

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2021 | Solibeitrag: 5 Euro



COVID-19 Pandemie der Ungleichheit

- 3 Editorial
- 4 Ben Wachtler: Die Pandemie der Ungleichheit. Über die soziale Bedingtheit von COVID-19
- 7 Anne-Sophie Windel, Hannah Gajsar und Amma Yeboah: Kein Betroffenheitswettkampf. Die COVID-19-Pandemie aus gendermedizinischer Perspektive
- 12 Andreas Wulf: Verschärfung der globalen Ungleichheit ... nicht nur beim Zugang zu Impfstoffen
- 14 Phil Dickel »Mehr Luft, mehr Licht!« - Tod in Hamburg. Cholera und Corona im armen Teil der Hansestadt
- 16 Christoph Butterwegge: Wer arm ist, muss eher sterben. Corona, Armut und Gesundheit
- 18 Eva Klotz, Barbara Niedermaier und Lena Rummel (CABL eV): Nicht nur von Krankheit bedroht. Menschen ohne Papiere in der Corona-Pandemie
- 21 Keine Seuchenpolizei mehr. Heidrun Nitschke im Gespräch über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der HIV- und der Corona-Pandemie
- 26 Alexandra Sarah Lang: Der ÖGD in der Pandemie. Bericht über die ÖGD-Veranstaltung des vdää
- 28 Stefan Schoppengerd: Mehr Personal und TVÖD für alle, JETZT. Der Streik der Beschäftigten von Charité und Vivantes
- 30 Lektüreempfehlungen von dies- und jenseits des Tellerrands
- 31 Spendenaufruf: Investition in die Zukunft kritischer Gesundheitspolitik

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:
info@vdaee.de

Der vdää

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Stefan Schoppengerd, Rafaela Voss, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2021
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Titelbild: European Vaccination Information Portal; National Institute for Health Care Management (NIHCM) Foundation; Pan American Health Foundation; European Parliament; European Centre for Disease Prevention and Control; United Nations

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de/
gbp.vdaee.de/

Bankverbindung:

Triodos Bank
IBAN:
DE05500310001076050003
BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Liebe Leser*innen,
die gute Nachricht zuerst: So wie es aktuell aussieht, werden wir die diesjährige Jahreshauptversammlung nicht im Internet machen, sondern als physisches Treffen in Berlin. Die Abwägung vom Wert »echter Kommunikation« gegen Risiko und Aufwand für Hygienemaßnahmen hat uns zu dem Schluss kommen lassen, dass wir es mit Auflagen wieder versuchen können. Zurück also zur Normalität? Oder besser gesagt, zu dem Teil der Normalität, der gut und verteidigungswert war und ist.

Und der Rest? »Pandemie der Ungleichheit« haben wir dieses zweite Heft zu COVID-19 betitelt. Und damit sind wir mittendrin in der von uns kritisierten und bekämpften Normalität. Ben Wachtlers Aufsatz leitet ein und zeigt, dass das Risiko für eine Infektion und einen schweren klinischen Verlauf wesentlich von den sozialen Determinanten der Gesundheit abhängt, dabei bekannten Mustern gesundheitlicher Ungleichheit folgt und diese potentiell weiter verschärft wird.

Weltweit stellte sich schnell heraus, dass People of Color (POC) sowohl bei den bestätigten Fällen als auch bei den Hospitalisierungen und Sterbefällen in Zusammenhang mit COVID-19 deutlich überrepräsentiert waren und dass ein Teil dieser Unterschiede auf Ungleichheit im sozioökonomischen Status zurückzuführen ist, die wiederum durch die systematische und strukturelle Ungleichverteilung von Macht und Ressourcen innerhalb einer Gesellschaft bedingt ist. Allerdings sind gesundheitliche Ungleichheiten nach Ethnizität nicht allein darauf zurückzuführen, sondern weisen weitere spezifische Muster rassistischer Diskriminierung auf, die über die Diskriminierung in Bezug auf materielle Ressourcen und gesellschaftlichen Status hinausgehen. Zu diesem so wichtigen Zusammenhang wollten wir auch einen eigenen Text in diesem Heft haben, der uns auch fest zugesagt war. Leider erkrankte die Autorin und sagte kurz vor Redaktionsschluss ab, so dass wir auf die Schnelle keinen adäquaten Ersatz dafür finden konnten. Wir sind uns der Lücke bewusst und hoffen, einen solchen Text in einer der nächsten Ausgaben nachreichen zu können.

Dass die Pandemie auch Genderaspekte aufweist, zeigen Anne-Sophie Windel, Hannah Gajsar und Amma Yeboah in ihrem Text. Phil Dickel vergleicht die Erfahrungen der Poliklinik Veddel in Hamburg mit Corona mit den historischen Erfahrungen in den armen Teilen der Hansestadt während der Cholera-Epidemie mit fast 10.000 Toten, von denen die meisten aus der Arbeiter*innenklasse stammte. Dieser verheerende Ausdruck der zunehmenden Klassenspaltung der Gesellschaft führte damals zu großen sozialen Bewegungen, die Phil Dickel schließen lassen mit der Hoffnung, dass es in der kommenden Post-COVID-Phase ebenfalls zu neuen sozialen Bewegungen und Kämpfen kommen wird, die die organisierte Verantwortungslosigkeit im Kapitalismus in Frage stellen und die sozial-ökologische Transformation vorantrei-

ben. Ein Thema, dem sich auch das diesjährige Gesundheitspolitische Forum widmen wird...

Christoph Butterwegge dekliniert uns noch einmal im Konkreten vor, wie sich der Zusammenhang von Corona, Armut und Gesundheit in Deutschland darstellt; Eva Klotz, Barbara Niedermaier und Lena Rummel zeigen dies an einer besonders vulnerablen Gruppe, den Menschen ohne Papiere. Diese sind in der Corona-Pandemie nicht nur von Krankheit bedroht, sondern auch von der Übermittlungspflicht von medizinischen und öffentlichen Institutionen. Die Autorinnen verweisen auf eine auch vom vdää unterstützte »Petition gegen die Übermittlungspflicht §87 Aufenthaltsgesetz«, um den Zugang zu medizinischer Versorgung ohne die Angst vor Abschiebung zu ermöglichen.

Dies ist auch ein Aspekt im Gespräch mit Heidrun Nitschke über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der HIV- und der Corona-Pandemie. Vor allem aber geht es hier wie auch in der ÖGD-Veranstaltung des vdää, über die Alexandra Sarah Lang im Anschluss berichtet, darum, wie der ÖGD verbessert werden könnte und wie die guten Erfahrungen und Praxen, die dort in der HIV- und in der COVID-Pandemie gemacht wurden, verstetigt und an die nächsten Generationen weiter vermittelt werden können.

Global stellte sich die Frage der Ungleichheit schon früher viel brutaler; mit der Pandemie wird es aber noch schlimmer: Andreas Wulf zeigt, dass sich die globale Ungleichheit mit COVID verschärft und zwar nicht nur beim Zugang zu Impfstoffen, sondern vor allem wegen der ökonomischen Folgen der Lockdowns, der Wirtschafts- und Verschuldungskrisen, die eine weitere Abwärtsspirale in Gang setzen, wenn es nicht größte Widerstände dagegen und grundsätzliche Änderungen an der weltweiten Verteilung des Reichtums geben wird. Auch dies kein Job, mit dem wir die Menschen im globalen Süden alleine lassen können. Hier sind auch wir gefragt. Rückkehr zur Normalität verbietet sich.

Zuletzt berichtet Stefan Schoppengerd vom Streik der Beschäftigten von Charité und Vivantes, die bei Drucklegung bei Tag 21 angelangt waren, ohne dass die Arbeitgeber*innen sich wesentlich auf sie zubewegt haben. Der Kampf um andere Regeln in der Daseinsvorsorge, ob bei Gesundheit oder auch beim Wohnen, gewinnt im Spätsommer 2021 eine neue Qualität – zumindest in Berlin. Dass die Mehrheit der Wähler*innen in Berlin der Forderung nach Enteignung großer Immobilienkonzerne wie »Deutsche Wohnen« zugestimmt haben, hat historische Qualität und ist auch für unsere Kämpfe im Gesundheitswesen bedeutsam. Vielleicht bedeutsamer als die Ergebnisse der Bundestagswahl...

Darüber können wir dann bei der JHV streiten. Wir freuen uns auf Euer Kommen und wünschen gute Lektüre.

Die Pandemie der Ungleichheit

Benjamin Wachtler über die soziale Bedingtheit von COVID-19

Während zu Beginn der COVID-19-Pandemie noch viele davon ausgingen, dass das Virus alle Menschen gleich betreffen würde, zeigten sich im weiteren Verlauf bekannte Muster sozialer Ungleichheit mit einer stärkeren Betroffenheit von sozial benachteiligten Menschen. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den Wissensstand zu sozialer Ungleichheit im COVID-19-Geschehen, stellt Theorien vor, wie es zur Entstehung dieser Ungleichheit kommt und diskutiert die daraus zu ziehenden Lehren für die aktuelle und mögliche kommende Epidemien.

Das erstmals im Dezember 2020 im chinesischen Wuhan aufgetretene neuartige Corona-Virus (SARS-CoV-2) hat eine Pandemie ausgelöst, die Gesellschaften weltweit vor historische Herausforderungen stellt und mittlerweile über 4,5 Millionen Menschen das Leben gekostet hat (Stand 7. September 2021, *Dashboard Johns Hopkins University*). Während sehr früh klar wurde, dass vor allem Ältere und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen ein besonders Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 haben, war über die weiteren sozialepidemiologischen Muster zunächst wenig bekannt. »Vor dem Virus sind alle gleich« wurde von einigen Stellen anfangs aus einem individualbiologischen Reduktionismus heraus behauptet. Oder wie der konservative britische Politiker Michael Gove es ausdrückte: »Das Virus diskriminiert nicht« (*Sky News* 2020). Es zeigte sich aber recht schnell, dass sich zwar prinzipiell alle Menschen mit SARS-CoV-2 infizieren und an COVID-19 erkranken und sterben können, das Risiko für eine Infektion und einen schweren klinischen Verlauf jedoch wesentlich von den sozialen Determinanten der Gesundheit abhängt. Die soziale Ungleichheit in der gesellschaftlichen Verteilung wichtiger Ressourcen sorgt dafür, dass SARS-CoV-2 sich ungleich in der Bevölkerung verteilt und dabei bekannten Mustern gesundheitlicher Ungleichheit folgt und diese potentiell weiter verschärft wird (Wachtler and Hoebel 2020).

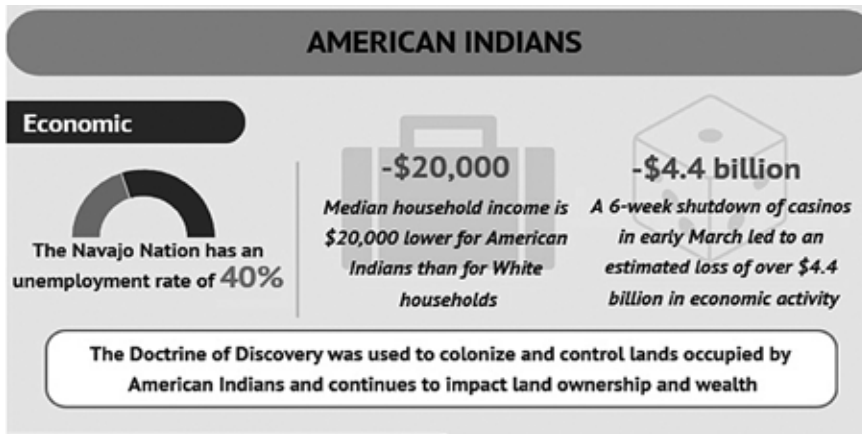
Die Ungleichheiten in der gesellschaftlichen Verteilung von COVID-19

wurden recht bald auch international empirisch belegt (Wachtler et al. 2020). Aus den USA kamen bereits ab März 2020 erste Berichte, dass People of Color (POC) sowohl bei den bestätigten Fällen als auch bei den Hospitalisierungen und Sterbefällen in Zusammenhang mit COVID-19 deutlich überrepräsentiert waren (Garg et al. 2020, Price-Haywood et al. 2020, Yancy 2020). Aus New York City, einem der Epizentren der ersten Welle in den USA, wurde berichtet, dass Afroamerikaner*innen ein doppelt so hohes Sterberisiko hatten wie weiße US-Amerikaner*innen (New York City Health Department 2020). Aus England kamen bald ähnliche Zahlen, die ein höheres Mortalitätsrisiko für POC zeigten (Williamson et al. 2020). Zumindest ein Teil dieser Unterschiede im COVID-19 Sterberisiko für POC ist dabei auf Ungleichheit im sozioökonomischen Status zurückzuführen, die wiederum durch die systematische und strukturelle Ungleichverteilung von Macht und Ressourcen innerhalb einer Gesellschaft bedingt ist. Aller-

dings sind gesundheitliche Ungleichheiten nach Ethnizität nicht allein auf Unterschiede im sozioökonomischen Status zurückzuführen, sondern weisen weitere spezifische Muster rassistischer Diskriminierung auf, die über die Diskriminierung in Bezug auf materielle Ressourcen und gesellschaftlichen Status hinausgehen (Williams et al. 2016, Price-Haywood et al. 2020, Williamson et al. 2020).

In Bezug auf sozioökonomische Ungleichheit im COVID-19-Geschehen war spätestens ab dem Sommer 2020 klar, dass sich auch hier bekannte Muster gesundheitlicher Ungleichheit mit einer stärkeren Betroffenheit von sozial benachteiligten Menschen zeigten (Wachtler et al. 2020). So wurde berichtet, dass Menschen aus den am meisten deprivierten Regionen in England ein doppelt so hohes Risiko haben, an COVID-19 zu versterben, wie Menschen aus den am wenigsten deprivierten Regionen (Williamson et al. 2020). Aber auch aus (vermeintlich) egalitäreren Ländern wurden solche Unterschiede berichtet: Eine Analyse





einer großen Kohortenstudie aus Schweden zeigte ein erhöhtes Sterberisiko für Menschen mit niedrigem Einkommen und niedriger Bildung. Besonders ausgeprägt waren diese Unterschiede im erwerbsfähigen Alter, hier hatten Menschen aus der niedrigsten Einkommensgruppe ein im Vergleich mit der höchsten Einkommensgruppe mehr als fünffach erhöhtes Risiko, an COVID-19 zu versterben. Menschen, die aus Ländern mit einer geringen Wirtschaftsleistung nach Schweden eingewandert waren, hatten ein ungefähr doppelt so hohes Sterberisiko wie Menschen ohne Migrationserfahrung (Drefahl et al. 2020).

Die Anzahl an internationalen Studien, die solche oder ähnliche Zusammenhänge für unterschiedliche Länder darstellen, hat seit Beginn der Pandemie stark zugenommen, so dass sich heute sagen lässt, dass es eine systematische Ungleichverteilung von COVID-19 Infektionen, Hospitalisierungen und Todesfällen zuungunsten von Menschen in niedrigen sozioökonomischen Positionen gibt. Diese Muster können sich über die Zeit verändern und sind abhängig vom regionalen Infektionsgeschehen, zeigen aber über längere Beobachtungszeiträume und bei generell hoher Inzidenz eine erhöhte Betroffenheit von sozial benachteiligten Menschen. Erste Analysen aus Deutschland zeigten z.B. anfangs eine stärkere Betroffenheit von Menschen aus wenig deprivierten Regionen, im weiteren Verlauf, mit insgesamt gestiegenen Fallzahlen, waren jedoch Menschen aus stärker deprivierten Regionen stärker betroffen, so dass sich generell auch hier bekannte

Muster gesundheitlicher Ungleichheit zuungunsten von sozial benachteiligten Menschen herausbildeten (Wachtler et al. 2020, Hoebel et al. 2021, Hoebel et al. 2021).

■ Theorien zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten in COVID-19

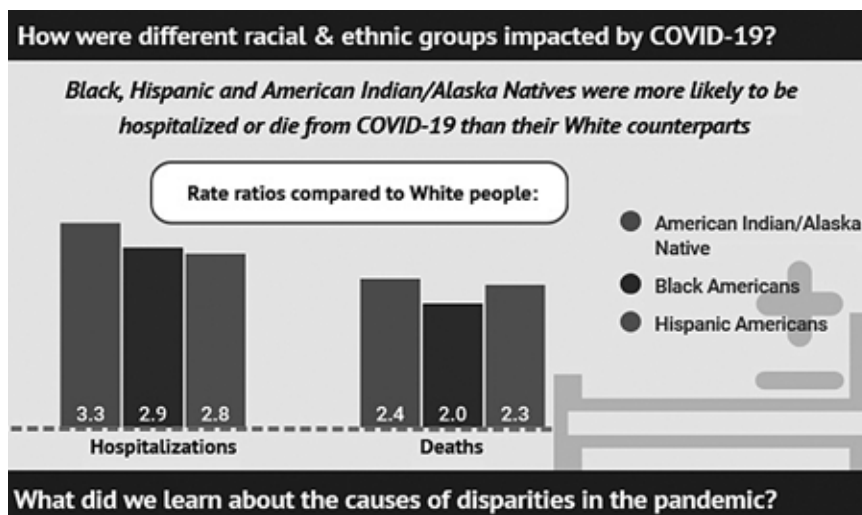
Die Ursachen, die zur Entstehung dieser Muster der gesellschaftlichen Ungleichverteilung von COVID-19-Risiken führen, sind dabei vielfältig und weniger gut erforscht. Prinzipiell lässt sich sagen, dass SARS-CoV-2 sich in Bevölkerungen verbreitet, die bereits vor der Pandemie durch gesundheitliche Ungleichheiten in fast allen chronischen Erkrankungen geprägt waren. Fast alle davon sind häufiger bei sozial benachteiligten Menschen und einige werden als Risikofaktoren für schwere Verläufe von COVID-19 angesehen. Die englische Sozialepidemiologin Clare Bamba spricht daher von einer »syndemischen Pandemie« oder »Syndemie«: »Eine Syndemie ist eine Reihe eng miteinander verwobener und sich gegenseitig verstärkender Gesundheitsprobleme, die den allgemeinen Gesundheitszustand einer Bevölkerung im Kontext einer sich fortsetzenden Konfiguration schädlicher sozialer Bedingungen erheblich beeinträchtigen« (Bamba et al. 2020). Ursache für die Ungleichverteilung chronischer Krankheiten sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit, also die Lebensbedingungen in den Menschen »leben, arbeiten, aufwachsen und älter werden« (CSDH 2008), insbesondere die Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit, der Zugang zu essen-

tiellen Gütern, Wohnraum und Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig und damit zusammenhängend können auch psychosoziale Faktoren einen Einfluss darauf haben, ob und wie stark sich eine Atemwegserkrankung nach einer Exposition mit einem entsprechenden Virus manifestiert (Cohen 2020). So hatten in einer experimentellen Studie Menschen, die sich selbst als sozial benachteiligt wahrnahmen, ein erhöhtes Risiko für eine Erkrankung der oberen Atemwege nach Exposition gegenüber Rhino- und Influenzaviren (Cohen et al. 2008), was theoretisch auch für SARS-CoV-2 gelten könnte (Cohen 2020).

Neben der Suszeptibilität für eine Infektion und schwere Verläufe stellt natürlich die Möglichkeit, eine Exposition gegenüber dem Virus zu verhindern, eine Hauptursache für eine ungleiche Verteilung der Infektionen in der Gesellschaft dar. Beengte Wohnverhältnisse sind ein Risikofaktor für eine Infektion mit SARS-CoV-2 (Millett et al. 2020, Raisi-Estabragh et al. 2020) und Wohnraum ist, v.a. in Metropolenregionen, sozial sehr ungleich verteilt. In Deutschland leben z.B. 19% der Menschen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle in überfüllten Wohnverhältnissen. Bei Menschen mit einem Einkommen oberhalb der Armutsrisikoschwelle liegt der Anteil hingegen bei nur 5% (Eurostat 2020). Menschen, die in essentiellen Berufen, z.B. in der Logistik, im Gesundheitsbereich, dem Einzelhandel oder im öffentlichen Personennahverkehr arbeiten, haben eher unterdurchschnittliche Löhne und arbeiten häufig unter Bedingungen, die eine stärkere physische Nähe gegenüber anderen, möglicherweise infektiösen Menschen beinhalten. Die Möglichkeit, von zu Hause zu arbeiten, steht demgegenüber eher Menschen offen, die höhere Einkommen und Qualifikationen haben (Schröder et al. 2020). Eine Modellierungsstudie aus den USA konnte zeigen, dass Menschen mit geringem Einkommen weniger gut in der Lage waren, nach Beginn eines Lockdowns ihre Mobilität einzuschränken – mutmaßlich da sie weiter mit dem öffentlichen Nahverkehr zur Arbeit fahren mussten, anstatt im Homeoffice zu ar-

beiten (Chang et al. 2021). Sie suchten gleichzeitig häufiger als sozial Bessergestellte Orte auf, die überfüllt waren und ein erhöhtes Infektionsrisiko darstellten.

