

Ethnische Diskriminierung in der Gesundheitsfürsorge – ein koloniales Erbe

Einleitung

Südafrika im Jahr 2002, acht Jahre nach dem legislativen Ende der Apartheid. Noch immer berichten 40,8 Prozent der schwarzen Bevölkerung, im vorherigen Jahr keinen oder kaum Zugang zur Gesundheitsversorgung gehabt zu haben. Weisse Südafrikaner_innen hingegen berichten nur zu 10,9 Prozent von derartigen Problemen. Seither veröffentlichte Studien belegen fortlaufend, dass diese ethnische Divergenz bis heute fortbesteht. Trotz des offiziellen Endes der Segregation von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft leidet die Gesundheitsversorgung schwarzer Südafrikaner_innen also noch immer an den Folgen dieser. Derartige Ungleichheiten sind jedoch nicht nur in der ehemaligen Kolonie anzutreffen, auch Studien in global nördlichen Industriestaaten deuten auf ähnliche Probleme hin. Diese Sachlage verdeutlicht: Die koloniale Vergangenheit und deren rassistisches Erbe haben sich bis heute hartnäckig in den Gesundheitssystemen dieser Welt festgesetzt.

Wie kann es sein, dass trotz der legislativen Gleichstellung von 'Black and People of Color' (BPoC) und ethnischen Minderheiten, diese in den globalen Gesundheitssystemen oftmals immer noch unterversorgt werden und auf Diskriminierung stossen? Welche Implikationen hat diese Problematik für die Dekolonialisierungsbestreben globaler Gesundheitsorganisationen?

Dieses Essay geht den vorgehenden Fragen nach, indem es sich auf das exemplarische Beispiel Südafrikas bezieht und weiterführende Erkenntnisse aus den USA und Deutschland hinzuzieht. Die Länder USA und Deutschland wurden dabei gewählt, da sie die beiden dominanten Wirtschaftsansätze des globalen Nordens (liberale und soziale Marktwirtschaft) prinzipiell repräsentieren.

Südafrika während der Apartheid¹

Von 1948 bis 1994 galt in Südafrika die Apartheid, nicht-weiße und besonders schwarze Personen wurden gezielt vom Staat diskriminiert und von der weissen Bevölkerung segregiert. Schwarze Personen wurden in *Bantustans* umgesiedelt und damit von den Weissen in den

¹ Die in diesem Abschnitt vorgenommene Charakterisierung der Apartheid soll nur einen groben Überblick über die komplexe Thematik, welche sowohl räumlich als auch zeitlich unterschiedliche Ausprägungen fand, darstellen. Keinesfalls soll diese Darstellung ein komplettes Abbild dieses vielschichtigen Unterdrückungssystems repräsentieren.

grossen Städten ferngehalten. Gesundheitseinrichtungen für schwarze und weisse Personen wurden strikt getrennt. Was diese Politik bewirken sollte, war klar und erfolgreich war sie dabei auch. Der Gesundheitssektor in *Bantustans* wurde massiv unterfinanziert, Gesundheitseinrichtungen für die schwarze Bevölkerung waren überbelegt, schlechter ausgerüstet und litten an Personalmangel, während in «weissen» Spitälern eine schier unendliche Menge an Ressourcen unbenutzt blieb. So lag laut Rina Venter (südafrikanische Gesundheitsministerin 1989 – 1994) ein Überschuss von 11700 Betten für weisse Patient_innen vor, während ein Mangel von 7000 Betten für schwarze Patient_innen zu verzeichnen war.

Die teilweise Privatisierung des Gesundheitswesens spielte weiter in diese Problematik hinein, waren doch die Folgen der Segregation genauso ökonomisch wie politisch. Im Jahr 1982 wurde ermittelt, dass die weisse Bevölkerung über etwa das zwanzigfache Vermögen per capita verfügte als die schwarze und dass die durchschnittliche weisse Person etwa 5,8-mal so viel Einkommen erzielte. Es erstaunt somit auch nicht, dass Zahlen aus den 1960ern zeigen, dass rund 95 Prozent der segregierten und verarmten schwarzen Bevölkerung auf das öffentliche Gesundheitssystem angewiesen war, während 80 Prozent der weissen Bevölkerung auf eine private Versicherung zurückgreifen konnte.

