

Viola Schubert-Lehnhardt

# **Weil du arm bist, musst du früher sterben**

Gedanken zu einem humanistischem Sozialwort aus einer geschlechtersensiblen und gesundheitspolitischen Perspektive

## **Aktualität des Titels**

Die Überschrift dieses Aufsatzes<sup>1</sup> ist ein Zitat. So heißt ein deutsches Sprichwort<sup>2</sup> und hieß 1956 ein (bundes)deutscher Film von Paul May. Die Aussage gilt wohl für alle Jahrhunderte der Menschheitsgeschichte – und zwar in zwei Richtungen: Armut macht krank und Krankheit macht arm. Insofern muss Gesundheitspolitik ein wichtiges Feld eines humanistischen Sozialwortes sein.

Um zu verdeutlichen, dass diese Aussage kein bloßes Schlagwort der heutigen Linken ist, soll der Arzt Rudolf Virchow zitiert werden.

---

<sup>1</sup> Dieser Aufsatz ist Ilja Seifert gewidmet. Die Autorin möchte ihm damit ein Stück Kraft und Lebensfreude in dieser für ihn schweren Zeit geben.

<sup>2</sup> Meist in der Version gebraucht: „Wenn du arm bist ...“.

Er schrieb im Januar 1849: „Leben um Leben wollen wir abwägen und zusehen, wo die Leichen dichter liegen, bei den Arbeitern oder Privilegierten.“<sup>3</sup>

Für eine globale Sichtweise (HumanistInnen sollten sich dieser Dimension stets bewusst sein) finden sich zahlreiche Angaben in den WHO-Statistiken,<sup>4</sup> die diese Aussage international bekräftigen. Auch für das heutige Deutschland lässt sich der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit belegen. Dabei wird der Armutsfaktor in der Regel über die Länge der Arbeitslosigkeit erfasst. Das *Robert-Koch-Institut* hat in seinem Bericht *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*<sup>5</sup> Aussagen getroffen, die Virchows Einschätzung für die Gegenwart erhärten: Die Sterblichkeit nimmt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu: Wer arbeitslos ist, stirbt früher.<sup>6</sup>

Weiterhin sind folgende Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit, Armut und Gesundheit bekannt und in zahlreichen Studien belegt:<sup>7</sup>

- Nahezu jeder dritte Arbeitslose hat vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen.
- Die Eingliederungschancen von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind nur halb so hoch wie bei gesunden Arbeitslosen, im Osten liegen sie nur bei einem Drittel.
- Arbeitslose sind häufiger krank, gehen öfter zum Arzt und verhalten sich weniger gesundheitsbewusst.

---

<sup>3</sup> Virchow, Rudolf: Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift. Berlin 1849, Nr. 29, S. 182.

<sup>4</sup> Beispielhaft sei hier angeführt „Wo Kinderkriegen lebensgefährlich ist“, vgl. [www.berlin-institut.org/newsletter/PK-Weltkarten.pdf](http://www.berlin-institut.org/newsletter/PK-Weltkarten.pdf).

<sup>5</sup> Vgl. Robert Koch Institut (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13, 2003, S. 16.

<sup>6</sup> Vgl. Weber, Andreas; Hörmann, Georg u. Heipertz, Walther: Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Unemployment and Health – a Public Health Perspective. Deutsches Ärzteblatt 2007.

<sup>7</sup> Vgl. u.a. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006, Kapitel 2.1.: Soziale Lage und Gesundheit. – Vgl. auch Thomas Lampert u. Lars Eric Kroll: Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Discussion Paper 527 DIW Berlin, Berlin 2005.

Rudolf Virchow formulierte bereits im 19. Jahrhundert das Credo für den Zusammenhang zwischen Politik und Gesundheit: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen.“<sup>8</sup>

## Gesundheit und humanistisches Menschenbild

Theologisch wurde in der Geschichte überwiegend auf Krankheit geblickt – und zwar als Folge von Sünde – z.B. bei Augustinus, bei Hildegard von Bingen und Martin Luther als Mangel (dies u.a. schon bei Platon). Auch bei Karl Marx wird Krankheit als Prüfung gesehen, wie schon im Buch Hiob. Bei Sigmund Freud und Carl Gustav Jung ist sie Lebensbestimmung – wie bei Thomas von Aquin.