Die beiden Soziologen Sean Clouston und Bruce Link verweisen auf die »Theorie der fundamentalen Ursache« (FCT) (engl. fundamental cause theory), um die Entstehung sozialer Ungleichheit in einer Erkrankung zu erklären, die rein biologisch prinzipiell jeden betreffen kann (Clouston et al. 2021). Die FCT entstand eigentlich, um zu erklären, warum sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität über die Zeit stabil geblieben sind oder zugenommen haben und fast überall auftreten, obwohl sich die ursprünglichen Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten über die Zeit stark verändert haben. Die Theorie besagt, dass Ressourcen, die mit einem hohen sozioökonomischen Status verbunden sind, wie Wissen, Geld, Macht, Prestige und vorteilhafte soziale Beziehungen, flexibel angewandt werden können, um den sozial Bessergestellten immer einen privilegierten Zugang zu schützenden Faktoren und eine Vermeidung von Risikofaktoren zu ermöglichen. Dies sei auch in der aktuellen Pandemie der Fall, was die von ihnen beschriebene Dynamik eines zweizeitigen Verlaufs der Pandemie in den USA erkläre. Zunächst sei so gut wie nichts über COVID-19 bekannt gewesen und eher wohlhabende Menschen, die die finanziellen Ressourcen für Langstreckenreisen hatten, waren die Treiber der Infektionsdynamik. Mit der Zunahme des Wissens über COVID-19 und der Einführung von Public-Health-Interventionen, wie der Aufforderung, möglichst zu Hause zu bleiben, habe dann die soziale Ungleichheit zugunsten der sozial Bessergestellten zugenommen, die nun besser in der Lage waren, die oben genannten Ressourcen zu nutzen, um sich und ihre Familien und sozialen Netzwerke effektiv zu schützen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status seien demgegenüber aufgrund eines Mangels an eben diesen Ressourcen und aufgrund ihrer Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen dazu nicht in gleicher Weise in der Lage gewesen. Und sie wären es auch in einer kom-



menden nächsten Pandemie mit einem anderen, prinzipiell nicht-diskriminierenden Erreger nicht.

■ Lehren und Konsequenzen

Es stellt sich die Frage, was nun die Lehren sind, die aus den beobachteten gesundheitlichen Ungleichheiten in COVID-19 und den zugrundeliegenden Mechanismen gezogen werden müssen. Zum einen wird deutlich, dass wir – trotz aller Gleichheitsideale der bürgerlichen Gesellschaft – in zutiefst ungleichen Gesellschaften leben und dass die ökonomische Ungleichheit ein wesentlicher Risikofaktor für die Verbreitung von neu auftretenden Erregern in epidemischen Lagen sein kann. Das heißt auch, dass die gleichere Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, z.B. durch eine Politik der Umverteilung, eine wichtige und nachhaltige Intervention zur Eindämmung epidemischer Lagen wäre. Gerechtere bzw. gleichere Gesellschaften wären höchstwahrscheinlich resilienter gegenüber einer nächsten Pandemie als ungerechte, ungleiche, denn der Nachweis der oben beschriebenen sozialen Ungleichheit in Inzidenz, Hospitalisierungen und Sterblichkeit bedeutet ja immer auch, dass ein großer Teil der SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19 Sterbefälle verhinderbar wäre, wenn alle über die gleichen Ressourcen verfügten. Das hätte natürlich auch positive Auswirkungen auf die Eindämmungsmaßnahmen der Epidemie, da dann mehr Menschen in der Lage wären, den Public-Health-Interventionen effektiver zu folgen, was

wiederum alle Gesellschaftsmitglieder schützen würde.

Die gesellschaftliche Umverteilung von wichtigen Ressourcen mit dem Ziel einer gerechteren Gesellschaft ist sicherlich ein eher langfristiges Ziel. Zur kurz- bzw. mittelfristigen Abmilderung der ungleichen Lasten durch COVID-19 und möglicherweise folgender Epidemien mit neu auftretenden Erregern müssen die sozialen Determinanten, die zu dieser ungleichen Verteilung der Risiken führen, in die nationalen und internationalen Pandemiepläne aufgenommen werden. Doch bis heute spielen die sozialen Determinanten und damit die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen darin keine Rolle. Und das, obwohl bereits seit der Influenzapandemie 2009 (H1N1) eine Integration von sozialen Faktoren, zur Reduzierung des Risikos für Menschen mit sozialer Benachteiligung, durch Wissenschaftler öffentlich gefordert wurden (Quinn and Kumar 2014). Die Aufnahme solcher Maßnahmen in zukünftige Pandemiepläne würde bedeuten, endlich die sozialen Dimensionen von akuten Infektionskrankheiten anzuerkennen und als relevant für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu begreifen. Das könnte helfen, Infektionen sowie Krankheits- und Todesfälle aktuell und in möglichen zukünftigen Epidemien zu verhindern.

Benjamin Wachtler ist Arzt und Public-Health-Wissenschaftler aus Berlin.

Das Literaturverzeichnis ist über die Geschäftsstelle des vdäa zu beziehen und wird auf der Homepage von Gesundheit braucht Politik veröffentlicht.

Kein Betroffenheitswettkampf

Über die COVID-19-Pandemie aus gendermedizinischer Perspektive

Seit beinahe zwei Jahren beschäftigt die COVID-19-Pandemie die globale Gemeinschaft. Dabei werden strukturelle, ökonomische, gesundheitliche und gesellschaftliche Herausforderungen sichtbar. Im Folgenden werfen Anne-Sophie Windel, Hannah Gajsar und Amma Yeboah einen geschlechtsspezifischen Blick auf die Pandemie aus biologischer sowie psychosozialer Sicht.

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es hinsichtlich des akuten Verlaufs der SARS-CoV-2-Infektion und möglicher ökonomischer und gesundheitlicher Spätfolgen bei den Geschlechtern? »Sex« bezeichnet dabei biologische Dimensionen von Geschlecht, also physiologische, anatomische, genetische, hormonelle, immunologische Prozesse. Dabei ist die Annahme einer absoluten Geschlechterbinarität aus biologischer Sicht nicht vertretbar, vielmehr handelt es sich bei dem Merkmal Geschlecht um biologische Kontinuitäten im Sinne eines Spektrums. Daneben beinhaltet »Gender« psychosoziale Aspekte von Verhaltensweisen und Einstellungen, welche durch Gesellschaft, kulturelle und strukturelle Einflüsse geprägt werden. Beide Kategorien sind dabei nicht unabhängig voneinander zu sehen, sondern beeinflussen sich gegenseitig (Oertelt-Prigione, 2021).

■ Mangel geschlechtsspezifischer Daten

Aufgrund der Vielschichtigkeit demographischer Einflussfaktoren auf Prognose, Verlauf und Behandlung der Erkrankung wird seit Beginn der Pandemie eine geschlechtsspezifische Betrachtung in der Forschung über SARS-CoV-2 sowie in der Umsetzung von Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie gefordert (Wenham, 2020; Amgalan et al., 2021; Oertelt-Prigione, 2021).

In einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit zeigte sich jedoch, dass in den bisherigen Publikationen nur 4% aller Studien zu SARS-CoV-2 das Geschlecht als analytische Variable

berücksichtigen, während ca. 67% gar keine Angaben zu Geschlecht machen und die restlichen Geschlecht zwar benannten, aber nicht weiter in ihrer Analyse betrachteten. Lediglich eine Studie behandelte die Auswirkungen auf Transmenschen in der Corona-Pandemie. In pharmakologischen Studien benannten nur 8 von 45 Studien geschlechtsspezifische Analysen zur Pharmakodynamik. Auch mit zunehmender Dauer der Pandemie blieb die Zahl geschlechtsspezifischer Analysen in SARS-CoV-2-Studien gering, obwohl sich die Hinweise auf sex- und genderspezifische Aspekte bei Expositionsrisiken, Krankheitsverläufen und Behandlungen häuften (Brady et al., 2021).

Die Gendermedizinerinnen Gebhard und Regitz-Zagrozek (2020) stellen eine genauere Übersicht über die bisherige, vorläufige Datenlage hinsichtlich der Inzidenzen und Krankheitsverläufe aus gendermedizinischer Perspektive vor, welche sich aus Studien aus China und verschiedenen europäischen Ländern speist. Dabei wird das Geschlecht binär im Sinne der traditionellen Konzeption Mann/Frau erhoben. Soweit in Studien bisher festgehalten, unterscheidet sich die Inzidenz von SARS-CoV-2-infizierten Männern und Frauen nicht. Gleichzeitig scheint aber die Krankheitsschwere und Mortalität bei Männern vor allem mit steigendem Alter erhöht: In Ländern, die geschlechtsspezifische Daten auswerten, wurde über eine bis zu 1,5-fache Hospitalisierungsrate sowie bis zu 3- bis 4-fach erhöhte intensivmedizinische Behandlungsbedürftigkeit berichtet. Männer scheinen demnach ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Erkrankung nach

eingetretener Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus zu entwickeln und dementsprechend häufiger an der Erkrankung zu versterben. Die Autorinnen machen in der Studie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass diese Ergebnisse aufgrund der geringen Zahl geschlechtsspezifischer Datenerhebungen in Bezug auf COVID-19 vorläufigen Charakter haben (Gebhard et al., 2020). Im Folgenden werden biologische, also sexspezifische Faktoren, sowie psychosoziale, genderspezifische Faktoren diskutiert.

■ Sex und COVID-19

Sexspezifische zelluläre Vulnerabilität

Notwendig für die Infektion der Zelle mit einem SARS-CoV-2-Virus ist die Bindung an den ACE-2-Rezeptor, dessen Gen auf dem X-Chromosom kodiert wird. Die Gen-Expression des ACE-2-Rezeptors wird durch das Östrogen gehemmt. Durch eine verminderte Expression des ACE-2-Rezeptors bei Menschen mit einem erhöhten Östrogenspiegel, z.B. bei Cis-Frauen, Trans-Frauen unter Hormontherapie und Trans-Männern ohne Hormontherapie, und dadurch verminderte Zellinfiltration des SARS-CoV-2-Virus, kann die bessere Prognose bei dieser Bevölkerungsgruppe erklärt werden. Des Weiteren spielt die Serinprotease TMPRSS2 eine Rolle beim Eintritt von SARS-CoV-2 in die menschlichen Zellen, die vor allem im Prostatagewebe exprimiert wird. Hierdurch scheinen Menschen mit Prostata eine erhöhte Vulnerabilität aufzuzeigen (vgl. Amgalan et al., 2021; Gebhard et al., 2021;).

Sex-spezifische Unterschiede in der Immunabwehr

Auf der Ebene der Immunabwehr spielt der Toll-like-Rezeptor-7 in der Detektion von RNA-Viren, wie auch dem SARS-CoV-2-Virus, eine Rolle. Dieser wird ebenfalls auf dem X-Chromosom kodiert, sodass bei Menschen mit XX-Gonosomen eine erhöhte Stabilität der Expression vorliegen kann. Bezüglich weiterer gonosomaler Ausstattung wie XXY- oder XXX-Konfigurationen gibt es bislang – soweit bekannt – keine Untersuchungen. Auch die Zytokinproduktion wird durch Geschlechtshormone beeinflusst, wobei Östrogen eine immunstimulierende Wirkung zu haben scheint (Amgalan et al., 2021). Bei Menschen mit einem niedrigen Östrogenspiegel, z.B. Cis-Männern, zeigt sich eine erhöhte Gefahr von Zytokinüberproduktion (Cytokine Storm) mit erhöhter Mortalität bei SARS-CoV-2-Infektion. Ebenfalls wurde in vorherigen Studien eine erhöhte Antikörperbildung nach Impfungen und Infektion bei Frauen sowie nach SARS-CoV-2-Infektion eine gesteigerte Immunglobulin-G-Produktion festgestellt (Oertelt-Prigione, 2021). Eine erhöhte und verlängerte immunologische Antwort könnte auch ein Grund dafür sein, dass mehr Frauen als Männer an Long-COVID erkranken zu scheinen (Malorni, 2021), wobei ausführliche Studien dazu noch fehlen. In all diesen Fällen wird eine protektive Wirkung durch eine über die XX-Gonosomen vermittelte Genausstattung und -expression von Hormonen bzw. Proteinen im Rahmen einer SARS-CoV-2-Infektion deutlich.

Sex-spezifische Risiken

in der medikamentösen Behandlung

Wie generell in der medikamentösen Behandlung von Erkrankungen besteht auch in der Behandlung von SARS-CoV-2 die Gefahr einer Überdosierung von Medikamenten bei Frauen, die auf geschlechtsspezifischen pharmakokinetischen und -dynamischen Unterschieden beruhen. Es bestehen Hinweise auf die Notwendigkeit einer geringeren Dosierung zugelassener Präparate wegen der Gefahr der erhöhten unerwünschten Arzneimittelwirkung bei Frauen. Außerdem wird auf die vermehrten allergischen Reak-

tionen auf die SARS-CoV-2-Impfung, sowie das erhöhte Risiko einer Sinusvenenthrombose nach vektorbasierter Impfstoffapplikation bei Frauen hingewiesen (Oertelt-Prigione, 2021; Brady et al., 2021). Da bislang die Medikamenten- und Impfstudien vor allem an Männern vorgenommen werden, besteht auch hier weiterer Untersuchungsbedarf, um mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medikation zu erforschen.

■ Gender und COVID-19

Genderspezifische Aspekte schwerer Krankheitsverläufe von Männern

Neben den genetisch-hormonellen werden auch genderspezifische Ursachen für die Unterschiede in Bezug auf Krankheitsschwere und -verlauf sowie Mortalität diskutiert: So reagierten Frauen in Gesundheitsberufen eher auf wissensbasierte Anweisungen bezüglich Gesundheitsverhalten als Männer in Gesundheitsberufen (Szilagyi et al., 2013). Ebenfalls wird ein durch Maskulinität bedingtes stärkeres Risikoverhalten mit erhöhtem gesundheitsschädigendem Verhalten, ein hoher Nikotinkonsum und somit eine verstärkte prämorbid Lungenschädigung, sowie erhöhter Alkoholkonsum während der Pandemie diskutiert (Amgalan et al., 2021; Gebhard et al., 2021; Morgan et al., 2021). In den USA zeigte sich ebenfalls eine erhöhte Mortalität von Männern *of Color* sowie von Männern aus sozioökonomisch schlechter gestellten Lebensbedingungen (Morgan et al., 2021), in Deutschland fehlen solche Studien bislang flächendeckend. Einzelne Untersuchungen weisen auf eine erhöhte Infektionsrate und Mortalität in sozioökonomisch benachteiligten Orten (RKI, 2021), auf vermehrte Hospitalisierung bei Arbeitslosigkeit (Wahrendorf et al., 2021) sowie auf ein erhöhtes Infektionsgeschehen von Migrant*innen in prekären Arbeitsbedingungen sowie geflüchteten Menschen in Sammelunterkünften hin (Hintermeier et al., 2021). Die Zusammenhänge hinsichtlich der Intersektionalität verschiedener sozialer Determinanten der Gesundheit wie »Rasse« und Rassismus, sozialer Status, Bildungshintergrund und Beschäftigung

deutet dabei auf psychosoziale Erklärungsmodelle hin, die sich auf Lebensbedingungen und -stile beziehen, zu denen auch die Dimension Geschlecht zählt. Das vermehrte Vorliegen von Risikofaktoren für einen schwereren Krankheitsverlauf kann demzufolge bei Männern aufgrund genderstereotyper Verhaltenstendenzen ebenfalls Erklärungen für schwerere Krankheitsverläufe von SARS-CoV-2 bieten. Es wird deshalb eine spezifische Aufklärung für Männer empfohlen (Morgan et al., 2021). Ebenfalls scheinen weitere Anstrengungen für eine präventive, gendersensible Reduktion von Risikofaktoren angezeigt, bei denen gesundheitsschädigende Aspekte von männlichen Gender-Stereotypen thematisiert werden.

Genderspezifische Aspekte des Expositionsrisikos bei SARS-CoV-2

Weltweit sind Frauen häufiger in personennahen Dienstleistungen und sozialen Berufen tätig: Laut dem European Institute of Gender Equality sind in der EU 76% der 49 Millionen Gesundheitsarbeiter*innen Frauen (EU-Parlament, siehe Abbildung 1) und 90% der Sozialarbeiter*innen weltweit sind Frauen (Morgan et al., 2021). Durch die oftmals Patient*innen-nahe Arbeit besteht bei Gesundheitsarbeiter*innen und Reinigungskräften, insbesondere auch Frauen *of Color*, als *Frontline Workers* in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in ambulanten Pflegediensten ein erhöhtes Expositionsrisiko mit SARS-CoV-2 (Gebhard et al., 2021). Gerade zu Beginn der Pandemie bestand dabei teilweise das Problem schlecht-sitzender Masken, da anatomisch die Norm an bestimmten Männergesichtern gemessen wurde und die Masken für Menschen ohne die Gesichtszüge der für die Auswahl zur Normierung der Masken ausgewählten Gesichter teilweise zu groß waren (Oertelt-Prigione, 2021). Trotz des erhöhten Expositionsrisikos von Frauen scheinen sich die Inzidenzen aber nicht genderspezifisch zu unterscheiden (Gebhard et al., 2021). Mögliche Erklärungen hierfür können sein, dass Frauen tendenziell eher gesundheitlichen Empfehlungen folgen, wie dem regelmäßigen Händewaschen (Szilagyi et al., 2013),

oder dass sich lebensstilbedingte Risikofaktoren, wie eine erhöhte prä-morbide Lungenbelastung durch Rauchen bei Männern auch ungünstig auf das Infektions- und Erkrankungsrisiko auswirken. Praktische Hinweise, wie Unternehmen auf geschlechtsspezifische Organisationsstrukturen und Forschung achten können, gibt beispielsweise die Plattform ACT (ACT, 2021).

Intersektionalität und COVID-19

Hinsichtlich anzunehmender Unterschiede in den Expositionsrisiken mit SARS-CoV-2 sind intersektionale Aspekte zu beachten wie die Verstrickung von Gender mit Rassifizierung, sozioökonomischem Status und sexueller Orientierung. So wurde in England beispielsweise eine erhöhte Sterblichkeit durch SARS-CoV-2-Infektionen von Frauen *of Color* im Vergleich zu weißen Frauen berichtet (Morgan et al., 2021). Rassifizierte Menschen leben aufgrund sozioökonomischer Benachteiligung eher auf beengtem Wohnraum, was das Expositionsrisiko erhöhen kann. Weiterhin sind *People of Color* aufgrund von strukturellem Rassismus häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen mit erhöhter Exposition tätig, ein Umstand, der insbesondere für Frauen *of Color* zutrifft. So zeigte eine Studie in den USA, dass Frauen *of Color* im Vergleich zu weißen Frauen ihre Arbeit weniger häufig im Homeoffice verrichten können (Pope et al., 2021). Des Weiteren sind *People of Color* häufiger von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitssystem einhergehend mit einer geringeren Behandlungsqualität betroffen (Bartig et al., 2021), was zu einer verminderten Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen führen kann. Bezüglich Männern *of Color* könnte die hohe Mortalität nach Infektion mit SARS-Cov-2 in den USA eine Verschränkung Rassismus-bedingter erhöhter Exposition und schlechterer medizinischer Behandlung mit sexspezifisch erhöhter Vulnerabilität gegenüber schweren Krankheitsverläufen widerspiegeln.

»Genderspezifische Auswirkungen: Häusliche Gewalt«

Jede Woche werden in der EU etwa 50 Frauen durch häusliche Gewalt getö-

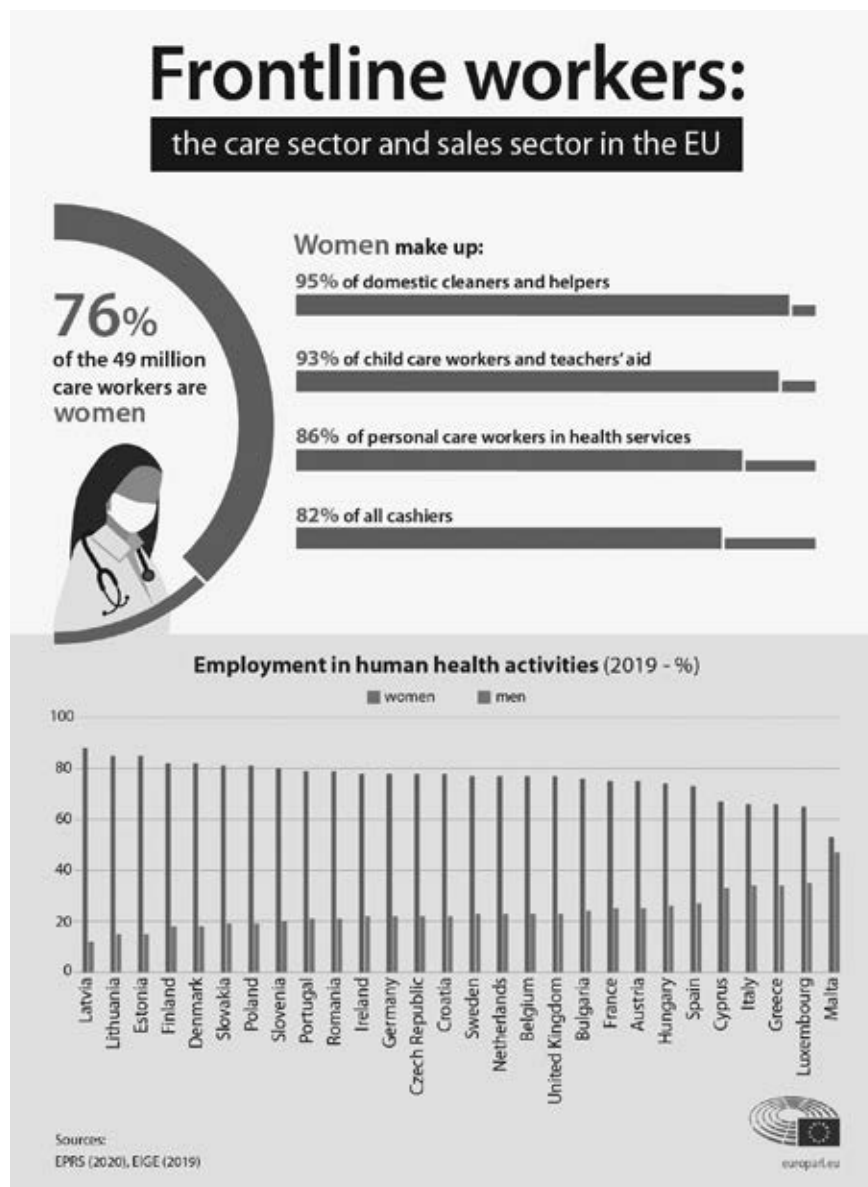


Abbildung 1: Anteil von Frauen in Dienstleistungs- und Gesundheitsberufen in der EU

tet. Diese Zahlen sind laut Studien, insbesondere durch Datenerhebungen der Beratungsstellen für Opfer von häuslicher Gewalt, während des Lock-downs gestiegen, während die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Opferhilfestellen mangelhaft bleibt (Steinert & Ebert, 2021). Die notwendigen Beschränkungen des öffentlichen Lebens und Hygienemaßnahmen haben es oftmals schwerer gemacht, Hilfe einzuholen. Ein erhöhtes Stresslevel, erhöhte Raten von Angststörungen bei Männern und Frauen aufgrund sozioökonomischer Bedrohung im Zuge der Pandemie (Steinert & Ebert, 2021), sowie Gender-stereotype Bewältigungsstile können Erklärungen für die erhöhte häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder während der Pandemie bieten

(Morgan et al., 2021). Es ist anzunehmen, dass bei den Überlebenden häuslicher Gewalt, insbesondere Frauen und Heranwachsenden, neben den physischen Schädigungen auch ein Zuwachs an Traumafolgestörungen, z.B. Angststörungen, depressiven Erkrankungen, Suchterkrankungen und somatoformen Erkrankungen zu verzeichnen sein wird. Dringende Handlungsempfehlungen und niedrigschwellige soziale Hilfen für Familien in prekären sozioökonomischen Bedingungen sind daher unabdingbar. Ebenfalls erscheint es dringend, die Zahl der Opferhilfestellen zu erhöhen und Zugangsinformationen weiter zu verbreiten (Steinert & Ebert, 2021).

