

ausreißer

Die Grazer Wandzeitung

2013



ges
und
heit
!?

Ausgabe #54

das ist doch krank!

TEXT
Evelyn Schalk

„**G**esundheit 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

gestorben sind weiß niemand, jede/r Einzelne ist nicht nur eine/r zu viel, sondern offenbart die brutale und menschenverachtende Vorgehensweise des System und seiner Verantwortlichen.

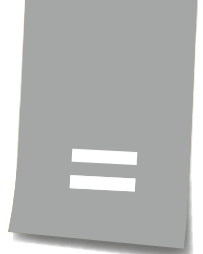
Doch auch hierzulande ist von rechtem Zugang und gleichwertiger Versorgung keine Rede. Lange schon geht es nicht mehr um die bestmögliche Versorgung aller, sondern um die höchste Rentabilität – dass die Bevölkerung doppelt dafür bezahlt, mit immer höheren Kosten und der eigenen Gesundheit, letztlich dem Leben, wird hinter Begriffen wie „Kostenneutralität“, „Effizienz“ oder letztlich auch allgemein der, zu medienwirksamen Scharmützeln 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)

„Lange schon geht es nicht mehr um die bestmögliche Versorgung aller, sondern um die höchste Rentabilität...

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

„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 Kapitalismus“ gewarnt wird. Die AutorInnen 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 Resources“ dar. Gesundheit wird also



zur Norm, was außerhalb dieser liegt, wird schnell als Krankheit entweder in den Bereich des Reparablen, Einfügbaren, Reglementierbaren und so ja doch noch Verwertbaren geschoben. 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 in 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 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=849&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://ikemba.at>

schlaganfall - risikofaktor frau sein

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 Aufnahmezeiten 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 Gesundheits- bzw. 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 fordert 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, Éva Rásky, Ulla Sladek, Sylvia Groth unter: <http://ausreisser.mur.at/online>

programmierte frauenarmut 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.

„Frauen sind durch ihre spezifischen biografischen Situationen also strukturell benachteiligt und unterliegen in höherem Maß als Männer dem Risiko, in Armut zu geraten.“

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist vielfach belegt. Armut

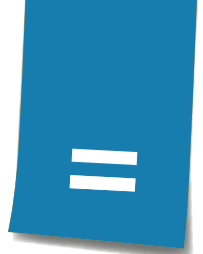
ist eines der größten Gesundheitsrisiken für alle Menschen. An bestimmten Stellen sind insbesondere Frauen strukturell benachteiligt, so dass sie leicht in Armut abrutschen – wir sprechen hier von „programmierter Frauenarmut“.

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 beginnt bereits mit der Berufswahl: Typische Frauenberufe (Pflege, Arzthelferin, Friseurin etc.) bieten nur wenig Aufstiegsmöglichkeiten und geringere 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 zwar umsonst. Zudem gelten Frauen in einem männlich dominierten Alleinverdiener-Modell, auf das die hiesigen Steuer- und Sozialsysteme immer noch orientiert sind, nur als Zu-Verdienerinnen. Die Aufwertung ihrer Arbeit ist mehr als überfällig.

Weitere Gründe für die Benachteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt sind Unterbrechungen der Erwerbsbiografie durch Kindererziehung (mangelndes Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen),



Pflege von Angehörigen sowie Teilzeitbeschäftigung und prekäre Arbeit – alles zentrale Merkmale weiblicher Beschäftigung.

Armut trotz Arbeit / Armut durch Arbeitslosigkeit

Jeder zweite Vollzeit-Job ist in Deutschland mittlerweile eine Beschäftigung mit Niedriglohn. Dies gilt zunehmend auch für den tarifgeschützten Bereich. Dass von dieser Entwicklung überproportional viele Frauen (zwei Drittel aller zu Niedriglohn Beschäftigten sind Frauen) betroffen sind, liegt unter anderem daran, dass die oft von Frauen bevorzugten Berufsbilder als 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-JobberInnen sind Frauen. Diese Jobs sind in mehrerer Hinsicht prekär, denn sie liegen in der Regel im unteren Einkommens- und Stundenbereich, d.h. ermöglichen keine Existenzsicherung. 92% der geringfügig Beschäftigten arbeiten zum Niedriglohn. In Mini-Jobs herrscht hohe Fluktuation, Aufstiegsmöglichkeiten gibt es kaum. Entgegen politischer Behauptungen bieten Mini-Jobs meist keine Brücke in den sog. ersten Arbeitsmarkt, sondern eine Sackgasse

Frauen leben länger – aber wovon? Altersarmut und Pflegebedürftigkeit

Zwar sind in den letzten Jahren einige Punkte bei den Rentenregelungen für Mütter verbessert worden, doch eigenständige Frauenrenten liegen im Durchschnitt weit unter denen der Männer. Auch im Hinblick auf Betriebsrenten und private Altersvorsorge sind Frauen schlechter abgesichert. Hier sind Boni für Kindererziehung und Pflegearbeit sowie eine generelle Versicherungspflicht in der Allgemeinen Rentenversicherung erste notwendige Schritte. Dem Risiko, pflegebedürftig zu werden bzw. Pflege im familiären Bereich oder als niedrig bezahlte Tätigkeit zu übernehmen, unterliegen Frauen in hohem Maße.

