

Dr. Viola Schubert-Lehnhardt

Wie viel Markt verträgt das Gesundheitswesen? Frauengemäße Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik



Entlang der Gliederung möchte ich auf die folgenden Themenkreise eingehen:

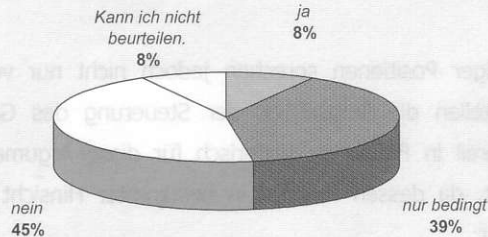
- zunächst auf die Analyse der Möglichkeiten und Grenzen marktwirtschaftlicher Strukturen im Gesundheitswesen. Dazu sind eine Reihe von Mythen zu analysieren und aufzulösen. Dies wird sicher an einem Sonntagmorgen streckenweise ein hartes Brot werden, das scheinbar auch wenig frauenspezifisch ist - jedoch mindestens 50% der von marktwirtschaftlichen Strukturen Betroffenen sind Frauen;
- damit es nicht auch noch ein trockenes Brot wird möchte ich dabei Erfahrungen des Initiativkreises „Frauen und Gesundheit“ der Stadt Halle einfließen lassen,
- und ich möchte Alternativen zu gegenwärtigen Prozessen und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen aufzeigen.

1. Möglichkeiten und Grenzen marktwirtschaftlicher Strukturen im Gesundheitswesen oder: der Mythos vom Wettbewerb

Die von mir geleitete Projektgruppe „Wertewandel im Gesundheitswesen“ hat in einer 1998 vor der Bundestagswahl durchgeführten landesweiten Erhebung den BürgerInnen von Sachsen-Anhalt u. a die Frage gestellt: „Welche Meinung haben Sie zur Notwendigkeit des marktwirtschaftlichen Wettbewerbes im Gesundheitswesen“? Hier die Ergebnisse zu diesem, damals den Wahlkampf auf gesundheitspolitischem Gebiet bestimmenden Instrument:

Grafik 1: Meinungen zur Notwendigkeit des Wettbewerbes im Gesundheitswesen

Wettbewerb im Gesundheitswesen
 [Quelle: Gesundheit-ein Produkt? Der Patient-ein Kunde?,
 Berlin: trafo verlag, 2000]



Die Grafik zeigt die Gesamtpopulation, da es keine nennenswerten Unterschiede in der eindeutigen Zurückweisung des Wettbewerbes zwischen den Geschlechtern gab. Ein kleines Detail am Rande: Von dieser deutlichen Ablehnung des Wettbewerbes wichen lediglich ProbandInnen aus Ortschaften unter 500 EinwohnerInnen ab. Hier sind die zusammengebrochenen Versorgungsstrukturen in kleineren Ortschaften der neuen Bundesländer als Hintergrund zu vermuten. Bezüglich einer „vor Ort Betreuung“ durch Zweigstellen von Polikliniken, Landambulatorien, Gemeindeschwesternstationen etc. waren die BürgerInnen aus DDR-Zeiten kurze Wege und damit einen schnellen Zugang gewöhnt. Deren Schließung bzw. Verlagerung in größere Ortschaften sind mit längeren Wegezeiten verbunden und werden daher als Verschlechterung der Situation angesehen. Die Befürwortung des Wettbewerbes zwischen den Leistungsanbietern drückt u.E. hier eher die Hoffnung auf wieder mehr Angebote vor Ort aus als tatsächliche Erwartung auf Verbesserung der Situation durch Wettbewerb.

Unabhängig von dieser, auch in anderen Erhebungen ermittelten, Bevölkerungsmeinung wurde und wird bei vielen PolitikerInnen und VertreterInnen von Krankenkassen die umfassendere Durchsetzung von marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialwesen als eines der wichtigsten (teilweise sogar als das entscheidende) Instrument zur

Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung angesehen. Diese Steuerungsmechanismen sollen die Dynamik des Wandels und die Suche nach der jeweils besten Versorgungsleistung (z.B. Hausarzt-Abo, kombinierte Budgets, vernetzte Praxen) anregen. Die dadurch erhofften (unternehmerischen) Vorteile werden als so gravierend angesehen, dass sie mögliche Gefahren, wie z.B. sozial selektives Anbieterverhalten oder Unterversorgung Schwerstkranker, überwögen bzw. diese durch staatliche Steuerung ausgeschaltet werden könnten.

VertreterInnen gegenteiliger Positionen sprechen jedoch nicht nur von den Gefahren dieser Orientierung, sondern stellen die Möglichkeit der Steuerung des Gesundheitswesens durch Marktmechanismen generell in Frage. Exemplarisch für diese Argumentationsstränge sei hier Hans-Ulrich Deppe zitiert, da dessen Position in bestimmter Hinsicht eine Zusammenfassung dieser Argumente darstellt:

Argumente gegen den Wettbewerb im Gesundheitswesen

- „Wettbewerb und Effizienz als handlungsleitende Anreize im Gesundheitswesen konzentrieren sich stets auf einzelwirtschaftliche bzw. betriebliche Aspekte und vernachlässigen volkswirtschaftliche Versorgungsnotwendigkeiten. Was einzelwirtschaftlich effizient ist, muss keineswegs auch volkswirtschaftlich effizient sein. Und was ökonomisch rational ist, muss keineswegs für die medizinische Versorgung auch sinnvoll sein.
- Durch die Dominanz des Eigennutzes wird soziales Verhalten im Sinne von Solidarität gegen das Risiko Krankheit verdrängt...
- Der erwünschte Patient des Marktes ist immer der zahlungsfähigste Patient mit dem geringsten Krankheitsrisiko und nicht derjenige, der am dringendsten medizinischer Hilfe bedarf. Bei Ausweitung des Marktes hinsichtlich der finanziellen Absicherung gegen das Risiko Krankheit wird es zu einer benachteiligenden Selektion vor allem chronisch Kranker, psychiatrischer Patienten sowie der Alten aus den unteren Sozialschichten kommen.
- Mehr Wettbewerb wird die Qualität der medizinischen Versorgung verändern - und zwar in der folgenden Richtung: Technische Leistungen werden noch stärker kommunikative Leistungen verdrängen, teure diagnostische Eingriffe ohne therapeutische Konsequenzen

werden zunehmen und Prävention/Gesundheitsförderung wird es noch schwerer haben, sich gegenüber dem kurativen Medizinbetrieb durchzusetzen"¹.