Doch nicht nur hinsichtlich des vermehrten Risikos häuslicher Gewalt

Bundesweite Befragung

»Ich pflege wieder, wenn ...«

von Arbeitnehmerkammer Bremen, Arbeitskammer des Saarlandes, Institut Arbeit und Technik gestartet Was müsste sich ändern, damit ausgestiegene Pflegekräfte wieder in den Beruf zurückkehren und Teilzeit-Pflegekräfte ihre Stunden erhöhen? Wie groß wäre das Potenzial an Pflegekräften, um die Beschäftigten zu entlasten und eine gute Versorgung zu gewährleisten? Die Ergebnisse der Bremer Pilot-Studie »Ich pflege wieder, wenn ...« haben bereits Anfang 2021 großes regionales Interesse geweckt und Initiativen für Veränderungen in der Praxis angestoßen. Die Arbeitnehmerkammer Bremen, die Arbeitskammer des Saarlandes und das Institut Arbeit und Technik führen die Befragung nun leicht verändert und in erweiterter Form erstmals deutschlandweit durch. Für den Erfolg der Studie ist entscheidend, neben Teilzeitkräften auch ausreichend ausgestiegene Pflegekräfte für die Beteiligung an der Befragung zu gewinnen. Daher bitten wir Sie um Beachtung, Weiterleitung und Verbreitung der Befragung.

An der Befragung kann man bis zum 17. Oktober teilnehmen unter

www.ich-pflege-wieder-wenn.de

während der Pandemie sind Frauen von der COVID-19-Pandemie auf wirtschaftlicher und sozial-psychologischer Ebene verstärkt gefordert und betroffen.

Psychosoziale und sozioökonomische Auswirkungen der Pandemie

Auch außerhalb des Gesundheitssystems sind Frauen diejenigen, die meistens die Sorgearbeit (Care-Arbeit) in den Familien übernehmen, sich z.B. um kranke Familienmitglieder kümmern und /oder diese pflegen. Frauen machen zwei- bis dreimal häufiger informelle Sorgearbeit als Männer und waren während der Lockdown-Maß-

nahmen überdurchschnittlich häufig für die Kinderbetreuung und Hausarbeit zuständig, oftmals in einer Doppelbelastung ihres eigenen Jobs mit oder ohne Homeoffice. Studien haben ebenfalls gezeigt, dass Frauen dabei über vermehrte psychische Belastungen durch mangelhafte Vereinbarkeit von zusätzlicher pandemiebedingter Hausarbeit und dem Erwerbsjob geklagt haben. Ebenfalls zeigte sich, dass Frauen wahrscheinlicher als Männer ihre bezahlte Arbeit reduzierten, um die Kinderbetreuung und Hausarbeit zu gewährleisten (Morgan et al., 2021). Frauen sind verstärkt in prekären Beschäftigungsverhältnissen in Dienstleistungsbereichen (Wellness, Hotellerie, Gastronomie) tätig, die während der Lockdown-Phasen geschlossen wurden. Somit sind sie am ehesten von ökonomischer Unsicherheit betroffen und geraten dadurch in eine Abhängigkeit von Staat, Partnern oder Familien (EU-Parlament, 2021). Andererseits machen Frauen einen Großteil in anderen sogenannten »systemrelevanten« Jobs aus, die zwar mit geringer Entlohnung, niedrigerer Bezahlung (z.B. Kassiererinnen, Reinigungspersonal, Krankenpflege) und höherem Expositionsrisiko, aber zumindest mit einer relativ stabilen Arbeitsplatzsicherheit verbunden waren (Gebhard et al., 2021). Es ist anzunehmen, dass Frauen *of Color* aufgrund ihrer systematischen Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt durch die Dimensionen »Rasse« und Rassismus sowie Gender am stärksten von sozioökonomischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen sind (Morgan et al., 2021).

In einer Studie zur Situation von Familien in Deutschland während des ersten Lockdowns reflektierten Frauen vor allem über soziale Kontakte, Familie und Kinderbetreuung, während Männer vor allem die ökonomischen Perspektive und bezahlte Arbeit bedachten (Czymara et al., 2021). Die beschriebenen Phänomene zeigen eine Fortführung und Verfestigung bereits bestehender und aktuell verstärkt in Frage gestellter Gender-Normen, wobei Frauen für Sorgearbeit zuständig, Männer hingegen für die ökonomische Sicherung von Familien verantwortlich seien. Dabei besteht neben der psy-

chischen Belastung die Gefahr der Verfestigung des *Gender Pay Gap*. (Czymara et al., 2021). Die negativen Langzeitfolgen dieser Einstellungsmuster sind abzuwarten, es ist jedoch zu vermuten, dass Frauen länger außerhalb der bezahlten Arbeit bleiben werden als Männer und somit ihre Erwerbsbiographien und entsprechenden Rentenverläufe verzögert weiterführen können (Morgan et al., 2021).

■ **Das Gender-Paradoxon: Ausblick jenseits eines Betroffenenheitswettkampfs**

Zusammenfassend lässt sich also Folgendes feststellen: In den bisherigen Untersuchungen zeigt sich ein paradoxes Bild aus Vor- und Nachteilen der Geschlechter. Während mehr Männer an einer SARS-CoV-2-Infektion intensivpflichtig werden und versterben, ist zu befürchten, dass Frauen (nicht nur) längerfristig ein erhöhtes Risiko haben, an wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Langzeitfolgen zu leiden, beispielsweise durch erhöhtes Expositionsrisiko wegen vermehrter Arbeit in Gesundheitsberufen sowie durch die erhöhte Sorgearbeit zu Hause im Sinne von zu pflegenden Angehörigen und Homeschooling (Bambra et al., 2021).

Um jedoch nicht einem kompetitiven Vergleich des »am-meisten-betroffenen-Geschlechts« stehen zu bleiben, empfehlen Morgan und Kolleg*innen (2021), die besonders vulnerablen Gruppen der Geschlechter aus intersektionaler Perspektive zu betrachten, die sich beispielsweise durch die Verbindung aus Geschlecht und Rassifizierung, Alter, Behinderung, Klasse und sexueller Orientierung ergeben. Beispielsweise beklagten Transmenschen und nicht-binäre Menschen vermehrte Diskriminierungserfahrungen beim Testen auf eine SARS-CoV-2-Infektion sowie, bedingt durch das Aussetzen geschlechtsangleichender Operationen während der Pandemie, über ein verstärktes Risiko psychiatrischer Erkrankungen und zunehmender Isolation durch Schließung von *LGBTQI-Safe Spaces* (Morgan et al., 2021).

Dass eine Analyse der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie aus in-

Women and men in precarious jobs in the EU:

Higher risk of unemployment in 2020



84% of working women aged 15-64 are employed in services, including in the main Covid-hit sectors



Childcare



Retail



Hospitality and tourism



Domestic work

Large share* of women's employment in informal economy:

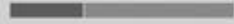
Lack of labour rights and social protection

Excluding health care, sick leave or unemployment benefits

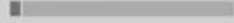
* Based on globally collected data

Inactivity in labour market due to caring responsibilities in the EU**

32.7% of women



4.9% of men



** In 2019, data includes the UK

Sources:

UN (2020), ILO (2018, 2020), Eurostat (2018, 2020), EIGE (2017)

Part-time employment in the EU**

31.3% of women



8.7% of men



"Women's work"

Pre-primary education, nursing, midwifery, secretarial and domestic work are still largely considered to be "women's work"



tersektionaler Perspektive aktuell noch nicht ausreichend erfolgt ist, liegt laut Brady und Kolleg*innen daran, dass im biomedizinischen Kontext diese sozialen Determinanten bislang aus fehlender Erfahrung und Tradition nicht mit beachtet wurden (Brady et al., 2021). Gleichzeitig besteht dadurch die Chance, Wissenschaft und Gesellschaft mitzudenken und mitzugestalten und Forderungen, die bereits von zivilgesellschaftlicher und aktivistischer Ebene geäußert wurden, in die Forschung und Gesetzes- und Organisationsgestaltung mit einzubeziehen. Die Pandemie hat insbesondere die Schwächen unserer Gesundheitsversorgungssysteme, aber auch die gesundheitlichen Auswirkungen unserer Gesellschaftsstrukturen offengelegt. Nun haben wir die Chance, die medizi-

nische Praxis, Lehre und Forschung neu zu denken und zu gestalten.

Literatur

- 1 Amgalan A, Malinowski AK, Othman M. COVID-19 and Sex-/Gender-Specific Differences: Understanding the Discrimination. *Semin Thromb Hemost.* 2021;47(4):341-347. doi:10.1055/s-0040-1715455.
- 2 Bambra C, Albani V, Franklin P. COVID-19 and the gender health paradox. *Scand J Public Health.* 2021;49(1):17-26. doi:10.1177/1403494820975604.
- 3 Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung.
- 4 Brady E, Nielsen MW, Andersen JP, Oertelt-Prigione S. Lack of consideration of sex and gender in COVID-19 clinical studies. *Nat Commun.* 2021;12(1):4015. doi:10.1038/s41467-021-24265-8.

- 5 Czymara CS, Langenkamp A, Cano T. Cause for concerns: gender inequality in experiencing the COVID-19 lockdown in Germany. *European Societies.* 2021; 23(sup1):S68-S81. doi:10.1080/14616696.2020.1808692.
- 6 European Parliament. Understanding COVID-19's impact on women (infographics).
- 7 Funding Organisations for Gender. Putting a gender lens on COVID-19 (SARS-CoV-2) funded research.
- 8 Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK, Morgan R, Klein SL. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ.* 2020;11(1):29. doi:10.1186/s13293-020-00304-9.
- 9 Hintermeier M, Jahn R, Biddle L, Gencer H, Hövener C, Kajikhina K, Mohsenpour A, Oertelt-Prigione S, Razum O, Spallek J, Tallarek M, Bozorgmehr K. SARS-CoV-2 bei Migrant*innen und geflüchteten Menschen. 2021, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2952828>
- 10 Malorni W. The Long COVID: a new challenge for gender-specific medicine? 2021;(7.2):59-60.
- 11 Morgan R, Baker P, Griffith DM, et al. Beyond a Zero-Sum Game: How Does the Impact of COVID-19 Vary by Gender? *Front Sociol.* 2021;6:650729. doi:10.3389/fsoc.2021.650729.
- 12 Oertelt-Prigione S. The impact of sex and gender in the COVID-19 pandemic; 2020.
- 13 Pope R, Ganesh P, Miracle J, et al. Structural racism and risk of SARS-CoV-2 in pregnancy. *EclinicalMedicine.* 2021;37(1-7):100950. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100950.
- 14 Robert Koch Institut. Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland. 12.5.2021
- 15 Steinert J, Ebert C. Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse; 2020.
- 16 Szilágyi L, Haidegger T, Lehotsky Á, et al. A large-scale assessment of hand hygiene quality and the effectiveness of the »WHO 6-steps«. *BMC Infect Dis.* 2013;13(1). doi:10.1186/1471-2334-13-249.
- 17 Wahrendorf, M., Rupprecht, C. J., Dortmann, O., Scheider, M., & Dragano, N. (2021). Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1, 28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 64(3), 314-321.
- 18 Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet.* 2020;395(10227):846-848. doi:10.1016/S0140-6736(20)30526-2.

Verschärfung der globalen Ungleichheit ...

nicht nur beim Zugang zu Impfstoffen – von Andreas Wulf

Der Begriff »Impfstoff-Apartheid« ist inzwischen global bekannt, nicht zuletzt seit der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Tedros die extreme Ungleichverteilung von Impfstoffen in den Weltregionen und besonders den Mangel an Impfstoffen auf dem afrikanischen Kontinent immer wieder öffentlich anklagt.¹

Die COVAX-Initiative, als Impfstoff-Säule des globalen *Access to COVID-19 Tools Accelerator* zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 gegründet, hätte ein globaler Beschaffungs- und Verteilungsmechanismus für einen gerechten Zugang zu Impfstoffen weltweit sein sollen. Sie wurde aber faktisch zu einer karitativen Initiative, die mit internationalen Hilfgeldern Impfstoffe, die von der WHO eine Notfallzulassung bekommen haben (aktuell Pfizer/Biontech, Moderna, AstraZeneca/Oxford, Johnson+Johnson, Sinopharm, Sinovac²), von den Herstellern zu reduzierten Preisen kauft und vor allem den 92 ärmsten Ländern kostenlos zur Verfügung stellt, die keine Mittel für direkte Verträge mit Impfstoffproduzenten haben. Faktisch steht sie damit in der Schlange hinter den bilateralen Verträgen, die sich die wohlhabenden Länder bereits ab Sommer 2020 gesichert haben, und leidet besonders unter dem Ausfall seines geplanten Hauptlieferanten, dem *Serum Institute of India*, seit der indische Staat in der massiven zweiten Infektionswelle im April/Mai dieses Jahres die Exporte zur Sicherung des landesweiten Impfprogramms eingefroren hat. Von den für 2021 geplanten und vertraglich zugesicherten 1,45 Mrd. Impfdosen konnte deshalb bis Ende August gerade mal ein Fünftel (240 Mio.) ausgeliefert werden.³

Während also in den reichsten Ländern (und auch in Ländern wie China oder Kuba mit ihrer eigenen Impfstoffproduktion) die Impfquoten über 60% und teils schon über 70% liegen, bleiben sie in den ärmsten Ländern im einstelligen Bereich, in vielen afrikanischen Ländern gerade mal bei 2 bis 3% – nicht genug, um wenigstens die hauptgefährdeten Gruppen (Gesundheitspersonal, Alte und chronisch Kranke) zu immunisieren.⁴

Zugleich wird mit den aktuell geplanten dritten Impfungen bereits 6 Monate nach erfolgter Impfung perspektivisch dieser ungleiche Zugang zu Impfstoffen noch verstärkt, denn die Pharmaunternehmen haben weiterhin mehr Interesse, ihre Produkte zu hohen Preisen an finanzstarke Länder zu verkaufen, als sie über COVAX mit geringerer Profitmarge abzugeben. Auch hier ist die Debatte entbrannt, in welchem Umfang solche »booster shots« in der aktuellen globalen Situation der Impfstoff-Knappheit moralisch vertretbar sind. Die WHO hat sich hier ebenfalls angesichts der aktuellen Datenlage eindeutig gegen diese »Auffrischungen« ausgesprochen (außer für tatsächlich immunsupprimierte Menschen mit geringerem Ansprechen auf die Grundimmunisierung)⁵. Auch kritische zivilgesellschaftliche Stimmen aus dem globalen Süden wie das *People's Health Movement* sind hier unzweideutig zu vernehmen.⁶

■ Nicht nur eine gesundheitliche Katastrophe

Aber die Ungleichheit in Lebens- und Gesundheitsrisiken geht in der Pandemie weit über die Infektionsgefahren mit dem Corona-Virus hinaus. Denn die Folgen der anhaltenden Lockdowns, mit denen die Verbreitung der

Pandemie eingeschränkt werden soll, haben verheerende soziale und ökonomische Nebenwirkungen, die im zweiten Jahr der Pandemie immer deutlicher werden.

Denn gerade in Ländern mit einem hohen Anteil an informeller Ökonomie, in denen viele Menschen auf tägliche Einnahmen aus Kleingewerbe angewiesen sind, haben Lockdowns und Ausgangssperren unmittelbar massive negative Auswirkungen auf die Familieneinkommen. Nur in wenigen Ländern im globalen Süden wurde mit vorübergehenden wenigstens minimalen finanziellen Hilfen darauf reagiert, und selbst dann decken diese kaum den nötigsten Überlebensbedarf. In Südafrika beliefen sich die monatlichen Unterstützungen des *COVID-19 Social Relief of Distress Grant* auf gerade mal 350 Rand (knapp 21 Euro) im Monat, das entspricht einem Zehntel des gesetzlichen Mindestlohn für Arbeiter*innen. War dies auch ein von sozialen Aktivist*innen zu Beginn der Pandemie willkommen geheizter Einstieg in ein Grundsicherungseinkommen, so musste die Fortsetzung dieser Unterstützungen 2021 erst durch heftige Proteste erkämpft werden. Eine von ihnen geforderte Aufstockung auf die »Food Poverty Line« von knapp 600 Rand steht weiterhin aus.⁷

Die globale Wirtschaftskrise, die 2020 durch COVID-19 auch die ökonomischen Zentren der Welt erfasste, wird im globalen Süden sehr viel länger anhalten, gerade wenn die Lockdown-Maßnahmen durch langsame Impfprogramme weiter das Mittel der Wahl bleiben. Die aktuellen Zahlen und Schätzungen der Weltbank bestätigen, dass die wirtschaftliche Erholung 2021 nach dem massiven globalen Einbruch 2020, der weltweit mindestens 90 Mio. Menschen zusätz-



lich in extreme Armut geworfen hat, vor allem in den Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen stattfindet, während der Abwärtstrend vor allem in den ärmsten Ländern anhält.⁸ Dies wirft die Armutsbekämpfung, die sich die *Nachhaltigen Entwicklungsziele* verschrieben haben mit dem Ziel, bis 2030 die extremen Formen der Armut zu beseitigen, auf weitere Zeit zurück.

Soziale Ausgleichsmaßnahmen durch die Staaten, wie wir sie auch in der Europäischen Union sehen, haben in schwächeren Volkswirtschaften noch drastischere Auswirkungen, als bereits bei uns absehbar ist, wenn die in der COVID-19-Krise aufgenommenen Schulden in einer nach der Bundestagswahl zu erwartenden Austeritätspolitik der »schwarzen Null« zurückgezahlt werden sollen.

Denn die globalen Rating-Agenturen, die die Kreditfähigkeit beurteilen und damit auch die Zinsen für neue Geldaufnahmen am privaten Markt beeinflussen, reagieren gemäß ihrer neoliberalen Denkungsart und stufen Länder im globalen Süden, die umfangreich in gesundheitliche und soziale Infrastruktur investieren, zurück. So passierte es Marokko, das bereits im Oktober 2020 aktiv in die Bekämpfung von COVID-19 investierte und inzwischen schon 30% seiner Bevölkerung geimpft hat. Die Rating-Agenturen *Fitch* und *Standard & Poor's* reduzierten ihre Beurteilung Marokkos auf »Junk Status«. Ähnlich geschah es Äthiopien durch die Rating-Agentur *Moody's*.⁹ Der Einfluss, den diese privaten Agenturen auf die Entscheidungen und Handlungsfähigkeit von Staaten haben, muss dringend zurückgedrängt werden.

Globale Solidarität bleibt also auch über die Frage der Verteilung von COVID-19-Impfstoffen hinaus relevant.

Das oft gehörte Mantra »die Pandemie ist erst vorbei, wenn sie für alle vorbei ist«, mit dem auch Frank-Walter Steinmeier, die Kanzlerin und der Gesundheitsminister ihr globales Engagement betonen, muss auf seine Substanz abgeklopft werden. Die Blockade der Bundesregierung bei der Aussetzung der geistigen Eigentumsrechte bei der Welthandelsorganisation, um die kostbaren Patente der »Wissensnation Deutschland« zu sichern, der fehlende Druck auf die Pharmaunternehmen, sich an einem wirksamen Technologietransfer zu beteiligen, sprechen eine andere Sprache. Hier braucht es weiterhin öffentlichen Druck gerade auf eine neue Bundesregierung, sich bis zum Ministerrats-Treffen der WTO Ende November 2021 substantiell zu bewegen.

