editorial

das ist doch krank!

TEXT
Evelyn Schalk

Gesundheit für alle" dürfte keine Forderung, sondern müßte eine Selbstverständlichkeit sein. Das Gegenteil ist der Fall. In Griechenland wird im Gesundheitsbereich derart gespart, dass die medizinische Versorgung zusammenbricht. Krankenhäuser werden geschlossen, die Krankenkassen stellen Zahlungen an Ärztinnen und Apotheken ein, weshalb diese wiederum oft nur mehr gegen Barzahlung der Patientinnen arbeiten. Wer es sich leisten kann hat Glück. Alle anderen warten oft monatelang auf dringende Untersuchungstermine oder stehen Schlange in den wenigen verbliebenen staatlichen Apotheken. Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, die teure Therapien erfordern, wie etwa Krebsbestrahlungen, trifft es besonders schlimm. Wer hat schon mehrere tausend Euro im Monat zur Verfügung, um solche Therapien selbst zu bezahlen? Wieviele Menschen schon an den Folgen dieser Einsparungsmaßnahmen gestorben sind, weiß niemand, jede/r Einzelne ist nicht nur einei/r zu viel, sondern offenbart die brutale und menschenverachtende Vorgehensweise des System und seiner Verantwortlichen.

Doch auch hierzulande ist von gerechtem Zugang und gleichwertiger Versorgung keine Rede. Lange schon geht es nicht mehr um die bestmögliche Versorgung aller, sondern um die höchste Rentabilität – dass die Bevölkerung doppelt dafür bezahlt, mit immer höheren Kosten und der eigenen Gesundheit, lediglich Sinn: Wenn, wird hinter Begriffen wie „Kostenneutralität", „Effizienz" oder letztlich auch allgemein der, zu medienwirksamen Schlamm̈zeln immer brauchbaren, „Gesundheitsreform" verborgen. Diese bedeutet übersetzt nichts anderes als Privatisierung (1), wodurch wiederum der Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung noch stärker vom Einkommen abhängig gemacht wird. (2)

„Gesundheit für alle!" ist auch der Titel einer aktuellen Buchpublikation des Mandelbaum-Verlags, worin vor der Bedrohung des Gesundheitswesens „nach drei jahrzehnten neoliberaler Verwüstungen ... durch die Schuldenkrise des kapitalistischen" gewarnt wird. Die Autor/innen verweisen explizit darauf, dass der allgemeine Gesundheitszustand einer Gesellschaft vor allem von sozialer Gleichheit abhängt.

Auf der anderen Seite wird Gesundheit geradezu erwartet, ja vorausgesetzt. Wird sie doch als Äquivalent zu Leistungsfähigkeit definiert und stellt so die Grundlage für die größtmögliche Ausbeute sogenannter „Human Ressources" dar. Gesundheit wird also zur Norm, was äußerlich dieser liegt, wird schnell als Krankheit entweder in den Bereich des Reparablen, Einfügbaren, Reglementierbaren und so ja doch noch Verwertbaren gescheuert. Ist dies nicht praktikabel, wird ein Problemfall daraus, der mit möglichst wenigen Verlusten abgeschrieben wird. Dass solche Prozesse, selbst unter neuem Vokabular, an das grauenhafteste Kapitel österreichischer Geschichte gemahnen, ist kein Zufall. Es ist die logische Konsequenz, wenn in einem System immer mehr das Recht des Stärkeren, des Mächtigeren, des Angepassteren gilt und Menschen unter dem Aspekt materieller Wertschöpfung zum Instrument der Profitmaximierung degradiert werden.

Doch von Gleichberechtigung ist auch in Bezug auf die Behandlung – im mehrfachen Wortsinn – von Frauen und Männern im unseren Gesundheitssystem wenig zu spüren. Nach wie vor sind Frauen benachteiligt, tragen größere gesundheitlichen Risiken und leiden unter schlechterer medizinischer Versorgung. Auch heute noch, im Jahr 2013. Gender-Medizin existiert in Konzepten und Forschungsansätzen, und selbst da nur marginal und ist in der Praxis weder strukturell noch individuell ausreichend verankert. Dem entgegen zu wirken, hat sich das Grazer Frauengesundheitszentrum zum Ziel gesetzt. Es feiert heuer sein 20-jähriges Bestehen. Aus diesem Anlass freut sich der ausreißer über eine Kooperation mit der engagierte Institution: In der aktuellen Ausgabe sind zahlreiche Artikel dem Thema Frauengesundheit aus unterschiedlichsten Perspektiven gewidmet. Einmal mehr getreu dem emanzipatorischen Leitmotto dieses Mediums. Öffentlichkeit soll dort herzustellen, wo sie dringend nötig, aber viel zu selten vorhanden ist. Besonders hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf unsere Homepage, wo zahlreiche, äußerst spannende und informative Beiträge zu lesen sind, die aus Platzgründen in der Printausgabe nicht mehr bzw. nur gekürzt untergebracht werden konnten.