Mit der Bestimmung (oder dem Begriff) von Gesundheit haben sich die WissenschaftlerInnen aller Fachgebiete schon immer schwer getan. Sie war zwar durch die Geschichte hindurch Wunsch Nummer Eins. Aber was genau ist heute damit gemeint?

Wenn Gesundheit nicht nur als die bloße Abwesenheit von Krankheit verstanden werden soll, ist sie weitaus schwieriger zu erfassen und zu definieren. Die WHO bestimmte Gesundheit 1946 als „Zustand vollständigen geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur bloße Abwesenheit von Krankheit“. Der Streit um dieses Verständnis ist hinlänglich bekannt. Er füllt Bücher und Dissertationen und soll hier nicht nochmals aufgegriffen werden.

Festzuhalten ist jedoch, dass die Definition der WHO als politisches Programm verstanden werden muss. Als solches fordert sie bestimmte Menschenrechte ein bzw. zu deren Umsetzung auf und beschreibt auch ein ganzheitliches, humanistisches Menschenbild, welches wiederum auf dem Gedanken der Unteilbarkeit von Menschenwürde basiert.

Vorstellungen vom Menschenbild, von Menschenwürde und von Menschenrechten sind an bestimmte Kulturen und Weltanschauungen gebunden. In modernen Auffassungen gehört Gesundheit (und Sorge um Gesundheit) inzwischen ganz selbstverständlich zu den Menschenrechten und schließt dabei ebenso selbstverständlich die

---

<sup>8</sup> Virchow: Reform.

gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen ein (zumindest in der Theorie und den politischen Aussagen – in der Praxis sind die Defizite nach wie vor erheblich – dies ist ein weiterer wichtiger Aspekt für ein humanistisches Sozialwort).

Die Thematik „demokratische Teilhabe von behinderten und kranken Menschen“ wird hier bewusst an die erste Stelle gesetzt, weil es in der Geschichte, angefangen von der Antike bis hin zum Nationalsozialismus, immer wieder Menschenbilder gegeben hat, die alte, kranke und behinderte Menschen nicht nur theoretisch ausgeschlossen und ihnen bestimmte Rechte, Würde, Behandlungen etc. vorenthalten haben, sondern auch die physische Vernichtung rechtfertigten.

Nicht nur von diesen historischen Erfahrungen her, sondern auch von den humanistischen Positionen der Gleichheit aller Menschen und Unteilbarkeit der Menschenwürde her, ist es in der Gegenwart nicht hinnehmbar,

- dass sich Menschen (Eltern) für die Lebensexistenz behinderter Kinder rechtfertigen sollen
- Demenzkranke sich freiwillig und „solidarisch“ für fremdnützige Forschungen zur Verfügung stellen sollen
- Menschen Organe verkaufen müssen, um überleben zu können (dies gilt insbesondere auch für die so genannte Eizellspende „gegen Aufwandsentschädigung“).

## **Bioethik und Armutproblem**

Aktuelle Fragen der Bioethik sind ein weiterer Punkt, dem sich ein humanistisches Sozialwort zuwenden muss. Zu einigen bioethischen Fragestellungen gibt es bereits christliche Sozialworte. Allerdings befassen diese sich meist mit der prinzipiellen Unzulässigkeit von Organspende, Sterbehilfe, neuen Reproduktionsmethoden etc. Solche fundamentaltheologischen Begründungen für die Zulässigkeit oder Ablehnung einer bestimmten medizin-technologischen Verfahrensweise sind jedoch nur eine Seite.

In unserer von Zwei-Klassen-Medizin (und Zwei-Klassen-Pflege) geprägten Gesellschaft müssen sich Sozialworte zu solchen Fragen nicht nur mit der Zulässigkeit und Zugänglichkeit von bestimmten Maßnahmen befassen, sondern auch mit der Chancengleichheit, auch hinsichtlich der Nachsorge. Gemeint sind hier die Belastungen

nach Transplantationen, sowohl aus der Sicht des Empfängers als auch aus der Sicht des Spenders.

