio. Euro beliefen.

Eine weitere Kampagne wurde vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) unter dem Namen "GÖNN' DIR" (4gamechangers, 2021) im Rahmen einer Kooperation des BMBWF und dem österreichischen Privatfernsehsender PULS4 initiiert. Ziel der Kampagne war es, eine virtuelle Plattform für junge Menschen zu errichten. Anhand interaktiver Online-Seminare soll den jungen Leuten vermittelt werden, wie sie mit den aktuellen Herausforderungen besser umgehen können. Schlussendlich soll die Resilienz junger Menschen gestärkt werden.



Kommunikation der Impfstrategie

Das Österreichische Rote Kreuz hat die Initiative "Österreich impft" ins Leben gerufen und übernahm dabei eine koordinierende Rolle. Das Ziel bestand darin, eine möglichst hohe Durchimpfungsrate zu erreichen, damit Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie reduziert werden können. Der Hintergrundgedanke der Kampagne sieht die Gesundheit der Menschen in Österreich als nationales Interesse. Der Fokus soll also nicht auf Politik und Behörden liegen, sondern viel mehr auf den Menschen, die den Staat ausmachen, die hier leben, arbeiten, sich engagieren, aber auch den Institutionen, die deren Interessen vertreten und fördern. Medizinische Fachkräfte spielen dabei eine große Rolle, besonders zur korrekten Aufklärung und damit Verhinderung von Falschmeldungen. Grundsätzlich sollen alle Menschen, die sich impfen lassen möchten, Zugang zu einer umfangreich geprüften, sicheren und wirksamen Impfung gegen das Coronavirus haben (Österreich impft, 2021).



Abbildung 5 – Beispiel der nationalen Impfkampagne "Österreich impft"

Das Gesundheitsministerium hat weiters die wichtigsten Fakten zu der Corona-Schutzimpfung in einem Folder zusammengefasst. In diesem werden unter anderem die Notwendigkeit des Impfplans sowie potenzielle Nebenwirkungen der Impfung erklärt. Die Information ist in zahlreichen Fremdsprachen wie Englisch, Türkisch, Kroatisch, Serbisch, Bosnisch, Farsi und Arabisch verfügbar (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021b).

Der Impfservice Wien ist der zentrale Impfservice der Stadt Wien. Durch den Impfservice Wien werden Bürger:innen über die COVID-19 Impfung informiert und können sich direkt auf der Website dafür registrieren. Auf der Website werden auch Informationen zur Impfung sowie Links zur Website des BMSGPK für mehr Details bereitgestellt. Zusätzlich stellt der Impfservice Wien spezifische Information für Ärzt:innen zur Verfügung. Die Website ist in Deutsch, Englisch und Türkisch verfügbar. Unterstützt wird dies durch eine Social-Media-Kampagne. Impfservice Wien startete auch eine Social-Media-Kampagne, um Menschen zur Impfung zu bewegen (Impfservice Wien, 2021).



Fremdsprachige Informationen

Sprachbarrieren stellen eine große Herausforderung bei der Kommunikation von COVID-19 Information dar. Deshalb hat das Österreichische Rote Kreuz zwei Informationsplakate erstellt, die in unterschiedliche Sprachen übersetzt wurden und somit auch Menschen mit anderer Muttersprache erreichen. Ein Poster erläuterte den richtigen Umgang mit einem Mund Nasen Schutz, während das andere Hinweise dazu gab, wie Risiken minimiert werden können. Die Plakate wurden vom Krisenstab des BMSGPK in Auftrag gegeben, und von dem Fonds Gesundes Österreich übersetzt und publiziert.



Abbildung 6 - Informationsplakat "Richtiger Umgang mit Mund- Nasenschutz" auf Türkisch und Informationsplakat "Risiken minimieren" auf Arabisch

Kleinere gemeinnützige Organisationen, die mit bestimmten Gruppen arbeiten, wie z.B. das Integrationshaus oder AIDS-Haus, stellen ihren Klient:innen spezifische Informationen zur Verfügung. Beispielsweise wurden Maßnahmen der Regierung, in fünf verschiedene Sprachen übersetzt, oder Information zu Leben mit HIV und COVID-19 bereitgestellt. Solch Ressourcen sind äußerst wichtig, um vulnerable Gruppen zu erreichen und Informationslücken zu verhindern.