Es zeigt sich: „Gesundheit für alle!" ist als Anspruch und Forderung nötiger und unabdingbarer denn je!

(1) Ein Beispiel: Zum Verkauf des LKH Enns an die Raiffeisenbank siehe Kommentar und Analyse von Allgemeinmediziner A. Wassermair auf: http://www.werkstatt.or.at/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=90

(2) Laut Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderung finden sich 63% der Bevölkerung in der Steiermark im Gesundheitssystem nicht zurecht, verstehen nicht, was Ärztinnen ihnen sagen etc. Besonders betroffen sind sozial schwache Menschen, unter ihnen wiederum vor allem Migrantinnen, deren Lebenserwartung sowohl niedriger ist als die der in Österreich geborenen Bevölkerung als auch der eigenen Eltern. Vgl. http://kemba.at

ausreißer

Die Grazer Wandzeitung **2013**

dann geh halt zum arzt

TEXT
Ralf B. Korte

Erstihilfe : gesundheit danke bitte . dann geh halt zum arzt . das kann sich doch alles verschlimmern also geh und lass dir was verschreiben . es gibt da doch mittel . lass dir nur keinen mist auf schreiben . mach dich nicht zum versuchstier der pharmaindustrie . es gibt da doch foren im netz . lies da nach aber vorsicht . hab gehört es tummeln sich leute im auftrag und streuen dort falsche geschichten . aber das erkennst du schon dann die richtigen oder die falschen . geh halt erstmal zum arzt und sieh von da weiter . informiere dich gut . hab bei einem freund paar bücher gesehen die ich mit dem thema beschäftigen . ging auch um verstrickungen des gesundheitssystems und einen ganz interessanten fall also ich will dir ja jetzt keine angst machen aber . man muss sehr vorsichtig sein . ein sensibles thema eben . aber vor allem natürlich muss man sich kümmern . lass das nicht hängen . geh am besten gleich zu mehreren ärzten und hol dir konkurrierende gutachten ein weil es geht ja um deinen körper . um dein leben gehts . schindluder . was ich alles erlebt habe in dem bereich geht auf keine kuhhaut . bei leuten wie dir sparen sie sich was wirklich helfen könnte . ist ihnen zu teuer bist falsch verschickt . geh am besten gleich zur selbsthilfegruppe und sieh dich vors und bring weiter zu zum arzt geht gleich den restmüll mit runter : gesundheit bitte danke . *ps so bald sich der arbeitnehmer fit fühlt spricht nichts dagegen wieder arbeiten zu gehen denn : die arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beinhaltet nur eine prognose über die voraussichtliche dauer der erkrankung : sie ist kein beschäftigungsverbot. (1)*

(1) arbeitsrecht: krank, aber korrekt. die 10 wichtigsten irrtümer. nadine luck/focus.de 14.11.12. der ausschnitt zitiert die antwort des deutschen arbeitsrechtlers christoph abein auf die frage, ob krankgeschriebene grundsätzlich nicht arbeiten dürfen.

ges und heit !?

frauengesundheit bewegt

TEXT
Sylvia Groth
Felice Gallé

Die Frauengesundheitsbewegung stellte von Anfang an die Definitionsmacht der Medizin in Frage. Sie richtete den Blick auf die vielen Faktoren, die Gesundheit von Frauen beeinflussen: ihre wirtschaftliche Situation und die Qualität ihrer Ausbildung, ihr Alter, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, sexuelle Orientierung, Herkunft, die familiäre Arbeitsteilung, ihr Ausmaß an gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation und die Entschwächung für oder gegen ein Leben als Mutter: „Ob wir Kinder haben oder keine, entscheiden wir alleine!" Wichtig war und ist ganzheitlich, Zusammenhänge aufzuzeigen, Wahlmöglichkeiten zu benennen und eine informierte Entscheidung von Frauen zu unterstützen. Dies alles mit Respekt vor Frauen und der Vielfalt ihrer Lebenswege. Der Ansatz war radikal und er ist es bis heute.

Unser Körper – unser Leben

Die Idee der Frauengesundheitszentren entstand mit der Frauenbewegung rund um das Jahr 1968. Den ersten Gesundheitsaktivistinnen ging es darum, frauen mehr Wissen über ihren eigenen Körper zu ermöglichen. Frauen begannen, sich selbst und ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen. Und: Ärztinnen und Ärzte sollten frauen als Expertinnen für sich selbst ernst nehmen. Ausgehend von ihrem Konzept praktischer Selbsthilfe kritisierten sie das medizinische Versorgungssystem, verlangten eine frauengerechte Behandlung, forderten das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und eine gerechte Verteilung medizinischer Dienstleistungen.