Noch dickere Bretter gilt es bei den beschriebenen ökonomischen Verwerfungen zu bohren. Die Aussetzung des Schuldendienstes, den die Weltbank mit dem *Internationalen Währungsfonds* für 72 hauptbetroffene Länder 2020 den G20-Ländern vorschlug, wurde immerhin bis Ende 2021 verlängert.¹⁰ Aber aufgeschoben ist nicht aufgehoben. Eine neue Schuldenerlasskampagne wie sie kirchliche und andere zivilgesellschaftliche Akteure angesichts der enormen Verschuldungskrise vieler postkolonialer Länder in den 1980er und 1990er Jahren zur Jahrtausendwende mobilisierten, und die auf die alttestamentarische Idee eines umfassenden (regelmäßigen) Schuldenerlasses und Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums zur Wiederherstellung gerechter Lebensbedingungen zurückging¹¹, wäre dringend notwendig. Nur wenn die hochverschuldeten Länder substantiell entlastet werden, sind die dringlichen lang-

fristigen Investitionen in soziale Infrastrukturen überhaupt denkbar.

Andreas Wulf ist Arzt und arbeitet als Berlin-Repräsentant von medico international; er ist außerdem Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää.

- 1 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021>
- 2 <https://extranet.who.int/pqweb/vaccines/covid-19-vaccines>
- 3 <https://www.who.int/news/item/08-09-2021-joint-covax-statement-on-supply-forecast-for-2021-and-early-2022>
- 4 <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/>
- 5 <https://www.who.int/news/item/10-08-2021-interim-statement-on-covid-19-vaccine-booster-doses>
- 6 Louis Reynolds: Promoting Covid19 Vaccine Boosters before equitable Access for all is Unethical, 2021, in: <https://www.dailymaverick.co.za/article/2021-08-22-promoting-covid-19-vaccine-boosters-before-equitable-access-for-all-is-unethical/>, deutsche Übersetzung: <https://www.medico.de/blog/mehr-impf-ungerechtigkeit-18347>
- 7 Theresa Edelmann et al.: The Covid grant should be R585, so everyone can afford to eat, 27.07.2021, in: <https://www.groundup.org.za/article/the-covid-19-grant-should-meet-the-food-poverty-line-currently-at-r585-so-all-people-in-south-africa-can-afford-to-eat/>
- 8 Daniel Gerszon Mahler et al.: Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021?, 24.06.2021, in: <https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021>
- 9 Ramya Vijaya: Credit ratings are punishing poorer countries for investing more in health care during the pandemic, 21.08.2021, in: <https://theconversation.com/credit-ratings-are-punishing-poorer-countries-for-investing-more-in-health-care-during-the-pandemic-165298>
- 10 Worldbank Brief: Covid19: Dept Service Suspension Initiative, 10.09.2021, in: <https://www.worldbank.org/en/topic/debt/brief/covid-19-debt-service-suspension-initiative>
- 11 Jubilee 2000 <https://jubileedebt.org.uk/about-us>; Viele nichtkirchliche Akteure fanden sich unter Jubilee South zusammen, <http://www.jubileesouth.net/> Die deutschen Akteure der Kampagne bildeten die Erlassjahr-Kampagne, in: https://de.wikipedia.org/wiki/Erlassjahr.de_%E2%80%93_Entwicklung_braucht_Entschuldung

»Mehr Luft, mehr Licht!« – Tod in Hamburg

Philipp Dickel (Poliklinik Veddel) über Cholera und Corona im armen Teil der Hansestadt

In seiner Studie »Tod in Hamburg – Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910« beschreibt der britische Historiker Richard J. Evans¹ die gesellschaftlichen Verwerfungen und den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit am Beispiel der Cholera-Epidemie im sich industrialisierenden Hamburg. Die damalige Epidemie war der letzte große Cholera-Ausbruch in Deutschland und mit fast 10.000 Toten, von denen der größte Anteil aus der Arbeiter*innenklasse stammte, ein verheerender Ausdruck der zunehmenden Klassenspaltung in der Stadtgesellschaft. Evans konstatiert in seiner Studie: »Die Einwirkung der Cholera nahm in dem Maße zu, indem das Pro-Kopf-Einkommen sank und die Krankheit ging Hand in Hand mit beengtem Wohnen, ungünstigen sanitären Bedingungen und Überbelegungen der Wohnungen.«

Etwas mehr als hundert Jahre später zeigt sich während der Corona-Pandemie ein in Teilen frappierend ähnliches Bild. Es zeigt sich auch heute, dass ärmere Viertel in Hamburg wesentlich stärker von COVID-19 betroffen sind als reichere. »Die Stadtteile mit einer deutlich unterdurchschnittlichen SGB-II-Quote haben die niedrigste Inzidenz, während die Stadtteile mit einer deutlich überdurchschnittlichen SGB-II-Quote zu allen Zeitpunkten die höchsten Inzidenzen aufweisen. Besonders hohe Infektionszahlen pro 1.000 Einwohner zeigen sich im gesamten Betrachtungszeitraum in den Stadtteilen Billstedt, Wilhelmsburg, Jenfeld und Veddel.«² Bei der Hospitalisierungsrate und den Todesfällen zeigt sich ein ähnliches Bild.³

Damals wie heute unterstreicht also die Sozialgeographie der Pandemie die

Tatsache, dass Armut bzw. ein niedriger sozialer Status als wesentlicher Risikofaktor für ein erhöhtes Infektionsrisiko und schwere Krankheitsverläufe angesehen werden muss. Zahlreiche internationale Studien und Übersichtsarbeiten stützen diese Aussage.⁴

■ Auf der Veddel

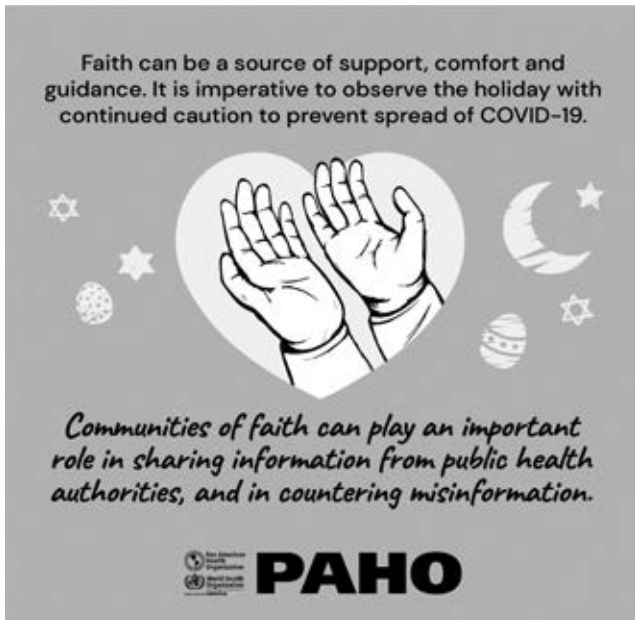
Auch die Erfahrungen aus der Versorgungspraxis in der Poliklinik Veddel untermauern dieses Bild. Die Veddel ist einer der ärmsten Stadtteile Hamburgs. Hier besteht eine hohe Erwerbslosigkeit und viele Anwohner*innen sind auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Die Veddel gehört zu den Stadtteilen mit der geringsten Lebenserwartung in Hamburg und es gibt eine hohe Prävalenz von vermeidbaren Erkrankungen. Gleichzeitig ist die medizinische Versorgungssituation im Hamburger Vergleich unterdurchschnittlich, insbesondere im Bereich der hausärztlichen, der kinderärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Die Poliklinik Veddel bildet hier einen Leuchtturm im Meer der Einsamkeit.

Während der Corona-Pandemie kann auf der Veddel der Zusammenhang zwischen engen und überbelegten Wohnungen, prekären Arbeitsbedingungen ohne eine Möglichkeit, ins Homeoffice zu gehen, sowie einer eingeschränkten Mobilität und einem erhöhten Infektionsrisiko tagtäglich beobachtet werden. So ist z.B. eine Isolierungsmöglichkeit einzelner Personen in den überbelegten Wohnungen meistens nicht gegeben, was häufig zu einer Ansteckung der ganzen Familie führt. Auch sind die Auswirkungen von Kurzarbeit und Jobverlusten seit langem spürbar und die Konsultationen aufgrund von psychischen

Erkrankungen häufen sich. In der Schule auf der Veddel kam es mit knapp hundert Infektionen zu einem der größten COVID-19-Schulenausbrüche in Deutschland. Die Folgen für die Schüler*innen sind angesichts der vielen Quarantänezeiten und der eingeschränkten Homeschooling-Möglichkeiten nicht absehbar.

Die Versorgungsstruktur der Poliklinik Veddel mit ihrem multiprofessionellen Angebot hat sich während der Pandemie als robust und versatil erwiesen. Durch eine hohe Flexibilität konnte eine Reihe von Corona-spezifischen Angeboten geschaffen werden (psychosoziale Beratungsangebote, Corona-Infotisch, hohe Testkapazität, lokales Impfzentrum, viele Hausbesuche), die sicherlich einige Auswirkungen der Pandemie auf der Veddel abgemildert haben. Trotzdem konnten die Bewohner*innen der Veddel nicht substantiell vor einer COVID-19-Infektion geschützt werden. Die Pandemie zeigt einmal mehr, und quasi im Zeitraffer, wie wenig die Versorgung an sich verändern kann und wie ausschlaggebend die sozialen Determinanten von Gesundheit wie Wohnen, Arbeit und Einkommen sind.

Die Pandemie ist letzten Endes nur ein Ereignis, welches das ganze historisch gewachsene Elend des Kapitalismus blitzartig erhellt. Hier gilt es im Hinblick auf eine progressive Gesundheitspolitik anzusetzen. Die sozialen Determinanten der Pandemie sind mittlerweile als Thema in der Öffentlichkeit angekommen. Eine kritische Public-Health-Bewegung sollte aber einen Schritt weiter gehen und nach den Ursachen der sozialen Determination, also den Ursachen der Ursachen fragen. Warum leben einige Menschen in lichtdurchfluteten Sechszimmer-Wohnungen, während andere



mit drei Generationen in feuchten Drei-Zimmer-Wohnungen leben müssen? Warum können sich einige Menschen in ein Homeoffice zurückziehen, während andere in Großraumfabriken bei Tönnies, Amazon oder Aurubis einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind? Und warum wird der Individualverkehr weiter gefördert, während sich die Massen in den überfüllten öffentlichen Nahverkehr drängen? Während Anfang letzten Jahres, zu Beginn der Pandemie, solche und ähnliche Fragen zumindest kurz andiskutiert wurden, führte dies nicht zu einer grundlegenden Debatte über kapitalistische Produktionsweisen.

1894 war die Cholera-Epidemie ein zentraler Prüfstein für das soziale und politische System in Hamburg. Sie gilt als ein Wendepunkt in Hamburgs Stadtgeschichte. In ihrer Folge kam es zu weitreichenden sozialen Kämpfen um Arbeits- und Lebensbedingungen, mit dem Hamburger Hafendarbeiterstreik, der fast drei Monate anhielt, als einem Höhepunkt. Die Bewohner*innen des Gängeviertels forderten mit ihrem Slogan »Mehr Luft, mehr Licht« einen neuen sozialen Woh-

nungsbau. Das Geflecht der Klasseninteressen des liberalen Bürgertums, das auf Freihandel und die Vorherrschaft des kaufmännischen Unternehmertums setzte, geriet in die Krise, was verschiedene soziale Reformen zur Folge hatte. Es kam zur Gründung des Instituts für Hygiene und Gesundheit, der über Jahre verschleppte Bau des Filterwerks der Hamburger Wasserwerke wurde abgeschlossen, das Gängeviertel wurde grundlegend saniert, der Arbeitsmarkt wurde reformiert und es kam zu einer Demokratisierung des Wahlrechts und des Repräsentativsystems.

Es bleibt zu hoffen, dass es in der kommenden Post-COVID-Phase ebenfalls zu neuen sozialen Bewegungen und Kämpfen kommen wird, die die organisierte Verantwortungslosigkeit im Kapitalismus in Frage stellen und die sozial-ökologische Transformation vorantreiben.

Wichtige Richtungsforderungen im Kampf um die sozialen Determinanten von Gesundheit sind dabei:

- die Vergesellschaftung aller privaten Wohnungsbaugesellschaften und der Ausbau eines gesundheitsförderlichen sozialen Wohnungsbaus,
- der Ausbau eines kostenlosen öffentlichen Nahverkehrs und die Abschaffung des Individualverkehrs,
- eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung durch eine kritische Public-Health-Infrastruktur.

Um die Nährböden für zukünftige Pandemien einzuschränken, müssen zudem:

- die Massentierhaltung abgeschafft und der Abholzung von Urwäldern Einhalt geboten werden.⁶

Darüber hinaus müssen längerfristig egalitäre und an den Bedarfen der Menschen ausgerichtete soziale Infrastrukturen geschaffen werden. Erste Schritte dahingehend wären:

- die Enteignung aller Kassenarztsitze und die Etablierung lokaler Primärversorgungszentren mit enger Anbindung an den öffentlichen Gesundheitsdienst,
- die Vergesellschaftung aller privaten Krankenhäuser.

1 Richard J. Evans ist ein der New Left nahestehender britischer Historiker. Seine Studie *Tod in Hamburg* ist eine brillante Analyse der Hamburger Klassengesellschaft am Ende des 19. Jahrhunderts.

2 Rene Böhme: *Soziale Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Freien und Hansestadt Hamburg*. Bremen, Juli 2021.

3 Die Hamburger Regierung verhindert seit Beginn der Pandemie eine fundierte Veröffentlichung kleinräumiger Gesundheitsdaten. Fast alle Veröffentlichungen von Statistiken des Infektionsgeschehen gehen auf Anfragen der Partei Die Linke zurück.

4 Vgl. Ben Wachtler et al.: *Sozioökonomische Ungleichheit und Covid-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand*, RKI Journal of Health Monitoring 2020, in: <https://edoc.rki.de/handle/176904/6965>

5 Das Hamburger Gängeviertel war aufgrund der engen und heruntergekommenen Wohnverhältnisse am stärksten von der Cholera betroffen. Gleichzeitig galt es als »Klein Moskau«, da es vielfach Ausgangspunkt für weitreichende politische Forderungen war.

6 Vgl. Mike Davis: *Vogelgrippe. Zur gesellschaftlichen Produktion von Epidemien*, Berlin 2005

Wer arm ist, muss eher sterben

Christoph Butterwegge über Corona, Armut und Gesundheit

Als die COVID-19-Pandemie im Januar/Februar 2020 die Bundesrepublik erreichte, deckte sie einerseits viele schon länger bestehende Missstände, soziale Ungleichheiten und politische Versäumnisse auf. In diesem Zusammenhang war in den Massenmedien häufig von einem »Brennglas« die Rede, das gesellschaftliche Fehlentwicklungen deutlicher als vorher zutage treten lasse. Andererseits haben die »Jahrhundertpandemie«, das von ihren ökonomischen Auswirkungen (Unterbrechung von Lieferketten und Zusammenbruch von Absatzmärkten) sowie von den staatlichen Infektionsschutzmaßnahmen (temporäre Schließung von Gaststätten, Geschäften und Kultureinrichtungen sowie Kontaktverbote, Ausgangs- und Reisebeschränkungen) ausgelöste Krisendesaster, aber auch die stark auf Wirtschaftsunternehmen bzw. ihre sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zugeschnittenen Finanzhilfen, »Rettungsschirme« und Fördermittel des Staates die Ungleichheit in Deutschland nicht nur klarer sichtbar gemacht, sondern noch verschärft.

■ Ungleichheit in der Pandemie

Arm und Reich waren vor dem als SARS-CoV-2 bezeichneten Coronavirus nur auf den ersten Blick gleich. Schon früh zeigte sich, dass sie die Pandemie je nach ihrer Vulnerabilität unterschiedlich stark traf. So hatten die gravierenden Ungleichgewichte beim Einkommen und beim Vermögen großen Einfluss auf das materielle Schicksal der Menschen sowie ihr subjektives Erleben und die psychosozialen Folgen der pandemischen Ausnahmesituation. Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse und Gesundheitszustand (Anzahl, Art und Schwere der sozial bedingten Krankheiten) übten einen signifikanten Einfluss auf das Infektions-, Morbiditäts- bzw. Mortalitätsri-

siko von Personengruppen aus, die schon deshalb ganz unterschiedlich von der Pandemie betroffen waren. Hieß es früher aufgrund der je nach Geschlecht rund zehn Jahre höheren Lebenserwartung von Wohlhabenden und Reichen: »Wer arm ist, muss früher sterben«, so änderte sich diese Faustregel durch die Pandemie geringfügig: »Wer arm ist, muss eher sterben«, hieß es nunmehr, weil das Risiko, an COVID-19 zu sterben, für Wohlhabende und Reiche sehr viel niedriger war.

Eine positive Korrelation zwischen der sozioökonomischen und der gesundheitlichen Ungleichheit zeigte sich zunächst auf der geografischen Ebene. Die wissenschaftliche Auswertung der COVID-19-Meldedaten durch Mitarbeiter*innen des *Robert-Koch-Instituts* und des *Instituts für Medizinische Soziologie* an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ließ eine Übereinstimmung der Verteilung des Infektionsrisikos mit regionalen Mustern sozioökonomischer Ungleichheit erkennen. Höhere Inzidenzraten gab es anfangs vornehmlich in sozioökonomisch bessergestellten Landkreisen und kreisfreien Städten. Allerdings wandelte sich diese Tendenz im weiteren Verlauf des Ausbruchsgeschehens und kehrte sich in den am stärksten betroffenen Landesteilen Süddeutschlands (Bayern und Baden-Württemberg) ab Mitte April 2020 um. Offenbar waren zunächst Regionen mit geringerer sozioökonomischer Deprivation und Personen mit einem relativ hohen sozioökonomischen Status stärker betroffen, weil sowohl eine Reisetätigkeit – insbesondere Skireisen wie etwa nach Ischgl, dem bekannten COVID-19-Hotspot im österreichischen Tirol – als auch die Partizipation an gesellschaftlichen Ereignissen nun mal größere finanzielle Ressourcen erfordern.

Eine ähnliche geografische Verschiebung des Infektionsgeschehens

fand auch kleinräumiger, d.h. innerhalb von Kommunen statt, wie der *Kölner Stadt-Anzeiger* (vom 23. März 2021) unter dem Titel »Schwerpunkt im Rechtsrheinischen« berichtet. Er bezieht sich auf eine Untersuchung des *Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Informationssysteme (IAIS)* auf der Basis anonymisierter, zwischen März 2020 bis Januar 2021 gewonnener Kontaktverfolgungsdaten des größten Gesundheitsamtes der Bundesrepublik. Wie die Verbreitung des Coronavirus in den 86 Kölner Stadtteilen ergab, wanderte der Erreger bis zum Juni 2020 gewissermaßen vom eher wohlhabenden Linksrheinischen ins Rechtsrheinische, wo die Arbeitslosigkeit, die Armutsbetroffenheit und der Anteil von Migrant*innen höher, die Mieten aber niedriger sind.

Köln hatte im Frühjahr 2021 unter den 16 größten Städten des Landes die höchste Sieben-Tage-Inzidenz. Der *Kölner Stadt-Anzeiger* (vom 26. April 2021) veröffentlichte eine Karte und eine Tabelle, die noch deutlicher zeigten, dass die Inzidenzwerte negativ mit dem Sozialstatus der einzelnen Stadtteile korrelierten. Denn sie reichten von 0 im noblen Villenviertel Hahnwald bis zu 717,1 im rechtsrheinischen Gremberghoven, einem Stadtteil mit einer sehr hohen Arbeitslosenquote. Mehrsprachige »Anti-Corona-Scouts« und mobile Impfteams in »vulnerable Sozialraumgebiete« zu schicken, wie das die Kölner Stadtverwaltung erst spät tat, war zwar notwendig, die Aufhebung der Impfpriorisierung nach dem Lebensalter stellte aber eine positive Diskriminierung von Hochhaussiedlungen und sozial benachteiligten Wohnquartieren dar, ohne dass mit der extrem ungleichen Stadtentwicklung die strukturellen Ursachen des Problems beseitigt oder auch nur auf die kommunalpolitische Agenda gerückt worden wären.

Stieß das neuartige Virus auf Men-

schen, deren ökonomische Lage und/oder soziale Stellung sich deutlich unterscheiden, wichen die gesundheitlichen Folgewirkungen für die Betroffenen zum Teil stark voneinander ab. Am härtesten traf COVID-19 die Immun- und die Finanzschwächsten, also zwei personell weitgehend identische Bevölkerungsgruppen. Arbeitslose, Arme und Abgehängte weisen häufiger als die übrigen Gesellschaftsmitglieder schwere Vor- und Mehrfacherkrankungen auf, darunter Adipositas, Asthma, Diabetes mellitus, Bluthochdruck und eine chronisch-obstruktive Bronchitis. Auch katastrophale Arbeitsbedingungen (z.B. in der Fleischindustrie) sowie beengte und hygienisch bedenkliche Wohnverhältnisse (z.B. in Gemeinschaftsunterkünften) erhöhten das Risiko für eine Infektion mit dem Coronavirus sowie für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. In den Flüchtlingsheimen, wo selbst große Familien keine eigenen Sanitäranlagen haben sowie Abstands- und Hygieneregeln nur mit erheblicher Mühe oder gar nicht einzuhalten sind, war die Ansteckungsgefahr besonders groß.