Pflegende Angehörige

(Aus: Gesunde Informationen. Von Ute Sonntag.)

Über 80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Etwas mehr als die Hälfte der pflegenden Frauen sind 40-64 Jahre alt, ca. 30% sind über 65 Jahre alt. Die meisten fühlen sich stark belastet. Nach einer amerikanischen Studie haben pflegende Angehörige, die sich stark belastet fühlen, ein um 63% erhöhtes Sterberisiko. Belastungen treten in vielen Bereichen auf. Durch die Pflegetätigkeit selbst kommt es zu einer hohen körperlichen und psychischen Beanspruchung. [...] Zudem verringern sich die sozialen Kontakte der Pflegenden im Laufe der Zeit, so dass eine Quelle des Auftankens versiegt. Oft ist die pflegende Tätigkeit mit mangelnder Anerkennung gepaart.

Fazit

Frauen sind durch ihre spezifischen biographischen Situationen also strukturell benachteiligt und unterliegen in höherem Maß als Männer dem Risiko, in Armut zu geraten.

Obwohl Frauen in den Industrieländern statistisch eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, ist sie bei arbeitslosen Frauen niedriger als bei Männern insgesamt. Sozial benachteiligte Frauen nutzen selten präventive Gesundheitsangebote, sie weisen einen hohen Alkohol- und Tabakkonsum auf und ernähren sich häufig unzureichend.

Thema Rauchen

(Aus: Gesunde Informationen. Von Ute Sonntag.)

Rauchen ist ein überaus wichtiges Thema, verweist es doch auf massive Gesundheitsprobleme und große Kosten in der Zukunft. Die Nikotinabhängigkeit ist die am meisten unterschätzte Sucht der heutigen Zeit. Was wissen wir über das Rauchen bei Mädchen und Frauen? Schon ein geringer Tabakkonsum ist bei Frauen mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden, zum Beispiel für Lungen-, Gebärmutterhals- und Blasenkrebs und mit einem höheren Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen als bei Männern.





Wenn beispielsweise Frauen drei Zigaretten pro Tag rauchen, so haben sie ein ebenso hohes Herzinfarkttrisiko wie Männer, die sechs Zigaretten pro Tag rauchen. Das Verhütungsmittel „Pille“ erhöht das Herzinfarkttrisiko bei Raucherinnen nochmals drastisch. Rauchen in der Schwangerschaft belastet die Gesundheit des Kindes, 70% derjenigen, die an Passivrauchen in Deutschland sterben, sind Frauen. Bei den 12- bis 17jährigen Jugendlichen rauchen mehr Mädchen als Jungen. Arbeitslose Frauen mit niedrigem sozialen Status und niedriger Schulbildung rauchen am meisten. Auch der Anteil der Raucherinnen unter schwangeren Frauen und allein erziehenden Müttern ist besorgniserregend hoch.

Weitere Gesundheitsbelastungen liegen in den meist schlechteren Wohnverhältnissen, der niedrigeren Qualifikation und schlechteren Arbeitsbedingungen. Dazu kommt die größere Wahrscheinlichkeit, Kinder allein aufzuziehen und die häusliche Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen.

Gesundheitsförderung für Frauen muss sich an deren Lebenswelten und Lebensphasen orientieren. In der Praxis bedeutet das, Modelle zu entwickeln, mit denen vor allem jene Frauen erreicht werden können, die den geringsten Zugang zu Ressourcen haben: armutsgefährdete und von Armut Betroffene, Frauen mit niedriger Bildung, Alleinerziehende, Erwerbslose, alte Frauen und Migrantinnen.

Die strukturellen Ursachen sind also sehr prägend und mächtig. Aber das ist kein Grund zu resignieren – im Gegenteil: Wir alle haben viele Möglichkeiten uns einzumischen und auf Strukturen einzuwirken!

Die ausführliche Fassung dieses Artikels sowie der vollständige Text von Ute Sonntag sind auf <http://ausreisser.mur.at/online> nachzulesen.