1970 protestierten Aktivistinnen rund um Barbara Seaman bei Anhörungen im US-amerikanischen Abgeordnetenhaus (Nelson Pill Hearings), um auf die unerwünschten Wirkungen und Gefahren der Anti-Baby-Pille hinzuweisen. Sie erreichten, dass alle Pillen-Packungen einen Beipackzettel enthalten müssen und trugen dazu bei, dass der Östrogenanteil in den Pillen reduziert wurde – ursprünglich war er zehnmal höher als für die Verhütung nötig.

Gemeinsam sind wir stark

Die Aktivistinnen sahen den weiblichen Körper als den zentralen Austragungsort gesellschaftlicher Machtsprüche und sprachen von *gynäkologischem Imperialismus*. Sie untersuchten die Wirkung gesundheitlicher Versorgung auf Frauen, etwa die überproportionale Verschreibung von Psychopharmaka, die Abgabe von Verhütungsmitteln ohne Angabe der Risiken sowie Geburtspraktiken wie Dammschnitt und Kaiserschnitt. Sie dokumentierten die Benachteiligung der Frauen als Gesundheitsarbeiterinnen und analysierten patriarchale Strukturen. Sie deckten auch das Ausmaß der unbezahlten Gesundheitsarbeit von Frauen auf. Das war neu und es war überfällig.

Zentral wurde der Widerstand gegen die Medikalisierung. So formulierte Barbara Seaman: "According to the Western model, pregnancy is a disease, menopause is a disease, and even getting pregnant is a disease. Dangerous drugs and devices are given to women, but not to men - just for birth control. I've reached the conclusion that to many doctors BEING A WOMAN IS A DISEASE." (1)

Medikalisierung bedeutet, dass soziale Tatbestände als medizinische Frage definiert und in den Verantwortungsbereich der Medizin gestellt werden, obwohl sie gesellschaftlichen oder auch persönlichen Ursprungs sind und eine gesellschaftspolitischen, gemeinschaftlichen oder auch individuellen Lösung bedürfen. Dass Medikalisierung gelingt, ist immer auch eine Frage der Macht. Diese Macht systematisch anzuzweifeln und zu enttarnen, war die große Leistung der Frauengesundheitsbewegung. Ihre Aufgabe ist nun, Strategien zur Veränderung zu entwickeln. Dafür braucht es Unterstützerinnen und Kooperationspartnerinnen.

Mein Bauch gehört mir

Eine Grass-Roots-Frauengesundheitsbewegung mit gesellschaftspolitischer Bedeutung wie in Deutschland oder den USA hat es in Österreich nie gegeben. Hier werden gesellschaftliche Probleme noch häufig wie zu Joseph Hitlers Zeit gelöst: von den Herrschenden für die Bevölkerung. So kamen etwa in der Geburtshilfe fortschrittliche Ansätze von engagierten Ärztinnen und nicht von Aktivistinnen oder betroffenen Frauen. Die Schwangerschaftsabbruch wurde 1975 unter der sozialdemokratischen Regierung Kreisky mit der Fristenlösung per Beharrungsbeschluss geregelt – also ebenfalls top-down.

Die Forderung nach Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches war das konstituierende Element für die zweite Frauenbewegung und ein zentrales Thema der Frauengesundheit.

Zwischen der liberalen gesetzlichen Regelung und der Praxis klafft noch mehr als 30 Jahre später eine weite Lücke. Das Thema Schwangerschaftsabbruch bleibt gekennzeichnet durch ein gesellschaftliches Klima der Ablehnung, unzureichende Informationen über gesetzliche Regelungen, Verfahren und Zugangsmöglichkeiten und in der Folge mangelnde Transparenz und fehlende Qualitätsstandards. Zwischen und in den Bundesländern zeigen sich starke regionale Unterschiede.

By women for women – Wissen ist Macht

Die Veränderung der Abtreibungsparagraphen 94-96 des StGB im Jahre 1975 entkriminalisierte Frauen und bewirkte auch, dass die Themen Sexualität und Kolonialisierung des Frauenkörpers in den Mittelpunkt der sich bildenden Selbsterfahrungsgruppen in den größeren Städten, vor allem im Wiener und im Grazer Raum, traten. „Wissen ist Macht und mit unserem Spekulum sind wir stark!" Dieses Motto charakterisiert die wichtigsten innovativen Entdeckungen der Frauenbewegung: die Bedeutung von Information und deren interessengeleitete gesellschaftliche Auswirkung in Form von Normierungen, die Bedeutung der Selbsthilfe sowie eine kollektive Herangehensweise.

Neben Verhütung und Schwangerschaftsabbruch war Gewalt gegen Frauen ein wichtiges Thema der Frauengesundheitsbewegung. Die damit entfachte öffentliche Diskussion über von Männern ausgeübte Gewalt führte dazu, dass 1976 das erste Frauenhaus in Wien eröffnet wurde. Graz hat seit 1981 ein Frauenhaus. Während Frauenhäuser und Interventionsstellen konkrete Hilfe bieten und schon seit Jahren Polizei und Justiz fortbilden, fehlt im Gesundheitswesen noch Kompetenz bezüglich akuter und chronischer Folgen von Gewalt. Hausärztinnen und Ambulanzen sind aber die ersten Anlaufstellen für von Gewalt betroffene Frauen.