Gesundheit kann und darf keine Ware sein

Weiterhin wird die Absage an ein marktwirtschaftliches Modell der Gesundheitsversorgung zum einen mit der Natur von Gesundheit, zum anderen mit der Natur des Verhältnisses zwischen Patienten und professionellen Gesundheitshelfern begründet. Dazu wird folgendes ausgeführt: Gesundheit von Personen ist kein handelbares Produkt. Sie kann auf Grund folgender Besonderheiten keinen Warencharakter annehmen:

- Bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges, nicht käufliches Gut. Es ist ein kollektives Gut..., ähnlich wie Luft, Wasser oder Bildung.
- Auf Krankheit kann nicht wie auf andere Konsumgüter „verzichtet“ werden.
- Der Patient weiß in der Regel nicht, wann und warum er krank wird. Er hat in der Regel ebenfalls nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein vom Individuum kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko - die Betonung liegt hier auf „kaum“ - dahinter steckt die ganze Thematik der so genannten „risikobehafteten Lebensführung“, Extremsportarten etc. darauf möchte ich hier jedoch nicht eingehen.
- Die „Konsumentensouveränität“ ist im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt.
- Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragern, sondern der nachfragende Patient wird mit dem „Monopol“ ärztlichen Wissens konfrontiert. Es besteht also „Anbieterdominanz“.
- Die Nachfrage des Patienten als Konsument erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten spezifiziert und definiert. Dieser wiederum hat aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin einen großen Ermessensspielraum in seinem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen.
- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist darüber hinaus nicht preiselastisch, d.h. dass sie mit sinkenden Preisen steigt bzw. mit steigenden Preisen sinkt.

¹Deppe H.U. Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen. Frankfurt/Main, 1996, S. 148/149

- Der Patient ist in der Regel nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig beurteilen oder kontrollieren zu können². Er ist in seiner Urteilsfähigkeit stark eingeschränkt, da ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zwischen ihm und dem Arzt besteht. Entscheidungen von Patienten sind deshalb von Defiziten und Unsicherheiten geprägt. Darüber hinaus befindet sich der Patient insbesondere bei ernsthafteren Erkrankungen in einem emotionalen Zustand, der rationale Entscheidungen reduziert. Auch ist umgekehrt der rationale Zugang zum Patienten nicht immer gewährleistet.
- Patienten befinden sich daher durch ihr Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit³.

Wettbewerb bedeutet: Lösung einer Aufgabe mit dem Ziel, die beste Leistung zu erreichen

Wenn wir also mit den Offerten, der Qualität und der Effizienz von prophylaktischen, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen nicht zufrieden sind, handelt es sich demzufolge nicht um „Marktversagen“ im klassischen Sinne oder gar mangelnde Durchsetzung marktwirtschaftlicher Strukturen in diesem Bereich, sondern um deren prinzipielle Grenzen im Gesundheitsbereich. Zum „Lieblingskind“ der PolitikerInnen und KrankenkassenvertreterInnen, dem Wettbewerb, ist folgendes hinzuzufügen: Vom ursprünglichen Wortsinn her bedeutet „Wettbewerb“ keineswegs die Einschränkung desselben auf Kostenreduktion (oder Expansion des jeweiligen Anbieters zu Lasten der Mitbewerber), sondern Wettbewerb bedeutet: an der Lösung einer Aufgabenstellung mit dem Ziel der Erreichung der besten Leistung bzw. des größten Erfolges⁴ teilzunehmen - d.h. für das Gesundheitswesen vor allem die Qualität gesundheitlicher Leistungen ständig zu verbessern und solche Güter zu produzieren (Angebote bereit zu halten), die den Bedürfnissen der Konsumenten entsprechen. Das Wettbewerbsziel „Qualitäts(sicherung) medizinischer Leistungen“ ist bisher kaum in den Formulierungen der Anbieter zu finden, noch sind handhabbare Kriterien entwickelt worden, wie Wettbewerb in diese Richtung seitens der GesundheitspolitikerInnen stimuliert werden könnte.

² NB: Vom ursprünglichen Wortsinn her bedeutet Kunde eigentlich „der Kundige“, „der Eingeweihte“ - genau davon kann aber seitens des Versicherten bzw. Patienten in der Regel nicht gesprochen werden.

³Deppe a.a.O., S. 148/49

⁴vgl. Brockhaus-Enzyklopädie. Band 24, Mannheim, 1994, S.115ff

Wettbewerb um die qualitativ besten Leistungen zwischen den Krankenkassen müsste dann auch den Wettbewerb um Leistungsangebote einschließen, die am besten den geschlechtsspezifischen Bedürfnissen gerecht werden. Bisher sind die Angebote der Krankenkassen jedoch kaum geschlechtsspezifisch evaluiert worden (Ausnahme vielleicht bei der BKK). M.E. sollte ein solcher Auftrag im Rahmen der derzeit angedachten Vorhaben zur Präzisierung einzelner Teile bzw. der weiteren Arbeit mit dem 1. Frauengesundheitsberichtes auf ministerieller Ebene vergeben werden. Und auch die künftigen Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen würden durch die Aufnahme des Items Geschlechterangemessenheit in ihren Einschätzungen zur Fehlversorgung noch aussagekräftiger werden. Auf eine weitere Schwierigkeit bei der Anwendung verweist Hagen Kühn: Auf Grund der gängigen Denkmuster seitens der Krankenkassen geht es diesen (wenn sie schon von Wettbewerb um Qualität reden) „weniger um Qualität im Sinne nachhaltiger Gesundheitswirkungen, sondern primär um Zufriedenheit“. Im Wettbewerb der Kassen untereinander interessiert jedoch „nicht die Zufriedenheit aller, sondern nur die der erwünschten Kunden“⁵.