Momentan kann auch der Spender wegen seiner altruistischen Entscheidung ins soziale Nichts fallen. Und was nützt es, wenn Menschen auf Grund ihrer Auswahl nach medizinischen Kriterien zwar ein Spenderorgan bekommen, sich aber finanziell keine Nachsorge leisten können, die ein optimales und möglichst langes Leben mit dem neuen Organ ermöglicht? Es ist inzwischen leider fast typisch, dass Menschen an Behandlungen und der notwendigen Nachsorge Abstriche aus finanziellen Gründen machen müssen.

Es geht aber auch um Elementares: Berichte wie der einer alleinstehenden Mutter von zwei Kindern aus Stapelburg im Harz füllen hinlänglich die Presse: Die Frau berichtete, dass bei der Schuleingangsuntersuchung ihrer Tochter, die in der Schule im Ort stattfand, festgestellt wurde, dass ihre Tochter eine Brille braucht. Sie könne sich aber die Fahrt zum nächsten Augenarzt, nach Braunschweig, der noch Patienten annehme, finanziell nicht leisten.<sup>9</sup>

Das Anliegen (Zugänglichkeit und Versorgung vor Ort sowie Wiederherstellung der Unentgeltlichkeit dieser Versorgung) ist damit benannt und braucht nicht weiter vertieft werden. Statt dessen soll nun dem Gedanken von Gesundheit(ssorge) als Menschenrecht – oder modern gesprochen – „öffentlichem Gut“ weiter nachgegangen werden.

Gesundheit scheint auf den ersten Blick ein individuelles Gut und ihre Erhaltung eine persönliche Aufgabe zu sein. Hier zeigt sich deutlich die politische Konsequenz der inhaltlichen Bestimmung dieses Begriffes. Der Gesundheitsbegriff wird heute teilweise immer noch (oder gerade wieder) sehr diffus gebraucht. Mit ihm werden Phänomene wie Anti-Aging, Wellness, psychische und physische „Optimierungen“ mit Prozac oder Botox, abrechnungsfähiges Gesundheitstraining als Prävention, Schönheitsoperationen, Alternative Heilverfahren in Verbindung gebracht.

Dem entspricht ein sich ausweitender Gesundheitsmarkt, auf dem immer mehr das Gesetz von Angebot und Nachfrage zu herrschen scheint. Das Sprechen von einem Gesundheitsmarkt impliziert dann

---

<sup>9</sup> Vgl. Hartmut Reiners: Was bewirkt der Wegezoll? u. Jens Holst: Zur Kasse, bitte! In: Gesundheit und Gesellschaft. AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft 2008, Jg. 11, Heft 1.

auch die Idee von Gesundheit als einem handelbaren Gut bzw. einer Ware und dem Patienten als Kunden. Man kann die eigene Gesundheit jedoch weder veräußern noch käuflich erwerben, man kann sie auch nicht mit einer anderen Person tauschen. Wenn Menschen zum Arzt gehen, erwarten sie keine bloße Geschäftsbeziehung, sondern eine Sorgebeziehung.

## Gesundheitsprivatisierungen

Damit ist noch ein Punkt markiert, zu dem ein humanistisches Sozialwort Stellung nehmen muss: Privatisierungen im Gesundheitswesen – und zwar sowohl aus der Sicht von Folgen für Patientinnen und Patienten (bzw. Bürgerinnen und Bürgern, so diese noch nicht krank sind) als auch aus der Sicht von Beschäftigten. Immerhin ist jeder neunte Beschäftigte in der Bundesrepublik Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

Es ist hier auf Ergebnisse eines Gremiums zu verweisen, das in der Regel als politisch neutral eingestuft wird, den *Club of Rome*. Der aktuelle Bericht an den *Club of Rome* zu den Grenzen der Privatisierung versucht die seit etwa zwanzig Jahren auf den verschiedensten Gebieten international erfolgten Privatisierungen ausgewogen zu bewerten und dabei „Voraussetzungen guten Gelingens der Privatisierung für das Volk zu bestimmen“.<sup>10</sup>