Frauengesundheit im Zentrum

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen" (WHO 1984). Mit diesem ganzheitlichen Zugang platzierten sich die Frauengesundheitszentren innerhalb des Gesundheitswesens. Die Arbeit von Frauengesundheitszentren steht im Einklang mit internationalen Versorgungskonzepten, wie sie auf der Weltfrauenkonferenz der Vereinigten Nationen eingefordert wurden.

Das Berliner Feministische FrauenGesundheitsZentrum öffnete bereits 1974 seine Pforten. Ihm folgten viele weitere, auch das Wiener FEM.

Die Grazerinnen mussten bis 1993 auf ein Frauengesundheitszentrum warten. Heute gibt es Zentren in Graz, Wien, Linz, Wels, Salzburg und Villach. Sie sind im Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren verbunden.

2005 gelang es der Grazer Geschäftsführerin Sylvia Groth, den Begriff *Frauengesundheitszentrum* als Marke beim österreichischen Patentamt registrieren zu lassen. Ein wichtiger Schritt, um die Qualität zu sichern und eine Kommerzialisierung zu verhindern. „Damit Frauen vertrauen können: Wo Frauengesundheitszentrum drauf steht, ist unabhängige Arbeit im Interesse von Frauen drin."

Es gibt Beispiele für frauengesundheitliche Interessenvertretung, die zur lokalen Frauengesundheitsgeschichte gehören. Bereits 1989 führte die damalige Frauenbeauftragte, Grete Schurz, in Graz eine Untersuchung zum Wunsch von Frauen nach Gynäkologinnen durch. Diese ergab, dass Frauen sich mehr niedergelassene Frauenärztinnen wünschen. Schurz zog den Schluss, dass mehr Ausbildungsstellen in der Gynäkologie für Frauen geschaffen werden müssten und die Krankenkassen und Ärztekammern vermehrt die Niederlassung von Ärztinnen ermöglichen sollten. Durch eine geschickte politische Intervention konnte sie erreichen, dass mit der Besetzung des neuen Lehrstuhls die Ausbildungsstellen an der Grazer Gynäkologischen und Geburtshilflichen Universitätsklinik paritätisch besetzt wurden. Dies kann als gelungene Interessensvertretung gewertet werden. 2009 sind in der Steiermark von 176 Frauenärztinnen 50 Frauen, davon haben allerdings nur 5 einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse.

Frauengesundheitszentren bieten frauengerechte Leistungen an und fordern Veränderungen im Interesse von Frauen und Mädchen. Sie informieren, unterstützen die individuelle Entscheidungsfindung, berücksichtigen psychosoziale und medizinische Aspekte und entwickeln frauenspezifische Angebote auch im Mainstream. Das Spektrum wurde über die Jahre erweitert: Heute umfasst es auch zielgruppenspezifische Interventionsprojekte für Frauen auf dem Land, Frauen mit Behinderung, ältere Frauen, Mädchen oder Migrantinnen.

Frauengesundheitszentren arbeiten auf zwei Ebenen: individuell und strukturell. Empowerment durch gezielte Unterstützung ist untrennbar verbunden mit dem Anspruch, gesellschaftliche Strukturen zu verändern. Gesundheitsförderung geschieht in sozialen Zusammenhängen, in Settings, wo Frauen leben, lieben, lernen, leben, arbeiten. Insofern verstehen Frauengesundheitszentren unter Gesundheitsförderung nicht einfach soziale oder medizinische Dienstleistungen, sondern gehen von dem emanzipatorischen Anspruch des Konzeptes der WHO aus. Wichtig ist die Entwicklung einer alternativen und kritischen Gesundheitskultur. *Widerstand* macht medizinisch und politisch Sinn: Wenn die sozialen Lebensbedingungen Frauen krank machen, dann ist Widerstand gegen diese Lebensbedingungen ein zentrales Element von Frauengesundheitspolitik.

Der Text basiert auf einem Beitrag in: In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie. Ebermann, Traude u.a. (Hg.), Gießen 2010.

Sylvia Groth ist Geschäftsführerin, Felice Gallé Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit des Frauengesundheitszentrum Graz.

Ein ausführliches Literatur- und Quellenverzeichnis ist auf http://ausreisser.mur.at/online zu finden.

(1) Quelle: en.thinkexist.com/search/searchQuotation.asp?search=According+to+the+Western+model%2C+pregnancy

schlaganfall – risikofaktor frausein

Frauen werden nach einem Schlaganfall schlechter versorgt als Männer und haben weniger Chancen zu überleben. Das ergab ein Projekt der Gesundheitsplattform des Landes Steiermark.