Überwiegend einkommens- und immunschwach waren Obdach- und Wohnungslose, aber auch Strafgefangene, (süd)osteuropäische Werkvertragsarbeiter*innen der Subunternehmen von Großschlachtereien bzw. Fleischfabriken und Saisonarbeiter*innen der Landwirtschaft (Erntehelfer*innen), zudem Migrant*innen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige, Suchtkranke, Prostituierte, Erwerbslose, Geringverdiener*innen, Kleinstrentner*innen und Transferleistungsbezieher*innen (Empfänger*innen von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Asylbewerberleistungen).

Zu den von der Pandemie und ihren Auswirkungen finanziell überdurchschnittlich stark gebeutelten Gruppen zählten auch die Soloselbstständigen, die Kleinstunternehmer*innen und die Beschäftigten im Niedriglohnsektor. Letztere wurden häufiger als jede andere Beschäftigtengruppe mit Kurzarbeit bis hin zur »Kurzarbeit Null« konfrontiert und mussten entsprechende Einkommenseinbußen hinnehmen, wobei die Aufstockung des Kurzarbeitergeldes gerade für diese Beschäftigtengruppe am wenigsten griff. Das bei einer um mindestens 50 Prozent reduzierten Arbeitszeit nach dreimonatigem Bezug auf 70 bzw. 77 Prozent und nach sechsmonatigem Bezug auf 80 bzw. 87 Prozent angehobene Kurzarbeitergeld schützte sie nicht vor Armut, wohingegen ihnen ein Mindestkurzarbeitergeld mehr genützt hätte als die von CDU, CSU und SPD vorgenommenen Verbesserungen (Einbeziehung der Leiharbeiter*innen und Erweiterung der Hinzuverdienstmöglichkeiten für Kurzarbeiter*innen).

Die als Reaktion auf die Pandemie behördlich verordnete Schließung von Geschäften, Hotels (außer für Geschäftsreisende), Gaststätten, Bars, Diskotheken, Musik- und Nachtclubs, Bordellen, Kinos, Theatern sowie anderen Kultureinrichtungen hatte erhebliche wirtschaftliche Einbußen für die Eigentümer*innen und dort Beschäftigten, aber auch Konkurse und Entlassungen zur Folge. Denn die Zahl der Kurzarbeiter*innen stieg im April 2020 auf knapp sechs Millionen und die Zahl der Langzeitarbeitslosen im Verlauf der Pandemie wieder auf über eine Million, weil auch Insolvenzen kleiner und mittlerer Unternehmen sowie Entlassungen etwa in



der Gastronomie, der Touristik und der Luftfahrtindustrie nicht ausblieben.

Was den Infektionsschutz betrifft, hat sich der Staat im Kernbereich der Industrieproduktion anders als im Handel und im Bereich der personennahen Dienstleistungen mit Restriktionen für die Unternehmen sehr zurückgehalten. Logistikzentren, Großbaustellen, die Automobilindustrie, der Maschinenbau und die chemische Industrie blieben davon nahezu unbehelligt. Trotz eines hohen Infektionsrisikos in Fertigungshallen, insbesondere an Fließbändern, wurde dort nicht massiv eingegriffen, sondern weitgehend auf Selbstverpflichtungen und »Eigenverantwortlichkeit« der Unternehmen gesetzt. Großkonzerne mussten die Produktion im ersten Lockdown denn auch höchstens deshalb einstellen, weil ihre Lieferketten gerissen und/oder ihre Absatzmärkte in anderen Erdteilen weggebrochen waren.

Offenbar hatte man weniger den Gesundheitsschutz als den wirtschaftlichen Erfolg großer Unternehmen des produzierenden Gewerbes im Blick, die mit dem zu Beginn der Pandemie reformierten und auch für Leiharbeiter*innen geöffneten Kurzarbeitergeld befähigt wurden, ihre Belegschaft trotz der Krise zu halten und ihre Personalplanung flexibel zu gestalten. BMW ließ sich für weit über 20.000 Beschäftigte in Kurzarbeit fast die gesamten Lohnkosten (einschließlich der Arbeitgeberbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) erstatten, zahlte aber im Mai 2020 nicht weniger als 1,64 Milliarden Euro an Dividenden für das Vorjahr aus. Davon erhielten die beiden Großaktionäre Susanne Klatten und Stefan Quandt, denen fast die Hälfte des Münchner Automobilherstellers gehört, allein 769 Millionen Euro. Frankreich, Dänemark und Schweden knüpften Finanzhilfen dagegen an die Bedingung, dass Unternehmen keine Gewinne ausschütten.

Prof. Dr. Christoph Butterwegge hat bis 2016 Politikwissenschaft an der Universität zu Köln gelehrt und kürzlich zusammen mit seiner Frau Carolin Butterwegge das Buch »Kinder der Ungleichheit. Wie sich die Gesellschaft ihrer Zukunft beraubt« veröffentlicht.

Nicht nur von Krankheit bedroht

Eva Klotz, Barbara Niedermaier und Lena Rummel (CABL eV) über die Versorgung von Menschen ohne Papiere in der Corona-Pandemie

Pandemien sind historisch gesehen keine neuen Erscheinungen. Der langwierige Kampf gegen die Tuberkulose ist der breiten Öffentlichkeit fast unbekannt, obwohl erst ab den 50er Jahren durch einschneidende Hygiene- und Behandlungsmaßnahmen und die Entwicklung potenter Antibiotika die Inzidenz in Deutschland von 255 (1950) auf 6,7 (2017) Fälle pro 100.000 Einwohner gesenkt werden konnte. Eine heute unvorstellbar große Zahl an Menschen fiel dieser Krankheit zum Opfer. Doch damals wie heute sind vor der Krankheit nicht alle Menschen gleich. Im 19. Jahrhundert wütete die TBC vor allem in Arbeiter- und Elendsvierteln der großen Städte. Dort hausten die Menschen oft in beengten und feuchten Räumen unter unzureichenden Hygienebedingungen, litten unter Mangelernährung. Dies begünstigte eine Ansteckung und führte zu einem ungünstigen Verlauf, häufig mit Todesfolge.

Auch heutzutage, während der aktuellen Corona-Pandemie, beeinflus-



sen soziale Determinanten wie Herkunft, sozialer Status und Arbeitsplatz die Höhe des Ansteckungsrisikos und die Schwere des Krankheitsverlaufes. Jedoch gibt es kaum Studien und Statistiken, die diese Vermutungen objektivierbar machen könnten. In diesem Artikel wollen wir ein wenig Licht ins Dunkel bringen. Grundlage dafür sind die Erfahrungen, die wir während unserer Arbeit bei CABL e.V. (*Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig*) gemacht haben. CABL gibt anonyme Behandlungsscheine an Menschen ohne Papiere aus, um deren ambulante, medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Die ärztliche Ersteinschätzung wird dabei mit einer sozialmedizinischen Beratung (*Clearing*) kombiniert, um Möglichkeiten zur Krankenversicherung im Behörden-dschungel aufzuzeigen. Die Pandemie stellt nun neue Herausforderungen an Mitarbeitende und Klient*innen.

Betrachten wir zunächst die rechtliche Grundlage. Es gibt in Deutschland kaum belastbare Statistiken über die Anzahl undokumentierter Menschen. Auch ausreisepflichtige Menschen sind nach Paragraph 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) leistungsberechtigt, haben also ein Recht auf eine medizinische Grundversorgung. Jedoch muss für die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen ein Behandlungsschein im Sozialamt beantragt werden. Sozialämter sind nach Paragraph 87 des Aufenthaltsgesetzes wie alle anderen »öffentlichen Stellen«

verpflichtet, Informationen über »illegal aufhältige Ausländer«, die sie »im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben« erlangen, an die zuständige Ausländerbehörde weiterzugeben. Diese Übermittlungspflicht bedeutet, dass die Beantragung eines Behandlungsscheins, wie jeder andere Behördenkontakt, für illegalisierte Personen immer das Risiko einer Abschiebung birgt.

Der theoretisch bestehende, kostenlose Zugang zu grundlegender ambulanter Gesundheitsversorgung ist dadurch in der Praxis versperrt. Die ärztliche Schweigepflicht wird spätestens bei der Frage der Kostenübernahme durch die Behörden ausgehebelt. Bei einer medizinischen Notfallversorgung von undokumentierten Patient*innen ist die Situation nochmal eine andere: Prinzipiell greift Paragraph 6a AsylbLG, sodass eine Erstattung der Behandlungskosten in diesem Fall von der entsprechenden Klinik beim Sozialamt beantragt werden kann. Die ärztliche Schweigepflicht verlängert sich dabei auf das Sozialamt, wodurch die Patient*innen eigentlich geschützt sind. Jedoch ist der Prozess der Kostenübernahme mit hohen bürokratischen Hürden verbunden, sodass die Kliniken oft die Kosten übernehmen müssen. Daher fordern viele Krankenhäuser Patient*innen ohne Papiere dazu auf, Selbstzahlererklärungen zu unterschreiben oder verlangen vor Betreten der Notaufnahme eine Kautions. Dies wiederum schreckt Menschen ohne Papiere auch in Notfallsituationen ab, ärztliche Hilfe aufzusuchen, was im schlimmsten Falle tödliche Folgen haben kann. Dieser Systemfehler lastet nicht nur auf den Patient*innen, sondern auch auf dem medizinischem Personal, das in solchen Situationen oft allein gelassen wird.

Petition gegen die Übermittlungspflicht §87 Aufenthaltsgesetz:

Ein breites Bündnis zivilgesellschaftlicher Organisationen, darunter Ärzte der Welt und die Deutsche Aidshilfe und der vdää, hat eine Petition zur Einschränkung des §87 Aufenthaltsgesetz gestartet. Darin wird gefordert die Übermittlungspflicht abzuschaffen und so einen Zugang zu medizinischer Versorgung ohne die Angst vor Abschiebung zu ermöglichen. Mehr Informationen zur Kampagne finden sich unter www.gleichbehandeln.de.



In anderen europäischen Ländern gibt es sogenannte Regularisierungsprogramme für undokumentiert im Land lebende Migrant*innen, beispielsweise die Legalisierung nach einer bestimmten Aufenthaltszeit. In Deutschland gibt es keine rechtliche Praxis zur Migrationsregulation bereits eingewandelter Migrant*innen. Das Problem wird so als nicht existent beiseitegeschoben. Zwar wurden zeitweise Abschiebungen ausgesetzt, aber aus der Illegalität gibt es keinen klaren Ausweg.

Andere Länder wie Italien legalisierten zu Beginn der Pandemie den Aufenthaltsstatus über den Arbeitgeber, dem dafür neben einer Geldbuße von ca. 600 Euro eine Straffreiheit für die illegale Beschäftigung z.B. von Saisonarbeiter*innen gewährt wurde.

Die Problematik der Übermittlungspflicht verschärft sich seit Beginn der Corona-Pandemie in vielen zusätzlichen Bereichen. So werden in Testzentren meist Ausweisdokumente erfragt, wodurch Menschen ohne Papiere auch hier der Zugang verwehrt wird. Unser Verein CABL e.V musste in mehreren Fällen Kosten für PCR-Tests in Arztpra-

xen übernehmen. In Kommunen, in denen es keinen Behandlungsschein gibt, mussten die Patient*innen dies selbst bezahlen. Schnelltests konnten wir den Patient*innen dank Spenden in unseren Sprechzeiten anbieten. Doch was passiert, wenn ein Corona-Test positiv ausfällt? Auf Anfrage an das Leipziger Gesundheitsamt erhielt CABL e.V folgende Antwort: »Das Gesundheitsamt muss unverzüglich ermitteln und damit auch personenbezogene Daten erheben. Der/die Betroffene muss uns Angaben zum Aufenthaltsort und zur Erreichbarkeit (Telefonnummer und E-Mail) machen. (...) Eine Information an die Ausländerbehörde sieht das IfSG nicht vor. Sollte der/die Betroffene auf Grund von schweren Symptomen in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, wird dort nach dem Versichertenstatus gefragt und zwecks Kostenübernahme der Behandlungskosten das Sozialamt einbezogen.« Auch wenn das Gesundheitsamt versichert, keine Informationen an die Ausländerbehörde weiterzugeben: In Leipzig wurde die häusliche Quarantäne teilweise von Mitarbeiter*innen des Ordnungsamtes kontrolliert. Zeitweise unterstützte zusätzlich die Polizei die Gesundheitsämter bei der Bekämpfung der Pandemie durch entsprechende Kontrollen und Durchsetzungsmaßnahmen.

Eine Übermittlung gesundheitsbezogener Daten an die Polizei ist aber generell rechtswidrig und bedarf einer eingehenden Prüfung im Einzelfall. Doch gerade in den chaotischen Zuständen in den Gesundheitsämtern zu

CABL e.V. (Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V.) wurde 2019 auf Initiative des Medinetz Leipzig gegründet. CABL e.V. bietet eine Sozialberatung für Menschen, die derzeit keinen regulären Zugang zum Gesundheitssystem haben. Solange kein Versicherungsschutz besteht, können ärztliche Behandlungen anonym, vertraulich und kostenfrei organisiert werden. Dem CABL e.V. steht durch eine Förderung der Stadt Leipzig dafür ein Budget zur Verfügung. Mehr Informationen unter www.cab-leipzig.de

Beginn der Pandemie wurden auch in Sachsen Listen mit den Namen, Adressen und Telefonnummern positiv getesteter Menschen an die Polizei weitergegeben. Bei Menschen, die sonst jeglichen Kontakt zu Behörden meiden (müssen), ist dies ein großer Unsicherheitsfaktor. Wir können nur vermuten, wie viele Menschen ohne Papiere sich aus Angst vor der Meldung gegenüber den Behörden nicht auf Corona testen ließen. Dies ist sowohl gefährlich für die Gesundheit der Menschen als auch für den Verlauf der Pandemie. Die Angst, abgeschoben zu werden, hindert viele undokumentierte Menschen, medizinische Institutionen aufzusuchen.

Weitere Hürden sind zum Beispiel Sprachbarrieren, die den Zugang zu Informationen einschränken. So sind die Aufklärungshinweise – zumindest zu Beginn der Pandemie – über Infektionswege von SARS-CoV-2 nur auf Deutsch verfasst worden. Dies ist ein Problem nicht nur für Menschen ohne Papiere, sondern für eine Vielzahl von Menschen »ausländischer« Communities. In London konnte man in bestimmten Communities einen rasanten Anstieg von Infektionen mit der Delta-Variante beobachten. Der rege Grenzverkehr kann eine Ursache des Anstiegs sein, doch die Angst, von Behörden entdeckt zu werden, fehlender Versicherungsschutz sowie Sprachbarrieren könnten die rasche Ausbreitung des Virus unterstützt haben.

Während viele deutsche Bürger*innen sich Gedanken machten, ob eine



Impfung für sie sinnvoll sei, hatten viele undokumentierte Menschen in Deutschland zunächst keinen Zugang zu einer Impfung. Viele unserer Klient*innen verrichten unangemeldete Arbeit z.B. im Baugewerbe oder der Gastronomie und sind so täglich der Gefahr einer Ansteckung ausgesetzt. In unseren Sprechstunden wurde häufig nach der Möglichkeit einer Impfung gefragt. Zusammen mit Vermittlungspersonen und mobilen Impfteams konnten wir mehrere Impfkationen organisieren. Die Impfbereitschaft dabei war enorm groß. Die meisten Menschen ohne Papiere und auch viele Migrant*innen im Niedriglohnsektor haben keine Möglichkeit, von zu Hause zu arbeiten oder mit dem eigenen Auto zur Arbeit zu fahren. Beengte Wohnverhältnisse erschweren Isolation im Verdachts- oder Krankheitsfall zusätzlich. Zudem gibt es die Angst sich anzustecken ohne Möglichkeit der niederschweligen ärztlichen Versorgung. Es gibt eine Vielzahl von sozialen Determinanten, die die Corona-Pandemie befeuern und Menschenleben einfordern. Leider werden gerade diese Probleme gerne übersehen. »Statistische Erhebungen zu sozialen Risikofaktoren einer Corona-Infektion oder der Schwere des Verlaufs gibt es bis jetzt kaum«, wie der Medizinsoziologe Nico Dragano im NDR-Podcast *Synapsen (Folge 53 vom 2. Juli 2021)* erklärt.

Gerade jetzt in der Corona-Pandemie sollte das Gesetz zur Übermittlungspflicht abgeschafft werden, um Menschen einen angstfreien Zugang zu medizinischen Einrichtungen zu gewähren. Dies ist nicht nur im Sinne der Menschenrechte, sondern ist auch wichtig, um die Pandemieentwicklung besser kontrollieren zu können.

In der Corona-Pandemie wird so deutlich wie selten, wie wichtig es ist, marginalisierte Gruppen in Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit mitzudenken. Nicht nur ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ein Menschenrecht, er ist auch essentiell, um die Sicherheit und Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu garantieren. Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung aller Menschen hat gerade zu Pandemiezeiten oberste Priorität für das Gemeinwohl. Dass Menschen ohne Papiere und Krankenversicherung in Deutschland leben, muss in den gesellschaftlichen Fokus gesetzt werden. Ein wichtiger Schritt wäre die Abschaffung der Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen, welche Menschen ohne Papiere de facto von allen sozialen Rechten in Deutschland ausschließt. Um die medizinische Versorgung aller gewährleisten zu können, mussten alternative Strukturen aufgebaut werden. Es ist wichtig, diese alternativen Strukturen, wie den »Anonymen Behandlungsschein«, auszubauen und finanziell und v.a politisch zu unterstützen.

Autor*innen: CABL e.V (Lena Rummel, Barbara Niedermair, Eva Klotz)

COVID-19 in children and the role of schools

Children and COVID-19

Last available scientific evidence has shown that children do not play a more significant role in COVID-19 transmission than adults.

However, they tend to be asymptomatic or develop only a mild infection, which makes it harder to detect or diagnose. At present, it remains unclear how infectious asymptomatic children are.

Schools - open for business

Schools are an essential part of society and children's lives. Closing schools should always be a last resort in efforts to control a pandemic.

If proper and consistent measures are in place, schools do not pose a greater risk of infection for children than any other public place, and are unlikely to drive transmission of the virus.

How to make schools safer?

Ensuring proper and feasible physical distancing, ventilation and cleaning, practising hand hygiene and cough etiquette and using personal protection (face masks, etc.) will not only minimise transmission of COVID-19, but also other respiratory infections at schools during the autumn/winter season.

We need to reopen schools as soon as possible to guarantee a suitable learning environment and lessen the unintended, negative social effects of school closure.

#COVID19 www.ecdc.europa.eu

Keine Seuchenpolizei mehr

Heidrun Nitschke im Gespräch über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der HIV- und der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie ist nicht die erste Pandemie, die wir erleben. Kannst Du Vergleiche ziehen z.B. mit der HIV-Pandemie? Was war ähnlich, was ganz anders?

Heidrun Nitschke: Ja, man kann die beiden Pandemien vergleichen. Zunächst handelte es sich bei HIV wie bei SARS-CoV-2 um einen neuen Erreger, der am Anfang für erhebliche Unsicherheit sorgte – z.B. hinsichtlich der Bedeutung der Übertragungswege. Bei beiden gab es Irrwege, z.B. die groteske Überschätzung von Schmierinfektionen, die dazu führte, dass man Desinfektionstrupps, die aussahen wie Mondmännchen, auf Flughäfen und Straßen schickte, wo sie mit ihren Desinfektionsinstrumenten herum sprühten. Noch länger dauerte es, bis die Bedeutung der Aerosole klar war. Zudem gab und gibt es dann Mythen und Verschwörungstheorien zum Ursprung von SARS-CoV-2, wie sie auch gerade zu Beginn der HIV-Pandemie sehr verbreitet waren.

Anders als bei HIV gab es bei COVID-19 relativ schnell vielfältige Erkenntnisse in Forschung und Medizin, die dank der Fortschritte in der Kommunikation auch sehr rasch weltweit geteilt wurden (zur Erinnerung: Mitte der 1980er Jahre befand sich das www allenfalls in den Anfängen...). Ebenso gab es mit dem PCR-Test rasch ein zuverlässiges und sensibles Testverfahren.

Vergleichbar wiederum ist die Überschätzung von Tests als Mittel der Prävention: im Alltag der Bevölkerung, aber eben leider auch in der Medizin und vor allem in politischen Diskursen. Auch da gab es in der HIV-Pandemie Höhen und Tiefen. Ich erinnere mich vom Hörensagen – da war ich noch nicht in Köln –, dass in den 80er Jahren Hunderte von Menschen vor dem

Gesundheitsamt Köln Schlange standen, um sich testen zu lassen – einerseits mit wilden Fantasien hinsichtlich ihrer Infektionsrisiken, andererseits mit der Idee, sich so ein für alle Mal »freitesten« zu können. Das Verständnis zu vermitteln, dass ein positives Testergebnis nicht gleichzusetzen ist mit einer Erkrankung und ein negatives Testergebnis immer nur eine Momentaufnahme darstellt, war bei HIV von zentraler Bedeutung und ist es jetzt auch wieder bei COVID.