Frauen(gesundheit) und Armut in der Steiermark

- * Frauen sind stärker armutsgefährdet als Männer. Dies bedroht ihre Gesundheit. Das mittlere Jahresäquivalenzeinkommen von Frauen beträgt 19.226 Euro, das von Männern 20.076 Euro. 89.000 Frauen (15% aller Frauen) sind in der Steiermark von Armut gefährdet, während dies nur auf 12% der Männer (70.000) zutrifft. Besonders groß ist die Benachteiligung der Frauen gegenüber Männern in den Altersgruppen der bis 19-Jährigen (18% zu 13%) und der über 65-Jährigen (20% zu 9%).
- * Teilzeitbeschäftigte sind in besonderem Maße armutsgefährdet. Von 132.300 Teilzeitbeschäftigten in der Steiermark sind 114.800 Frauen. Ihre Teilzeitquote liegt bei 47,1% (im Vergleich zu 6,6% bei Männern). Alleinerzieherinnen gehen häufig Teilzeitbeschäftigungen nach. Durch die erhöhte Armutsgefährdung und die Mehrfachbelastung(en) ist ihre Gesundheit besonders gefährdet.
- * Das geschlechtsspezifische Verdienstgefälle (Quelle: Eurostat) nach dem EU-Strukturindikator „Gender Pay Gap“ lag in Österreich im Jahr 2010 bei 25,5%, das ist einer der höchsten Werte in der ganzen EU (Durchschnitt der EU-27: 16,4%)
- * Auch die Pensionen sind ungleich verteilt – für alleinlebende Pensionistinnen ist das Armutsrisiko besonders hoch. Die mittlere Alterspension (in Gesamtösterreich) betrug 1.632 Euro für Männer und 784 Euro für Frauen.



(Daten basierend auf: Land Steiermark: Armut und Lebensbedingungen 2010, Steirische Statistiken, Heft 10/2012, S. 9-10)



dann geh halt zum arzt

TEXT
Ralf B. Korte

Ersthilfe : 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 pharmaindus-
trie . 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 sich mit dem thema beschäfti-
gen . 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 sensib-
les thema eben . aber vor allem natür-
lich 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 versichert . geh am besten gleich
zur selbsthilfegruppe und sieh dich vor . und bring
wenn du zum arzt gehst 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 arbeitsunfähigkeitsbe-
scheinigung 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 abeln auf die frage, ob
krankgeschriebene grundsätzlich nicht arbeiten dürfen.

frauen- gesundheit 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 Entscheidung 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.

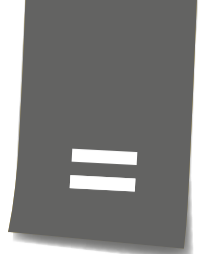
1970 protestierten Aktivistinnen rund um Barbara Seaman bei Anhörungen im US-amerikanischen Abgeordnetenhaus (Nelson Pill Hearings), um auf die unerwünschten Wirkungen und Gefahren der Anti-Baby-Pille hinzuweisen. Sie erreichten, dass alle Pillen-Packungen einen Beipackzettel enthalten müssen und trugen 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 Machtansprüche 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 einer 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 josephinischer 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. Der Schwangerschaftsabbruch wurde 1975 unter der sozialdemokratischen Regierung Kreisky mit der Fristenlösung per Behandlungsbeschluss 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.

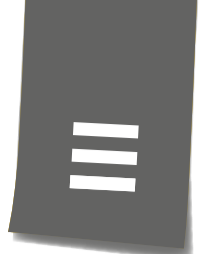
By women for women – Wissen ist Macht

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 interessen geleitete 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 Frauen(gesundheits)bewegung. 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 Vereinten 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, Kinder und Männer leben, lieben, 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



gesundheit!

TEXT
Wolfram Scheucher



gesundheit
auch so eine gottheit
gesundheit
helf (dir) gott
also hilf dir selbst

rein in die
reha(bilitations)zentren
altenheime
krankenhäuser
anstalten

du wirst gesund gemacht
rehabilitiert
für arbeitshäuser
pardon
für den arbeitsmaekt
fit gemacht
gesund gespritzt
therapiert

ich, die gesundheit
bin ein teures gut
eine hochwertige ware
produktivst
produkte
produzierend

eine gesunde watsche
gesundheit für alle!

bonustrack: wir schneiden Ihnen
auch vorbeugend
gesunde körperteile
ab
damit Sie nicht erkranken
wir drehen Ihnen
schon jetzt den hals zu
damit Sie dem system
nicht mehr zur last fallen...
bleiben Sie halt gesund

„du hast die pflicht gesund zu sein!“

TEXT
Joachim Hainzl

Erst als der Druck ständiger Lebensbedrohung durch todbringende Epidemien zu weichen begann, konnte man sich im 19. Jh. der „Bearbeitung des Lebens“ zuwenden. Der Fokus verschob sich von der (erfolglosen) Bekämpfung von Krankheiten hin zur Aufrechterhaltung von Gesundheit. Diese wurde schließlich als verbindliche Norm in bürgerlichen und kapitalistischen Gesellschaften etabliert, wodurch Krankheit den Status des Abnormen verpasst bekam. Dieser Gesundheitsnormierungsprozess führte im 20. Jh. auf individueller Ebene zu einer Verinnerlichung von selbstdisziplinierenden Normen: Gesellschaftspolitisch wurde die körperliche Gesunderhaltung auch zum Credo verschiedener Abstinenzbewegungen, welche ebenfalls von politischen Parteien eingesetzt wurden. So gibt es sozialdemokratische Aufforderungen, dass Proletarierinnen sich bei ihrer Gattenwahl Gedanken machen sollten, dass dieser Proletarier wohl ja nicht trinke und rauche. Bekannter sind all jene Modelle rechter Ideologien, vom Turnvater Jahn bis zur nationalsozialistischen „Rassenhygiene“, welche den Körper, seine Pflege und die Reproduktion zu ideologischen Schlachtfeldern machten.