Das Ergebnis hat Kopfschütteln und Empörung hervorgerufen. „Das kann nicht sein", „Ich behandle doch frauen nicht schlechter!", „Bei uns ist jeder Kranke gleich!" lauten die Kommentare aus der Praxis. Doch die Daten zeigen deutlich: Schlaganfallsymptome werden bei Frauen immer wieder übersehen, sie erhalten nicht so häufig hochklassige teure Behandlungen und gehen seltener auf Reha als Männer.

Eine Erklärung ist, dass Frauen meist erst in höherem Alter einen Schlaganfall erleiden, Männer hingegen eher jünger. Eine Studie aus Rotterdam zeigt, dass Frauen mit Schlaganfall später als Männer in der Klinik landen und daher seltener die rettende Lyse-Behandlung bekommen. Die Autoren erklären dies damit, dass Schlaganfallpatientinnen rund 4 Jahre älter sind und daher häufig allein leben. Es ist dann einfach niemand da, der rechtzeitig die Rettung ruft.

Doch auch innerhalb derselben Altersgruppe sind Frauen schlechter dran. So kommt eine österreichische Studie zu dem Schluss, dass hochbetagte Patientinnen und Patienten deutlich unterschiedlich versorgt werden. In den untersuchten Krankenanstalten waren Aufnahmeraten und Aufenthaltsdauer von Männern in Intensivstationen höher als von Frauen. Männer erhielten außerdem signifikant häufiger intensivmedizinische Maßnahmen wie künstliche Beatmung.

Die Gefahr beginnt jedoch viel früher – bei den unterschiedlichen Schlaganfall-Symptomen. Während der Umstand für Herzinfarkt bereits breit bekannt ist, werden die „atypischen" Symptome von Schlaganfall bei Frauen immer noch häufig übersehen oder falsch gedeutet. (1) Hier ist Aufklärung nötig. Zumal auch die medizinischen Leitlinien zu Vorsorge, Diagnostik und Therapie von Schlaganfall nur in einzelnen Punkten geschlechterspezifische Vorgaben beinhalten.

Frauen Kümmern sich oft intensiv um die Gesundheit ihrer Angehörigen, sorgen aber schlecht für sich selbst, wollen keine Umstände machen, nicht „hysterisch" erscheinen.

Insgesamt ist es wohl ein Bündel unterschiedlichster Faktoren, das zu den schlechten Gesundheitsbzw. Überlebenschancen von Frauen führt, auch Diskriminierung zählt dazu.

Das Projekt „Integrierte Versorgung von Frauen und Männern nach Schlaganfall in der Steiermark" wurde 2007 ins Leben gerufen, der Fachbeirat Frauengesundheit fördert die Erhebung geschlechterspezifischer Daten. Bisherige Analysen bestätigen die eklatant schlechtere Versorgung von Frauen.

(1) Der Text ist eine Kurzzusammenfassung, umfassende Berichte (inkl. Informationen zu den Symptomen) von Felice Gallé, Eva Rásky, Ulla Sladek, Sylvia Groth unter: http://ausreisser.mur.at/online

mensch statt profit!

Pater Steindorfer, ehem. *Ärztlicher Direktor sowie Vorstand der Chirurgischen Abteilung des LKH Graz West im Interview mit* **Evelyn Schalk**.

Sie haben sich immer wieder kritisch zu den Entwicklungen im Gesundheitssystem geäußert. Fakt ist: Die soziale Ungleichheit nimmt zu, eine Zwei- (oder Mehr-)Klassenmedizin ist die Folge - was tun?

Das ist ein gesellschaftspolitisches Problem. Es beginnt schon im Kindesalter, im Verhalten, wie man zur eigenen Gesundheit steht, auf welcher Basis man sich ernährt bzw. dies überhaupt möglich ist. Sich gesund ernähren kann man heute nur, wenn man einer höheren Einkommensschicht angehört. Wenn man auf die Preisliste schaut und ein Kilo Fleisch kostet € 2,70 wundert es mich nicht, wenn Leute mit Minimaleinkommen das kaufen, statt zu gesunden Produkten zu greifen. Das ist Ausdruck einer Amerikanisierung unter europäischen Gesellschaft, ein zunehmender Teil der Arbeitnehmer sind „Working Poor". Das beginnt bei der sog. Bildungsreform. Tatsächlich meint man Ausbildungsreform, die dominiert ist von den Bedürfnissen der Wirtschaft. Das heißt, ich produziere nicht gebildete Leute, die über ein hohes Maß an Kreativität verfügen, sondern ich produziere eine dumme, schmalspurig ausgebildete Fachkräfte – aber das ist durchaus gesellschaftspolitisch gewünscht. Waren die Geisteswissenschaften bis in die 1970er die sog. „Key Sciences", also die Schlüsselbereiche, hat man nun die Wirtschaftswissenschaften als solche etabliert.