Bei COVID ist ein positives Testergebnis nicht therapierelevant. Gleichzeitig gab und gibt es bei COVID die Idee, hochfrequentes Testen gerade in prekären Settings zur Prävention einzusetzen. Viele Menschen haben sich daran festgehalten. Wenn aber Arbeits- oder Lebensverhältnisse eine Übertragung begünstigen, muss primär an diesen etwas verändert werden. Die irrierte Idee, dass ich mich bei einem negativen Testergebnis entspannt zurücklehnen kann und nichts ändern muss, war bei HIV durchaus ähnlich. Natürlich kann man sich nicht zurücklehnen, weil ein Testergebnis immer nur eine Momentaufnahme ist, das von x Faktoren abhängt und sich jederzeit ändern kann. Hinzu kommt diese Verunsicherung bei einem positiven Testergebnis: Warum passiert jetzt nicht sofort etwas? Warum werde ich nicht therapiert? Warum kümmert sich kein Arzt um mich? Auch da gab es Parallelen – dass in Fachkreisen, in der breiten Bevölkerung und auf politischer Ebene Konsequenzen von Testergebnissen nicht verstanden wurden. Bei HIV gab es einen Umbruch, als ein positives Testergebnis therapie-relevant wurde. Jeden dieser Punkte müsste man sich eigentlich noch mal gesondert anschauen: Was ist da passiert im Laufe dieser anderthalb Jahre Pandemie?

Worauf die mir bis jetzt bekannte Literatur relativ stark abhebt, ist die Diskriminierung und Zuschreibung wegen des geographischen Ursprunges, also dieses Thema »chinesisches Virus« bei COVID und »afrikanisches Virus« bei HIV. Auch gibt es Parallelen zu HIV in der Veränderung besonders betroffener Gruppen und nachfolgend der Suche nach Schuldigen. Wie bei HIV spielte bei COVID anfangs eher eine global mobile, relativ privilegierte Bevölkerungsgruppe eine Rolle, Reisende, Geschäftsleute, Skitouristen, naja, auch die Karnevalisten. Aber dann kam es ziemlich schnell zur Verschiebung hin zu Menschen in Armut, in prekären Arbeitsverhältnissen, in schlechten Wohnverhältnissen lebende Bevölkerungsgruppen und zur Aufregung wegen deren vermeintlich nicht präventionskonformen Verhalten. Da gibt es eine ganze Menge Parallelen. Was ich am Anfang interessant fand, ist eher anekdotisch: die Diskussion, dass Masken »kulturfremd« sind in unserem Kulturkreis. Wo ich dachte: Hey Leute, das hatten wir doch auch alles schon mal: »An Kondome gewöhnt sich kein Mensch. Kondome sind kulturfremd.«

Ganz klar gibt es natürlich den Unterschied beim Übertragungsweg und der ist zentral für die konkreten Präventionsmaßnahmen. HIV wird wie andere sexuell übertragbare Erreger primär bei intimen Begegnungen übertragen, und da geht es wesentlich um Eigenverantwortung. Wir haben bei HIV immer insistiert: Wenn zwei Erwachsene mehr oder weniger einvernehmlich eine sexuelle Beziehung eingehen, sind beide gleichermaßen für Schutzmaßnahmen verantwortlich. Staatliches Handeln muss Wissen bereitstellen und Möglichkeiten, sich zu schützen. Das ist ganz anders bei einem primär aerogen übertragenen Er-

reger, der über Aerosole praktisch überall vorhanden ist. Hier ist der Selbstschutz weit schwieriger, bevölkerungsbezogene Prävention und entsprechende Botschaften haben einen ganz anderen Stellenwert.

Welche guten Erfahrungen habt Ihr gemacht in der HIV-Pandemie, die man heute gut gebrauchen könnte? Ist die Erinnerung daran z.B. im ÖGD oder konkret in den Gesundheitsämtern präsent und wird sie genutzt?

Eine der wichtigsten Erfahrungen aus der HIV-Prävention ist, dass Prävention lebensweltnah sein muss. Dazu muss man die Lebenswelten in den Blick nehmen. Bei COVID aber dann im Unterschied zu HIV eben nicht nur die privaten Welten, sondern auch z. B. Arbeitswelten, Schulwelten, Mobilitätswelten. Das ist eine wichtige Erkenntnis, die viel zu zögerlich kam. Das heißt dann: Verhältnisprävention und nicht nur Verhaltensprävention. Die zweite Erfahrung ist die Bedeutung aufsuchender Gesundheitsangebote. Aus den Modellprojekten in der frühen HIV-Pandemie in den 80er Jahren wissen wir, dass sie elementar wichtig sind, um Menschen zu erreichen. Ein systematischer Transfer dieser Erfahrungen hat nicht stattgefunden! Beispiel Impfungen: Monate vergingen, bis man darauf reagierte, dass die hochschwelligsten Terminvereinbarungen in den Impfzentren der vielfältigen Lebensrealität von vielen Menschen nicht gerecht werden. Einzelne Gesundheitsämter waren hier Vorreiter, aber vielerorts hat es sich immer noch nicht durchgesetzt.

Die dritte wichtige Erfahrung ist die Bedeutung angemessener Kommunikation, angemessener Sprache, die Nutzung verschiedener Medien und Zugänge, Kampagnenpolitik etc. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfügt, was HIV angeht, über so viele gute Erfahrungen. In der COVID-Pandemie war dagegen die Information lange Zeit viel zu dröge und zu wenig lebensweltnah, von Mehrsprachigkeit ganz zu schweigen.

Die Erfahrungen mit HIV waren zwar präsent in den Gesundheitsämtern. HIV wurde aber immer als Son-

derfall betrachtet, und die in diesem Bereich Arbeitenden sahen sich selbst als etwas Besonderes. Dies war auch eine Art Selbstschutz, um nicht von der traditionellen Seuchenhygiene vereinnahmt zu werden. Sie haben immer betont: Wir müssen unseren Sonderstatus erhalten, damit anonyme Beratung, Diagnostik und Versorgung, Zielgruppennähe, aufsuchende Arbeit erhalten bleibt. Dadurch kam allerdings dann der Transfer von Wissen und Erfahrungen der HIV-Prävention in andere Bereiche der Infektiologie zu kurz, wie Tuberkulose oder Skabies in den Unterkünften für Geflüchtete oder er wurde gar nicht erst versucht. Es ist eine Untersuchung wert, wie viele Menschen aus dem HIV-Bereich dann in den Gesundheitsämtern im vergangenen Jahr zum Thema COVID gearbeitet haben und wie weit es für sie möglich war, ihre spezifischen Erfahrungen einzubringen und zu übertragen. Angesichts der Dynamik der COVID-Pandemie vermute ich eher, dass es hieß: »Eure Flausen könnt Ihr Euch aufheben, wenn es wieder um sexuelle Gesundheit geht, jetzt weht hier ein anderer Wind, jetzt ist ›richtige‹ Seuchenpolitik angesagt.«

Wie meinst Du das? Der Begriff Seuchenpolitik ist negativ konnotiert und geht in Richtung »Gesundheitspolizei«? Das ist ja ein Image, das Gesundheitsämtern gelegentlich anhaftet. (Wo) ist dieser Ruf berechtigt? Inwiefern hindert er die Kommunikation mit Risikogruppen?

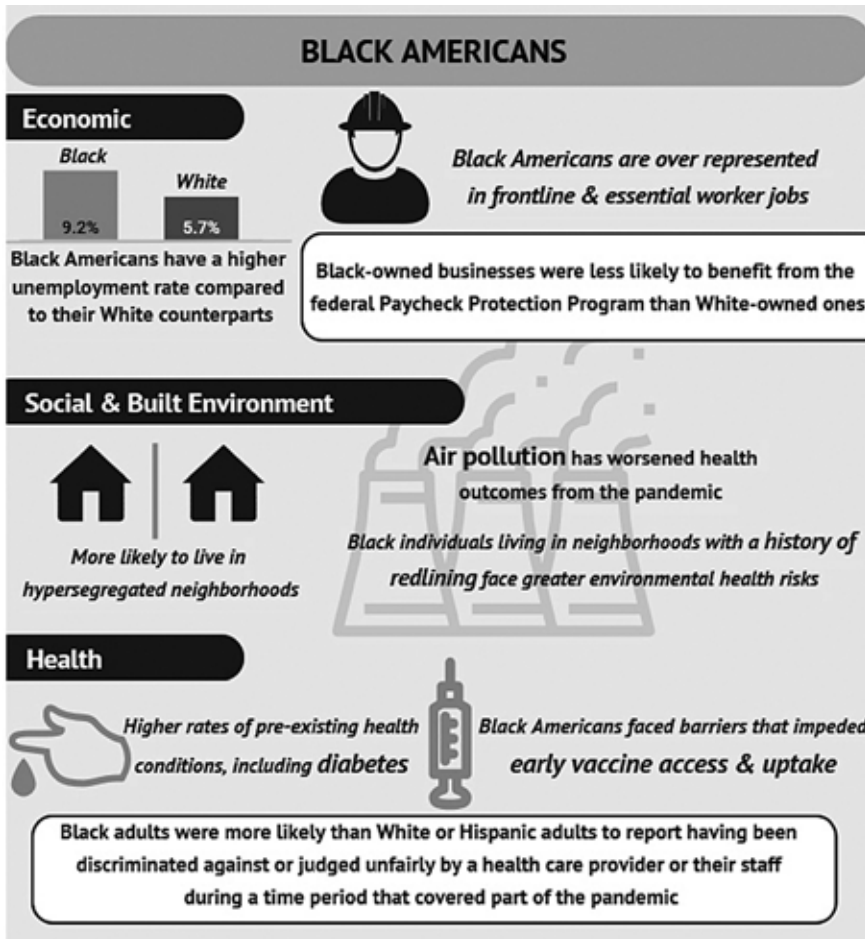
Der ÖGD hat ja zwei Wurzeln: Einerseits die staatliche Eingriffsverwaltung mit hoheitlichen Aufgaben. Beim Infektionsschutz ist sie in manchen Situationen durchaus als Ultima Ratio erforderlich ist, z.B. Einrichtungen schließen, weil sie gesundheitsgefährdend sind, Bauvorhaben verbieten usw. Aus meiner Sicht haben Gesundheitsämter hier sogar zu wenig Macht. Das hängt nicht zuletzt auch daran, dass das Thema öffentliche Gesundheit und damit der ÖGD in der Gesellschaft und auch in der Ärzteschaft zu wenig wertgeschätzt worden ist. Man glaubte die großen Infektionen überwunden und sah (noch) keine Notwendigkeit, den ÖGD mit Eingriffsrechten

bei der Abwehr anderer gesundheitlicher Gefahren auf Bevölkerungsebene auszustatten. Aus meiner Sicht wäre hier ein Mehr durchaus sinnvoll und notwendig, wenn ich an Themen wie Klimafolgen, Verkehr, Umweltgifte etc. denke.

Ein anderes Beispiel sind die Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete. Ganz früh in der COVID-Pandemie hätten die Gesundheitsämter die Chance haben sollen zu sagen: Diese Unterkunft ist, so wie sie ist, mit engen Fluren, wenigen Sanitärräumen und großen Mehrbettzimmern unter gesundheitlichen Gesichtspunkten nicht vertretbar, hier muss nach Alternativen gesucht werden. Das ist viel zu zögerlich geschehen. Dafür müssten Empfehlungen von Institutionen wie dem RKI einen stärker bindenden Charakter haben, wie z. B., dass in einem Zimmer maximal vier Personen, die nicht zu einer Familie gehören, untergebracht werden dürfen, Personen mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf gar nicht erst in eine Gemeinschaftseinrichtung gehören etc. Aber diese Macht hat der ÖGD so nicht und erst recht nicht einzelne Gesundheitsämter.

Dagegen war bei HIV, einer Infektion, die sich fast ausschließlich in privaten Beziehungen vollzieht, ganz klar kein hoheitliches Handeln angebracht, sondern anonyme Beratungs- und Testangebote. Auch bei den meisten anderen Infektionen geht es primär um lebensweltnahe Prävention und nur in extremen Einzelfällen um »seuchenpolizeiliche« Eingriffe gegenüber einzelnen Personen. Das Infektionsschutzgesetz betont dies und setzt auf Pflichten vor allem im Meldewesen und bei Institutionen. Aber diese Einsicht – dass es eher Angebote braucht als Eingriffe – hat sich hinsichtlich der meisten Infektionen noch nicht durchgängig im ÖGD durchgesetzt.

Die andere Wurzel des ÖGD ist die Gesundheitsfürsorge, die Leistungen für Gruppen oder Menschen, die aus welchem Grund auch immer von unserem Kassen- und Gesundheitssystem nicht erreicht werden. Dies ist eine uralte Diskussion: Was sind die Lücken eines beitragsfinanzierten Versorgungssystems? Überlässt man bestimmte sogenannte subsidiäre Leis-



tungen der Wohlfahrt oder ist es eine staatliche Aufgabe, hier steuerfinanziert eine angemessene Versorgung zu garantieren? In der HIV-Pandemie wurden von den Gesundheitsämtern Lücken der beitragsfinanzierten Versorgung geschlossen durch anonyme Beratungs- und Testangebote, durch aufsuchende Prävention, durch Substitution und medizinische Versorgung für suchtkranke Menschen. Und im breiteren Thema sexuelle Gesundheit war der ÖGD in den letzten 20 Jahren nicht nur subsidiär, sondern komplementär zum Versicherungssystem tätig. Da gab es – nicht immer geschichtsbewusst, sondern einfach als Reaktion auf Bedarfe – ein Anknüpfen an alte ÖGD-Traditionen. Schwangerenvorsorge, die sogenannten »Mütterberatungsstellen«, das gab es bis Anfang der 1950er Jahre, für alle Frauen wohnort- und bevölkerungsnah. Sicher muss hier sehr genau darauf geachtet werden, dass solche Dienste nicht nur für marginalisierte Gruppen bereitgestellt werden, weil sonst die Gefahr besteht, dass sie in der »Dialektik von Kontrolle und Für-

sorge« auch wieder ein Missbrauchspotential haben. Bei HIV ist das ja durchaus gelungen.

Dies leitet über zu den so genannten Risikogruppen: Bei HIV hieß es: Es gibt keine Risikogruppen, es gibt Risikoverhalten und es gibt riskante Verhältnisse. Risikogruppen war ein Unwort. Auch hinsichtlich COVID gibt es nicht Risikopersonen. Es gibt einerseits Personen mit einem Risiko für schwere Verläufe, andererseits Personen, deren Lebens-, Wohn- und Arbeitssituationen riskant sind und die einen schlechteren Zugang zu Information und Wissen haben. Dies alles kann auch ein riskanteres Verhalten nach sich ziehen. Und innerhalb dieser Gruppen gibt es – teilweise durchaus zu Recht – ein Misstrauen gegen eine Eingriffsverwaltung, die ja oft nicht eben hilfreich ist bei der Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse, sondern eher individuelles Verhalten sanktioniert. Beim Thema COVID ganz blöde und banal: Bei der Firma Tönnies zum Beispiel das seuchenpolizeiliche Abschotten der Wohneinrichtungen der Arbeiter*innen durch das Ordnungs-

amt, während das Gesundheitsamt sagt, die Unterbringung und die Arbeitsverhältnisse sind das Problem, aber daran letztlich wenig ändern kann. In dieser Hinsicht würde ich mir sogar mehr Eingriffsverwaltung durch das Gesundheitsamt wünschen, auch mehr Macht, nicht nur kluge Statements und gute Papiere wie z.B. vom RKI zum Thema Unterkünfte oder zur COVID-Prävention in schwierigen Lebensverhältnissen. Gerade bei heiklen Themen fehlt dem ÖGD oft die Macht, unbequeme Erkenntnisse auszusprechen und das Geld, um Maßnahmen umzusetzen, die den so genannten Risikogruppen zugutekommen. Da heißt es dann: Du hast ja Recht, aber so scharf darfst Du das nicht formulieren, und es ist auch nicht umsetzbar.

Wenn aber das Gesundheitsamt aus seiner Fachlichkeit heraus für Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen Partei nimmt und ihnen Angebote macht, wird es nicht als Seuchenpolizei wahrgenommen. Eine Anekdote aus meiner Zeit im Kölner Gesundheitsamt: In einer Befragung papierloser Menschen nannten diese die Ausländerbehörde als das ihnen in Köln bekannteste »Amt«. Danach befragt, wohin sie sich bei medizinischen Problemen wenden würden, sprachen viele von der »Klinik« oder »der Ärztin am Neumarkt« (dem Standort des Fachdienstes sexuelle Gesundheit im Gesundheitsamt).

Wie könnte jetzt eine systematische Sicherung von Erfahrungen, Schwierigkeiten und Handlungsansätzen aussehen? Darüber haben wir ja auch bei der ÖGD-Online-Veranstaltung des vdää am 25. August gesprochen (Bericht siehe S. 26).

Definitiv braucht es im ÖGD mehr begleitende Forschung, aber dafür braucht es Freiräume, Personal, Geld und eine angemessene technische Ausstattung. Es braucht – das hat so einen langen Bart! – eine bessere Verknüpfung von universitärer Public Health mit praktischem Handeln im ÖGD. Dem stehen allerdings auf beiden Seiten Hindernisse entgegen: auf der akademischen Seite eine gewisse Arroganz gegenüber den Mühen des Alltags in den Gesundheitsämtern, auf

Seite der Gesundheitsämter – das kann ich jetzt aus dem Ruhestand sagen – eine gewisse Beleidigung gegenüber denen, die ihnen sagen, wie sie idealerweise arbeiten sollten, während sie das mühselige Klein-Klein aushalten und dabei ganz oft am Limit arbeiten müssen. Hier müssen viele Gräben überwunden werden, wie z. B. in dem aktuellen Ansatz des *Zukunftsforums Public Health*. Diese getrennte Entwicklung von Public Health und öffentlichem Gesundheitswesen ist ein spezifisch deutsches Problem und nicht zuletzt Ergebnis des Faschismus. Wichtige Forschungsergebnisse dazu finden sich z.B. in den Arbeitsberichten zu verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik der Universität Bremen. Leider sind diese Erkenntnisse aus den 70er/80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts im ÖGD heute auch schon wieder verloren gegangen.

Welcher Reformbedarf für den ÖGD wurde in der Pandemie offensichtlich? Welche Reformen müssen jetzt angegangen werden?

Gesundheitsämter brauchen mehr zeitliche und finanzielle Spielräume. Das heißt aber auch, dass der Bund sich da stärker finanziell engagieren muss, wie seinerzeit mit den Modellprojekten im HIV/Aids-Bereich. Aktuell sind viele Angebote in den Gesundheitsämtern von der Finanzkraft der einzelnen Kommunen oder Landkreise abhängig. Städte, die unter Haushaltssicherung stehen – wie viele Ruhrgebietskommunen – können sich weder längerfristige Projekte leisten noch sinnvolle Forschung. Mit dem jetzt in der COVID-Pandemie initiierten und mit viel Geld ausgestatteten *Pakt für den ÖGD* ist vielleicht ein Aufbruch möglich, auch durch die neue Kontaktstelle ÖGD beim RKI. Außerdem braucht es eine stärkere Berücksichtigung des Themas ÖGD schon in der Ausbildung verschiedener Berufsgruppen, vor allem aber im Medizinstudium. Aktuell beschränkt sich das meist auf ein bis zwei Vorlesungen, um in wenigen Stunden im Schnelldurchlauf den ÖGD zu erklären, seine Geschichte, seine Aufgaben, seine Möglichkeiten. Bevölkerungsmedizi-

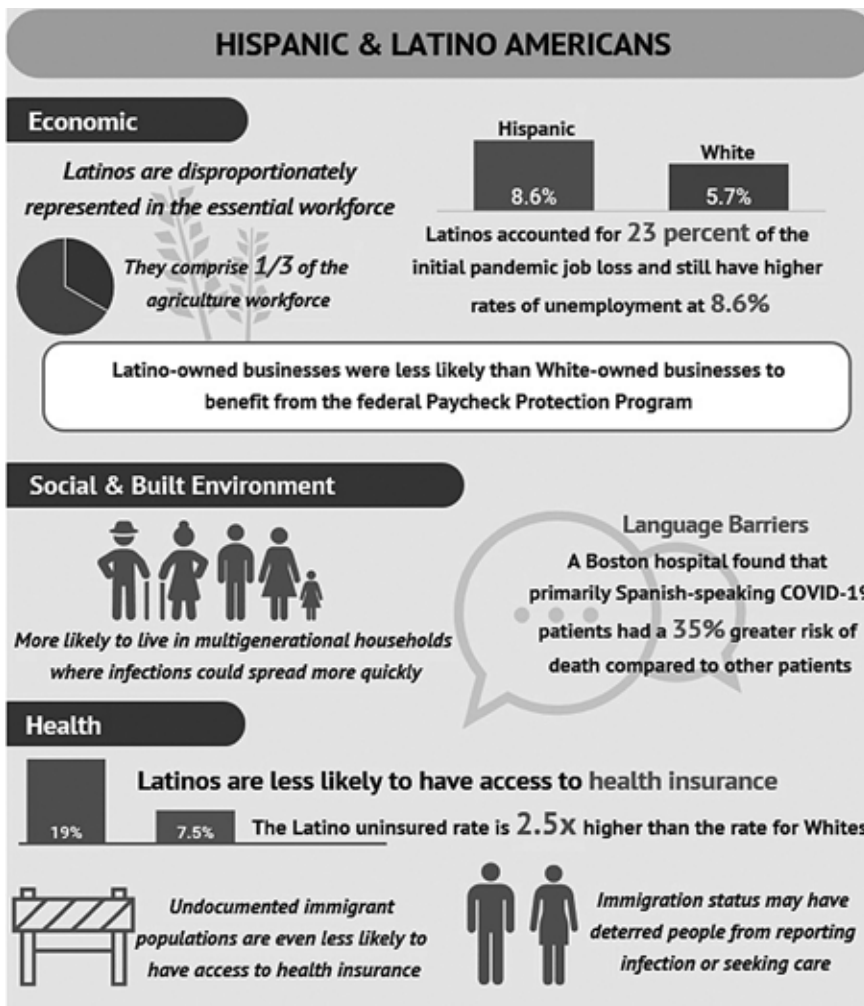
nische Ansätze müssen in der ärztlichen Ausbildung einen anderen Stellenwert haben, soziale Bedingungen von Krankheit und Gesundheit, Statistik, Epidemiologie. Meine Erfahrung ist, dass nur wenige Medizinstudierende für Gesundheit relevante soziale Faktoren kennen, Strukturen verstehen oder epidemiologische Zusammenhänge begreifen. Wie sollen die motiviert und fähig sein, im ÖGD zu arbeiten?