Auswirkungen von COVID-19 auf Gesundheitspersonal



Infektionsrisiko & psychische Belastungen

Die Covid-19 Pandemie stellt besonders für Angehörige der Gesundheitsberufe eine große Herausforderung dar. Druck und Stress im Arbeitsalltag sind stark erhöht, worunter das psychische Wohlbefinden leidet. Rossi et al. (2020) konnten beispielsweise in einer Studie herausfinden, dass fast die Hälfte (49,48%) der Studienteilnehmer:innen (n=1.379) einer italienischen Gesundheitseinrichtung posttraumatische Belastungssymptome (PTSS) zeigten. 24,73% litten unter Symptomen einer Depression, 19,8% zeigten Angstgefühle, 8,27% Schlafstörungen und 21,9% erlebten ein hohes Stresslevel. Bis auf Schlafstörungen zeigten überwiegend jüngere Menschen und Frauen diese Symptome. Schlafstörungen wurden besonders bei Angehörigen des Pflegesektors beobachtet, während Symptome einer Depression vorwiegend bei Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko präsent waren. Bohlken et al. (2020) weisen ebenso in ihrer Studie auf die psychosozialen Folgen der Pandemie im Krankenhauskontext hin und geben an, dass zwischen 2,2% und 14,5% Symptome einer schweren Depression sowie Angstzuständen zeigen.

Auch in Österreich kann ein ähnliches Bild beobachtet werden, was sich in einer Studie der Universität Innsbruck zeigte (Kreh et al., 2020). Ein weiteres Ergebnis der Studie war, dass psychosoziale Betreuung in einer Krisensituation enorm wichtig ist, um das Krankenhauspersonal zu unterstützen und entlasten. Dies muss allerdings von Anfang an geschehen, da die Akzeptanz zu einem späteren Zeitpunkt viel geringer ist. Die Rolle der psychosozialen Betreuungsperson ist in Krisenzeiten aber verändert, da auch diese Personen Unterstützung benötigen. Interprofessionelle Zusammenarbeit bietet daher die Basis zur Bewältigung der Krise und deshalb ist ein multi-disziplinäres Setting in Gesundheitseinrichtungen essenziell. Zusammengefasst wird also "On Scene Support" in einer Krise wie der COVID-19 Pandemie benötigt. Es geht um niedrigschwellige psychosoziale Unterstützung, die direkt am "Ort des Handelns" stattfindet, die nicht auf Diskussion und Beratung abzielt, sondern auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen und Entlastung der Menschen. Angebote wie Online-Kurse oder telefonische Beratungshotlines sind in diesem Kontext auch äußerst sinnvoll.

Weniger Daten gibt es bisher zum Infektionsrisiko der Mitarbeiter:innen in Gesundheitsberufen, aber eine Studie aus Deutschland bestätigt, dass im Gesundheitswesen beschäftigte Personen das größte Infektionsrisiko aller Berufsgruppen tragen (Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2020). Auch Daten aus Großbritannien deuten darauf hin, dass die Prävalenz schwerer COVID-19-Fälle 7-mal höher ist als bei nicht systemrelevanten Arbeitskräften (Mutambudzi et al., 2020). Grundsätzlich weisen einige Studien darauf hin, dass besonders zum Zeitpunkt eines Ausbruchs Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen ein erhöhtes Infektionsrisiko für SARS-CoV-2 aufweisen. Außerdem bestätigen weitere Studien, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen ein höheres Risiko für Angstzustände, Depressionen, Stress und Schlaflosigkeit aufweisen als die allgemeine Bevölkerung (Danet Danet, 2021; Thakur und Pathak, 2021).

Als besonders belastend werden auch moralische Fragen im Krankenhausalltag beschrieben. Sterbende Patient:innen konnten deren Angehörige nicht sehen, Familien wurden getrennt und Rituale durften nicht eingehalten werden. Grundsätzlich empfinden auch viele Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens Angst, eine Bedrohung und Infektionsrisiko für andere Menschen und deren Familien darzustellen (Kreh et al. 2020).

Resilienz, gute Krisenkommunikation und transparente Entscheidungsfindung können das Erleben einer Krise stark beeinflussen (Maunder et al. 2008; Kreh et al. 2020). Deshalb ist ein strukturiertes Krisenmanagement essenziell, um Stress zu reduzieren und die Resilienz der Gesundheitsmitarbeiter:innen zu steigern.

Intersektionalität im COVID-19 Kontext

Ein **intersektionaler Ansatz** erkennt systemische Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung und Identität, Geschlecht und Geschlechtsidentität, Hautfarbe und Herkunft, wirtschaftlichem Status, Einwanderungsstatus, nationaler Herkunft und Fähigkeiten sowie anderen Aspekten der eigenen Identität an, und dass sich diese systemische Diskriminierung auf die Möglichkeiten und Chancen einer Person auswirkt.

In diesem Abschnitt wird diskutiert, weshalb ein intersektionaler analytischer Ansatz zur Untersuchung der COVID-19 Krise herangezogen werden soll. Die folgende Analyse beschränkt sich auf Benachteiligung und Vulnerabilität durch geschlechtsspezifische Ungleichheiten, Rassismus und Diskriminierung und Alter.

Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern

Durch die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie werden Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern deutlich. In Krisenzeiten übernehmen Frauen tendenziell mehrere Aufgaben, etwa die Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder, die Betreuung der Kinder im Homeschooling oder die gesamte Haushaltsführung. Daher ist auch die Zahl der erwerbstätigen Frauen im Zuge der Pandemie zurückgegangen, obwohl ein großer Teil der systemrelevanten Berufe von Frauen ausgeübt wird. Vieles hat sich in den letzten Jahren gebessert, und die Gleichstellung der Geschlechter hat deutlich zugenommen. Die COVID-19-Krise und ihre Auswirkungen drängen jedoch viele Frauen wieder zurück in traditionelle Rollen.

Doppelbelastung: Homeoffice und Homeschooling

In Krisenzeiten sind es vor allem Frauen und Mütter, die ihre Arbeit zugunsten der Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder und Kinder auf Eis legen. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen an (gut bezahlter) Erwerbstätigkeit hat dadurch abgenommen. Gleichzeitig hat sich die Mehrfachbelastung berufstätiger Mütter erhöht, nachdem Schulen und Kindergärten auf Grund von COVID-19 geschlossen wurden.

„Heldinnen der Krise“

Frauen sind die Systemhalterinnen der Krise. Frauen sind überwiegend in systemrelevanten Berufen in Krankenhäusern, im Lebensmitteleinzelhandel, in Kindergärten und Vorschulen, Schulen oder der sozialen Betreuung vertreten (Wölfl 2020b). In Österreich sind 88% der Beschäftigten in Pflegeberufen weiblich, im Gesundheitssektor 81,5% (ohne Ärzt:innen) und im Lebensmittelhandel 70,6%. Dies ist nicht nur im deutschsprachigen Raum so, wie internationale Daten zeigen: Weltweit sind rund 70% der im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigten Personen Frauen (UNFPA, 2020). Genau dieser Arbeitsbereich wurde aber besonders von der Pandemie getroffen. Sowohl das Infektionsrisiko als auch psychische und körperliche Belastungen forderten Frauen enorm.

Häuslicher Missbrauch und Corona

Zwischen März und Mai 2020 mussten sich Menschen in Österreich primär zu Hause aufhalten und es gab nur wenige Gründe, die Wohnung zu verlassen. Die österreichische Regierung nannte vier erlaubte Gründe, nämlich "Erstens, um zur Arbeit zu gehen, zweitens, um anderen zu helfen, drittens, [...] um frische Luft zu schnappen und viertens, einkaufen zu gehen" (Bundeskanzleramt Republik Österreich, 2020). Dabei wurde allerdings nicht beachtet, dass für manche Frauen das Eigenheim kein sicherer Ort ist. Psychische, physische und sexuelle Gewalt an Frauen spielen dabei eine große Rolle und wurden durch die Pandemie verstärkt. Deshalb ist es unerlässlich, Bewusstsein für diese Problematik zu schaffen und verschiedene Expert:innen in dem Krisenstab zu involvieren. Opferschutzeinrichtungen müssen als systemrelevant anerkannt und breit beworben werden, Online-Beratung und Therapie – auch für Täter – sollen ausgebaut werden (Steinert, Ebert 2020; Chandra 2020; WER 2020).

Rassismus & Diskriminierung

Im Zuge der Corona-Pandemie konnte beobachtet werden, wie sich antimuslimischer Rassismus verstärkte.

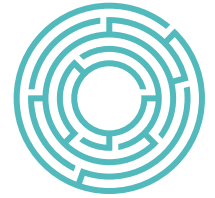
Ein Bericht der Organisation SOS Mitmensch beschreibt einen deutlichen Anstieg hinsichtlich Abwertungs-, Feindbilder- und Hasskampagnen. Gewisse Bereiche der Politik missbrauchen gezielt die Pandemiesituation, um gegen muslimische Bürger:innen zu hetzen und Hass zu schüren. SOS-Mitmensch-Sprecher Alexander Pollak warnt, dass es noch nie eine solch enorme politische Hetze gegen Muslime in Österreich gab wie in 2020. Pollak betont, dass es beim antimuslimischen Rassismus nicht um die kritische Auseinandersetzung mit Religion gehe, sondern um den kollektiven Angriff auf Menschen allein auf der Grundlage einer Vorurteils- und Hassideologie (SOS Mitmensch, 2021).

Alter

Mit Beginn des Lockdowns im März 2020 wurde der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen stark eingeschränkt. Viele Arztpraxen hatten teilweise oder vollständig ausschließlich telefonischen Kontakt zu ihren Patient:innen. Dadurch wurde der Zugang zu medizinischer Versorgung schwieriger und seltener. Noch dazu wurde älteren Menschen geraten, die Wohnung so wenig wie möglich zu verlassen. Daher verzichteten zahlreiche Menschen freiwillig auf persönliche Besuche in Arztpraxen. Es gibt allerdings keine genauen Daten dazu, wie stark sich Besuche in Gesundheitseinrichtungen reduziert haben.

Allerdings wurden bestehende personelle Lücken der Altenpflege nun besonders deutlich. Zahlreiche Altenpfleger:innen pendeln für gewöhnlich aus Nachbarstaaten, was nun durch Grenzschließungen nur bedingt möglich war. Noch dazu war der Druck auf Familien und informelle Betreuungsstrukturen während der Krise stark erhöht. Nachdem persönlicher Kontakt zur Risikominimierung weitgehend reduziert werden musste, standen enge Angehörige unter enormen Druck solch weggefallene externen Hilfen durch ihre eigenen Fähigkeiten zu ersetzen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021d).

Systeme, Risiken, Unsicherheiten und Anpassungen



Um die COVID-19 Pandemie und deren Auswirkungen besser verstehen zu können, müssen Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Aspekten beleuchtet werden (Sahin et al., 2020). Ein multidisziplinärer Ansatz eignet sich, Verbindungen zwischen Phänomenen und Prozessen zu untersuchen (Hynes et al., 2020).

Pandemien entwickeln sich in Wellen; wird eine Phase als risikoreich eingestuft, begeben sich Menschen tendenziell in Isolation. Beruhigt sich die Situation, kommen Menschen wieder vermehrt in Gruppen zusammen. Unsicherheiten werden dabei stark von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Verbreitung von Information geprägt (Cipolletta, Andregretti & Mioni, 2023; Kalleitner, Schiestl & Kittel, 2020). In der Anfangsphase der Pandemie, als das Virus in China entdeckt wurde, war das Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung noch relativ gering. Die geographische Distanz schaffte somit nicht genug Verunsicherung, dass eine Verhaltensveränderung in der Gesellschaft beobachtet werden konnte. Als allerdings die ersten COVID-19 Fälle im Nachbarstaat Italien identifiziert wurden, stieg das Risikobewusstsein rasant an. Politische Entscheidungsträger:innen diskutierten in Folge dessen öffentlich über potentielle Schritte wie z.B. Grenzschließungen, Gesundheitschecks und Verkehrsbeschränkungen, um das Risiko zu minimieren. Allerdings stiegen die Infektionszahlen in Europa und schon bald wurden auch erste Fälle in Österreich registriert (Pollak, Kowarz & Partheymüller, 2020). Ab diesem Zeitpunkt war nun sowohl das Bewusstsein als auch die Unsicherheit groß. Die Menschen hatten Angst vor Ressourcen- und Lebensmittelknappheit, und viele Fragen auf das Infektionsgeschehen konnten noch nicht beantwortet werden. Auf Grund der exponentiell steigenden Zahl infizierter Menschen war Angst eine der führenden Emotionen unter den Bürger:innen (OECD, 2021).

Soziale, psychosoziale und ökonomische Bedürfnisse gewannen mit Fortschreiten der Pandemie zunehmend an Bedeutung und wurden von politischen Entscheidungsträger:innen aufgegriffen (BMSGPK, 2022). Zusätzlich etablierten sich auch zahlreiche Instrumente zur Bekämpfung der Pandemie, was Entscheidungsfindungen verkomplizierte. Öffentliche Diskussionen zu Maßnahmen und Strategien, eine gesplante Gesellschaft hinsichtlich Risikowahrnehmung sowie die komplexe Zusammenarbeit unterschiedlicher Instanzen erschwerten effektives Krisenmanagement. Besonders Unstimmigkeiten politischer Krisenkommunikatoren und widersprüchliche Botschaften verunsicherten die Bevölkerung (BMSGPK, 2022).



4Gamechangers (2021). <https://4gamechangers.io/de/a/goenn-dir/> Abgerufen am 09.04.2021

Amnesty International Österreich (2020). Soziale Rechte sind Menschenrechte. Eine Analyse der Folgen von COVID-19 auf das Recht auf soziale Sicherheit und angemessene Arbeitsbedingungen in Österreich. https://www.amnesty.at/media/7321/amnesty-international-analyse_soziale-menschenrechte_covid-19-pandemie_200630_finv.pdf. Abgerufen am 19.3.2021.

Österreichische Agentur für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2021). AGES Dashboard COVID 19. <https://covid19.dashboard.ages.at/dashboard.html>. Abgerufen am 17.3.2021.

Austria Presse Agentur (2021). Rund 100 Verdachtsfälle in Österreich zu neuer Virusvariante. <https://science.apa.at/power-search/6106455335770948981>. Abgerufen am 17.3.2021.

Aichholzer, J., Kalleitner, F. (2021). Das Coronavirus wird weiterhin als sehr gefährlich eingeschätzt. Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken17/>. Abgerufen am 16.3.2021.

Österreichisches Rotes Kreuz (2020). Datenschutzerklärung der Stopp Corona App. <https://www.rotekreuz.at/datenschutzerklaerung-stopp-corona-app>. Abgerufen am 17.3.2021.

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 20(3): 1 – 288.

Baltaci, K. (2020). Wiener Spitalsarzt: 60 Prozent unserer Intensivpatienten haben Migrationshintergrund. Die Presse. <https://www.diepresse.com/5904375/wiener-spitalsarzt-60-prozent-unserer-intensivpatienten-haben-migrationshintergrund>. Abgerufen am 16.3.2021.

Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M.R., Pumberger, M., Riedel-Heller, S. G. (2020) Covid-19 Pandemie: Belastungen des Medizinischen Personals, Psychiatrische Praxis 2020; 47(04): 190 – 197
DOI: 10.1055/a-1159-5551

Bundeskanzleramt Österreich (2020): Schau auf dich, schau auf mich!, Kampagnenvideo der österreichischen Bundesregierung, 17.3.2020, bezogen unter: [facebook.com/watch/?v=924167128003743](https://www.facebook.com/watch/?v=924167128003743) Zugriff: 30.03.2021

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2021). <https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Informationspflicht/corona.html>. Abgerufen am 13.04.2021

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Informationen zum Coronavirus. [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/Coronavirus---Taskforce.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/Coronavirus---Taskforce.html). Abgerufen am 13.04.2021

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020a). Corona Ampel – Häufig gestellte Fragen. <https://corona-ampel.gv.at/ampelfarben/haeufig-gestellte-fragen/#toc-allgemeine-information>. Abgerufen am 17.3.2021.

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020b). HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN: Risikogruppen. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Haeufig-gestellte-Fragen/FAQ--Risikogruppen.html>. Abgerufen am 18.3.2021.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021a). COVID-19 Impfplan. <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html>. Abgerufen am 18.3.2021.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021b). Coronavirus – Aktuelle Informationen in Fremdsprachen. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Aktuelle-Informationen-in-Fremdsprachen-.html>. Abgerufen am 19.3.2021.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021c). Aktuelle Informationen zu Pflege, Pflegegeld, Pflegenden Angehörige, Betreuung zu Hause – "24-Stunden-Betreuung", Alten- und Pflegeheime etc. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege>. Abgerufen am 24.04.2021.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021d). COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich (Bericht), Wien, Österreich
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021e). Nationales Impfgremium. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfgremium.html>. Abgerufen am 13.04.2021
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Die COVID-19 Pandemie. Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/Die_COVID-19-Pandemie.pdf
- Center for Disease Prevention and Control (2023). The Public Health System. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/originalessentialhealthservices.html>
- Center for Social & Health Innovation (2020). Information Sources, Knowledge, and Misinformation Sharing. <https://research.mci.edu/en/cshi/blog/covid19>. Accessed 18.3.2021.
- Cipolletta S, Andregretti GR, Mioni G. Risk Perception towards COVID-19: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 12;19(8):4649. doi: 10.3390/ijerph19084649. Erratum in: *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 08;20(4): PMID: 35457521; PMCID: PMC9028425.
- Corona-Ampel (2021). <https://corona-ampel.gv.at/>. Abgerufen am 13.04.2021
- Danet Daet, A. (2021): Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. In: *Medicina clinica*. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.11.009.
- Dawid, E. (2020). Armutsbetroffene und die Corona-Krise. Eine Erhebung zur sozialen Lage aus der Sicht von Betroffenen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Österreich: Wien.
- Deutsches Ärzteblatt (2020): Berufs- und branchenbezogene Unterschiede im COVID-19-Risiko in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/215340/Berufs-und-branchenbezogene-Unterschiede-im-COVID-19-Risiko-in-Deutschland>, zuletzt aktualisiert am 25.03.2021, zuletzt geprüft am 25.03.2021.
- Europäische Kommission (2019). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Country Documents 2019 Updates. Institutional Paper 105. ISSN 2443-8014.

- European Union Agency for Fundamental Rights (2020). Coronavirus COVID-19 outbreak in the EU Fundamental Rights Implications. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/austria-report-covid-19-april-2020_en_0.pdf. Accessed 17.3.2021.
- Felbermayr, G., Hinz, J., & Chowdhry, S. (2020). Apres-ski: The spread of coronavirus from ischgl through germany. *Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers*, 22, 177-204.
- Fink, M., Riedel, M. (2020). Ältere Personen und Pflegebedürftige. In: COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, Österreich.
- Fuchs, M., Premrov, T. (2020). Alleinerziehende und ihre Kinder während und nach der Krise: Herausforderungen und Strategien. In: COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, Österreich.
- Future Operations (2021). <https://futureoperations.at/>. Abgerufen am 13.04.2021.
- Gesundheit Österreich (2020). Hintergrundinformationen zum EMS. <https://datenplattform-covid.goeg.at/EMS>. Abgerufen am 17.3.2021.
- Grossmann, B. & Schuster, P., 2017. Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung, Wien: Fiskalrat.
- Gstöttner, S., Lachmayer, K. (2020). Austria's Ongoing Legal Struggle in the Fight Against the Pandemic. *Verfassungsblog*. <https://www.lachmayer.eu/wp-content/uploads/2020/12/verfassungsblog.de-Ongoing-Legal-Struggle-in-the-Fight-Against-the-Pandemic.pdf>. Accessed 17.3.2021.
- Haufe (2020). Erste Amtshaftungsklagen wegen Behördenversagens beim Corona-Ausbruch in den Skigebieten. https://www.haufe.de/recht/weitere-rechtsgebiete/strafrecht-oeffentl-recht/ermittlungen-zu-behoerdenversagen-beim-corona-ausbruch-in-tirol_204_512694.html. Abgerufen am 17.3.2021.
- Hynes, W., Trump, B. & Love, P. (2020). Bouncing forward: A resilience approach to dealing with COVID-19 and future systemic shocks. *Environment Systems and Decisions*, 40. <https://doi.org/10.1007/s10669-020-09776-x>
- Impfservice Wien. (2021). <https://impfservice.wien/> abgerufen am 09.04.2021
- Kalleitner, F., Partheymüller, J. (2020). Die wahrgenommene Effektivität der Maßnahmen sinkt, die Polarisierung nimmt weiter zu. Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken7/>. Abgerufen am 16.3.2021.
- Kalleitner, F., Schiestl, D., Kittel, B. (2020). Wie Gefahrenwahrnehmung das Ausgehverhalten im Zeitverlauf beeinflusst. Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog39/>
- Kittel, B., Kritzinger, S., Boomgaarden, H. et al. (2020). The Austrian Corona Panel Project: monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. *Eur Polit Sci*. <https://doi.org/10.1057/s41304-020-00294-7>
- Kohlenberger, J. (2020). Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von COVID-19 betroffen? Zusammenfallen. <https://cms.falter.at/blogs/thinktank/2020/12/05/sind-menschen-mit-migrationshintergrund-staerker-von-covid-19-betroffen/>. Abgerufen am 16.3.2021.
- Kreh, Alexander; Brancaloni, Rachele; Magalini, Sabina Chiara; Rosaria Häuptling, Daniela Pia; Flad, Barbara; Ellebrecht, Nils; Juen, Barbara (2020): Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. In: *medRxiv*, 2020.11.18.20232272. DOI: 10.1101/2020.11.18.20232272.

Kreidl, P., Schmid, D., Maritschnik, S. et al. (2020). Emergence of coronavirus disease 2019 (COVID 19) in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 132, 645–652 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01723-9>

Land Tirol (2020). Bote für Tirol, Amtsblatt für Behörden, Ämter und Gerichte Tirols. https://www.tirol.gv.at/fileadmin/buergerservice/bote/downloads/2020/Bote_10b-2020.pdf. Abgerufen am 15.03.2021.

Land Tirol (2021). Ausreise aus Tirol seit 12. Februar 2021. <https://www.tirol.gv.at/gesundheitsvorsorge/infekt/coronavirus-covid-19-informationen/ausreise-aus-tirol-seit-12-februar-2021/>. Abgerufen am 17.3.2021.

Maunder, Robert G.; Leszcz, Molyn; Wild, Diane; Adam, Mary Anne; Peladeau, Nathalie; Romano, Donna et al. (2008). Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza. In: *Can J Public Health* 99 (6), S. 486–488. DOI: 10.1007/BF03403782.

Mutambudzi, Miriam; Niedwiedz, Claire; Macdonald, Ewan Beaton; Leyland, Alastair; Mair, Frances; Anderson, Jana et al. (2020): Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants. In: *Occupational and environmental medicine*. DOI: 10.1136/oemed-2020-106731.

OECD (2020). Women at the Core of the Fight Against COVID-19 Crisis, bezogen unter: read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=127_127000-awfnqj80me&title=Women-at-the-core-of-the-fight-against-COVID-19-crisis (Zugriff: 30.3.2021)

OECD (2021). Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/#boxsection-d1e145>

Open Data Österreich (2021). Austrian COVID-19 Open Data Information Portal. <https://www.data.gv.at/covid-19/>. Abgerufen am 17.3.2021.

Österreichische Akademie der Wissenschaft (2020). Wie Geflüchtete mit der Coronakrise umgehen. <https://www.oeaw.ac.at/detail/news/wie-gefluechtete-mit-der-coronakrise-umgehen/>. Abgerufen am 18.3.2021.

Österreich impft. (2021) <https://www.oesterreich-impft.at/> Abgerufen am 09.04.2021

Österreichisches Rotes Kreuz. (2021). <https://www.roteskreuz.at/news/aktuelles/oesterreich-impft>. Abgerufen am 09.04.2021.

Pollak, M., Kowarz, N., Partheymüller, J. (Prainsack, B., Kittel, B., Kritzinger, S., Boomgaarden, H. (2020). COVID-19 affects us all – unequally. Lessons from Austria. <https://bprainsack.medium.com/covid-19-affects-us-all-unequally-lessons-from-austria-faf8398fddc1?sk=a4c2f9e6c0775b260799848b5c92cfe0>. Accessed 18.3.2021.

Plescia, C., Krejca, F., Kalleitner, F. (2020). Die Dynamik der Demokratiezufriedenheit und des Vertrauens in die österreichische Bundesregierung während der COVID-19-Pandemie. Universität Wien. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken13/>. Abgerufen am 16.3.2021.

Rechnungshof Österreich (2020). Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes. https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf. Abgerufen am 24.03.2021.

Pollak, M., Kowarz, N., Partheymüller, J. (2020a). Chronology of the Corona Crisis in Austria - Part 1: Background, the way to the lockdown, the acute phase and economic consequences. University of Vienna. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>. Accessed 15.03.2021.

Pollak, M., Kowarz, N., Partheymüller, J. (2020b). Chronology of the Corona Crisis in Austria - Part 2: From the first easing of measures towards restoring normality. University of Vienna. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog60/>. Accessed 15.03.2021.

Pollak, M., Kowarz, N., Partheymüller, J. (2020c). Chronology of the Corona Crisis in Austria - Part 3: A calm summer and the beginning of the second wave. University of Vienna. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog79/>. Accessed 15.03.2021.

Pollak, M., Kowarz, N., Partheymüller, J. (2020d). Chronology of the Corona Crisis in Austria - Part 4: Lockdowns, mass testing and the launch of the vaccination campaign. University of Vienna. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100-en/>. Accessed 15.03.2021.

Rossi R., Socci V., Pacitti F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*, 3(5).

Sahin, O., Salim, H., Suprun, E., Richards, R., MacAskill, S., Heilgeist, S., Rutherford, S., Stewart, R. A., & Beal, C. D. (2020). Developing a Preliminary Causal Loop Diagram for Understanding the Wicked Complexity of the COVID-19 Pandemic. *Systems*, 8(2), 20. <https://doi.org/10.3390/systems8020020>

Scoppetta, A. (2020). Menschen mit Behinderung. In: COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, Österreich.

SOS Mitmensch (2021). Antimuslimischer Rassismus in der österreichischen Politik, Bericht: https://www.sosmitmensch.at/dl/qrrpJKJkMMjJqx4KJK/Bericht2020_AntimuslimischerRassismus_SOS_Mitmensch_Maerz2021.pdf, Wien, Österreich

Statistik Austria (2022). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2021. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Gesundheitsstatistik-JB_2021_Web-barrierefrei.pdf

Steinert, Janina; Ebert, Cara (2020): Häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie. Studie der TU München, bezogen unter: tum.de/nc/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36053 (Zugriff: 30.3.2021)

Sulzbacher, M.; Al-Youssef, M. (2020): Mobilfunker A1 liefert Bewegungsströme von Handynutzern an Regierung. <https://www.derstandard.at/story/2000115828957/mobilfunker-a1-liefert-bewegungsstroeme-von-handynutzern-der-regierung>

Thakur, Bhaskar; Pathak, Mona (2021): Burden of predominant psychological reactions among the healthcare workers and general during COVID-19 pandemic phase: a systematic review and meta-analysis.

Oewort (2020). Das österreichische Wort des Jahres 2020. <https://oewort.at/wort-des-jahres/2020/>

UNFPA (2020): COVID-19: A Gender Lens. Protecting Sexual and Reproductive Health and Rights and Promoting Gender Equality. Technical Brief. New York: United Nations Population Fund HQ, bezogen unter: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf (Zugriff: 30.3.2021)

Weinberger, L. (2020). Ungleichheitsbericht Österreich 2019. Sozialer Status, Chancen, Umweltauswirkungen. ÖKOBÜRO - Allianz der Umweltbewegung. <https://www.sdgwatcheurope.org/wp-content/uploads/2019/09/1.3.b-report-AT-DE.pdf>. Abgerufen am 16.3.2021.

Wiener Zeitung (2020). Schutzausrüstung für Ärzte fehlt hinten und vorne. <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2056761-Schutzausruestung-fuer-Aerzte-fehlt-hinten-und-vorne.html>15%20Bundesgesetz. Abgerufen am 19.3.2021.

Wölfl, Lisa (2020b): Gefahr nach der Corona-Krise, Hilfspakete helfen Männern. Politikwissenschaftlerin Birgit Sauer über die Auswirkungen der Corona-Krise auf Frauen. Wien: Momentum Institut – Verein für sozialen Fortschritt, 3.4.2020, bezogen unter: moment.at/story/politologin-birgit-sauer-ueber-die-zeit-nach-corona-sparpakete-treffen-frauen (Zugriff: 30.3.2021)

The COVINFORM project

Acronym	COVINFORM
Title	CORonavirus Vulnerabilities and INfOrmation dynamics Research and Modelling
Coordinator	SYNYO GmbH
Reference	101016247
Type	Research and Innovation Action (RIA)
Programme	HORIZON 2020
Topic	SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2C Behavioural, social and economic impacts of the outbreak response
Start	01 November 2020
Duration	36 months

Contact

Consortium	SYNYO GmbH (SYNYO) , Austria Magen David Adom in Israel (MDA) , Israel Samur Proteccion Civil (SAMUR) , Spain Universita Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) , Italy SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH (SINUS) , Germany Trilateral Research LTD (TRI UK) , UK Trilateral Research LTD (TRI IE) , Ireland Kentro Meleton Asfaleias – Center for Security Studies (KEMEA) , Greece Factor Social Consultoria em Psicossociologia e Ambiente LDA (FS) , Portugal Austrian Red Cross (AUTRC) , Austria Media Diversity Institute (MDI) , UK Societatea Națională de Cruce Rosie Din România – Romanian Red Cross (SNCR) , Romania University of Antwerp (UANTWERPEN) , Belgium Sapienza University of Rome (SAPIENZA) , Italy University Rey Juan Carlos (URJC) , Spain Swansea University (SU) , UK Gotenborg University (UGOT) , Sweden
-------------------	--



Disclaimer

The content of this publication is the sole responsibility of the authors, and in no way represents the view of the European Commission or its services.

This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme under Grant Agreement No 101016247.