Gerade aufgrund aktueller intensiver Debatten und (zumeist in den USA) immer wiederkehrender Bezugnahmen

auf den Anti-Raucher-Diskurs der Nazis, seien im Folgenden kurz einige Aspekte der Kontextualisierung von Gesundheit und Rauchen beleuchtet.

Von der SA-Zigarette zur NS-Anti-Raucher-Kampagne

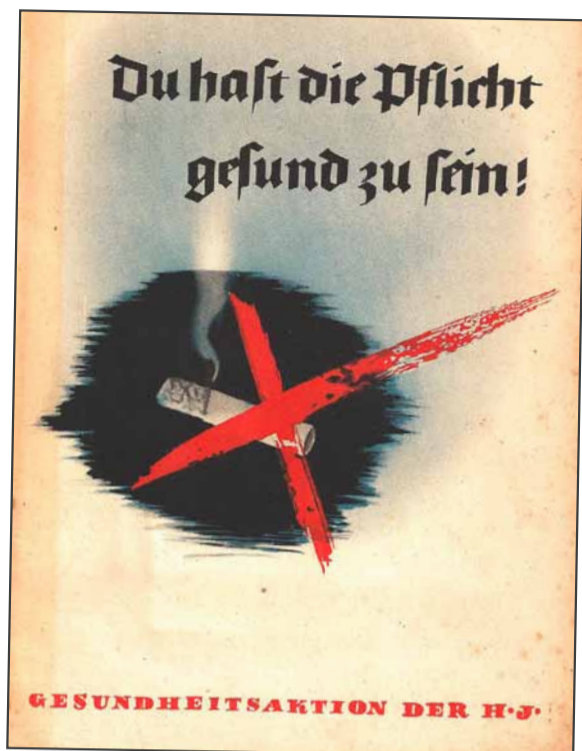
Noch vor der Machtergreifung Hitlers im Jahr 1933, wurden im Auftrag der nationalsozialistischen Sturmabteilung (SA) in einer Dresdener Zigarettenfabrik eigene SA-Zigarettenmarken hergestellt, welche so bezeichnende Namen wie „Trommler“, „Sturm“ oder „Neue Front“ trugen. Doch bereits 1934 wurde die Produktion eingestellt, wohl auch aufgrund des strikten Anti-Raucherkurses von Hitler selbst.

Dieser Kampf gegen Zigarettenkonsum äußerte sich in den folgenden Jahren in zahlreichen Kampagnen, welche vor den Gefahren des Nikotin- und Alkoholkonsums warnten.

Speziell für junge Leute wurde von der Hitlerjugend eine Broschüre mit dem Titel „Du hast die Pflicht gesund zu sein!“ herausgegeben, welche in ihren Bemühungen, Rauchen etwa als unzeitgemäß



(1)



(2)

darzustellen, teilweise Ähnlichkeiten zu aktuellen Anti-Raucher-Kampagnen für Jugendlichen erkennen lassen. Die verinnerlichte Selbstdisziplinierung, wie sie etwa von Michel Foucault sehr genau beschrieben wurde, zeigt sich in dieser Broschüre deutlich. Weist der Titel noch darauf hin, dass es um die Einhaltung einer diktatorisch verordneten Gesundheitsmaxime geht, so zielt das Vorwort von Baldur von Schirach vielmehr auf die Einpflanzung des Impetus: „Was wir auf diesem Gebiet von dir fordern, soll nicht durch Befehle erreicht werden, sondern durch einen Appell an dein Gewissen und an deine Einsicht.“

„More Doctors smoke Camels than any other cigarette“

Die Verdoppelung des Zigarettenverbrauchs pro Kopf in Nazi-Deutschland innerhalb von nur fünf Jahren (von 1935-1940) zeigt, dass sich diese Strategie nur bedingt als realtauglich erwies, erst recht in Ausnahmesituationen wie Kriegen. Apropos Krieg: auch in den USA sorgte der Zweite Weltkrieg für einen großen Anstieg der Zahl der Rauchenden. So wurden Frauen als neue Zielgruppe speziell umworben. Dass dabei der „Gesundheitsaspekt“ nicht zu kurz kommen durfte, zeigt die speziell auf diese weibliche Klientel zugeschnittene Werbelinie der Sorte Camel in der Kriegs- und Nachkriegszeit mit der Betonung angeblicher Milde und einer „T-Zone“. Damit es ganz plausibel klang, wurde das Werbesujet um die Erkenntnis ergänzt, dass die meisten Ärzte in den USA diese Zigarettenmarke rauchen würden. Na dann ... Dass die heute in der Lebensmittelindustrie

nicht mehr wegzudenkenden manipulativen „Light“-Produktlinien bereits Jahre zuvor von der Tabakindustrie eingeführt wurden, mag da nicht mehr verwundern.