Wenn Egoismus und rascher Gewinn das gesellschaftliche Wertparadigma darstellt darf man sich nicht wundern, wenn man sich geldgierige Investmentbanker als erstrebenswertes Berufsziel einhandelt. Das Unbehagen in der Bevölkerung ist spürbar, trotzdem ist ein Paradigmenwechsel (noch) nicht erfolgt.

Wie wirkt sich das konkret auf das Gesundheitswesen aus?

Die Gesundheitspolitik macht einen Riesenfehler nach dem anderen, weil sie nach dem Diktat der sogenannten Finanzierbarkeit in eine Richtung geht, die von den USA bereits beschritten wurde. Schreckliet? Das sind Dinge, die lassen sich eigentlich nur mehr mit Horror vor Augen führen. Es besteht dort eine Zweiklassenmedizin mit extremen Unterschieden in der Versorgungsqualität je nach Wohnsitz und natürlich nach Einkommen. Ein wesentlicher Bestandteil der steigenden Armut ist der chronisch kranke Patient, der sich trotz Einkommens teure medizinische Versorgung auf Dauer nicht leisten kann. Ähnliche Zustände gibt es in den USA bei Fannes-Index (Finanzielle Fairness = Durchschnittseinkommen : Gesundheitsausgaben) auf dem 55. Platz. In diesem System stehen nicht mehr die Patienten im Vordergrund, sondern nur die Macht der Lobbies, was Präsident Obama große Schwierigkeiten bei der Umsetzung seiner Gesundheitsreform einhandelte. Die Pharmaindustrie verdient sich krumm und blöd, das sind Großkonzerne, die Off-Shoring, also die Auslagerung ihrer Produktion in Billiglohnländer, professionell betreiben. Was das bedeutet, sieht man ja in allen anderen Bereichen auch. Wo ist also Reform möglich? Wenn ich den Medizin-Ikinis eine Pseudoreihe gebe, eine Valiumtablettenkeule einhalt und umhänge und sage „Schaut's wo ihr bleibts, sucht's euch euer Geld selber" sind wir beim Stronach-Motto: „Wer das Geld hat, der schafft an." Die Universitäten sind der Endpunkt des Bildungssystems, das sich in die Geiselhaft der Wirtschaft begeben hat und das ist mehr als bedenklich.

Also weg von staatlichen Möglichkeiten der Regelung hin zum rein ökonomischen Agieren, u.a. von der Pharmaindustrie gesteuert...

Eine sog. Kontrolle ist im System enthalten, indem man pseudoobjektive Gremien schafft, wie den Universitätsrat, der nach parteipolitischen Gesichtspunkten besetzt ist. Ökonomisch würde ich ja noch gelten lassen, denn das hat noch immer ein gewisses Maß an „Mensch im Mittelpunkt" im System.

In einem sozio-biologischen System sind keine linearen Antworten möglich, weil es viel zu komplex ist. Wenn man z.B. ein Präparat gegen Herzrhythmusstörungen testet, wäre ein sog. Surrogatparameter (=Ersatzmessgröße), dass der Patient weieder rhythmisch werden muss. Das schafft vielleicht ein Maß an Kreativität, aber nicht ein ökonomisches Maktiss. 70 Millionen, womöglich die Hälfte stirbt, ist das kein wirklich gutes Ergebnis. Die Effizienz (Behebung der Rhythmusstörung) des Medikaments ist hervorragend, die Effektivität (50% Letalität) ist aber katastrophal. Evidenz zählt und wie die Kennzahlen definiert sind: Gut für den Patienten oder gut für die Wirtschaft? Das ist die eigentliche Frage.

Wohl meist eine Kostenfrage, oder?

Das ist genau der Punkt. Geht es um die Finanzierung medizinischer Forschung, wird jemand nur Geld dafür hergeben, wenn er auch selbst was davon hat. D.h. es läuft wieder aufs kommerzielle System raus: Der schafft an, der das Geld hergibt, danach werden Forschungsschwerpunkte ausgerichtet. Klar, die Firmen interessiert keine Fragestellung, die nicht ihre Produkte betrifft. Deshalb würde ich auch nie dafür plädieren, dass die Universitäten freie Wirtschaftskörper sind und von den Gesetzen des Marktes agieren sollten. Man kann den Staat nicht aus seiner Verantwortung entlassen, die wissenschaftliche Unabhängigkeit zu garantieren.

Starke Auswirkungen hat die Frage der Profitmaximierung ja bei der Marktein führung neuer Medikamente.