Hier kann nicht der nahe liegenden Rückfrage nachgegangen werden, was „Gutes Gelingen für das Volk“ eigentlich bedeuten soll. Auch ohne eine solche Polemik ist die Aussage des Berichts zu Privatisierungen im Gesundheitssektor eindeutig – es konnten ausschließlich negative Beispiele gefunden werden (siehe die Kapitel zu Teilprivatisierung des Gesundheitswesens in Chile, zur Gesundheitsreform in Sambia und zur privatwirtschaftlichen Logik der Pharmaforschung). Ein immerhin erstaunlicher Fakt, der sicher nicht mit der politisch voreingenommenen Suche der Autoren zu erklären ist (auf anderen Gebieten werden durchaus gleichrangig positive Beispiele erläutert) – sondern mit den nicht zu vereinbaren-

---

<sup>10</sup> Ernst Ulrich von Weizsäcker u. Oran Young Mathias Finger (Hg.): Grenzen der Privatisierung. Wann ist des Guten zu viel? Bericht an den Club of Rome. Stuttgart 2006, S. 9.

den Elementen der Plan- und Marktwirtschaft in diesem Sektor zu begründen ist. Paradoxien bestehen in Folgendem:

- Das unternehmerische Interesse der Investoren ist auf Profite gerichtet, orientiert sich daher an der Erforschung und Behandlung möglichst gewinnträchtiger Versorgungs- und Behandlungsangebote – eine allgemeine Gesundheitsversorgung muss alle Leistungen vorhalten (Sicherstellungsgebot) sowie die Freiheit der Forschung ermöglichen und die Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals garantieren.
- Während der Patient in den 1970er und 1980er Jahren (d.h. zu Zeiten der Abrechnung von Einzelleistungen) in deutschen Krankenhäusern willkommen war, um die Erlöse zu steigern, wird er momentan eher als Kostenfaktor betrachtet, der nur so kurz wie möglich in den Krankenhäusern „geduldet“ wird (Abrechnung nach „Fallpauschalen“) <sup>11</sup> – dies bedeutet sehr häufig zwar eine Gewinnsteigerung für die einzelne Einrichtung, aber auf Grund der langwierigen Folgeversorgung und höheren Rückfallquote Mehrkosten für das System insgesamt. <sup>12</sup>
- Die Unternehmensziele privater Anleger führen in der Regel zu

---

<sup>11</sup> Eine der ersten umfangreichen Studien kommt zu dem Schluss, dass die Diagnosis Related Groups (DRG's) aufgrund der fallbezogenen Rechenhaftigkeit der Erlöse „eine Orientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Chefarzten an dem Berufsbild des Managers“ fördern und „die Bereitschaft, medizinische Zumutbarkeit gedanklich in Beziehung zur DRG-Entgeltsituation zu setzen“ wächst. So Sebastian Klink: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 2007, S. 67.

<sup>12</sup> Diese gesamtgesellschaftliche Negativ-Wertung gilt durchaus auch für den einzelnen Privatpatienten. Dieser ist lediglich in Bezug auf Wartezeiten beim Zugang zu bestimmten Leistungen besser gestellt als Kassenpatienten. Häufig erhält der Privatpatient „ein Mehr“ an Behandlung aus wirtschaftskalkulatorischen Gründen des „Geschäftspartners Arzt“, welches nicht nur medizinisch nicht induziert ist, sondern seiner Genesung sogar kontraproduktiv sein kann. Und ganz schlechte Karten hat der Privatpatient beim Nachweis einer fehlerhaften Behandlung oder Abrechnung. Hier ist er völlig auf sich allein gestellt – im Gegensatz zum Kassenpatienten, der schon aus wirtschaftlichem Eigeninteresse die Unterstützung seiner Krankenkasse erhält – unentgeltlich.