(3)

Freiheit und Genuss als Gegenpole des „Gesundheitsfaschismus“?

Insofern ergeben sich in der aktuellen Diskussion um das Rauchen und damit verbundene Verbote spannende Lagerbildungen, da verschiedene Diskurse aufeinander treffen. So kann ich mich noch gut an eine Diskussion in einer KünstlerInneneinrichtung mit Barbetrieb erinnern, die vor einigen Jahren stattfand, als auch in Graz in Gastronomiebereichen Rauchverbote einzuführen waren. Es war für mich das erste Mal, dass es in dieser Gruppe von KünstlerInnen so heftig wie kaum zuvor bei diesem Thema plötzlich um Weltanschauungen und Werte ging. Die sich dabei ergebenden Trennlinien, unter anderem in Hinblick auf den Wert der individuellen Freiheit (verstanden die einen darunter die Freiheit entscheiden zu dürfen, wann sie passiv mitrauchen müssen und wann nicht, so war es für die anderen die Freiheit, rauchen zu können wann und wo sie es wollen), zeigten klar, dass eine Beschäftigung mit dem Thema der Gesundheit und ihrer Gefährdung viel mehr beinhaltet als die Befürchtung physischer Beeinträchtigungen.

Wohl nicht zufällig eignet sich der Diskurs um



Rauchverbote daher sehr gut, um das Thema staatlicher Einmischungen in die persönliche Freiheit zu thematisieren und zu hinterfragen, welche ideologischen Ziele dahinter stecken könnten. Während Rauchen in diesem Zusammenhang sich sehr gut als Auflehnung gegen gesellschaftliche Normierungen und Anforderungen interpretieren lässt, ist es wohl nicht ganz zufällig, dass bei der Kritik an Anti-RaucherInnen-Kampagnen bisweilen auf die nationalsozialistische Anti-RaucherInnen-Einstellung zurückgegriffen wird. Das zeigen etwa die Plakataktion des dänischen Rockmusikers Kim Larsen mit deutschsprachigen „Gesundheit macht frei“-Postern (5) oder die etwas über 7000 Google-Treffer für den Begriff „anti-smoking nazis“.

Die Reproduktion traditioneller Geschlechterrollen im Dienste einer gesunden Reproduktion der „Bevölkerung“

Mit der Einführung von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen und nochmals verstärkt durch die nunmehr vermehrt eingesetzten bildlichen Warnungen kommt es zu einer Emotionalisierung der Argumentation, wenn etwa „Schockbilder“ von zerfressenen Zähnen, zerstörten Organen und Leichen gezeigt werden.

Kein Zufall ist es zudem, dass als ein Mittel der Emotionalisierung nun gerade auch von Gesundheitsbehörden auf archetypische traditionelle Geschlechterrollen zurückgegriffen wird.



(4)

So gibt es in vielen Ländern, auch solchen, von welchen man nicht unbedingt die öffentliche Thematisierung von Sexualität und Fortpflanzung erwarten würde, Warnsprüche und Bilder, welche vor männlicher Fortpflanzungsunfähigkeit warnen, während Frauen ihre Verantwortung für das ungeborene Kind ebenso nahegebracht werden soll und wiederum Mann und Frau jene als Eltern für ihre Nachkommenschaft. Die Warnung vor dem Verlust des männlichen Orgasmus spielt ebenso mit traditionellen Geschlechterrollen wie die auf Frauen zugeschnittene Warnung vor dem Verlust der Schönheit durch das vorzeitige Altern der Haut.

Dass es anscheinend historisch betrachtet recht begrenzte Diskursstränge im angestrebten Verdeutlichen von Gesundheitsrisiken gibt, sei zum Abschluss nochmals belegt durch ein Zitat aus der Anti-RaucherInnen-Broschüre der Hitlerjugend: *„Eine besondere Verantwortung für das Schicksal unseres Volkes tragen unsere Mädchen als die zukünftigen Mütter der kommenden Generation. (...) Tabakgenuss macht die Haut grau und lässt die Augen einsinken. Die Zähne bekommen einen gelben Belag, die Atemluft von Rauchern ist unangenehm. Ein jedes Mädchen will doch aber hübsch und gesund aussehen. (...) Mit Alkohol und Tabak erreicht man das Gegenteil, wird früher alt und hässlich. Außerdem wird durch den Genuss von Alkohol und Nikotin mit großer Sicherheit die Möglichkeit verringert, einmal gesunde Kinder zu haben.“*

Auf <http://ausreisser.mur.at/online> ist ein weiterer Text des Autors zu lesen, der vorangehende Entwicklungen zum Umgang mit der Gesundheit bzw. Krankheit näher beleuchtet: „Über die Verwaltung von Krankheit und die Herstellung von Gesundheit in Graz im 19. Jh.“



- (1) Quelle: en.wikipedia.org/wiki/File:German_anti-smoking_ad.jpeg
- (2) Quelle: Sammlung Hainzl
- (3) Quelle: tobacco.stanford.edu
- (4) Schweizer Antiraucherkampagne
- (5) vgl. <http://www.dw.de/danish-rockstar-uses-nazi-slogan-to-protest-smoking-ban/a-3594739>



mensch statt profit!