Post-Apartheid in Südafrika

Mit der Wahl des 'African National Congress' (ANC) in den ersten demokratischen Wahlen Südafrikas im Jahr 1994 kam die offizielle Apartheid zu ihrem endgültigen Ende. Der ANC führte daraufhin den National Health Plan ein, welcher bis heute als eines der progressivsten legislativen Dokumente in diesem Bereich überhaupt betrachtet wird. Darin wurde nicht nur die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beachtet, sondern Gesundheit als grösseres Konzept erkannt, welches Bildung, ökonomischer Entfaltung sowie Versorgung mit essenziellen Gütern miteinbezog. Trotzdem ist erkennbar, dass BPoC in der Gesundheitsfürsorge bis heute benachteiligt sind. Woran liegt das?

Exkurs in den globalen Norden

Sowohl in den USA als auch in Deutschland präsentiert sich die Forschungslage zur spezifischen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung auf Basis ethnischer Faktoren mangelhaft. Die vorhandene Forschung zielt dabei hauptsächlich auf interpersonellen Rassismus durch medizinisches Personal ab, systemische Probleme wurden bisher kaum erforscht. Was sich aber

aus der Forschungslage erkennen lässt, wenn auch ohne klare Begründung, ist, dass ethnische und kulturelle Minderheiten weniger von der Gesundheitsversorgung profitieren und mit einer schlechteren Qualität dieser konfrontiert sind. Auch hier stellt sich schlussendlich die Frage; wieso?

Der entscheidende Faktor

Trotz der Forschungslücken in den USA und Deutschland, zeigt sich in beiden Ländern ein gesellschaftlicher Faktor, welcher eine klare Korrelation zu Gesundheitszustand und Zugang zur Gesundheitsversorgung aufweist: Wohlstand. Privatversicherte und Personen mit hohem Eigenkapital, welches zur Gesundheitsfürsorge genutzt werden kann, haben durchwegs einen klar schnelleren und sowohl qualitativ als auch quantitativ besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen als öffentlich oder nicht-versicherte Personen. Während dabei in den USA einzelne Publikationen durchaus erkennen, dass diese Erkenntnis, in Verbindung zu der ethnischen Verteilung des Wohlstands, Implikationen auf die gesundheitliche Unterversorgung von BPoC, besonders Afroamerikaner_innen, ausübt, ist dieser Aspekt in der Forschung über Deutschland noch mehrheitlich unterrepräsentiert. Das ist durchaus problematisch, wenn wir betrachten, dass die Armutsquote für Menschen mit direktem Migrationshintergrund im Jahr 2015 mit 29 Prozent mehr als doppelt so hoch war, als für Menschen ohne Migrationshintergrund (13 Prozent).

Auch in Südafrika löst dieser Faktor unsere Frage weitestgehend. Der private Sektor verfügt über knapp 44 Prozent der Gelder im Gesundheitswesen und beschäftigt 70 Prozent der Ärzt_innen, während er nur für die reichsten 16 Prozent des Landes zur Verfügung steht. Beziehen wir nun die Wohlstandsverteilung nach Ethnie ein, wird das Bild klarer. Der durchschnittliche schwarze Haushalt Südafrikas verfügte im Jahr 2015 nur über 5 Prozent des Vermögens, welches dem durchschnittlichen weissen Haushalt zur Verfügung stand. Nicht verwunderlich ist es also, dass im Jahr 2017 nur 10,1 Prozent der schwarzen Bevölkerung privat versichert war, während diese Quote bei der weissen Bevölkerung 72,4 Prozent betrug.

Diese Zahlen zeichnen ein düsteres Bild: Der öffentliche Gesundheitssektor muss die ärmeren 84 Prozent der Landesbevölkerung versorgen, verfügt aber nur über 42,6 Prozent der Ressourcen und 30 Prozent der Ärzt_innen des Gesundheitssystems. Zumal der öffentlich versicherte Teil der Bevölkerung überproportional schwarz ist, überrascht es somit auch nicht, dass der Anteil von Todesfällen schwarzer Personen an der nationalen Sterberate ebenso

überproportional ist. 80 Prozent der jährlichen Todesfälle betreffen schwarze Personen, während diese nur 70 Prozent der Gesamtbevölkerung darstellen.

Ein systematisches Problem mit Implikationen

Ungerechtigkeiten, welche entweder direkt aus der Kolonial- und Imperialpolitik sowie Segregation stammen oder durch das dadurch kreierte rassistische Framework entstanden sind, verschwinden nicht ohne konkrete Massnahmen. Das ist auch der Fall bei ethnisch-ökonomischen Divergenzen. Wie die vorhergehende Analyse aufgezeigt hat, ist es genau diese ökonomische Ebene, welche den entscheidenden Hauptanteil der ethnischen Benachteiligung in Gesundheitswesen verschiedenster Orte generiert.