Dass der Wettbewerb nicht um die Qualität gesundheitlicher Leistungen geführt wird geht aus einem sehr offenherzigem Interview hervor, welches Prof. Peter Stadler, Inhaber des deutschen Biotech-Unternehmens Artemis Pharmaceuticals dem Wirtschaftsmagazin BIZZ im April dieses Jahres gegeben hat. Er sagte dort zu den Zielen seines Unternehmens: „Was wir jetzt brauchen ist kein neuer politisch initiiertter Wettbewerb, sondern ein Wettbewerb unter den Firmen um Technologien, Patente, Lizenzen und Marktanteile“⁶. Danke für diese klaren Worte, deutlicher kann man(n) nicht sagen, welchen Weg frau nicht gehen will.

Die Diskussion um Qualitätssicherung, so wurde auf der Fachtagung Anfang Oktober zum 1. Frauengesundheitsbericht in Berlin eingeschätzt, hat erst begonnen. Fragen danach, mit welchen qualitativen und quantitativen Indikatoren Qualität zu messen ist, oder welche diesbezüglichen Anforderungen an bestimmte Fort- und Weiterbildung zu stellen sind, „sind noch nicht bearbeitet“ - heißt es im Bericht der AG 5. Dieses „noch nicht“ möchte ich nicht kommentarlos im Raum stehen lassen. Mit den „Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie“ hat die entsprechende Fachgruppe des AKF® deutlich die Richtung gezeigt, in der weiter gearbeitet werden sollte.

⁵s. Kühn H. Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik 47(1998)6

⁶Artemis-Chef Peter Stadler über zwei ungleiche Gegner und mehr Wettbewerb als Chance. Wirtschaftsmagazin BIZZ April 2001, S. 73 - Hervorhebung von mir - V.S-L

Als weitere Empfehlungen bzw. Forderungen auf diesem Weg wurde in der Zusammenfassung der AG „Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen“ in Berlin folgendes erarbeitet:

- Probleme im Informations- und Versorgungsnetz sind geschlechtsdifferent auszuwerten und in Bezug auf die Qualität der Versorgung zu interpretieren.
- Es müssen runde Tische eingerichtet werden, an denen die im Gesundheitswesen tätigen Organisationen und Personen - auch Patientinnenorganisationen teilnehmen.
- Eine zu gründende Arbeitsgruppe Qualitätssicherung erhält dafür von den Mitgliedsverbänden den Auftrag und die Ressourcen.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst auf kommunaler, Länder- und Bundesebene trägt ebenfalls Verantwortung.
- Die Vernetzung unter Frauen muss verstärkt werden, damit die wenigen Frauen in den Gremien des Mainstreams gestärkt und mit guten Informationen in die Debatten gehen können.

Heftig wurde auf dem Abschlusspodium z.B. über Qualitätsstandards bei der Früherkennung von Mamakarzinomen diskutiert (war Mann doch der Meinung, Deutschland sei bei der Vorsorge in Europa führend). Gerade hier zeigen auch sich sehr deutlich die weit auseinanderliegenden Herangehensweisen. Mir (und hier weiß ich mich mit vielen anderen Frauen einig) geht es bei Durchsetzung von Qualitätsstandards in der Früherkennung nicht nur um den Einsatz von mehr/besseren/oder besser ausgewerteten technischen Methoden, die entsprechende Ausbildung des Personals dafür etc., sondern vor allem auch um die Befähigung von Frauen zum Er-Kennen-Lernen des eigenen Körpers und seiner Signale. Insofern ist für mich die gemeinsame Initiative des Netzwerkes „Frauen und Gesundheit“ und der AOK von Sachsen-Anhalt „Brustgesundheit - Du hast sie in der Hand“ ein wichtiger Schritt in Richtung geschlechtsspezifische Angebote seitens der Krankenkassen. Da hier die Einbindung dieser „Schulung“ in die Lebenswelt von Frauen besonders gelungen ist, gestatten Sie mir ein kurzes Zitat aus dem Einladungsblatt zu den einzelnen Tagesveranstaltungen: „Durch die freudebetonte, kreative Beschäftigung mit dem Thema Brust und Gesundheit wollen wir an diesem Tag Frauen ermutigen, sich selbst zu mögen und annehmen zu lernen und etwas für ihre Gesundheit zu tun. Wir wollen gemeinsam das Bewusstsein für förderliche Faktoren in punkto Brustgesundheit verstärken, Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen anregen, Handlungsmöglichkeiten für Krebsfrüherkennung aufzeigen, eine Öffentlichkeit für Frauengesundheit schaffen und freuen uns auf einen frohen gemeinsamen

Tag".⁷

Ich möchte jetzt nicht weiter auf die Ergebnisse der Berliner Fachtagung eingehen, da seitens des Ministeriums versprochen wurde, den Protokollband innerhalb von 2 Monaten zu publizieren und einer davon ist inzwischen schon vorbei... Ich komme zum nächsten Abschnitt meines Referates:

Der Mythos vom unpolitischen und moralisch guten Arzt

Die Ärztin/der Arzt sind in ihrer täglichen Berufsarbeit von Veränderungen folgender drei Säulen des Gesundheitssystems ihres jeweiligen Landes unmittelbar betroffen:

1. dem medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt (Aneignung, Entscheidung über Investitionen für neue Geräte, Teilnahme an Medikamententests etc.),
2. der veränderten Haltung der BürgerInnen zu Systemen der sozialen Sicherheit - sie treten allen diesen Systemen, insbesondere jedoch dem Gesundheitssystem, kritischer und selbstbewusster gegenüber und wollen nicht länger bloße Objekte der Fürsorge sein, sondern selbständig handelnde Subjekte
3. der Gesundheitspolitik auf den verschiedensten Ebenen (drastisches Anschauungsbeispiel: Zwang zur Niederlassung für ÄrztInnen in den neuen Bundesländern nach 1990), Entscheidungen über Ermächtigungen, Zulassungen von Verfahren, Vertretungskörperschaften etc.