Peter 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?

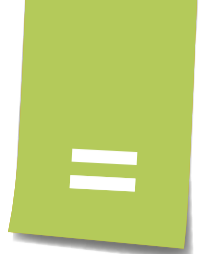
Das ist ein gesellschaftspolitisches Problem. Es beginnt schon im Kindesalter, im Verhalten, wie man zur eigenen Gesundheit steht, auf welcher Basis man sich ernährt bzw. dies überhaupt möglich ist. Sich gesund ernähren kann man heute nur, wenn man einer höheren Einkommensschicht angehört. Wenn man auf 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 unserer 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 Kreativitätspotential verfügen, sondern zweckgebundene,

schmalspurig ausgebildete Fachkräfte – aber das ist durchaus gesellschaftspolitisch gewünscht. Waren die Geisteswissenschaften bis in die 1970er die sog. „Key Sciences“, also die Schlüsseldisziplinen, hat man nun die Wirtschaftswissenschaften als solche etabliert.

Wenn Egoismus und rascher Gewinn das gesellschaftliche Werteparadigma 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. Schrecklich! 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. Deshalb rangieren die USA beim sog. Fairness-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-)Unis eine Pseudofreiheit gebe, eine Vollrechtsfähigkeit umhänge und sage „Schaut’s wo ihr bleibt, 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 Geiselschaft 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 wieder rhythmisch werden muss. Das schafft vielleicht ein Medikament bei 100% der Patienten, wenn von diesen dann aber 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?

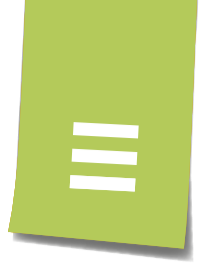
Das ist genau der Punkt. Geht es um die Finanzierung medizinischer Forschung, wird jemand nur Geld dafür hergeben, wenn er auch selbst was davon hat. D.h. es läuft wieder aufs kommerzielle System raus: Der schafft an, der das Geld hergibt, danach werden Forschungsschwerpunkte ausgerichtet. Klar, die Firmen interessiert keine Fragestellung, die nicht ihre Produkte betrifft. Deshalb würde ich auch nie dafür

plädieren, dass die Universitäten freie Wirtschaftskörper sind und nach 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 Markteinführung 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 geheißen, letztere 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 Ansprechrage 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 hochgeschwollen. 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, Negativegebnisse 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 abschwächende Studien gekauft, Konkurrenzprodukte



schlecht gemacht etc., die negativsten Auswüchse 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 Kommunikationselements 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, die Person Mensch 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 externen, sogenannten „Gesundheitsökonomern“ 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 eigenen Kontrollinstanzen abgeben, wie z.B. der Banker Ackermann für Kanzlerin Merkel, um nicht österreichische Verhältnisse wie das Beispiel Hypobank zu strapazieren. So wie es systemrelevante Banken in Wirklichkeit nicht gibt, sowenig kann ich systemrelevante Entscheidungen in der Gesundheitspolitik von der Bildungs- oder Pensionspolitik trennen, das sind alles Dinge, die eng miteinander verknüpft sind.

Wo kann ein/e kritische/r, reflektierte/r PatientIn selbst ansetzen?

Nach wie vor genießt der Arztberuf in der Bevölkerung hohes Ansehen, auch wenn das oft in den Medien anders transportiert wird. Diese sind ja auch in der Geiselhaft von Quoten & Co., also eines kommerziellen Systems, auch das sollte sich wiederum in Richtung Qualitätsjournalismus ändern. Was passiert also mit dem Individuum Patient? Es gibt den sog. Behandlungsvertrag, dieser sollte immer stattfinden zwischen einem in allen Entscheidungsreichen freien Arzt und einem freien, mündigen Patienten, das ist die Grundvoraussetzung. Dazu gehört, das Vertrauen zwischen diesen beiden Betroffenen aufzubauen, dem Leistungserbringer (Arzt) und dem Leistungsempfänger (Patient), wenn man es schon herunter brechen will auf die wirtschaftswissenschaftlichen Sprachmuster. Was jedoch nicht zutreffen kann, denn wir haben keine Kunden, der Patient geht ja nicht freiwillig ins Krankenhaus, weil's da so toll ist und füllt danach als Kunde eine Beschwerdeliste aus, wo er alles einträgt, was ihm nicht gepasst hat, vom Essen bis zum Kommunikationston einer Krankenschwester in der Nacht, die völlig überfordert 30 Patienten zu betreuen hat. So läuft das nicht! Für das nötige das Vertrauen braucht es erstens Kompetenz im Kerngeschäft, das muss man voraussetzen können, denn der Patient weiß ja nicht, wer ein guter Arzt ist und wer ein schlechter. Der zweite Punkt ist Zeit. Heute



aber wird mit einem Schreibtischmodell das Durchschnittszeitparameter festgelegt, z.B. für ein ärztliches Aufklärungsgespräch, das ich aber vollkommen individuell steuern muss. So etwas ist nicht von vornherein parametrierbar, ein Patient begreift sofort, einem anderen muss man etwas drei- oder viermal erklären, weil er sich in einer psychischen Ausnahmesituation, z.B. bei Krebs, befindet. Dafür kann ich nicht den Durchschnittszeitaufwand festsetzen, wofür soundso viele Personalminuten zur Verfügung stehen und wenn ich die dann in 24 Stunden reinpresse, kriege ich ausgebrannte, überforderte Ärzte, die Angst haben zu versagen. Wenn ständig Personal reduziert wird, kann das nicht gut gehen. Doch auf diesem Weg befindet sich das Gesundheitssystem gerade. Beispiel Deutschland: Durch die Überalterung und die Teilprivatisierung des Gesundheitssystems ist es in öffentlichen Spitälern, besonders im operativen Sektor, zu einem derartigen Personalmangel gekommen, dass das Arbeitszeitgesetz sowieso nicht eingehalten werden kann, weil in diesem Fall die Versorgung zusammenbrechen würde! Das muss man sich einmal vorstellen. Ich kann eben nicht sagen, ich sperre jetzt zehn Spitäler zu, denn das ist der wirtschaftliche Lauf, sondern muss hinterfragen, welche Funktionen werden dadurch dann nicht mehr erfüllt.

Das haben wir doch auch gerade in Griechenland...

...ja, oder in den USA, ich war selbst drüben, als in Orange County das Krankenhaus zugesperrt hat – das Einzige in einem Einzugsgebiet von der Einwohnerzahl der halben Steiermark, das kann man sich gar nicht vorstellen, was das heißt.

Haben Sie in Ihrem Wirkungsbereich den Spielraum, sich solchen Entwicklungen entgegenzustellen oder sehen sie einen solchen nicht?

Ich habe es gemacht, ich hab mich bestimmten Dingen entgegengestellt, mit der Folge, dass ich gewisse Funktionen nicht mehr ausgeübt habe, wenn sie unvereinbar wurden. Ich war ja erst Direktor dieses Krankenhauses und hab diese Funktion dann zurückgelegt, weil aus gewissen Bereichen Druck auf mich ausgeübt wurde, den ich mir nicht mehr gefallen ließ. Ich wollte nie in einer Situation sein, wo ich mich

in politische Abhängigkeit gebe. Ich bin auch bei keiner Partei und bei keinem Männerbund, oder was sonst noch dem üblichen Karriereweg dient. Für mich war der Weg in der Karriere „per aspera ad astra“, mit der Folge, dass ich mich mit Ihnen heute so unterhalten kann ohne darüber nachdenken zu müssen, ob mir irgendwer daraus einen Strick dreht. Das ist das maximale Maß an Freiheit. Das pflege ich auch in meiner Abteilung, die Leute in ihrer Entwicklung ja nicht einzuschränken, die Jüngeren zu fördern. Ich nehme für mich nicht dieses alte Bild des Primararztes in Anspruch, der der ist, der alles weiß und alles kann und die da unten sind die Untergebenen. Dieses feudalistische System ist anachronistisch. Maximale Freiheit heißt aber auch, dass die Eigenverantwortung für den Einzelnen steigt und das ist in Österreich nicht immer gewünscht. Der Chef war dann gut, wenn seine Leute besser werden als er selber. Deshalb muss man sich auch beizeiten zurückziehen, loslassen, denn um eine Beziehung aufrecht zu erhalten, muss man Freiheiten zulassen, sonst funktioniert das nicht. Die Generation von heute baut die Straßen, auf denen die nächste Generation fahren wird, hat Konfuzius schon im 6. Jh. v. Chr. gesagt. Das sollten sich einige Leute zu Gemüte führen, dann würden sie merken, was sie für einen Blödsinn machen.

Wie weit gehen die Verstrickungen von Krankenhaus und Pharmaindustrie beim Medikamenteneinsatz?

Wir haben als eine der ersten Krankenhäuser der Steiermark eine Arzneimittelkommission eingeführt, die die Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Anwendungen abwägt. Wichtig ist die die Unabhängigkeit der Kommission. Nicht: Da kommt jetzt der Pharmavertreter XY und bezahlt den Einsatz seines Medikaments als Anwendungsbeobachtung, wie das gang und gäbe war. Das haben wir abgestellt.

Stichwort Generica - Fluch oder Segen?

Da Generica auf derselben Wirksubstanz basieren, brauchen sie nicht dieselben Prozesse bei ihrer Zulassung zu durchlaufen, wie ein neues Medikament, dadurch werden sie billiger. Aber auch Forschungen bzgl. Bioverfügbarkeit des Medikaments fehlen, oder der Nachweis, wie die Pharmakodynamik, also der



Abbau der Abfallprodukte aus dem Stoffwechsel, die ja auch eine Wirksamkeit haben können, verläuft. Das kann aber unerwartete Auswirkungen haben. Wenn ich mir weiters anschau, wo Generica teilweise produziert werden, muss man das sowieso sehr kritisch hinterfragen. Man muss alles hinterfragen, ohne das geht es nicht. Es werden künstlich Knappheiten geschaffen in der Medikamentenproduktion, sodass man erst einmal warten muss, bis man das betreffende Medikament bekommt oder auch nicht, dann kommt das Ersatzprodukt zum Einsatz. Das wird von manchen Firmen, die den Ersatz auf den Markt werfen, bewusst so gemacht, um höhere Umsätze zu erzielen. Generica in Österreich unterliegen aber, gleich wie die Primärmedikamente, jedenfalls dem Arzneimittelgesetz. Dies ist bei Medikamenten, die etwa im Internet bestellt werden nicht der Fall. Damit setzt sich der Konsument dieser Arzneiware potentieller Gefahr von Arzneimittelfälschungen aus, die keinerlei Sicherheit bieten. Diese sind sonst wo gefertigt worden, wo etwa kein Nachweis einer Arzneimittelzulassung erbracht wird oder diese gefälscht wurde.

Sozialleistungen werden gegeneinander ausgespielt, ihre Berechtigung gar infrage gestellt, und damit der Wert der Menschen generell...

Bildung, Gesundheit, Umgang mit Randgruppen und alten Leuten – das sind die vier Kriterien, die einen Sozialstaat ausmachen. Wenn wir diese sozialen Errungenschaften nicht erkennen, ist es wirklich schlimm. Auch, dass darin eine Chance der Beschäftigungspolitik liegt und man in die Qualität investieren muss.

Da liegt es dann wiederum oft an Einzelpersonen, sich konträren Entwicklungen entgegen zu stemmen...

Das ist jetzt Laotse, der gesagt hat: Um zu den Quellen der Weisheit zu gelangen, muss man gegen den Strom schwimmen. Das verlangt aber heutzutage eine fast unmenschlich anmutende Hartnäckigkeit und Ausdauer sowie eine unösterreichische Zivilcourage.

Das vollständige Interview ist auf <http://ausreisser.mur.at/online> nachzulesen.

IMPRESSUM

Chefredakteurin: Evelyn Schalk
Redaktion: Ulrike Freitag, Gerald Kuhn
AutorInnen: Felice Gallé, Sylvia Groth, Joachim Hainzl, Ulrike Hauffe, Ralf B. Korte, Wolfram Scheucher, Ute Sonntag
Gestaltung: Andreas Brandstätter

VERLEGER UND HERAUSGEBER:
 ausreißer – Grazer Wandzeitung, Verein zur Förderung von Medienvielfalt und freier Berichterstattung

KONTAKT:
Post: ausreißer – Grazer Wandzeitung, c/o Forum Stadtpark, Stadtpark 1, A – 8010 Graz,
Telefon: +43 (0)316/827734-26,
 Evelyn Schalk: +43 (0)676/3009363
Email: ausreisser@gmx.at, schalk@mur.at
Internet: <http://ausreisser.mur.at>
Newsletter: <http://ausreisser.mur.at/newsletter>

Der ausreißer ist ein offenes Medium, die Zusendung von Beiträgen somit herzlich erwünscht, die Publikationsauswahl liegt bei der Redaktion, es erfolgt keine Retournierung der eingesandten Beiträge.

Die AutorInnen zeichnen für die Inhalte ihrer Beiträge selbst

verantwortlich, die darin vertretenen Positionen spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung der Redaktion wider.

© Die Rechte verbleiben bei den AutorInnen.

Da der ausreißer auf Anzeigenschaltung verzichtet um tatsächlich unabhängig publizieren zu können, ist Eure Unterstützung besonders wichtig:

Kontonummer: 50094094554, BA/CA, BLZ 12000

STANDORTE:

Kunsthaus Graz, Schlossbergplatz Graz, Geidorfkino, Forum Stadtpark, Passage Palais Trauttmansdorff, Uni-Hauptbibliothek (Foyer), Bibliothek der Pädagogischen Hochschule Hasnerplatz, das andere Theater, Fassade der Kirche St. Andrä, Fassade BAN – Sozialökonomischer Betrieb, KiG! – Kultur in Graz, Steirischer Dachverband der offenen Jugendarbeit, Jugendtreffpunkt Dietrichskeusch'n, Jugendzentrum Mureck (JUZ), Theaterzentrum Deutschlandsberg, Marktplatz Deutschfeistritz, Landhaus Feuerlöscher (Prening)

Der ausreißer ist als kostenlose Faltausgabe zum Mitnehmen sowohl an den oben genannten Standorten als auch bei zahlreichen weiteren Kunst-, Kultur-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie in Cafés etc. erhältlich!

THEMA DER NÄCHSTEN AUSGABE: wird bekanntgegeben!