Dieses Problem wiederholt sich schlussendlich auch auf globaler Ebene in der Erforschung, Entwicklung und Produktion von Therapien, Medikamenten und medizinischen Geräten. Solange das finanzielle Kapital primär in den ehemaligen Kolonialstaaten des globalen Nordens und den Händen der Nachfahren der ehemaligen Kolonisatoren allokiert ist, wird auch das Interesse des entsprechenden privaten Wirtschaftssektors dort zu verorten sein. Dass dieser private Wirtschaftssektor selbst grösstenteils genauso im globalen Norden und den durchschnittlich höher gebildeten Nachfahren der Kolonisatoren verortet bleibt, verstärkt diese Dynamik weiter, da der Mehrwert wieder in die Volkswirtschaften dieser Länder und die Hände dieser Demografie einfließt. Durch die profitorientierte Marktlogik ist damit jeder Aspekt der globalen Gesundheit, welcher der Privatwirtschaft überlassen wird, zwangsläufig dazu verdammt, die resultierenden Ungerechtigkeiten zu wiederholen und zu vertiefen, solange das Problem der kolonial generierten Wohlstandsverteilung nicht gelöst wurde. Diese systemisch inhärente Dynamik lässt sich auch nicht durch den «Goodwill» von Unternehmensleitungen oder Lindierungspolitiken von NGO's aufhalten.

Fazit

Die Zeit des Kolonialismus und der Segregation hat bis heute nicht nur tiefe gesellschaftlich-ideologische Spuren, sondern auch mindestens genauso schwerwiegende ökonomische Ungerechtigkeiten hinterlassen, welche zur fortlaufenden Diskriminierung der Opfer dieser Zeit und deren Nachfahren beitragen. Gerade im Bereich der Gesundheitsfürsorge führt diese ethnisch-ökonomische Divergenz durch privatwirtschaftliche Interessen zur Unterversorgung von BPoC

und den Ländern des globalen Südens, auf lokaler wie globaler Ebene, was im Umkehrschluss zur Vertiefung dieser Divergenz beiträgt. Sowohl lokale Gesundheitssysteme als auch das globale Gesundheitswesen können daher nicht vollumfänglich vom kolonialen Erbe und ethnischer Diskriminierung befreit werden, solange die Privatwirtschaft darin eine entscheidende Kraft bleibt. Folglich muss es zwangsläufig ein primäres Ziel der Dekolonialisierungsbewegung im Feld der 'Global Health' sein, den privaten Sektor auf allen Ebenen weitestmöglich durch den öffentlichen Sektor zu ersetzen.

Bibliografie

Kon, Zeldi R., et al.: Ethnic Disparities in Access to Care in Post-Apartheid South Africa, in: *American Journal of Public Health* 98 (12), 2008, S. 2272 – 2277.

Mooney, Gavin H. et al.: South Africa: a 21st century apartheid in health and health care?, *Medical Journal of Australia* 189 (11/12), 2008, S. 637 – 640.

Solomon, Magan et al.: A Health Care System Divided. How Apartheid's Lingering Effects Harm South African Maternal Health, in: *McGill Journal of Global Health* 4 (1), 2020, S. 28 – 44.

James, Sherman A.: The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care, in: *Cad. Saúde Pública* 33 (Suplemento 1), 2017.

McGrath, Michael: *Distribution of Personal Wealth in South Africa*, University of Natal, Economic Research Unit, Durban 1982.

Mbewe, Samson et al.: Cross-Sectional Features of Wealth Inequality in South Africa. Evidence from The National Income Dynamics Study, SALDRU Working Paper 185/ NIDS Discussion Paper 2016/12, SALDRU, University of Cape Town, Cape Town 2016.

Bartig, Susanne et al.: *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen. Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin 2021.

Grabka, Markus M., et al.: Einkommensverteilung in Deutschland. Realeinkommen sind seit 1991 gestiegen, aber mehr Menschen beziehen Niedrigeinkommen, in: *DIW Wochenbericht* 85 (21), 2018, S. 449 – 459.

Yearby, Ruqaiija: Racial Disparities in Health Status and Access to Healthcare. The Continuation of Inequality in the United States Due to Structural Racism, in: *American Journal of Economics and Sociology* 77 (3-4), 2018, S. 1113 – 1152.

Sullivan, Laura et al.: *The Racial Wealth Gap. Why Policy Matters*, Brandeis University, Institute for Assets & Social Policy, New York 2005.