*Ich glaube, dass nur wenige Ärzt*innen in der Lage sind, eine Pharmastudie kritisch zu lesen...*

Vergiss es. Das gilt aber auch für andere Berufsgruppen, die im ÖGD arbeiten, wie die soziale Arbeit. Diesen fehlt leider zusätzlich oft medizinisches Basiswissen, wie z. B.: Was ist der Unterschied zwischen Schmierinfektionen, aerogen übertragenen Erregern und blood borne infections? Wo ist ein Handschlag gefährlich und wo nicht? Wann und wo müssen Desinfektionsmittel eingesetzt werden und wann nicht? Welche Erreger vermehren sich im Kartoffelsalat, welche in Aufzügen und welche brauchen Sex für die Übertragung? Welche Bedeutung hat das für die Risikokommunikation? Hinzu kommt auch hier eine mangelhafte Ausbildung in Epidemiologie und Statistik, also fehlende Grundlagen, um Erfahrungen zu systematisieren. Ich würde sagen, es braucht mehr und bessere Ausbildung, Weiterbildung, Forschung, Verknüpfung von Theorie und Praxis.

Dennoch will ich ganz allgemein eine Lanze für den ÖGD brechen. Es gibt da jede Menge engagierte Menschen mit vielfältigen und beeindruckenden Kompetenzen. Aber jenseits der nackten so genannten Pflichtaufgaben hat der ÖGD für viele seiner Angebote je nach Bundesland oder sogar je nach Kommune keinen verbindlichen Auftrag. Je nach Bundesland haben die ÖGD-Gesetze unterschiedliche Soll-, Kann-, Muss-Bestimmungen, die muss man immer schön lesen. Und im Zweifelsfall entscheidet der Kämmerer der Stadt X anders als der Kämmerer der Stadt Y, welche konkreten Leistungen zur Aufgabenerfüllung des Gesundheitsamtes erforderlich sind. Das bedeutet, dass viel zu oft die Haushaltslage einer Kommune, eines Kreises maßgeblich ist für die finanzielle Ausstattung und damit auch für die personelle Ausstattung eines Gesundheitsamtes und nicht der konkrete Bedarf bzw. die Fachlichkeit. Natürlich fehlen in vielen Bereichen auch Indikatoren. Diese zu erarbeiten hat auch etwas zu tun mit der systematischen Sicherung von Erfahrungen. Immerhin gab es da in der COVID-Pandemie einen Quantensprung, indem jetzt in aller Öffentlichkeit über die Bedeutung von Indikatoren diskutiert wird: Was ist die Aussagekraft von Inzidenzen, von Hospitalisierungsraten, wie lassen sich Bedarfe abbilden usw. Wie kann ich Bedarfe und Angebote messen? Gibt es überhaupt Daten dazu? Und natürlich gibt es auch Angst vor den Daten, denn die könnten Unangenehmes zu Tage fördern oder in der Interpretation missbraucht werden. Das ist nicht nur ein Problem der großen Politik. Es gibt andererseits auch tolle partizipative Forschung – im Bereich sexuelle Gesundheit und HIV hat das RKI in den letzten Jahren eine ganze Menge gemacht. Aber es braucht mehr und es braucht natürlich Konsequenzen daraus. Auch hier wieder waren Menschen, die im ÖGD im Bereich HIV und se-





xuelle Gesundheit arbeiteten, schon vor einigen Jahren aktiv und hatten solche Indikatoren zu sexueller Gesundheit erarbeitet.

Können wir noch mal auf die Frage nach dem Geld zurückkommen? In der allgemeinen Öffentlichkeit scheint das Einzige, was man in den letzten Wochen als Forderungen wahrgenommen hat, die Frage nach der besseren Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD zu sein. Hältst Du die auch für besonders dringlich? Würde das wichtige Probleme lösen?

Wenn der ÖGD gutes fachärztliches Personal bekommen will – und ich bin überzeugt, dass er dringend mehr fachärztliches Wissen und Standing braucht – dann spielt das Thema Bezahlung schon eine Rolle. Beim Wechsel aus einer Leitungsposition z. B. in der Krankenhaushygiene oder Infektiologie in einer großen Klinik in den ÖGD ist die Verantwortung ja nicht geringer und Überstunden oder Ruf-

dienste gibt es auch: Wenn dann das Gehalt deutlich geringer ausfällt, schreckt das – zusammen mit der geringeren Wertschätzung – sehr wohl manche ab. Gerade Menschen, die sich familienfreundliche Arbeitszeiten wünschen und für die der Verdienst nicht so relevant ist, gehen bewusst in den ÖGD. Für diese spielt dann das Strukturelle eine größere Rolle, und hier erleben sie dann Enttäuschungen. So sind die Arbeitszeiten im ÖGD auch außerhalb von Pandemiezeiten nicht immer so idyllisch, wie man sich das vorstellt. Bei eiligen Anfragen aus dem Stadtrat fallen durchaus mal Überstunden zu nächtlicher Zeit an und wer in der Infektiologie in einer verantwortlichen Position arbeitet, muss z.B. bei einem Meningokokken-Ausbruch auf einer Kinderstation tagelang auch rund um die Uhr erreichbar sein. Aufsuchende Präventionsarbeit auf der Straße abends und nachts im Schichtdienst ist durchaus vergleichbar mit Spät- und Nachtdiensten in der Notaufnahme im Krankenhaus. Wenn das

anerkannt wird, könnte ich mir vorstellen, dass sich die Frage der Bezahlung von selbst anders stellt.

Die Problematik der Wertschätzung ist für mich in einer Publikation von Anton Labisch gut nachvollziehbar dargestellt: Der Hausarzt arbeitet wesentlich patientenbezogen und erfährt darin Dank und Anerkennung. Ein Facharzt erfährt Wertschätzung vorwiegend im interkollegialen Austausch. Ärztliches Handeln im öffentlichen Gesundheitswesen richtet sich dagegen an eine diffuse Öffentlichkeit, an Politik, Verwaltung und andere Institutionen. Hier ist Anerkennung nur sehr vermittelt erfahrbar und – erst recht in Zeiten neuer Medien – auch oft wankelmütig. Ich kenne eine Reihe von ärztlichen Kolleg*innen im ÖGD, die auch deswegen das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis sehr vermissen. In der individuellen Beratung und Versorgung im Bereich sexuelle Gesundheit, der Versorgung von marginalisierter Gruppen oder der Suchtmedizin sehen viele die Chance, auch im ÖGD vor allem »guter Doktor« zu sein. Das ist hilfreich beim Durchhalten, birgt aber die Gefahr, dass strukturelles Handeln zu kurz kommt.

Die COVID-Pandemie hat zu einer neuen Anerkennung des ÖGD und der Gesundheitsämter in der Fachwelt und in der öffentlichen Wahrnehmung geführt. Das bietet nicht nur die Chance, den »Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen« und andere Berufsgruppen im ÖGD aufzuwerten. Hier öffnet sich ein Fenster für weitere reichende Veränderungen, vergleichbar mit dem Aufbruch aus den verknöcherten Strukturen der Seuchenhygiene durch die HIV-Pandemie. Ich hoffe sehr, dass es gelingt, diesen Moment zu nutzen.

Heidrun Nitschke ist Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe; 28 Berufsjahre im ÖGD mit den Schwerpunkten sexuell übertragbare Infektionen, sexuelle Gesundheit, Migration, Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung; seit 2018 Rentnerin; mehrere Jahre in der Härtefallkommission NRW; aktuell im Beratungsstab des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration in NRW zu COVID-19 in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Der ÖGD in der Pandemie

Bericht über das Online-Fachgespräch des vdä am 25. August 2021 zum Thema »Was kann der Öffentliche Gesundheitsdienst zur medizinischen und sozialen Zugangsgerechtigkeit beitragen? Erfahrungen in der SARS-CoV-2-Pandemie aus und für die Praxis« – von Alexandra Sarah Lang

In der SARS-CoV-2-Pandemie waren die Gesundheitsämter besonders stark in der öffentlichen Aufmerksamkeit als wichtige »dritte Säule« des Gesundheitswesens. Von einer Stärkung des ÖGD war in der Pandemie immer wieder die Rede, aber wie sollte diese konkret aussehen? Dazu initiierte eine Gruppe von interessierten Kolleg*innen aus dem vdä eine regelmäßig sich treffende Gesprächsgruppe, die sich nach einem halben Jahr entschloss, ihre Diskussionen im größeren Rahmen eines Fachgesprächs zu Perspektiven zur nachhaltigen Stärkung und Verbesserung der Praxis des ÖGD zu stellen. Als Adressat*innen wurden gezielt Kolleg*innen aus dem ÖGD angesprochen. Und dies stieß auf beeindruckende Resonanz.

Insgesamt nahmen 54 Personen an der Veranstaltung teil, ein Großteil von ihnen im ÖGD tätig. Als Auftakt fanden drei Inputvorträge mit Erfahrungsberichten aus der Praxis statt; im Fokus standen Fragen der sozialen Zugangsgerechtigkeit, die in der Pandemie besonders deutlich wurden. Als Referent*innen sprachen Navina Sarma (ÖGD-Kontaktstelle am Robert Koch-Institut), Patrick Larscheid (Leiter Gesundheitsamt Berlin-Reinickendorf) und Sarah Lang (Koordination Humanitäre Gesundheitsdienste, Gesundheitsamt Frankfurt am Main).

Patrick Larscheid startete als erster Referent und berichtete über das pandemiebezogene Vorgehen des Gesundheitsamts Berlin-Reinickendorf und die Herausforderungen bei der Adressierung des Infektionsschutzes in bestimmten Gruppen, z.B. wohnungslose Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund. Er beschrieb Lösungsansätze, z.B. eine verbesserte Vernetzung der Berliner Gesundheitsämter und Kooperationen des Gesundheitsamtes mit z.B. Vereinen, um die Zielgruppen besser mit COVID-19-Impfungen zu erreichen, beleuchtete aber auch das Spannungsfeld zwischen kommunalpolitischen und fachlich fundierten Entscheidungen am Gesundheitsamt.

Anschließend berichtete Sarah Lang von der Arbeit des neu etablierten *Ausbruchteams Soziale Einrichtungen* am Gesundheitsamt Frankfurt, zuständig für Einrichtungen der Wohnungslosen-, Drogen-, Jugend- und Eingliederungshilfe sowie kommunale Unterkünfte. Ziel des Teams sei, neben Infektionsschutzbelangen auch sozialmedizinische Aspekte zu berücksichtigen. Sie stellte außerdem zwei neue Projekte am Gesundheitsamt vor, die die Themen Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Blick nehmen – beides wichtige Faktoren für

die Umsetzung des Infektionsschutzes in marginalisierten Gruppen.

Navina Sarma stellt zunächst die neue ÖGD-Kontaktstelle am RKI vor, deren Ziel eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen RKI und ÖGD, z.B. in Bezug auf Melde- und Informationssysteme, Kommunikation und Vernetzung, Auf- und Ausbau von Qualifizierungsangeboten sowie Infektionsschutz ist. Sie beschrieb die Herausforderungen für den ÖGD, die sich besonders deutlich in der Pandemie gezeigt hätten, z.B. die Kommunikation (sowohl interne als auch externe), die große Aufmerksamkeit durch die Presse und den daraus resultierenden politischen Druck. Das RKI habe sich in der Pandemie dem Thema Zugangsgerechtigkeit unter anderem durch zielgruppenspezifische Empfehlungen gewidmet, z.B. für wohnungslose Menschen. Für die Zukunft könne man mitnehmen, dass in der Pandemie entstandene Kooperationen erhalten und ausgebaut werden sollten und community-basierte Arbeit gestärkt werden sollte.

Die wichtigsten Punkte in der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmer*innen werden nachfolgend zusammengefasst.

■ **Wie können bereits gemachte Pandemie-Erfahrungen (z.B. im Kontext HIV) verstetigt werden?**

Zunächst wurde gefragt, ob die Bedarfe, die sich in marginalisierten Gruppen in der Pandemie zeigten, wirklich neu seien. So diskutiere man am Beispiel COVID-19 Dinge, die bezüglich HIV schon vor 25 Jahren diskutiert wurden. Man habe in der Vergangenheit bereits sehr viel über zukünftige Kooperationen gelernt. Die Pandemie habe in vielerlei Hinsicht bestätigt, was man bereits wisse, die drängendste Frage sei nun, wie man den Katalog an Pflichtaufgaben im ÖGD und dessen Erweiterung so formuliert, dass es tatsächlich zu einer Verstetigung der Aufgaben kommt – jenseits von persönlichem Engagement.

■ **Fehlt die Datenbasis oder der politische Wille?**

Nächstes Thema war die Quantifizierbarkeit der Versorgungsdefizite, die notwendig sei, um finanzielle und damit politische, inhaltlich fundierte Forderungen, z.B. nach mehr Personal zu formulieren. Es gehe darum, mit welchen konkreten Ressourcen Änderungen umgesetzt werden könnten.



Zu diesem Punkt gingen die Meinungen im Teilnehmerkreis auseinander. Einige Diskussionsteilnehmer*innen stellten fest, dass die angeblich fehlende Datenbasis durchaus bereits vorhanden sei. Diverse Studienergebnisse belegten bereits den Zusammenhang zwischen einzelnen Faktoren der sozioökonomischen Lage und der gesundheitlichen Versorgung. So sei die wichtige Rolle von Sprachmittlung für die Gesundheitsversorgung längst bekannt. Mit den vorhandenen Zahlen könne auch ein genaues Bild gezeichnet werden, wie die pandemische Situation in den Unterkünften der Geflüchteten sei. Obschon exakte Zahlen zu bestimmten Gruppen schwierig zu erheben seien, z.B. zu wohnungslosen Menschen, sei die Datenbasis ausreichend, um daraus konkrete politische Forderungen zu erheben und notwendige Änderungen für eine verbesserte Versorgung benachteiligter Gruppen anzustoßen.

■ Neue Rolle des ÖGD – Lyrik oder Politik?

Daraus ergab sich die Frage, ob es im Fachgespräch darum gehen solle, personalpolitische Ziele zu formulieren. Dies wurde zum Teil verneint. Es handle sich um ein überregionales Vernetzungstreffen mit Kolleg*innen, politische Maßnahmen könne man aber nicht ableiten. Dass sich die Situation im ÖGD verbessert habe, läge auch daran, dass mit »lyrischen Mitteln« erreicht worden sei, dass der ÖGD in der Pandemie viel bekannter und für Bewerber*innen wieder attraktiv geworden sei. Der ÖGD könne nicht dafür verantwortlich sein, alle Obdachlosen zu versorgen, vielmehr müsse es seine Aufgabe sein, prekäre Lebenslagen wie die von wohnungslosen Menschen oder Arbeiter*innen bei Tönnies zu verhindern. Der Fokus des ÖGD müsse auf der Pandemie-Prävention liegen, dann könne erst über eine bessere finanzielle Ausstattung geredet werden. In der Debatte wurde betont, dass die Unterschiede in der Ausstattung der Gesundheitsämter zwischen Stadt und Land riesig seien und zusätzlich zwischen den Bundesländern große Unterschiede existierten, was sich auch in verschiedenen Gesetzesgrundlagen der Länder zeige.

Dieser Ansicht wurde allerdings energisch widersprochen: Eine neue Rolle des ÖGD entstehe nicht aus der »Lyrik« und nicht aus den Unterschieden in Ausstattung sowie persönlichem Engagement, sondern sei vor allem das Ergebnis politischen Willens – und damit auch einer Stärkung der fachlichen Ressourcen des ÖGD.

■ Fazit und Ausblick

Zum Ende der Diskussion wurden die Referent*innen der Inputvorträge nochmals um ein kurzes Abschluss-Statement gebeten.

Patrick Larscheid betonte, die einzelnen Gesundheitsämter in Berlin seien in der Pandemie besser zusammengewachsen und man könne so von einer besseren Vernetzung profitieren. Dies täte der Arbeit gut und gemeinsam könnten auch besser heikle Themen in die Öffentlichkeit transportiert werden. Sich zusammen zu tun und zu vernetzen, sei auch den Kolleg*innen in den Flächenländern zu raten.

Navina Sarma hob hervor, dass es bei der Verbesserung der Zugangsgerechtigkeit vor allem darum gehe, strukturelle Diskriminierung und Ausschlüsse zu erkennen. Es sei besonders wichtig, den Menschen zuzuhören, für die der ÖGD da sein soll, um deren Perspektiven stärker berücksichtigen können.

Sarah Lang schloss sich Navina Sarma an und fügte hinzu, dass das Bekämpfen von strukturellen Zugangsbarrieren zur Gesundheit eine der wichtigsten Aufgaben sein solle. Es gäbe außerdem große Kommunikationsdefizite zwischen verschiedenen Berufsgruppen, z.B. in der sozialen Arbeit tätigen und ÖGD-Mitarbeiter*innen, so dass sich ein regelmäßiger Austausch mit Vertreter*innen sozialer Einrichtungen als sehr sinnvoll erwiesen habe.

Deutlich wurde abschließend das Interesse an weiteren derartigen Fachgesprächen. Ein mögliches Thema könnte die professionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufen sein.

Alexandra Sarah Lang ist Epidemiologin und Sozialwissenschaftlerin arbeitet im Gesundheitsamt Frankfurt in der Koordination humanitärer Gesundheitsdienste.



Mehr Personal und TVöD für alle, JETZT

Stefan Schoppengerd über den Streik der Beschäftigten von Charité und Vivantes

Am 6. September hat ver.di das Ergebnis der Urabstimmung an den landeseigenen Krankenhäusern Berlins bekanntgegeben. 98 Prozent der Mitglieder haben sich für den unbefristeten Streik ausgesprochen, der drei Tage später aufgenommen wurde. Betroffen sind die neun Kliniken der landeseigenen Betreibergesellschaft Vivantes und die Charité; hinzu kommen die Tochtergesellschaften von Vivantes sowie Labor Berlin, eine gemeinsame Tochter von Charité und Vivantes. Für die Krankenhäuser wird ein »Tarifvertrag Entlastung« gefordert, in dem detaillierte und sanktionsbewehrte Regeln der Personalbedarfsermittlung vereinbart werden; für die Töchter wird die Aufnahme in den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) verlangt. Mit Blick auf diese Forderungen hat sich bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe (Stand 20. September 2021) noch nicht viel bewegt, und doch sind Vorgehen und Auswirkungen der Berliner Krankenhausbewegung schon jetzt in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert.

Es gibt zum einen eine berlinspezifische Gemengelage. Im laufenden Wahlkampf nicht nur anlässlich der Bundestags-, sondern auch der zeitgleich stattfindenden Berliner Abgeordnetenhauswahlen will niemand als Pflege-Buhmann dastehen. Zumindest rhetorisch stellt sich so auch die Oppositionspartei CDU an die Seite der Streikenden: »CDU-Spitzenkandidat Kai Wegner teilte mit, der Applaus für die Pflegekräfte in der Coronakrise sei ›ein großartiges Zeichen‹ gewesen, nun aber seien ›handfeste Verbesserungen‹ nötig: ›Bessere Arbeitsbedingungen gibt es nicht ohne einen besseren Personalschlüssel.« (Tagesspiegel v. 23. August 2021) Die SPD als führende Partei der rot-rot-grünen Koalition ist da in einer schwierigeren Lage; Verständnis und verbale Solidaritätsbekundungen für die Klinikbeschäftigten gibt es aus ihren Reihen reichlich. Gesundheitssenatorin Dilek Kalayci und Finanzsenator Matthias Kollatz halten aber erklärtermaßen still und verzichten bislang auf die tätige Unterstützung der Streikforderungen. Ohne Auswirkungen auf den Landshaushalt wäre eine solche Unterstützung auch kaum zu haben; politischer Druck auf die Klinikvorstände provoziert unmittelbar die Gegenfrage, wann das Land Berlin gedenkt, seinen Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung wieder in ausreichendem Umfang nachzukommen.