Spezialisierung und Veränderung des Leistungsangebotes; die Aufrechterhaltung der eher kostengünstigen Regelversorgung bleibt damit bei den kommunalen Einrichtungen. Auch nun mögliche Klinikschließungen durch Zusammenlegung oder Konkurs belasten letztendlich die Gemeinschaft. Über die Frage, was mit privaten börsennotierten Kliniken passiert, wenn die Kurse fallen und die Investoren sich zurückziehen, ist bisher nicht öffentlich nachgedacht worden – die Antwort bedarf allerdings auf Grund vorliegender Erfahrungen aus anderen Bereichen keiner größeren Phantasie ...

Es soll an dieser Stelle deutlich gesagt werden, worin aus der Sicht von HumanistInnen das Ziel von Gesundheitspolitik (inklusive notwendiger Reformen) besteht: Es ist im Kontext mit den anderen Politikbereichen die Entwicklung von Lebensbedingungen und -verhältnissen, „die krankheitsbedingte Einschränkungen der Lebensqualität und das vorzeitige Sterben von Menschen verhindern und allen die Chance eröffnen, gesund auf die Welt zu kommen, darin möglichst lange und gut zu leben und mit Würde zu sterben“.<sup>13</sup>

## Verantwortung für Gesundheitsorge

Mit der Bestimmung von Gesundheit(ssorge) als öffentlichem Gut ist die Verantwortungsfrage gestellt und in ihrer Tendenz beantwortet: Die beschriebene Entwicklung des Gesundheitssektors zum Objekt der Begehrlichkeit für Markt, Liberalisierung und Privatisierung ist relativ neu. Historisch gesehen haben gerade die Nationalstaaten und insbesondere Deutschland unter Reichskanzler Otto von Bismarck die Verantwortung für den sozialen und Gesundheitssektor zunächst immer weiter auf die Seite des Staates gelegt.

Zusammen mit den Sozialistengesetzen zur politischen Unterdrückung der Arbeiterbewegung erließ die deutsche Reichsregierung 1883 eine Reihe von Gesetzen, die noch heute die Grundlage für die deutsche Sozialversicherung bilden: die Rentenversicherung als Altersgeld; die Unfallversicherung aus Ausgleich für Folgen von Verletzungen während der Erwerbsarbeit und die Krankenversiche-

---

<sup>13</sup> Vgl. Fraktion DIE LINKE im Deutschen Bundestag: Gesunde Republik Deutschland. Berlin o.J., S. 101.



rung als Absicherung vor wirtschaftlicher Not bei einer Erkrankung. Allerdings wurden hier bereits eine Reihe heutiger Probleme angelegt:

- die so genannten Verschiebebahnhöfe bei bestimmten Leistungen durch die damals eingeführten und bis dato beibehaltenen Überschneidungen von Zuständigkeiten der einzelnen sozialen Systeme
- die Entstehung einer Vielzahl von Krankenkassen, je nach Berufszweig bzw. Wohnort – die heute „im Wettbewerb miteinander“ stehen
- die unterschiedlichen Entgelte für eine ärztliche Leistung – je nachdem, ob es sich um eine Leistung handelt, die von der besser zahlenden Berufsgenossenschaft zu erbringen ist (bei Berufsunfall oder -krankheit) oder durch die gesetzliche Krankenkasse. Zeit und Arbeitskraft deutscher Sozialgerichte sind nicht unerheblich durch die Klärung dieser Zuständigkeiten gebunden.

## Gesundheit und Demokratie

Neben den bereits angesprochenen Problemen – schwierige oder nicht mehr gegebene Finanzierbarkeit von gesundheitlichen Leistungen durch Menschen in prekären Lebenslagen, Ärztemangel vor allem in den neuen Bundesländern u.a.m. – sollen noch zwei Punkte besonders hervorgehoben werden: Gesundheit und Demokratie und Gesundheit und Geschlechtergerechtigkeit.

Die zitierte WHO-Gesundheitsdefinition hat in den 1980er Jahren auch zu gravierenden Veränderungen im Verständnis der Aufgaben des Gesundheitswesens geführt: weg von der überwiegenden Orientierung auf kurative Leistungen – hin zu Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation als zentrale Bestandteile einer modernen Gesundheitspolitik (festgeschrieben in der *Deklaration von Alma-Ata*, 1978, weitergeführt in der *Ottawa Charta* von 1986).

Gesundheitsförderung wird nicht mehr eingeschränkt lediglich dem Gesundheitswesen zugeordnet, sondern Beseitigung sozialer Ungleichheit, Kampf gegen Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit werden als wesentliche Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Lebensführung angesehen, die es notwendig machen, ressortübergreifende soziale, ökonomische und politische Konzepte zu entwickeln.

In der *Ottawa Charta* heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung

über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können ... Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen ...“.<sup>14</sup>

Damit ist auch die Frage von demokratischen Mitbestimmungsformen bzw. Teilhabe angesprochen. Dies sind generelle Themen für ein humanistisches Sozialwort. Aus dem Blickwinkel von Gesundheit ist Teilhabe auch deshalb wichtig, weil heute bekannt ist, dass soziale Beteiligung und Integration der stärkste gesundheitsfördernde Faktor ist. Wichtigste Aufgabe muss es daher sein, Menschen vor Ort so zu befähigen und zu stärken, dass sie eigene und gemeinsame Belange selbst organisieren und die Qualität ihrer Lebens- und Arbeitssphären gemeinschaftlich entwickeln können.

Sehr häufig wird in diesem Zusammenhang hauptsächlich die Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürgern in bestimmten Gremien des Gesundheitswesens betrachtet – so z.B. in der Untersuchung und daraus resultierenden Darstellung des *Robert-Koch-Institutes* zur „Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“. Dort wird akribisch die Beteiligung von BürgerInnen in Gremien der Selbstverwaltung, der Landes- und Bundesärztekammern etc. aufgezählt.<sup>15</sup> Dies ist zweifellos eine wichtige Tendenz des Wandels in unserer Gesellschaft – sie reicht in dieser Form jedoch entsprechend des eben vorgestellten Ansatzes nicht aus. Gesundheitsfördernde Aktivitäten dürfen nicht mehr nur als besondere Zuständigkeit von einzelnen Berufen oder Organisationen gesehen werden, sondern als eine gemeinschaftliche Bemühung, zu der alle Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten beitragen können. Neben der prinzipiellen Begrenztheit eines berufs- bzw. gremienorientierten Ansatzes ist

---

<sup>14</sup> Ein Abdruck der deutschen Übersetzung dieser Erklärung findet sich u.a. in: Eberhard Göpel u. Viola Schubert-Lehnardt (Hg.): *Gesundheit gemeinsam gestalten*. 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M. 2004, S. 244-249.

<sup>15</sup> Vgl. Robert Koch Institut: *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Heft 32, 2006, S. 9.

festzustellen, dass selbst die Umsetzung in dieser beschränkten Form noch zahlreiche Schwachstellen und Defizite ausweist.

Unerlässlich ist hierfür eine ausreichende Investition in unterstützende Infrastrukturen, insbesondere auf der Ebene der Kommunen und deren langfristige finanzielle Absicherung. Derzeit gibt es zahlreiche solche Einrichtungen wie Gesundheitsläden, Gesundheitszentren, Selbsthilfe-Zentren, Bürgerzentren, Soziokulturelle Zentren, Umweltzentren, Agenda-Büros, um nur einige Begriffe für diese neuen Formen zu nennen. Sie funktionieren eher spartanisch und die Absicherung der Personalstellen ist gering, so dass ein systematischer Aufbau von Kompetenz und Erfahrung meist wegen einer beschränkten Laufzeit von Arbeitsbeschaffungs-Maßnahmen und begrenzter Projekt-Finanzierung kaum möglich ist. Hier ist ein Umdenken und Umsteuern entsprechender Finanzströme seitens der Politiker notwendig, wie auch seitens bestimmter Akteure (siehe u.a. den geringen Prozentsatz, den die Krankenkassen für Gesundheitsförderung oder Unterstützung solcher lokaler Initiativen ausgeben).

## Geschlechtergerechtigkeit

Das Thema Geschlechtergerechtigkeit müsste ebenfalls ein generelles Thema für ein humanistisches Sozialwort sein, zur Begründung genügt m.E. bereits ein Blick auf die nach wie vor bestehenden gravierenden Gehaltsdifferenzen zwischen Männern und Frauen in Deutschland, siehe Abbildungen 1 und 2 auf Seite 113.

Bezüglich der hier behandelten Thematik Gesundheit ist zu erwähnen, dass z.B. die finanziellen Auswirkungen des seit Januar 2004 geltenden Gesetzes Frauen härter treffen als Männer, da

- Frauen meist weniger verdienen, aber die gleichen fixen Zuzahlungen zu leisten haben
- sie allein die Kosten für bestimmte Verhütungsmittel zu tragen haben<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Weil Kosten für Verhütungsmittel weder vom Staat noch von den Krankenkassen übernommen werden, führt dies immer wieder zu ungewollten Schwangerschaften und (dann vom Staat bezahlten) Abtreibungen. Vgl. Dirk Baas u. Angelika Hensolt: Kein Geld für Verhütungsmittel. Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit geringem Einkommen nehmen zu. In: Neues Deutschland v. 4. Februar 2008.

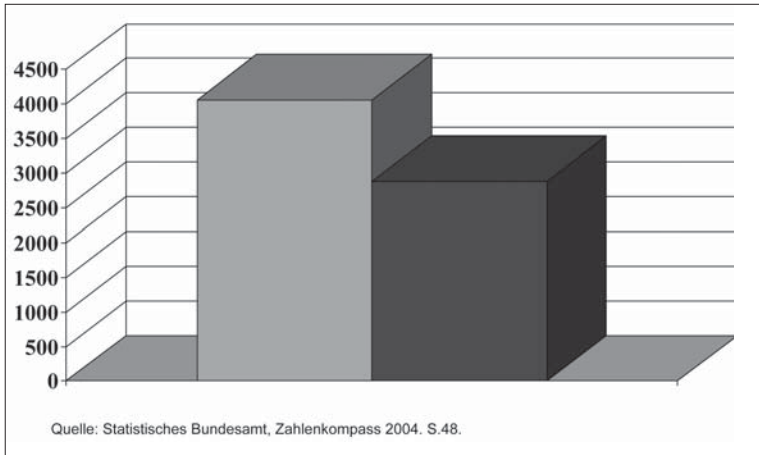
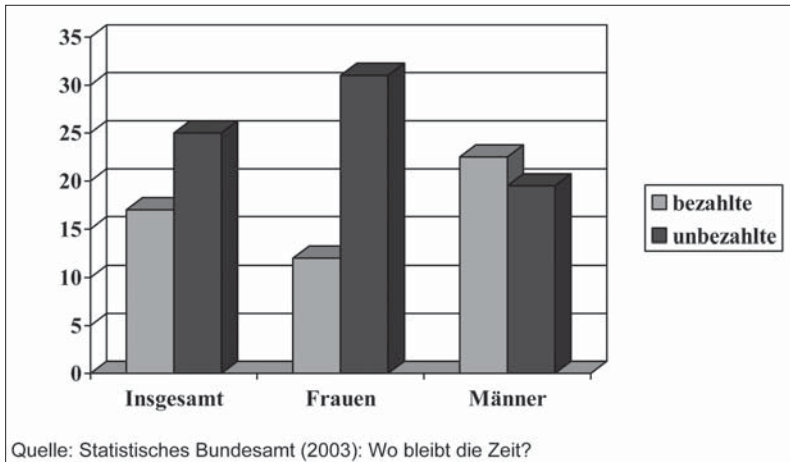


Abbildung 1: Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Angestellten (männlich / weiblich) im Jahr 2003 in Euro

Abbildung 2: Bezahlte und unbezahlte Arbeit in einer Woche (2001 / 2002): Männer / Frauen