Es gibt genug Beispiele für „Scientific fraud", also wissenschaftlichen Betrug. Die Kosten eines neuen Produkts setzen sich zusammen aus der Grundlagenforschung, der klinischen Prüfung und der Marketing-Strategie. Es hat immer gehellen, Mitteter mache einen kleinen Prozentsatz aus, das stimmt aber nicht. Es gibt durchaus Graubereiche, die von den Marketingabteilungen dominiert werden und unter dem Feigenblatt Forschung agieren. Als Negativbeispiel Ein Skandal, der die Therapie von Brustkrebspatientinnen weltweit beeinflusst hat. Eine südafrikanische Studie aus den 1990ern, die für hochdosierte Chemotherapie bei Brustkrebs eine ansprechrate von 95% angab, wurde in den renommiertesten medizinischen Fachjournalen publiziert und auf allen Krebskongressen als der neue Therapiestandard präsentiert. Die Verkaufszahlen der Medikamente, die für diese Therapie in Frage kamen, sind natürlich hochgeschnellt. Bis der riesige Betrug mit gefälschten Krankenakten und 10-20% therapieassoziierten Todesfällen aufgedeckt wurde, dauerte es über 10 Jahre. Mindestens 30.000 amerikanische Patientinnen hatten sich dieser Therapie unterzogen. Aus Europa gibt es keine genauen Daten. Pro Patientin kostete die Behandlung etwa 100.000 US$ – man kann sich bei solchen Profiten vorstellen, dass Konzerne alles daran setzen, Negativergebnisse zu verhindern. Aber auch bei positiven Ergebnissen geht es darum, dass die Transparenz der Finanzierung und eine mögliche Abhängigkeit vom Sponsor nachgewiesen werden muss, was nicht bei allen wissenschaftlichen Studien der Fall ist.

Bei der Hormonersatztherapie wurde lange bagatellisiert, dass ein Zusammenhang zwischen hoher Brustkrebsinzidenz und der Östrogen-Behandlungen im Rahmen des Wechsels der Frau besteht. Da wurden bedürfnisnaher Studien gekauft, Konkurrenzprodukte schlecht gemacht etc., die negativsten Auswirkse des kommerziellen Marktes. 70 Millionen Verschreibungen seit 1992 zu einem Durchschnittspreis von 274 US$ ergaben 19 Mrd bis 26 Mrd US$ Gewinn - mit einem einzigen Produkt für Hormonersatztherapie! Wenn Sie sich das anschauen, wissen Sie auch, dass 2 Mio US$ für den „Einkauf" einer oder mehrerer Einzelpersonen als „Key Opinion Leader", also jemandem, der mit seinem „guten" Ruf für das Produkt bürgt, dabei keinen Betrag darstellt...

Das heißt aber, es gibt für Patientinnen trotz aller mittlerweile zugänglichen Informationsquellen kaum eine Möglichkeit, sich ein unabhängiges Urteil zu bilden..?

Zurück zum Ausgangspunkt: Es ist ein gesellschaftspolitisches Problem. Wissenschaftliche Redlichkeit, Resozialisierung des Kommunikationsklemmens wären nötig. Es kann sich nicht alles nur auf Internet-Basis abspielen. Der Mensch ist ein soziales Wesen und wünscht sich das ärztliche Gespräch. Dieses erfordert aber Zeit, die im Kerngeschäft der Medizin – der Patientenbehandlung – dem Personal immer weniger zur Verfügung steht. Die Medizin ist auch ein haptisches Fach, das Berührung erfordert, die Aura von einem anderen Menschen spüren lässt, die Kommunikation auf nicht nur intellektueller, sondern auch humaner Basis pflegt, wo der Funke zwischen zwei Menschen überspringt. Das schafft durch das ärztliche Gespräch und die klinische Untersuchung die Basis für das Vertrauen des Patienten. Dieses lässt sich durch das Internet nicht ersetzen.

Das beginnt aber wiederum bereits während der Ausbildung...

Klar, wenn verlangt wird, in kürzester Zeit das Studium zu absolvieren, liegt die Verlockung von „copy and paste" nahe, während hingegen aktiver Wissenserwerb 7-13 Wiederholungen bedarf.

Ohne steuernde Maßnahmen Richtung gesunde Relation von „Life Science", die auf den Patienten, von dem Arzt ausgerichtet ist, statt auf reine Wirtschaftlichkeit, wird sich nichts ändern. Wenn ich an einer Steuerungsschraube in diesem komplexen System drehe, ändert sich so viel, dass ich gar nicht überschaue, was ich an anderen Stellen damit anrichten kann. Diese Steuerung des Gesundheitssystems darf man nicht extremen, sogenannten „Gesundheitsökonomen" überlassen, die eben das Ergebnis liefern, welches der Auftraggeber (meist die Politik) wünscht. Das ist ungefähr so, wie die Banker, die selbst für die Wirtschaftspolitik ihre vorstellen, dass Konzerne alles daran setzen, Negativergebnisse zu verhindern. Aber auch bei positiven Ergebnissen geht es darum, dass die Transparenz der Finanzierung und Abhängigkeiten von Sponsor nachgewiesen werden muss, was nicht bei allen wissenschaftlichen Studien der Fall ist.

