

## **Berichte aus den Arbeitsgruppen**

**Dr. Ellen Kuhlmann**

### **Markt, Moral, Geschlecht – Entwicklungen im Gesundheitswesen**

In dieser Arbeitsgruppe standen die geschlechterspezifischen Effekte der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen im Zentrum. Drei Themenstränge wurden verknüpft: die Marktorientierung im Gesundheitswesen, die Forderung nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von PatientInnen sowie die Anwendungsmöglichkeiten des politischen Konzepts Gender Mainstreaming im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Die Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen setzen Fragen wie die folgenden auf die Tagesordnung: Kann die zunehmende Marktorientierung im Gesundheitswesen eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung begünstigen? Kann sie in dieser Hinsicht mehr erreichen als Gerechtigkeitspostulate? Die gesundheitspolitischen Steuerungsmodelle erhöhen auf der mikropolitischen Ebene – also „vor Ort“ in den Einrichtungen – den Zwang zur Verteilung der Ressourcen. Diese Verteilungsentscheidungen werden keineswegs nur nach medizinischen Aspekten getroffen. Sie sind ebenso von sozialen Kriterien unterlegt, und die Ungleichheiten in den Geschlechterverhältnissen lassen vermuten, dass diese verborgenen Selektionskriterien unterschiedliche Auswirkungen für Frauen und für Männer haben.

### **Die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin, Therapeut/Therapeutin wird zunehmend von finanziellen Einflüssen überlagert**

Ein weiterer zentraler Aspekt der Marktorientierung im Gesundheitswesen ist die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der PatientInnen. Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn PatientInnen entsprechend der Marktlogik zu „Kunden“ mutieren? Als moralische Prinzipien werden Selbstbestimmung und Autonomie gegenwärtig unverkennbar aufgewertet. Welche Chancen für die reale Verbesserung der Mitsprachemöglichkeiten von Frauen bietet diese Entwicklung? Auch hier zeichnen sich kritische Tendenzen ab. Die Beziehungen zwischen Professionellen und PatientInnen sind zunehmend von finanziellen Einflüssen überlagert, die jedoch für die PatientInnen kaum vollständig zu durchschauen sind. Der mündige Patient, die mündige Patientin werden allein schon deshalb zur Illusion, weil die vollständige Information als Basisvoraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen nicht erfolgt.

Die Trias Markt, Moral, Geschlecht weckt ambivalente Erwartungen. Weder der Markt noch die ethische Prämisse des "informed consent" und der Selbstbestimmung begünstigen per se die Forderungen von Frauen. Dennoch beinhalten die derzeitigen Strukturveränderungen auch Möglichkeiten für eine frauen- und geschlechtergerechte Gestaltung der Versorgung. Im Hochschulbereich werden die Reformbestrebungen mittlerweile systematisch genutzt, um Geschlecht als ein Bewertungskriterium der Effizienz und Qualität einzuführen (vgl. Roloff 2001). Im Gesundheitswesen stehen solche Überlegungen bestenfalls am Anfang. Bisher wissen wir nur wenig darüber, *wo* und *wie* Geschlecht relevant wird (vgl. Maschewsky-Schneider 2001). Diese Fragen und mögliche Strategien für eine frauenspezifische und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu diskutieren, ist Ziel dieser Arbeitsgruppe. Nachfolgend werden thesenartig einige Beispiele aufgegriffen, um die Bedeutung der Geschlechterkategorie sichtbar zu machen.

### **Marktorientierung – verborgene Allianzen zwischen betriebswirtschaftlichen Kalkülen und sozialen Ungleichheiten im Geschlechterverhältnis**

Eine systematische Bewertung der Gesundheitsversorgung nach ihrer Effektivität und Qualität liegt ohne Zweifel im Interesse der Gesundheit von Frauen. Sie könnte sich durchaus als begünstigend für frauenspezifische Forderungen erweisen, sind doch der Bedarf und die medizinische Effektivität entsprechender Angebote dokumentiert (vgl. BMFSFJ 2001). Als Problem erweist sich jedoch, dass die gesundheitspolitischen Steuerungsversuche weiterhin mehr am betriebswirtschaftlichen Ergebnis als am Patientenwohl orientiert sind und dass die Entwicklungen erhebliche „Nebenwirkungen“ in der Praxis aufweisen. Im Alltag der Gesundheitsversorgung erzeugen die neuen Steuerungsinstrumente ein Spannungsfeld zwischen finanziellen Interessen der Institution, medizinisch-ethischen Anforderungen und Versorgungsansprüchen von PatientInnen. Obschon seit Beginn der Umstrukturierungen von unterschiedlichen Seiten auf mögliche negative Begleiterscheinungen einer ökonomisierten Gesundheitsversorgung hingewiesen wurde (z.B. Kühn 1996), wissen wir bisher nur sehr wenig über die Auswirkungen.

In empirischen Studien mit ÄrztInnen und ergänzend Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in unterschiedlichen stationären Einrichtungen zeichneten sich folgende Entwicklungen ab (für Details siehe Kuhlmann 1998, 1999): Unter dem Primat der Ökonomie ist eine Selektionspraxis in der Patientenversorgung zu beobachten, die zur Benachteiligung von PatientInnen mit

kostenträchtigen Erkrankungen führen kann, wie z.B. chronisch kranke und alte Menschen. Solche Selektionskriterien gelten allerdings nur für die PatientInnen der Gesetzlichen Krankenversicherung; die Unterscheidung zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten gewinnt damit (wieder) an Bedeutung. Noch weitaus subtiler als der Versichertenstatus fließen das Alter und soziale Merkmale der PatientInnen in Behandlungsentscheidungen ein. „Unterschwellig gewichtet man schon irgendwie so, also dass z.B. beruflicher Status oder so irgendwie eine Rolle spielt. Nie so ausgesprochen. Wer am meisten benachteiligt ist, sind die Leute, die sich ohnehin sozial schlecht stehen. Die sich auch sprachlich nicht so wehren können“, berichtete eine Gesprächspartnerin (Kuhlmann 1998: 47f.). Von diesen Entwicklungen sind Frauen und Männer betroffen. Wenn wir allerdings die altersspezifische Struktur vergegenwärtigen und zudem berücksichtigen, dass Frauen als Gruppe betrachtet einen niedrigen sozialen Status und geringere finanzielle Ressourcen als Männer erreichen, dann sind dies ernstzunehmende Hinweise darauf, dass sich die Strukturveränderungen eher zum Nachteil von Frauen auswirken. Diese Zusammenhänge werden bisher im Mainstream der Gesundheitspolitik weder thematisiert noch liegen zufriedenstellende empirische Daten vor.

Darüber hinaus zeichnen sich Verschiebungen in der Versorgungspraxis ab. Wiederholt wird berichtet, es werde weniger an diagnostischen und im engeren Sinne therapeutischen Maßnahmen gespart, vielmehr seien es „die kleinen Dinge“ und die Betreuung der PatientInnen. „Das System wird von den Seiten her untergraben“ und die medizinische Versorgung „durch die Hintertür“ eingeschränkt, wird diese Entwicklung in den genannten Untersuchungen charakterisiert (Kuhlmann 1998: 39-41). Implizit werden medizinisch-technische Leistungen aufgewertet und Betreuungs- und kommunikative Aufgaben abgewertet. Infolge einer Dominanz medizinisch-technischer und medikamentöser Behandlungsleistungen im Gesundheitswesen bleiben diese Auswirkungen jedoch systematisch unterbelichtet. Festzustellen ist, dass gerade jene Versorgungsangebote weiter eingeschränkt werden, die seit Jahren von der Frauengesundheitsforschung eingefordert werden. Eine kürzlich erschienene US-amerikanische empirische Untersuchung belegt den hohen Stellenwert, den die Beratungsangebote für Frauen in der Bewertung von Gesundheitsleistungen einnehmen. Die Ergebnisse legen offen, dass die Zufriedenheit der Frauen in Managed Care Organisationen geringer ist als in anderen Versorgungsstrukturen, obschon sie einen besseren Zugang zu präventiven Angeboten haben (Weisman, Henderson 2001).

## **Selbstbestimmung und Eigenverantwortung – rhetorische Zugeständnisse und faktische Zwänge für Frauen**

Die Forderung nach Selbstbestimmung gehört mittlerweile zum ethischen Grundkonsens in der Gesundheitsversorgung. Die wahrheitsgemäße und vollständige Aufklärung und Information von PatientInnen und ihre Zustimmung zu einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme – als informed consent bezeichnet – treten an die Stelle paternalistischer Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn (vgl. Kuhlmann 1999). Autonomie und Selbstbestimmung als zentrale Argumentationsfiguren der Frauenbewegung und der Frauengesundheitsbewegung erfahren eine deutliche Aufwertung. Auf der Ebene kultureller Normen und ethischer Leitbilder finden wir also Verschiebungen vor, die sich durchaus als begünstigend für Gesundheit von Frauen erweisen könnten. Zudem treffen wir zumindest in den Bereichen der Grundversorgung anstelle des Arztes immer häufiger eine Ärztin an, deutlich seltener allerdings unter den FachärztInnen.

Schauen wir uns nun an, welche Effekte diese Verschiebungen auf die realen Einflussmöglichkeiten von Frauen haben, ist die Bilanz hingegen weniger eindeutig. Das Paradigma der Selbstbestimmung ist verknüpft mit der Forderung nach Eigenverantwortung. Diese Verantwortung wird bisher vorwiegend sozial definiert, sie ist jedoch auch ökonomisch im Sinne von Regresspflichtigkeit bei Nichtbefolgen der verfügbaren Ratschläge und Angebote des medizinischen Systems angedacht. Die scheinbare Autonomie ruft also neue soziale Zwänge für Frauen hervor. Die Widersprüche und Probleme dieser Entwicklungen treten gegenwärtig am deutlichsten im Bereich der pränatalen Diagnostik wie insgesamt in der Humangenetik hervor (vgl. Kuhlmann 2002a).

Der Wunsch von Frauen nach einem gesunden und sozial akzeptierten Kind wird vom medizinischen Versorgungssystem aufgegriffen und in ein genetisch definiertes Risikomanagement kanalisiert. Die Autonomie, die hier angeboten wird, erstreckt sich auf ein Terrain, das von Experten kontrolliert wird. Technologisch-statistisch erzeugtes Wissen hat Priorität vor den subjektiven Gesundheitseinschätzungen der Schwangeren. Die Definitionsmacht der Professionellen über die Gesundheit und Körper von Frauen wird aufgewertet und die körperlich-sinnlichen Wahrnehmungen und subjektiven Gesundheitspotenziale zugleich abgewertet. Der versprochene und möglicherweise für individuelle Frauen auch realisierte Zugewinn an Autonomie steht einem Verlust an Definitionsmacht über den eigenen Körper gegenüber. Die rhetorische Aufwertung der Selbstbestimmung allein sagt also noch nichts über die realen Handlungsspielräume Frauen als Patientinnen in der Gesundheitsversorgung aus.

## Gender Mainstreaming — Möglichkeiten und Grenzen einer neuen Strategie

Das Konzept Gender Mainstreaming wurde auf Europäischer Ebene entwickelt und seit 1999 auch in der Bundesrepublik als durchgängiges Leitprinzip und als Querschnittsaufgabe aller gesellschaftlichen Bereiche festgelegt (vgl. Kuhlmann 2002b). Es geht darum, "die Einbeziehung einer Geschlechterperspektive in alle Politiken und Programme der Europäischen Union mit gezielten Frauenfördermaßnahmen zu verknüpfen", wie die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2000: 6) festlegt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001) proklamiert: "Allen Bestrebungen des Gender Mainstreaming liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass es keine geschlechtsneutrale Politik gibt. Institutionen, Unternehmen, Programme, Gesetze, Regelungen, Maßnahmen etc. müssen den Belangen sowohl von Frauen als auch von Männern gerecht werden und dazu beitragen, bisherige Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zu beseitigen." Zentral ist die Erkenntnis, dass Geschlecht in *allen* gesellschaftlichen Bereichen relevant wird und die Geschlechterfrage als wesentliches Kriterium bei der Lösung sozialer, wirtschaftlicher und umweltpolitischer Probleme zu betrachten ist. Barbara Stiegler nennt verschiedene Ansätze, die bei der Herstellung von Chancengleichheit genutzt werden können: "die Förderung von Frauen als diskriminierter Gruppe, die Herstellung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, damit Chancengleichheit möglich wird und die Bewusstseinsbildung über die Geschlechterfrage, insbesondere bei männlichen Akteuren" (Stiegler 2000: 3).

Es bedarf neben dem politischen Willen und entsprechender Fachkompetenz vor allem geeigneter Instrumente für die Implementierung und die Evaluation des Konzeptes. Während im Wissenschaftsbereich Vorschläge zur Institutionalisierung vorliegen (z.B. European Commission 2000) und erprobt sind, bleibt das Gesundheitswesen seltsam unberührt vom Gender Mainstreaming. Die Debatten um Qualitätssicherung, Evaluation und eine evidenzbasierte Medizin werden weiterhin unbeirrt vermeintlich geschlechtsneutral geführt. Sie bieten jedoch prinzipiell Möglichkeiten, die Geschlechterfrage zu integrieren. Voraussetzung hierfür sind zum einen geeignete Instrumente, um den Einfluss der Kategorie Geschlecht zu ermitteln, zum zweiten ein entsprechendes ExpertInnenwissen, um geschlechtersensible Konzepte zu entwickeln und zum dritten Kontrollinstrumente, um die Implementierung zu evaluieren und beständig weiter zu entwickeln. Insbesondere letztere sind im Gesundheitswesen nicht einmal im Ansatz vorhanden. Eine nach Geschlecht aufgeschlüsselte Gesundheitsberichterstattung ist hierfür zwar notwendig, aber nicht hinreichend. Hierauf wird seit langem von der Frauengesundheitsforschung hingewiesen und problembezogen alternative Vorschläge entwickelt (z.B. Hagemann-White 1998; Jürgens 2000).



Neben diesen bei entsprechendem politischen Willen und finanziellen Ressourcen prinzipiell zu lösenden Problemen der Umsetzung, beinhaltet das Konzept auch grundlegende Beschränkungen. Die Strategie basiert auf betriebswirtschaftlichen Kalkülen und bietet insofern geeignete Anknüpfungspunkte, als die gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumente an ihren eigenen Ansprüchen der Rationalität und Effektivität zu messen wären. Damit sind jedoch zugleich Fragen nach den Grenzen einer solchen betriebswirtschaftlichen Logik aufgeworfen. Lassen sich alle gesundheitsbezogenen Bedarfe unter diese Logik subsumieren? Darüber hinaus wäre zu klären, in welchem Verhältnis Gender Mainstreaming und die Forderungen nach frauenspezifischen Versorgungsangeboten stehen.

### **Diskussion**

Aus der sehr engagierten und inspirierenden Diskussion möchte ich zwei Aspekte hervorheben: die Ambivalenz der Wandlungsprozesse und die möglichen Ansätze für frauenspezifische und geschlechtergerechte Forderungen. Gerade die unterschiedlichen Perspektiven, wie sie in der Arbeitsgruppe vertreten waren, und die Komplementierung von Erfahrungen, Analysen und Eindrücken stellen eine kaum zu überschätzende Bereicherung dar, um geeignete Strategien zu entwickeln. Die Diskussion entlang von Beispielen aus der Praxis erwies sich als fruchtbar, um die Vielschichtigkeit der Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen zu erfassen.

In der Diskussion wurde wiederholt deutlich, dass die Entwicklungen als ambivalent und widersprüchlich für die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung wahrgenommen werden. So wurden einerseits zahlreiche Belege für die Reproduktion und Festschreibung von Ungleichheiten im Geschlechterverhältnis angeführt. Die selektive Beratung und Behandlung sozial unterprivilegierter Frauen, die Benachteiligung insbesondere älterer Frauen im Vergleich zu Männern wie auch die Schlechterstellung älterer gegenüber jüngeren Frauen sind einige dieser Beispiele. Andererseits wurden im Rahmen von Qualitäts- und Effektivitätskontrollen auch verbesserte Möglichkeiten für die Forderungen nach frauenspezifischen und geschlechtergerechten Versorgungsangeboten gesehen. Ob die Überbehandlung und Medikalisierung von Frauen jedoch infolge ökonomischer Bewertungskriterien tatsächlich abgebaut wird, bleibt kontrovers. Insbesondere die Erfahrungen des Müttergenesungswerkes stimmen hier eher kritisch: Trotz einer gesellschaftlichen Aufwertung ganzheitlicher therapeutischer Ansätze und positiver Evaluationsergebnisse mangelt es bisher an der faktischen Unterstützung.

Wie tiefgreifend und grundlegend die Geschlechterkategorie ihre Wirkung zeigt, soll mit fol-

gendem Beispiel verdeutlicht werden. Die wachsende Anforderung nach Dokumentation und Transparenz der Versorgungsleistungen sowie nach Qualitätsstandards hat zur Folge, dass quantifizierende Verfahren wie insbesondere die Testtechnologien aufgewertet werden. Diese Variante der Qualitätssicherung wurde als „patriarchal“ und als „männliche Herangehensweise“ charakterisiert. Die Frauengesundheitsbewegung steht somit vor der Anforderung, neben politisch-praktischen Forderungen auch diese verborgenen Formen eines gender bias sichtbar zu machen und angemessene Instrumente zu entwickeln. Erst auf dieser Basis wird es überhaupt möglich, die Qualitätsforschung im Sinne der Gesundheit von Frauen nutzbar zu machen.

Die Möglichkeiten einer produktiven Aneignung des Konzeptes Gender Mainstreaming müssen noch ausgelotet werden. So wurde kritisiert, dass bisher kaum zu erkennen ist, wo und wie die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung und -forschung sowie ihre Akteurinnen tatsächlich in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und hier Durchsetzungsmacht erzielen können. Für das Gender Mainstreaming wie auch für die Proklamation der Autonomie von Frauen sind insgesamt erhebliche Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu konstatieren. Es bedarf also auch weiterhin durchsetzungsfähiger Akteurinnen, um hier Veränderungen zu erwirken.

### **Ansätze für eine frauen- und geschlechtsspezifisch Versorgung aufgezeigt**

Die Diskussion machte vielfältige Ansatzmöglichkeiten für die Forderungen nach einer frauenspezifischen und geschlechtergerechten Versorgung sichtbar. Die Beispiele reichen von einer Einflussnahme auf das als „resistent gegen Reformbestrebungen“ bezeichnete Steuerungssystem aus Krankenkassen und Ärztenverbänden und die Definition von Qualitätsstandards und Evaluationskriterien über die Stärkung von PatientInnenberatungsstellen, Veränderung des Medizinstudiums sowie der Berufsstrukturen im Gesundheitswesen. Dabei wurden sowohl juristische Maßnahmen als auch politische Handlungsstrategien innerhalb und außerhalb von Verbänden, Parteien und Organisationen thematisiert.

### **Literatur:**

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2001). [www.bmbf.de/249\\_1350.html](http://www.bmbf.de/249_1350.html).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

- European Commission, Research Directorate-General (2000). Science policies in the European Union. Promoting excellence through mainstreaming gender equality. Office for Official Publications of the European Communities.
- Hagemann-White, Carol (1998). Gewalt gegen Frauen und Mädchen – welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit? In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hrsg.). Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber, S. 142-154.
- Jürgens, Regina (2000). Frauen und Gesundheit. Ein Einstieg in die Frauengesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt, 43, S. 694-697.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2000). Bericht der Kommission. Chancengleichheit für Frauen und Männer, Brüssel, KOM (2000) S. 123.
- Kühn, Hagen (1996). Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 96-207.
- Kuhlmann, Ellen (1998). "Zwischen zwei Mahlsteinen" - Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen. In Feuerstein, Günter, Kuhlmann, Ellen (Hrsg.). Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 11-80.
- Kuhlmann Ellen (1999). Aufklärung im Dienste der Ressourcenallokation? In Feuerstein, Günter, Kuhlmann, Ellen (Hrsg.). Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern: Huber, S. 37-93.
- Kuhlmann, Ellen (2002a). Humangenetik und Geschlecht. Formationen zwischen Hegemonie und Autonomiekonstrukten. In Kuhlmann, Ellen, Kollek, Regine (Hrsg.). Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik. Opladen: Leske + Budrich (erscheint im Frühjahr 2002).
- Kuhlmann, Ellen (2002b). Wenn Geschlecht keine Angelegenheit der Biologie ist. Gender Theorien in der Gesundheitsforschung. In Hurrelmann, Klaus, Kolip, Petra (Hrsg.). Frauengesundheit, Männergesundheit. Bern: Huber.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (2001). Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. In Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen (Hrsg.). Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Hannover, S. 9-30.
- Roloff, Christine (2001). Hochschulreform – Idee und Wirklichkeit in ihren Auswirkungen auf die Gleichstellungspolitik. In Batisweiler, Claudia, Lembeck, Elisabeth, Jansen, Mechthild (Hrsg.). Geschlechterpolitik an Hochschulen: Perspektivenwechsel. Opladen: Leske + Budrich, S. 87-97.
- Stiegler, Barbara (2000). Frauen im Mainstreaming. Politische Strategien und Theorien zur Geschlechterfrage. Neue Impulse, Nr. 1/2000, S. 3-8.
- Weisman Carol S., Henderson Jillian T (2001). Managed care and women's health: access, preventive services, and satisfaction. Women's Health Issues, 11 (3), S. 201-215.