- das Entbindungsgeld ersatzlos gestrichen wurde
- „standardmäßige“ prophylaktische Untersuchungen und Betreuungsleistungen in der Schwangerschaft zwar nach wie vor unentgeltlich sind, Gynäkologen aber zunehmend auf sog. privat zu bezahlende IGEL-Leistungen im „Interesse von Mutter und Kind“ orientieren
- das Sterbegeld ebenfalls ersatzlos gestrichen wurde (da Frauen in der Regel länger leben als ihre Ehemänner, haben sie überwiegend die Kosten für die Beerdigungen zu tragen)
- es sich bei der Auslagerung so genannter „versicherungsfremder Leistungen“ hauptsächlich um Leistungen handelt, die überwiegend von Frauen in Anspruch genommen wurden bzw. die Auswirkungen auf das Leben von Frauen haben
- viele Versicherungen teilweise oder ganz in den privaten Bereich verlagert wurden bzw. werden. Hier zahlen Frauen höhere Tarife als Männer<sup>17</sup>
- die neuen Abrechnungsmodalitäten in Krankenhäusern nach DRGs zu Veränderungen in der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten führt. Die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus geht häufig mit der Notwendigkeit einer intensiveren Pflege zu Hause einher, die meist von Frauen geleistet wird und dies in der Regel unbezahlt. Neben häufig außerordentlich hohen körperlichen und psychischen Anstrengungen für die Pflegepersonen hat dies oft auch Folgen für deren Erwerbs- und Rentenbiografie durch notwendige Verkürzung der Arbeitszeit oder zeitweiligen Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit

In der EU hat sich das Prinzip des Gender Mainstreaming als politische Strategie durchgesetzt. In Anwendung auf das Feld der Gesundheitspolitik bzw. Verantwortung für Gesundheit bedeutet dies bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen.

---

<sup>17</sup> Am 4.10.2004 wurde im EU-Sozialministerrat nur ein Kompromiss angenommen, der es nach wie vor erlaubt, geschlechterdiskriminierende Praktiken anzuwenden, wenn „die unterschiedliche Behandlung von Frauen und Männern auf relevanten und exakten versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruht“. Im Detail beschrieben in: Unisexrichtlinie. Der undifferenzierte Kompromiss. In: zweiwochendienst Frauen und Politik, 30. Oktober 2004. S. 14.

Die Ziele von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich sind die Herstellung einer gleichwertigen Versorgung der Geschlechter durch

- Reduzierung bzw. Beseitigung von sozial bedingter Ungleichheit der gesundheitlichen Lage und
- Verbesserung der Versorgungsqualität durch zielgruppengerechte Angebote.

Der momentane geschlechtsneutrale Blickwinkel ist eine Ursache der von der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen immer wieder festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Enquete-Kommission des Landtags „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ ist dem für einzelne Krankheiten nachgegangen und musste allein für rheumatoide Arthritis feststellen, dass nur vier von neun RA-Patientinnen eine wirksame medikamentöse Basistherapie erhalten. Die gesellschaftlichen Folgekosten betragen in NRW nur für diese Fehlversorgung von Frauen 100 Millionen Euro jährlich.<sup>18</sup>

Unabhängig von dieser Kostenrechnung für die Ausgaben der Krankenkassen sind es für HumanistInnen auch die vergeudete Lebenszeit und -freude von Frauen, Schmerzen und Einschränkungen, die ihnen dadurch zugemutet werden, die zu thematisieren sind.

Durch den geforderten geschlechterspezifischen Ansatz angestrebt wird nicht ein „gleicher Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ (so ein landläufiges Missverständnis), sondern die Möglichkeit für beide Geschlechter, ihre unterschiedlichen Gesundheitspotentiale ausschöpfen zu können. Dabei ist geschlechtssensible Medizin mehr als Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in der Arzneimittelforschung.

„Auch ein langer Weg beginnt mit einem ersten Schritt“, sagt ein chinesisches Sprichwort: Ein humanistisches Sozialwort sollte in diesem Sinne Stellung beziehen zu Fragen von gleichberechtigter Teilhabe aller Menschen an politischen Entscheidungen und Entwicklungen, Geschlechtergerechtigkeit, Erhaltung öffentlicher Güter (darunter Gesundheitsversorgung) sowie Versorgungsgerechtigkeit mit diesen (hier: mit Gesundheitsleistungen unabhängig vom Geldbeutel und Aufenthaltsstatus).

---

<sup>18</sup> Vgl. [www.marianne-huerten.de/e42.htm](http://www.marianne-huerten.de/e42.htm), hier insbesondere Gesundheitskosten unter der Gender-Lupe.