Bei der Hormonersatztherapie wurde lange bagatellisiert, dass ein Zusammenhang zwischen hoher Brustkrebsinzidenz und der Östrogen-Behandlungen im Rahmen des Wechsels der Frau besteht. Da wurden bedürfnisnahe Studien gekauft, Konkurrenzprodukte schlecht gemacht etc., die negativsten Auswirkse des kommerziellen Marktes. 70 Millionen Verschreibungen seit 1992 zu einem Durchschnittspreis von 274 US$ ergaben 19 Mrd bis 26 Mrd US$ Gewinn - mit einem einzigen Produkt für Hormonersatztherapie! Wenn Sie sich das anschauen, wissen Sie auch, dass 2 Mio US$ für den „Einkauf" einer oder mehrerer Einzelpersonen als „Key Opinion Leader", also jemandem, der mit seinem „guten" Ruf für das Produkt bürgt, dabei keinen Betrag darstellt...

Das heißt aber, es gibt für Patientinnen trotz aller mittlerweile zugänglichen Informationsquellen kaum eine Möglichkeit, sich ein unabhängiges Urteil zu bilden..?

Zurück zum Ausgangspunkt: Es ist ein gesellschaftspolitisches Problem. Wissenschaftliche Redlichkeit, Resozialisierung des Kommunikationsklemmens wären nötig. Es kann sich nicht alles nur auf Internet-Basis abspielen. Der Mensch ist ein soziales Wesen und wünscht sich das ärztliche Gespräch. Dieses erfordert aber Zeit, die im Kerngeschäft der Medizin – der Patientenbehandlung – dem Personal immer weniger zur Verfügung steht. Die Medizin ist auch ein haptisches Fach, das Berührung erfordert, die Aura von einem anderen Menschen spüren lässt, die Kommunikation auf nicht nur intellektueller, sondern auch humaner Basis pflegt, wo der Funke zwischen zwei Menschen überspringt. Das schafft durch das ärztliche Gespräch und die klinische Untersuchung die Basis für das Vertrauen des Patienten. Dieses lässt sich durch das Internet nicht ersetzen.

Das beginnt aber wiederum bereits während der Ausbildung...

Klar, wenn verlangt wird, in kürzester Zeit das Studium zu absolvieren, liegt die Verlockung von „copy and paste" nahe, während hingegen aktiver Wissenserwerb 7-13 Wiederholungen bedarf.

programmierte frauenmut macht krank

TEXT
Ulrike Hauffe

Krank? Selber schuld. Gesund? Gut gemacht! Zusehends stärker wird ein Bild von Krankheit und Gesundheit transportiert, das immer mehr die Verantwortung für beides beim Individuum sieht. Nicht umsonst greifen besonders Frauen gerne zu Ratgebern wie „Krankheit als Sprache" oder „Was dir deine Krankheit sagen will". Die Kernbotschaft solcher Publikationen lässt sich auf einen Nenner bringen: Wer nur genug Optimismus und innere Ausgeglichenheit „herstellt", bekommt auch seine Krankheiten in den Griff.

Dabei ist eine Erkenntnis leider schlicht: Je ärmer Frauen sind, je prekärer ihre Lage ist, desto krankheitsgefährdeter sind sie.

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist vielfach belegt. Armut ist eines der größten Gesundheitsrisiken für alle Menschen. An bestimmten Stellen sind insbesondere Frauen strukturell benachteiligt, so dass sie leicht in Armut abrutschen – wir sprechen hier von „programmierter Frauenarmut".

Die geschlechtsspezifischen Ursachen und die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern bleiben bei der Armutsdiskussion häufig ausgeblendet. Ebenso wie die ihnen nach wie vor zugrunde liegenden Rollenmuster.

Mangelnde Bildungsrenditen von Frauen

Mädchen haben in der Regel zwar höhere Bildungsabschlüsse, können diesen Vorsprung beim Übergang in den Beruf aber nicht nutzen, im Gegenteil. Das begründet bereits mit der Berufswahl: Typische Frauenberufe (Pflege, Arzthelferin, Friseurin etc.) bieten nur wenig Aufstiegsmöglichkeiten und gemessen am Verdienste als die klassischen handwerklichen und technischen Ausbildungsberufe. Soziale und personenbezogene Dienstleistungsarbeit ist unterbewertet. Dies hat seine Ursache auch darin, dass die so genannten Care-Tätigkeiten traditionell von Frauen getan wurden und werden – und klassische „Zu-Verdienerinnen"-Berufe definiert und entsprechend gering dotiert sind.

Die so genannten Mini-Jobs sind nach wie vor im Kommen. Etwa zwei Drittel aller Mini-Jobber/innen sind Frauen. Diese Jobs sind in mehrerer Hinsicht prekär, denn sie liegen in der Regel immer unter Einkommens- und Stundenbereich, d.h. ermöglichen keine Existenzsicherung.