Hier zeigt sich, was auch ver.di und die Streikenden genau wissen: Ihr Arbeitskampf arbeitet sich an Symptomen struktureller Probleme des Krankenhauswesens ab, nämlich an unzureichender öffentlicher Finanzierung, Einführung des Fallpauschalensystems und Nicht-Einführung von gesetzlichen Vorgaben zur Personalbemessung. Krankenhäuser haben im Wesentlichen zwei Geldquellen: die Zahlungen der Krankenkassen zur Vergütung von Behandlungen und die Landesmittel zur Finanzierung von Investitionen. Da letz-

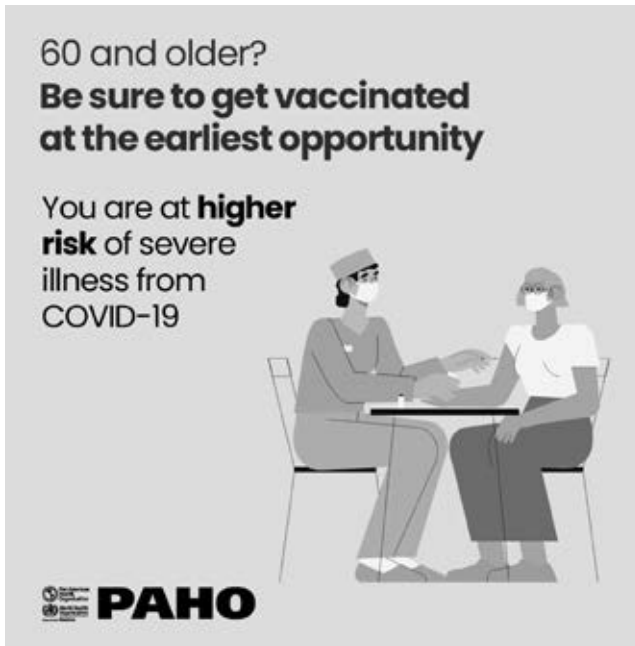
tere – Stichwort Schwarze Null – politisch knapp gehalten werden, müssen fehlende Investitionsmittel zum Teil aus zweckentfremdeten Krankenkassenzahlungen bestritten werden. Die wiederum werden seit Einführung der DRG/Fallpauschalen in einem Preissystem abgerechnet, das die Krankenhäuser motiviert, lukrative Behandlungen zu möglichst geringen Kosten zu erbringen. Die wichtigste Stellschraube der Kostensenkung war über lange Zeit der Personalschlüssel, nicht zuletzt in der Pflege. In Reaktion auf die lauter werdenden Proteste in den Kliniken wurden die Kosten für Pflegekräfte 2020 zwar aus den Fallpauschalen ausgegliedert; der Teufelskreis, dass Überlastung und Frustration einer Berufsgruppe die Gewinnung zusätzlicher Kräfte erschwert und viele zum Aufgeben bringt, was wiederum die Überlastung verschärft, ist damit aber nicht durchbrochen. Das Argument, man könne ohnehin nichts tun, weil der Arbeitsmarkt für Fachkräfte nunmal leergefegt sei, ist zu oberflächlich. Eine Befragung von Pflegekräften, die den Beruf aufgegeben oder ihren Stundenumfang reduziert haben, hatte zum Ergebnis, dass das Arbeitskräfteangebot wieder deutlich größer wäre, wenn Bezahlung und Arbeitsbedingungen sich verbessern – und mit Arbeitsbedingungen sind nicht zuletzt Personalschlüssel gemeint, die es den Arbeitenden ermöglichen, ihren berufsethischen Ansprüchen an eine gute Versorgung gerecht zu werden.¹

Auf die Strukturprobleme beruft sich auch Vivantes-Vorstand Johannes Danckert: »Das Problem fehlender Pflegekräfte und die unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser

Adults aged 60 and older
should be among the first to get
vaccinated against COVID-19

Vaccination
will keep you safe and
healthy by protecting
you against serious
disease and death

PAHO



ser werfen so grundsätzliche Fragen auf, dass wir sie kaum bei Vivantes allein lösen können, auch nicht nur in Berlin. Vielmehr braucht das Gesundheitswesen eine bundesweite Komplettreform hin zu mehr Daseinsvorsorge.« Auch ver.di lässt keinen Zweifel daran, dass eine gesetzliche Regelung der Personalbemessung und eine bundespolitische Reform der Krankenhausfinanzierung der bessere Weg wäre, greift aber ersatzweise zum Mittel der Tarifvereinbarung.

Klinikchef Danckert allerdings will mit dem Finger auf die Bundespolitik zeigen, um die Streikenden vor Ort auflaufen zu lassen. Vivantes hat versucht, den Streik juristisch zu unterbinden; der Abschluss einer Notdienstvereinbarung wurde verweigert; als der Streik trotzdem begonnen hat, lautete nach Monaten der Gesprächsverweigerung die Position: Wir können selbstverständlich gern reden, aber dazu müsst Ihr erstmal den Streik einstellen. Flankiert wurde dies durch eine Wortmeldung der Ärztlichen Direktor*innen von Vivantes, die im unbefristeten Streik »akute Gefahren für das Leben unserer Patient*innen« sahen. Von den Ärztinnen und Ärzten in ver.di mussten sie sich daraufhin fragen lassen: »Wo waren die ärztlichen Direktor*innen, als Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen und Tausende an der Krankenversorgung beteiligte Beschäftigte über Jahre vergeblich innerhalb der Kliniken und in der Öffentlichkeit mit Worten und Anklagen auf die dauerhafte Gefährdung der Patientenversorgung durch Personalmangel, Unterbesetzung und Überlastung der Beschäftigten hingewiesen haben?« Mit ihrer Wortmeldung verliehen sie »den Stimmen der Geschäftsleitungen und Teilen der Politik Ihre ärztliche Autorität, um den Kurs der Sparpolitik gegen Patient*innen und Beschäftigte fortsetzen zu können.«

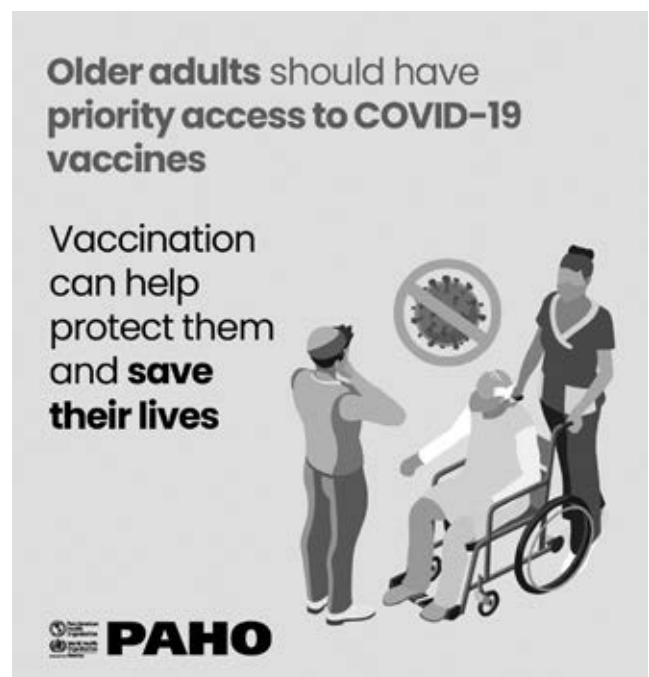
Bei aller Schärfe, die die Auseinandersetzung zeitweise annimmt, ist klar: Niemand will in der Öffentlichkeit als ignorant gegenüber den Nöten der Pflegekräfte dastehen. Auf einen Streik im Krankenhaus reagiert man nicht mit der gleichen Kaltschnäuzigkeit, wie sie sich so mancher gegenüber streikenden Lokführer*innen meint erlauben zu können. Dass der Arbeitskampf aber überhaupt so viel Wirbel erzeugt

und gute Aussichten hat, handfeste Verbesserungen zu erstreiten, ist die Ernte des planvollen Vorgehens und des systematischen Organizing der Aktiven aus der Berliner Krankenhausbewegung. Viel spricht im Moment dafür, dass diese Art der Konfliktführung weiter Schule machen wird.

Schule gemacht im wahrsten Sinne des Wortes hat auch die »Streik-Uni«, die beim Streik an der Charité 2015 aus der Taufe gehoben worden war. Am 13. September, also am Tag 5 des diesjährigen Streiks, fand ebenfalls eine »Streik-Uni« mit umfänglichem Programm statt: Am Vormittag und am Nachmittag gab es jeweils parallel 6 verschiedene Seminare oder Workshops. So stellten z.B. Silvia Habekost und Florian Wilde das neue Buch der Organizerin Jane McAlevey vor, Nadja Rakowitz machte einen Workshop zur Frage: »Wo kommt der Kostendruck im Krankenhaus her?«, Barbara Fried und Franz Drechsel einen über »Pflege ein >Frauenberuf?« Was Pflege mit Kapitalismus und Geschlecht zu tun hat«, Kalle Kunkel fragte »Was kommt nach den DRG?«, Alex Mehren machte ein Seminar zum Thema »Gegen steigende Mieten wehren«, Jennie Aufferberg fragte: »Ist der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte leergefegt?« usw. Außerdem gab es Veranstaltung mit anderen kämpfenden Belegschaften z.B. von den Unikliniken Mainz, Schleswig-Holstein und Jena, vom Klinikum Nürnberg und eine zum »Kampf der Therapeut*innen« mit Stefan Straßler. Es waren ca. 500 streikende Kolleg*innen da, die das Angebot gerne angenommen und engagiert mitdiskutiert haben. Die Stimmung war gut, die Kolleg*innen selbstbewusst und kämpferisch.

Der vdäa kann stolz sein darauf, Teil dieser Bewegung zu sein und seinen Teil dazu beitragen zu können.

1 »Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern«. Bericht zur Studie »Ich pflege wieder, wenn...« auf www.arbeitnehmerkammer.de; die Studie wurde bisher in Bremen durchgeführt und ausgewertet. Aktuell läuft eine Befragung für eine analoge bundesweite Studie, an der Pflegekräfte unter www.arbeitnehmerkammer.de/pflegestudie teilnehmen können.



Lektüreempfehlungen

von dies- und jenseits des Tellerrands

■ Applaus ist nicht genug – Mythen, Probleme und Kämpfe rund ums Krankenhauswesen

Die Pandemie hat die öffentliche Aufmerksamkeit auf Krankenhäuser und Gesundheitswesen gelenkt wie schon lange nicht mehr. Dabei sind viele Probleme in aller Deutlichkeit sichtbar geworden. Gleichzeitig kursieren viele Mythen und Halbwahrheiten zum deutschen Gesundheitswesen. Es geht hier um viel Geld, um mächtige Interessen, um mehr als zehn Prozent aller Beschäftigten im Land und um einen gesellschaftlichen Bereich, der immer noch nicht vollständig kapitalistischen Verhältnissen unterworfen ist. Die Broschüre von Nadja Rakowitz greift einige Kontroversen und Streitpunkte auf, die im Zuge der Corona-Pandemie noch eine größere Brisanz erhalten haben. Die meisten beziehen sich auf die Situation in den Krankenhäusern, auf die Art, wie diese finanziert und organisiert werden. Denn das hat drastische Auswirkungen auf die konkrete Versorgung und die dortigen Arbeitsbedingungen. Wer kritisiert was am gegenwärtigen System? Welche Diagnosen werden gestellt, welche Therapien bzw. Lösungen werden angeboten und welche Interessen stecken hinter diesen Vorschlägen?

Nadja Rakowitz: »Applaus ist nicht genug. Mythen, Probleme und Kämpfe rund um das Krankenhauswesen in Corona-Zeiten« luxemburg argumente, August 2021, Bestellung oder Download: www.rosalux.de, Suchbegriff »Rakowitz«

■ Widerstandsfähige Ökonomie?

»Unabhängig von der Form ihrer Wirtschaft hätte jede Gesellschaft, wenn sie von einer Pandemie betroffen ist, zu leiden und Einschränkungen hinzunehmen. (...) Das schließt Entschei-

dungen darüber ein, welche Produktionsprozesse nicht systemrelevant sind und eingestellt werden können, welche der unmittelbaren Reproduktion der Gesellschaft dienen und fortgesetzt werden müssen, welche Kapazitäten man aufstocken müsste, wie viele Menschen in diesen Bereichen gebraucht werden, wie man sie vor Ansteckung schützen kann, wie man die Schutzkleidung organisiert, wie die insgesamt geringere Masse an Gütern und Dienstleistungen verteilt werden, in welchem Ausmaß das soziale, kulturelle und öffentliche Leben heruntergefahren werden muss und so weiter. (...) In einer kapitalistischen Marktwirtschaft bereiten solche Entscheidungen aber ganz besondere Probleme und verschärfen die bereits schwierige Situation.« Einer kapitalistisch verfassten Wirtschaft fehlt es, so stellt Sabine Nuss in einem Beitrag für die Zeitschrift PROKLA fest, in besonderer Weise an Resilienz. Die kluge Begründung dieser Position nimmt einige Seiten in Anspruch, die kostenlos im pdf-Format verfügbar sind.

Sabine Nuss: »Geld oder Leben«. Corona und die Verwundbarkeit der Eigentumslosen, PROKLA 199, 50. Jahrgang, Nr. 2, Juni 2020, S. 201-218; <https://prokla.de/index.php/PROKLA/article/view/1867/1815>

■ Krise, Schulden, Klassenkampf

Nachdem die Wahlkampfstände abgebaut sind, dürfte die Frage, wie die Schulden aus der Bekämpfung der Pandemiefolgen bezahlt werden sollen, mit Macht auf die politische Tagesordnung zurückkehren. »Es wird dann darum gehen, ob die »Schuldenbremse« abgeschafft und die Regeln des Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspaktes dauerhaft geändert werden – oder ob wir eine neue Runde der desaströsen Austeritätspolitik erleben. Dann stellt sich die Frage, in welcher

Mischung gegebenenfalls Kürzungen der Staatsausgaben und Erhöhungen von Steuern und Abgaben zur Geltung kommen – oder inwieweit es möglich ist, aus den Schulden »herauszuwachsen«. Neoliberale werden vor allem auf Ausgabenkürzungen zulasten der Lohnabhängigen drängen, Keynesianer*innen eher auf Wachstumsimpulse, die die Verteilungskonflikte entschärfen sollen. Aus ökologisch-sozialistischer Sicht gilt es dagegen, den Stoff- und Energieverbrauch radikal zu senken, die Produktionsstruktur entsprechend nach stofflichen Gesichtspunkten umzubauen und die notwendigen Maßnahmen durch eine Umverteilung zulasten der Kapitaleinkommen zu finanzieren.« Wer sich ein Bild von derlei Verteilungskonflikten machen will, ist mit einem Text von Thomas Sablowski aus dem Mai 2021 gut beraten.

Thomas Sablowski: Klassenverhältnisse nach einem Jahr Pandemie, Mai 2021, www.zeitschrift-luxemburg.de/klassenverhaeltnisse-nach-einem-jahr-pandemie/

■ COVID-19 und gesundheitliche Ungleichheiten

Die COVID-19 Pandemie trifft Menschen mit sozialer Benachteiligung häufiger und schwerer als sozial Bessergestellte. Dies gilt sowohl für die direkten gesundheitlichen Folgen wie auch für die indirekten Folgen, die aus den Lockdowns und der ökonomischen Krise entstehen. Dieses Buch stellt die Evidenz dieser Ungleichheit zusammen, präsentiert Mechanismen ihrer Entstehung und diskutiert, warum diese gesundheitliche Ungleichheit eine bewusste politische Entscheidung ist und kein Zufall oder gar Schicksal.

Clare Bamba, Julia Lynch & Katherine E. Smith: »The Unequal Pandemic – COVID-19 and Health Inequalities«, Policy Press, Bristol University Press, Bristol 2021

Investitionen in die Zukunft kritischer Gesundheitspolitik

Große Überraschung! Wir benötigen Euer Geld.

Inzwischen ist es ein Allgemeingut und wird auch in den Leitmedien breit diskutiert, dass die Coronakrise uns die Defizite des Gesundheitswesens wie in einem Brennglas vor Augen geführt hat. Sei dies der desolatte Zustand des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in den vergangenen Jahrzehnten bis zur Hilflosigkeit zusammengespart wurde. Oder die Finanzierung der Krankenhäuser, die diejenigen Häuser, die die Hauptlast in der Krise zu tragen haben, an den Rand des Ruins bringt, während Krankenhauskonzerne zweistellige Gewinnzuwächse aufweisen. Sei es das schamlose Agieren dieser Konzerne, die jetzt einen Teil der Beschäftigten entlassen, die die Corona-Patient*innen versorgen. Oder die fehlende sektorenübergreifende Kooperation. Sei es die Vernachlässigung von Menschen in prekären Lebensverhältnissen und überhaupt die mangelnde Berücksichtigung von sozialen Determinanten bei der Krankheitsbewältigung. Oder die skandalöse Selbst-Privilegierung der reichen Länder beim Zugang zu den Impfstoffen.

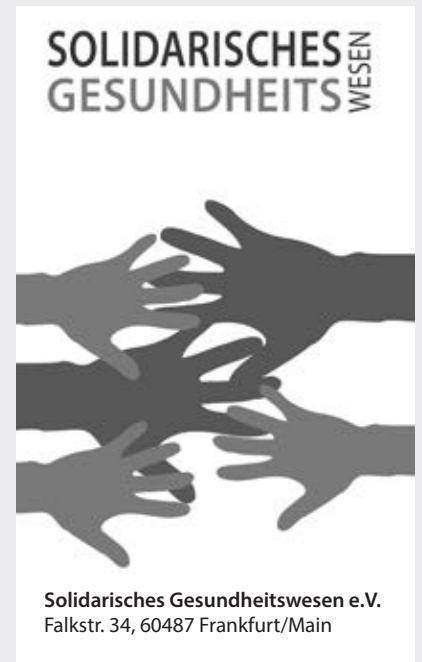
Es bedarf keiner hellseherischen Fähigkeiten, um vorherzusagen, dass es spätestens nach der Bundestagswahl auch um die Verteilung der Krisenlasten heftige gesellschaftliche Auseinandersetzungen geben wird. Aktuell bringen sich diejenigen in Position, die unter dem Deckmantel Eigenverantwortung und Zentralisierung weitere Privatisierungen und eine noch stärkere Marktorientierung im Gesundheitswesen fordern.

Wir setzen dem den Vorschlag einer solidarischen Bürger*innenversicherung entgegen; eine gemeinsame Planung des Krankenhauswesens und der ambulanten Versorgung, die

sich an den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung orientiert, ist uns unabdingbar. Gerade bisher benachteiligte Stadtteile und Regionen müssen besonders berücksichtigt werden. Dies sind nur einige Vorstellungen, die wir gerade im Solidarischen Gesundheitswesen diskutieren.

Wir wollen diese Diskussion verbreitern, in die Bevölkerung tragen und möglichst zur praktischen Umsetzung beitragen. Dies geht nur zusammen mit Bündnispartner*innen wie dem vdäa, den Kritischen Mediziner*innen, dem Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und anderen, mit denen wir schon in den letzten Jahren gemeinsam aktiv waren.

Und hier kommen Sie/kommt Ihr ins Spiel: Um diese Arbeit zu verstetigen und vor allem personell zu unterstützen und über einen längeren Zeitraum planen zu können, be-



nötigen wir in den nächsten Jahren regelmäßige Spenden. Wir könnten am besten arbeiten, wenn Ihr hierfür eine **Selbstverpflichtung für eine regelmäßige Spende** in bestimmter Höhe eingehen würdet, so haben wir Planungssicherheit.

Natürlich werden wir wie schon in den vorangegangenen Jahren weiter regelmäßig über die Verwendung der Spendengelder und die Fortschritte bei dieser kritischen Gesundheitsarbeit berichten.

Die Spende ist steuerlich abzugsfähig.

.....

Hiermit erkläre ich mich bereit, monatlich jährlich

10 € 20 € 50 € 100 €

anderer Betrag _____ zu spenden.

Name: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____

Die Kontoverbindung des Solidarische Gesundheitswesen e.V. ist:

Frankfurter Sparkasse
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25
BIC: HELADEF1822

Bitte schickt uns auch ein Mail und informiert uns über Höhe und Dauer Eurer Spende: solid.g-wesen@gmx.de

Jahreshauptversammlung und **Gesundheitspolitisches Forum**

des vdäa und des Vereins Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Ein anderes Gesundheitssystem ist nötig: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

12.–14. November 2021 in der Evangelischen Schule Berlin Zentrum

(Wenn ein physisches Treffen wegen Corona nicht möglich sein sollte, werden wir eine Videokonferenz durchführen)

Freitagabend, 12. November

Vdäa Regionalgruppen Berlin: Arbeitskämpfe im Krankenhaus 2021 – eine Podiumsdiskussion

Samstag, 13. November

Ein anderes Gesundheitssystem ist nötig: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

Vormittag

Panel I Was bedeutet Demokratisierung?

Theorie und Praxis demokratischer Bewegungen

- Kalle Kunkel: Wo endet der demokratische Sektor? Zu den Diskussionen um Wirtschaftsdemokratie und Eigentum
- Joanna Kusiak: Die Kampagne »Deutsche Wohnen enteignen« und ihre gesellschaftspolitischen Implikationen

Panel II Was bedeutet Demokratie im das Gesundheitswesen?

- Nadja Rakowitz: Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Phil Dickel / Paul Brettel: Ambulante Versorgung vergesellschafteten. Aber wie? Perspektiven aus der Poliklinikbewegung

Nachmittag

Workshops parallel

1. Peers als Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen: Austausch mit einem Community Health Center in Toronto
2. Primary Health Care in Brasilien und Partizipation der Bevölkerung
3. Klassenloses Krankenhaus in Neustadt am Rübenberge. Lernen aus einem fast vergessenen Modell
4. Krankenkassen: Revitalisierung der Selbstverwaltung zwischen Korporatismus und Privatisierung
5. Kritische Medizinstudierende: Möglichkeiten zur demokratischen Gestaltung von Lehre und Fort-/ Weiterbildung

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

Sonntag, 14. November

- Mitgliederversammlung des vdäa (einschließlich Wahl eines neuen Vorstands und Satzungsänderung)
- Welche Lehren ziehen wir als Verein aus der Krise, die sich mit der Corona-Pandemie zugespitzt hat?

Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae