

Gesundheitspolitik zwischen Ungleichheit und Solidarität

Editorial

Vanessa-Maria Redak

„Corona geht uns alle an“ oder „Corona macht vor niemanden Halt“ lauten häufig gehörte Slogans in der derzeitigen Pandemie-Krise. Tatsächlich sind jedoch die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von COVID 19 wie auch anderer Gesundheitskrisen ungleich verteilt und treffen sozial schwächere Gruppen härter. Die, u. a. infolge der Finanzmarktkrise 2008, erfolgten Einsparungsprogramme öffentlicher Haushalte haben dies etwa deutlich gezeigt. Nicht selten betrafen sie das Gesundheitswesen, weshalb sich die ungleiche Betroffenheit von Krankheiten in der EU in vielen Ländern erhöht hat. Auch der von der EU selbst durchgeführte „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) stellt fest, dass nach der Finanzmarktkrise der Anteil der Bevölkerungsgruppen, deren medizinische Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten, gestiegen ist, während er vor 2008 fiel (vgl. Börsch-Supan et al. 2019). Ähnlich Ergebnisse zeigen auch die Daten des EU Survey on Income and Living Conditions (SILC), denen zufolge besonders Länder wie Griechenland, Portugal und Lettland betroffen sind, die sehr hohe Einschnitte in das Gesundheitsbudget, nicht zuletzt aufgrund des Drucks durch EU-Institutionen, vornahmen (Eurostat 2018).

Mit Slogans wie „Das Virus kommt mit dem Auto über die Grenze nach Österreich“ oder offen rassistischen Vorwürfen, dass sich manche gesellschaftliche Gruppen nicht an die Regeln halten und daher die Virusausbreitung beschleunigen, wird diese gesellschaftliche Ungleichheit übertüncht und statt dessen rassistisch geframt.

Dieses Kurswechsel-Heft will daher die Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung empirisch vermessen und aufzeigen, wie sich verschiedene gesellschaftliche Benachteiligungen gerade auch im Gesundheitsbereich überlagern und wechselseitig verstärken. Der erste Teil des Heftes widmet sich daher der Bestandsaufnahme der ungleichen Gesundheitsversorgung. Sabine Haas und Gudrun Braunegger-Kallinger zeigen auf Grundlage von Daten der Statistik Austria, dass in Österreich ein starker Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Menschen und sozioökonomischen Determinanten wie Bildung, Einkommen, etc. besteht. In der Pandemie hat sich gezeigt, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen höheren Infektionsrisiken und auch schlechteren Krankheitsverläufen ausgesetzt sind. Zudem besteht die Befürchtung, dass die bereits bestehende Ungleichheit durch die Pandemie verfestigt wird. Martin Schenk beschreibt noch deutlicher den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, indem er neben empirischen Daten auch exemplarisch Beispiele aus den Lebenszusammenhängen von in Armut lebender Personen anführt. Dabei zeigt er, wie auch mit der Armut einhergehende Begleiterscheinungen wie Scham, Passivität (Nicht-Abrufen von Leistungen) und andere Gefühlslagen sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Auf diese psychosozialen Aspekte und Ungleichheit und Gesundheit geht auch Michael Zander ein. „Nicht das Leben führen zu können, das man führen will, verursacht chronischen Stress und damit ein erhöhtes Krankheitsrisiko“ schreibt Zander und kritisiert

damit auch (neo)liberale Interpretationen der Unterschiede in der Gesundheit von Bevölkerungsschichten, die diese auf unterschiedliche Lebensweisen von Menschen zurückführen und damit Individuen für ihre Krankheiten selbst verantwortlich machen. Mit Verweis auf die sog. „Marmot-Schule“, die im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation wegweisende Studien zum Zusammenhang von Gesundheit und sozialen Faktoren hervorbrachte, widerlegt er diesbezügliche konservative Erklärungsansätze.

Allen bisher erwähnten AutorInnen ist gemeinsam, dass sie auch auf Auswege aus der ungleichen Gesundheitsversorgung hinweisen und Ansätze nennen, wie die Gesundheitspolitik gerechter gestaltet werden kann. Diesem Thema widmet sich der zweite Teil des Heftes, in dem verschiedene progressive Ansätze in der Gesundheitspolitik vorgestellt werden. Dabei wechseln sich mal mehr staatliche, mal mehr autonom-private und lokale Vorschläge ab. Auf staatlicher Ebene haben immer wieder Verweise auf Public Health-Strategien auch in der jetzigen Pandemie eine Rolle gespielt, VertreterInnen von Public Health-Instituten sitzen ja auch in den Beratungsgremien der Regierung. Im Unterschied zur Individualmedizin wollen Public Health-Strategien grundsätzlich die Gesundheitsversorgung und -vorsorge der ganzen Gesellschaft verbessern. Die Erweiterung des Begriffs auf „New Public Health“ legte zusätzlich noch mehr Wert auf die Einbeziehung sozioökonomischer Umstände, stellte die Gesundheitsförderung (Salutogenese) statt die Krankheit (Pathogenese) in den Vordergrund und enthält auch Ansätze für Selbstermächtigung und Emanzipation. Elfriede Hufnagl geht dem Wandel des Konzeptes nach und verweist auch auf seine Widersprüche: Selbstermächtigung steht oftmals in Widerspruch zu verhärteten gesellschaftlichen und ökonomischen kapitalistischen Rahmenbedingungen. Präventionsmaßnahmen und Gesundheitserziehung können auch autoritär gewendet werden.

Einen Ansatz mit deutlichem Praxisbezug stellt Tom Schmid vor: Community Social Work kann lokal helfen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zunächst beschreibt Schmid das doch recht ineffiziente System bzw. die ineffiziente Arbeitsteilung der jetzigen Gesundheitsversorgung zwischen niedergelassenen Hausärzten, Spitalsambulanzen sowie stationärer Spitalsversorgung. Diese behandeln recht eng abgegrenzt ihre jeweiligen Spezialbereiche, ohne einen Blick aufs Ganzheitliche. Multiprofessionelle, ganzheitlich arbeitende Teams in kommunalen Sozial- und Gesundheitszentren könnten hingegen sowohl in der Vorsorge wie auch in der Behandlung von Krankheiten nicht nur besser auf „PatientInnen“ eingehen, sondern sind womöglich auch ökonomisch effizienter. „Community Care“ ist ein Konzept, das die „Vernetzung aller Fürsorglichkeitstätigkeiten ... um die jeweils niederschwelligste und zugleich umfassendste Betreuung ... zulässt“.

In Studien zum Verhalten der Menschen in Pandemien hat Barbara Preinsack herausgefunden, dass die resilientesten Gesellschaften in der COVID 19-Pandemie nicht jene sind, die über die beste medizinische Technologie verfügen oder die striktesten Eindämmungsmaßnahmen gesetzt haben, sondern jene sind, die über eine gute öffentliche Infrastruktur sowie andere solidarische Institutionen verfügen (Preinsack 2020). Da derzeit die öffentliche Wahrnehmung über das Verhalten der Bevölkerung in der Pandemie stark von der Berichterstattung zu den Corona-LeugnerInnen geprägt ist, wird übersehen, dass sich der Großteil der Bevölkerung seit über einem Jahr solidarisch verhält und sich zahlreiche Praktiken im Alltag entwickelt haben, die die Mitmenschen nicht gefährden, auch wenn oftmals dennoch die Regierungsvorgaben dabei verletzt

werden: Reduzierung der Kontakte, draußen Spaziergehen anstatt drinnen treffen, vor Besuchen und Treffen sich Testen lassen, usw. Dies führt abschließend zur Frage, ob eine fortschrittliche Bio-Politik möglich ist, in der sich Menschen in der Gesundheitskrise solidarisch verhalten, ohne dass das gesamte Alltagsleben staatlich durchreguliert werden muss. Dieser Frage geht **Wolfram Schaffar** mit Bezugnahme auf die Erfahrungen aus der HIV-Prävention nach.

Literatur

- Börsch-Supan, A., J. Bristle, K. Andersen-Ranberg, A. Brugiavini, F. Jusot, H. Litwin, G. Weber (Hg.) (2019): Health and Socio-Economic Status over the Life Course. First Results from SHARE Waves 6 and 7, Berlin.
- Eurostat (2018): Living Conditions in Europe, Luxemburg.
- Preinsack, B. (2020): Solidarity in Times of Pandemics, in: *Democratic Theory* 4/2, 124–133.