Jede ärztliche, jede medizinische Entscheidung hat eine politische Dimension

Das bedeutet, dass jede scheinbar „rein medizinische“ Entscheidung der Ärztin/des Arztes immer auch eine ökonomische, ethische und letztendlich politische Dimension hat. Die Anfang des 20. Jahrhundert gegen die Einrichtung von Polikliniken initiierten Ärztestreiks als auch die an der Schwelle zum neuen Jahrtausend von ÄrztInnen gegen die Abrechnungsmodelle durchgeführten „Aktionstage“ unterstreichen dies ebenso, wie die zunehmende Gründung bzw. das Engagement von ÄrztInnen in politischen Vereinigungen (IPPNW, Tübinger Initiative gegen die geplante Bioethik-Konvention u.ä.). Besonders hervorheben möchte ich hier den Aktionsrat der ostdeutschen niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten⁸, da es auch für mich als Bürgerin

⁷Flyer: Brustgesundheit. Du hast sie in der Hand. Veranstaltungsreihe für Frauen. Auftakt-Veranstaltung in Stendal. 25. August 2001

⁸Die Berufsbezeichnungen im Namen dieses Aktionsrates sind als eine typische Erscheinung für die neuen Bundesländer nur männlich formuliert, darauf werde ich später noch zurückkommen.

der Neuen Bundesländern im 11. Jahr der deutschen Einheit weder einsichtig noch akzeptabel ist, dass z.B. für die ambulante Betreuung der Menschen im Osten nur 76,5 Prozent der Mittel zur Verfügung stehen wie in den alten Bundesländern. Ich fühle mich dann nicht nur als Patientin 2. Klasse (gegenüber PrivatpatientInnen), sondern als Patientin 3. Klasse. Auch die geringere Honorierung von ÄrztInnen in den NBL bzw. der geringere Punktwert ist für mich nicht länger hinnehmbar - und dies mit der gleichen Begründung, mit der generell weiter an einer gerechteren Skala für die Punktwerte sprich Honorierung gearbeitet werden muss: ÄrztInnen müssen durch einen „gerechten“ Punktwert in die Lage versetzt werden, ausführlich nach ihrem Gewissen und Wissen zu beraten und nicht nach Saldo der Praxis.

Dies schließt ein, dass sie zeitlich und finanziell in der Lage sind, (auch dies eine Forderung der Berliner Fachtagung) regelmäßig an Aus- und Weiterbildungen vor allem auch im psychosozialen Bereich teilzunehmen. Parallel zum gewachsenen Engagement von ÄrztInnen für zunächst einzelne politische Entscheidungsfragen wird zunehmend die Erkenntnis zum Allgemeingut, dass die Gesundheitslage der Bevölkerung nicht durch die kurative Medizin bestimmt wird, sondern vor allem durch die Bedingungen für Arbeit und Umwelt. ÄrztInnen sind daher zunehmend bereit und engagiert, gesellschaftspolitische Entscheidungen über die unmittelbare Akutbehandlung hinaus mit vorzubereiten, einzufordern bzw. umzusetzen - als nur ein Beispiel möchte ich hier das Engagement in der Anti-AKW-Bewegung nennen.

Kulturwende: Wir sind gezwungen, die Rolle der HelferInnen neu zu definieren

Hinzu kommt eine weitere Entwicklung für die Ärzteschaft: der Verlust des Definitionsmonopols von Krankheit - die Ärztin/ der Arzt müssen zum einen ihre Rolle unter verschiedenen akzeptierten HelferInnen neu definieren. Zum anderen wird zunehmend die Einbeziehung der Betroffenen als ExpertInnen ihrer selbst eingefordert - H.U. Deppe spricht deshalb von einer *Kulturwende in der Arzt-Patient-Beziehung*⁹. Erste Entwicklungen zeigen sich hier bereits bei der zunehmenden Zusammenarbeit in vernetzten Praxen bzw. Gesundheitszentren als kooperative Formen ambulanter Gesundheitsversorgung.¹⁰ Eine spezifische Form hat sich bei uns in Halle mit dem Wittekind e.V. entwickelt. Dieser Verein will in den Räumen des traditionellen Solbades Wittekind (die zunächst überwiegend durch bürgerschaftliches Engagement, d.h. ehrenamtliche

⁹Deppe H.U. Neoliberalismus in der Arzt-Patient-Beziehung. vas Verlag, Frankfurt a.M., 1998, S. 131

¹⁰Ziele, Möglichkeiten und Erfahrungen solcher neuerer Vereinigungen beschreibt u.a. R. Jeniche Gesundheitszentren als kooperative Form ambulanter Gesundheitsversorgung. in: Salutive. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. mabuse Verlag Berlin, 2000

Arbeit vor allem von Frauen renoviert worden bzw. noch weiter zu renovieren sind), ein Zentrum für ganzheitliche Medizin und Naturheilverfahren eröffnen. Hier arbeiten nicht nur ÄrztInnen, HeilpraktikerInnen und Angehörige anderer Heilberufe zusammen mit EhrenamtlerInnen gemeinsam unter einem Dach, sondern im Sinne eines lebensweltlich angelegten Verständnis von Gesundheitsförderung wird in dieser Einrichtung auch wieder an solche kulturellen Traditionen wie das Brunnenfest und sommerliche Konzerte angeknüpft.

Ähnliches wäre auch vom Irisregenbogenzentrum in Halle zu berichten - es feiert in diesem Monat sein 10-jähriges Bestehen als Beratungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte für Frauen und Familie. Das Haus wurde gleich nach der Wende, ebenfalls in Eigeninitiative und Eigenarbeit renoviert, ausgebaut und eingerichtet - zu Beginn als erstes Geburtshaus in Sachsen-Anhalt. Die dort angebotenen neuen Möglichkeiten für Entbindungen (zunächst abgewertet und angefeindet) haben inzwischen eine so große Ausstrahlungskraft ausgeübt, dass zwei der „normalen“ Krankenhäuser Halles nun ebenfalls die Möglichkeiten von Geburten im Wasser und anderen von Frauen bevorzugten Formen in „nicht weißen“ und nur technisch gut ausgestatteten Räumen anbieten.

Beide Vereine, deshalb habe ich sie hier etwas ausführlicher vorgestellt, sind als Initiativen „von unten“ entstanden, die zunächst ehrenamtlich gearbeitet haben, sich „ihr“ Haus beim Magistrat erkämpft, renoviert und eingerichtet haben, dann Projekte geschrieben, sich selbst qualifiziert und Fachfrauen dazu geholt haben und so auch die oft noch vorhandene Hemmschwelle zwischen AkademikerInnen und „mittlerem medizinischem Personal“ überwunden haben. Und es ist hinzuzufügen: Ich habe nicht deshalb nur zwei Beispiele angeführt, weil es nicht mehr gibt, sondern um Sie neugierig zu machen, auch als AKF einmal zu uns in die neuen Bundesländer zu kommen und sich die Dinge vor Ort anzuschauen.

Der Widerspruch zwischen betriebswirtschaftlich sinnvollen Entscheidungen und volkswirtschaftlicher Effizienz ist gegenwärtig nicht zu lösen

Diese eben beschriebene Entwicklung der Zusammenarbeit und ihre hohe Akzeptanz unter der Bevölkerung deutet auch bereits an, dass langfristig gesehen die ärztliche Einzelpraxis ohne organisatorische und strukturelle Einbindung in ein, alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassendes Versorgungsnetz, keine Perspektive hat. Diese Aussage bezieht sich auf verschiedene Bereiche: die Arbeitsplatzsicherheit der MedizinerIn und ihrer Angestellten, die permanente Gewährleistung des wissenschaftlichen Standards bei der Behandlung und vor allem

eine volkswirtschaftlich sinnvolle und bedarfsgerechte Planung und Finanzierung der entsprechenden Voraussetzungen. Im gegenwärtigen System ist der Widerspruch zwischen für die Einzelpraxen betriebswirtschaftlich sinnvollen Entscheidungen und volkswirtschaftlicher Effizienz nicht zu lösen. Es handelt sich ja gerade um einen systemimmanenten betriebswirtschaftlichen Widerspruch, der sich u.a. durch das Setzen falscher Leistungsanreize auszeichnet. Für die daraus resultierenden Leistungsangebote wurde der bezeichnende Begriff „betriebswirtschaftliche Verordnung“ geprägt. D.h. momentan gilt: je anreizkonformer sich die EinzelakteurInnen verhalten, desto unwirtschaftlicher arbeitet das System. Entsprechend fordert auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion in seinen abschließend formulierten „dringlichsten Handlungsempfehlungen“ eine grundlegende Änderung von Strukturen und Anreizen.¹¹

Dazu sollte u.a. weiter über den Gedanken des poliklinischen Systems nachgedacht werden (dass es in der DDR flächendeckend Polikliniken gab und diese *im Rahmen ihrer Einbindung in ein bestimmtes System* häufig nicht effizient genug und zur Zufriedenheit aller gearbeitet haben, ist mir als Argument zur Ablehnung dieser Form zu flach). Entsprechende Überlegungen sollten auch den Gedanken der Anstellung von ÄrztInnen nicht von vornherein ausschließen. Gerade bei uns in den neuen Bundesländern wurden ÄrztInnen sehr schnell über die angeblichen Vorteile der eigenen Praxis desillusioniert.

Strukturveränderungen hin zu angestellten ÄrztInnen vor allem im ambulanten Bereich¹², z.B. in vernetzten Praxen, müssten dann staatlich anschubfinanziert bzw. steuerlich gefördert werden. Für die neuen Bundesländer käme bei diesen angedachten strukturellen Veränderungen das Problem der hohen Verschuldung der „gerade erst“ eingerichteten Praxen hinzu – dafür könnte durchaus eine staatliche Lösung gefunden werden. So schlug beispielsweise die gesundheitspolitische Sprecherin der PDS in Thüringen die Übernahme der Schulden durch den Staat vor.

¹¹Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001, S. 607

¹²Dabei stellt das gegenwärtig in den Krankenhäusern praktizierte hierarchische und ausbeuterische System der Anstellung keineswegs dafür das Modell dar. Auch dort sind entsprechende Veränderungen notwendig. Vom üblichen „Chefarztssystem“ abweichende Modelle (z.B. Teamarzt oder Kollegialsystem) existieren bereits vereinzelt, scheitern vielfach aber an der noch vorhandenen alten Gesamtstruktur des medizinischen Versorgungssystems.

Zum Mythos der Kostenexplosion

In seriöser medizin-ökonomischer Literatur wird heute bereits nicht mehr von „Kostenexplosion“ als Ursache der Finanzprobleme im Gesundheitswesen gesprochen. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesen und ähnlichen Mythen, auf die hier lediglich verwiesen werden soll, findet sich in: Braun B., Kühn H., Reiners H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer der Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M., 1998. Grundsätzlich ist das Gesundheitswesen ein Wachstumsbereich. Dies ist weder das Ergebnis von „Fehlentwicklungen“ oder „Fehlsteuerungen“, wie häufig versucht wird zu suggerieren, noch sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern überdurchschnittlich hoch. „Eigentlicher Kern“ dieses Mythos vom „explosionsartigem Kostenwachstum“ im Gesundheitswesen sind andere Prozesse. Im wesentlichen handelt es sich bei diesen Prozessen erstens, um die Leistungsausweitung a) durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin und b) durch demographische Entwicklungen. Zweitens spielen die genannten Effizienzdefizite im Gesamtgefüge des Gesundheitssektors eine wesentliche Rolle. Zum dritten ist hier die Preispolitik des medizinisch-industriellen Komplexes (gegenwärtig am heftigsten diskutiert am Beispiel der Pharmaindustrie) zu nennen. Allein dieser Punkt wäre jedoch eine ganze Tagung, zumindest ein eigenständiges Referat wert. Dies betrifft sowohl Fragen der Preispolitik für bestimmte Pharmaka und Werbung für diese bzw. den Einfluss von Werbung generell (dies auch als ein Themenvorschlag für eine der nächsten AKF - Tagungen). Zur Thematik Preispolitik gehört auch eine Auseinandersetzung mit dem Ordnungsverhalten von Pharmaka gegenüber Frauen allgemein und insbesondere älteren Frauen. Wiederholt hat dazu Erika Zoike publiziert bzw. gesprochen.

Gesundheitspolitik wird zunehmend zur Sozialpolitik

Mir geht es hier um einen anderen, künftig notwendigen Trend in der Entwicklung von Finanzierungen für gesundheitsförderliche bzw. wirklich ganzheitlich ansetzende Leistungen. Eines der zentralen Ziele eines jeden Gesundheitssystems ist der Ausgleich von sich aus der „natürlichen“ und „sozialen Lotterie“ ergebenden Ungleichheiten. Ein im Auftrag der Robert Bosch Stiftung erarbeitetes Expertenpapier kommt deshalb (m.E. berechtigt) zu folgender Einschätzung: „Die Einbettung gesundheitspolitischer Aufgaben in die allgemeine wohlfahrtsstaatliche Entwicklung wird zunehmen. Gesundheitspolitik wird an Eigenständigkeit verlieren und zugleich als Bestandteil der Sozialpolitik an Bedeutung gewinnen. Politisch-institutionelle Konzepte zur sozialen Stabilisierung und zur Bilanzierung sozialer Ungleichheit werden verstärkt auf

gesundheitliche Kriterien ... aufbauen (wollen).“¹³ Dieser lange gesundheitspolitisch ignorierte Zusammenhang zwischen Lebenslagen im Alltag und Gesundheit findet zum einen zunehmend Eingang in die entsprechenden Forschungsansätze, methodischen bzw. methodologischen Überlegungen sowie auch in gesetzliche Förderinstrumente für Personen in besonderen Lebenslagen. Um nur ein Beispiel zu nennen: bisher waren die Programme der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung vorrangig auf die, in der angelsächsischen Literatur mit „Weiße Mittelklasse“ bezeichnete Gruppe ausgerichtet; jetzt sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet Angebote zu entwickeln und zu realisieren, die „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“¹⁴.

Zum anderen widerspiegelt sich dieser ganzheitliche Trend auch in neueren Ansätzen zur Lösung der Finanzprobleme. So verweisen in einem Sammelband zum Thema „Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert“ mehrere AutorInnen darauf, dass verschiedene heutzutage vom Umfang her immer weiter zunehmende Störungsbilder keine Erkrankungen im klassischen Sinne darstellen, sondern Reaktionen auf bestehende soziale und familiäre Missstände sind¹⁵. Dies ist nun, zumindest für AKF - Mitglieder, so neu nicht. Neu ist jedoch die daraus abgeleitete Forderung sowohl verstärkt Behandlungsinstitutionen zu schaffen, die nicht nur „rein medizinisch“ ausgerichtet sind, als auch die anteilmäßige staatliche Finanzierung dieser Einrichtungen aus anderen Sektoren (z.B. Jugendhilfe) zu gewährleisten. Mittel- und langfristig ist durch entsprechende Gesetzgebung nicht lediglich zu verhindern, dass sich Bund, Länder und Gemeinden aus ihrer finanziellen Verantwortung zurückziehen, sondern diese sind zu befähigen, gesundheitliche Leistungen (im Sinne von Sozialleistungen) zu höheren Anteilen als gegenwärtig aus Steuermitteln mitzufinanzieren.

Ein dazu in meinem Wohngebiet bereits existierendes Beispiel ist der Verein „Bürgerladen e.V.“. Dieser 1991 aus einer unabhängigen, überparteilichen Bürgerinitiative entstandene Verein arbeitet heute als Beratungs- und Begegnungsstätte für ältere BürgerInnen des Wohngebiets. Auf Grund der typischen Geschlechterverhältnisse von Menschen im höheren Lebensalter wurden die einzelnen Angebote von vornherein gezielt auf Frauen dieser Altersgruppe ausgerichtet. Zu den auch anderenorts üblichen Tagesbetreuungsformen wurde durch diesen Verein 1999 ein

¹³Görres St. Hoffmann W. Terschüren C. (Hrsg.) Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahr 2020. - Trends und Einflussfaktoren - Expertenpapier im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Bremen, 2000, S. 4-41 - Hervorhebung von mir - V.SL

¹⁴Neufassung des § 20 SGB V

¹⁵J. Wilkes am Beispiel der auftretenden Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; B. und I. Mäulen am Beispiel der Suchtbehandlung u.a.m. - s. Heiß G. (Hrsg.) Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Merz Verlag: Mainz, 2000

Modellkonzept „Gerontopsychiatrische Tagesbetreuung“ entwickelt, dass zunächst auf starke Widerstände bei der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln stieß. Das Land Sachsen-Anhalt interpretierte bestehende Gesetze buchstabengetreu so, dass im „Sinne der Grundanerkennung zur Wiedereingliederung des § 39/40 des BSHG nur noch Frauen Aufnahme finden (sollten)..., die zwischen 18-58 Jahre alt waren“.¹⁶ Diese Altersbegrenzung hätte jedoch sowohl das gesamte Projekt konterkariert als auch im Zentrum jahrelang gesundheitlich und sozial betreute Frauen plötzlich von der Nutzung ausgeschlossen. Es war die Hartnäckigkeit der Vereinsfrauen (sie haben über zwei Jahre lang auf j e d e r Veranstaltung in Sachsen-Anhalt zu Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik teilgenommen und diese Missstände angeprangert), dass vorerst eine Ausnahmegenehmigung für diese Betreuungsstätte erreicht werden konnte. Momentan geht der Kampf der Frauen um eine allgemeingültige Regelung zur Finanzierung solcher vernetzten gesundheitlichen und sozialen Angebote weiter. Die dazu notwendige generelle Veränderung der Finanz- und Steuerpolitik der BRD setzt eine zunehmende Sensibilisierung der Öffentlichkeit und vor allem der PolitikerInnen dazu voraus, dass Gesundheit nicht lediglich „Nutznießer“ und Ergebnis von Gesellschaftspolitik ist. Im Gegenteil: „Gesundheit ist ein wichtiger Input-Faktor, eine Ressource für Individuen, Gemeinschaften und die Gesellschaft insgesamt“.¹⁷ Weiterhin muss sich die Erkenntnis durchsetzen - und dafür werden wir kämpfen müssen -, dass es gesellschaftliche (staatliche) Aufgabenstellungen gibt, deren Umsetzungsstrukturen *nicht gewinnbringend* bzw. in der Regel noch nicht einmal kostendeckend arbeiten können.

Der Mythos von der Selbstbeteiligung und Erfahrungen aus den neuen Bundesländern

Ein weiterer hartnäckig beschworener Mythos ist der, dass (vor allem finanziell verstandene) Selbstbeteiligung ein höheres Gesundheitsbewusstsein und in der Folge ein effizienteres, eigenverantwortliches Gesundheitshandeln erzeuge. Diese Argumentationsschiene hat sich m.E. durch die entsprechenden Zahlen und Fakten aus vielen europäischen Ländern selbst desavouiert, so dass ich Ihnen und mir hier dazu weitere Argumentationen ersparen möchte.

Es soll jedoch hervorgehoben werden, dass der Begriff Selbstbeteiligung im engen Zusammenhang mit der Forderung nach der Demokratisierung der Strukturen des deutschen

¹⁶s. Rothe H. Die Sichtweise von Betroffenen am Tagungszentrum für seelische Gesundheit älterer Menschen. in: Schubert-Lehnhardt V. Lebensbedingungen, Lebensgestaltung und Lebenssinn von älteren Frauen in Deutschland und Europa. trafo Verlag Berlin, 2000, S.88

¹⁷E. Kickbusch U. Zur gesellschaftlichen Funktion von Public Health in: Salutiv a.a.O., S. 23

Gesundheitswesen zu sehen ist. Dabei erschöpft sich die demokratische Teilhabe der Bevölkerung keineswegs in Forderungen nach Umgestaltung der Einnahmeprinzipien für das Gesundheitswesen bzw. der Krankenkassen, nach veränderten Finanzierungsbedingungen für prophylaktische Leistungen durch die Kassen oder nach Umverteilung von Titeln im Staatshaushalt zugunsten des Gesundheitswesens. Vielmehr bedeutet demokratische Teilhabe der BürgerInnen vor allen Dingen auch die Initiierung von lokalen Gesundheitsinitiativen, die Schaffung von sozialen Netzwerken, die Entwicklung kommunaler Settings u.a.m. zur Konzipierung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Verhältnissen in allen Lebensbereichen. Über einige Entwicklungen aus der Stadt Halle möchte ich Ihnen dazu abschließend kurz berichten.

Einige ZuhörerInnen erinnern sich vielleicht an die Bemerkung von Ulrike Hauffe auf der Berliner Fachtagung zum Initiativkreis „Frauen und Gesundheit“ in Halle. Sie sagte sinngemäß, dass die Arbeit dieses Kreises zwar entsprechendes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung schafft, aber gegenwärtig noch keine Strukturen dafür ändert. Ich teile diese Einschätzung und möchte zunächst ihren, für die neuen Bundesländer typischen Hintergrund etwas beleuchten, da er m.E. auch die zögerliche Entwicklung bzw. Akzeptanz des AKF bei uns verständlicher macht. Die Medizinsoziologin Anne Lützenkirchen hat Mitte 1998 in Sachsen-Anhalt eine Studie zu Konzeptionen für ein frauenspezifisches, gesamtdeutsches Gesundheitswesen aus der Sicht ostdeutscher ÄrztInnen durchgeführt. Die Frauengesundheitsforschung aus ärztlicher Sicht gerade in den neuen Bundesländern voranzutreiben erschien ihr sinnvoll, da in der DDR die ärztliche Profession mit einem Anteil von bis zu 70% von Frauen dominiert war.¹⁸ Das von ihr nicht erwartete Hauptergebnis der Befragung und qualitativen Interviews war, dass ostdeutschen MedizinerInnen Fragestellungen nach einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung keine nennenswerte Bedeutung beimessen und sie als irrelevant einstufen. A. Lützenkirchen schreibt, dass geschlechtsspezifische Fragestellungen in den neuen Bundesländern „kaum thematisierbar seien, geschweige denn diskutierbar, da keinerlei Bewusstsein von deren Bedeutung und Wichtigkeit“ bestehe.¹⁹ Da ich ihre Einschätzung der Ursachen dieser Situation teile, möchte ich dazu ausführlich zitieren: „In der DDR herrschte die Ideologie der Geschlechteregalität. Danach bestehen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bis auf die biologischen, die durch

¹⁸vgl. Lützenkirchen A. „Geldmedizin macht krank!“ Gesundheitsentwicklung aus der Sicht ostdeutscher Ärztinnen und Ärzte. Unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Versorgungsansätze. Rainer Hampp Verlag München und Mering, 2001, S. 15

¹⁹ebd., S. 319

geeignete sozialpolitische Regelungen jedoch auszugleichen sind. Diese Doktrin war in der DDR propagiert und von der Bevölkerung internalisiert worden. Wenn Männer und Frauen gleich sind, bedürfen Frauen entsprechend auch nicht einer „medizinischen Sonderbehandlung“, d.h. einer frauenspezifischen Betrachtungsweise durch die ÄrztInnen. Vielmehr sind nach DDR- und ostdeutschen Vorstellungen *aus Gerechtigkeitsgründen* beide Geschlechter ausdrücklich gleich zu behandeln - auch durch die Gesundheitsversorgung.²⁰

D.h. in der ostdeutschen Sichtweise vollzieht sich Diskriminierung von Frauen gerade durch die von der altbundesdeutschen Frauenbewegung geforderten spezifischen Behandlung. Überwiegend wird daher eine solche „Sonderbehandlung“ mit allen Konsequenzen abgelehnt. A. Lützenkirchen formuliert pointiert, dass sich „nach ostdeutscher Auffassung gerade in der Nicht-Thematisierung frauenspezifischer Belange die Gleichberechtigung“ zeige. In ihren Interviews konnte sie lediglich das allgemeiner formulierte Thema „Frauenförderung“ als sozial- und arbeitspolitisches Problem besprechen und schätzt zu den diesbezüglichen Aussagen ein, dass Frauengesundheitsförderung in den neuen Bundesländern allenfalls mit Arbeitsförderung gleichgesetzt wird.²¹

Zu diesen Sichtweisen kommt die o.g. prekäre finanzielle Situation in den ostdeutschen Praxen hinzu (und damit schließt sich der Kreis des von mir bearbeiteten Themas „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Ethik und Monetik“), dass ÄrztInnen momentan vor allem mit der Existenzsicherung ihrer Praxen befasst sind und daher wenig offen für die Aufnahme und Diskussion für sie neuer Ansätze sind.

Unabhängig von dieser, sich insgesamt derzeit eher schwieriger als in den alten Bundesländern, darstellenden Situation gibt es eine Reihe durchaus nennenswerter Entwicklungen. Neben der Gründung von Frauengesundheitszentren in verschiedenen Städten (Dresden, Erfurt, Potsdam) gibt es in allen fünf neuen Bundesländern Einzelkämpferinnen und Initiativen, die sich für die Problematik engagieren. Die Sachsen-Anhalterinnen haben dabei insofern günstige Bedingungen, da in unserem Bundesland federführend durch das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales gender mainstreaming als durchgängiges Politikinstrument, angefangen bei der Landesverwaltung bis hinunter in alle Strukturen, umgesetzt wird bzw. werden soll. Insofern hat das seit 1997 bestehende Netzwerk „Frauen und Gesundheit“ stets relativ günstige

²⁰ebd., Hervorhebung von mir - S-L

²¹Lützenkirchen A. „Geldmedizin macht krank!“ Die Auswirkungen von struktureller Gewalt in den neuen Bundesländern - unter besonderer Berücksichtigung der frauenspezifischen Gesundheitsförderung. Beitrag zur Magdeburger Sommerschule 2001, Internetversion

Arbeitsmöglichkeiten gehabt und konnte u.a. mit einer 1999 stattgefundenen Fachtagung zum Thema „Frauen Gesundheit Politik“ einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung zu dieser Thematik leisten - allerdings, auf Grund o.g. Ursachen, eher auf der Ebene der Betroffenen bzw. Frauen in Vereinen und kommunalen Initiativen, weniger bei ÄrztInnen. Diese bestehende Kluft zu den professionellen MedizinerInnen wird bei einer Analyse der TeilnehmerInnen auf entsprechenden Veranstaltungen nach wie vor in der Regel sehr deutlich. In der Stadt Halle versuchen wir sie u.a. mit dem Ende 2000 gegründeten Initiativkreis „Frauen und Gesundheit“ zu schließen.

Zu den vier Gründungsfrauen dieses Gremiums gehörte bewusst u.a. deshalb eine Ärztin, denn es betrachtet sich als „Brücke zwischen Fachgremien, Behörden und interessierten BürgerInnen“. Erklärtes Ziel des Gremiums ist es, „das Engagement und die Zusammenarbeit von Fachleuten, EinwohnerInnen, Verbänden und Vereinen sowie kommunalen Behörden bei der Gestaltung eines gesundheitsfördernden städtischen Raumes zu unterstützen“. Als unsere wichtigste Aktion dazu in diesem Jahr haben wir zunächst versucht eine Bestandsaufnahme der AkteurInnen, von ihnen schon besetzter Tätigkeitsfelder und als notwendig angesehenen künftigen Entwicklungen zu erarbeiten. Um die entsprechende langanhaltende Aufmerksamkeit zu erhalten haben wir dazu die Form eines Kalenders gewählt.

Jedes Kalenderblatt wurde von einem Verein oder einer Initiative gestaltet, der oder die sich mit frauenspezifischen Angeboten befassen. Neben der Vorstellung dieser Angebote enthält das jeweilige Kalenderblatt eine sog. „Meckerecke“, also Hinweise auf notwendige Veränderungen bzw. Wünsche, die Frauen an ihre künftige angemessene Versorgung und Betreuung haben. Unsere Gleichstellungsbeauftragte, die ebenfalls zu den Gründungsmitgliedern des Initiativkreises gehört, hat die Druckkosten übernommen, so dass der Kalender nicht nur in hoher Auflage gedruckt, sondern auch unentgeltlich verteilt werden konnte. Erster Ausgabetag war die Eröffnungsveranstaltung der diesjährigen Frauengesundheitstage der Stadt Halle, eine ebenfalls vom Initiativkreis wesentlich mit organisierte 14-tägige Veranstaltungsreihe. Mit dieser Erwähnung der Frauengesundheitstage (die inzwischen auch in vielen anderen Städten Sachsen-Anhalts stattfinden), bei denen wir Frauen uns wohl fühlen, möchte ich meinem Vortrag einen optimistischen Schluss geben und bedanke mich für ihre Aufmerksamkeit.