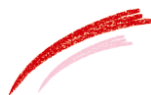




Deutscher
Frauenring e.V.
überparteilich &
überkonfessionell



Arbeitsgemeinschaft
Freiburger Frauenverbände

Frauenherzen schlagen anders

Wie geht das Gesundheitssystem mit Frauen um?

Veranstaltung am 28. November 2002, 20 Uhr, in der Stadtbibliothek Freiburg

Begrüßung DAB Freiburg – *Martina Mulder*

"Unser Leben – das von Frauen und Männern – wird von Normen beherrscht. Wenn wir uns diesen widersetzen, kann es sein, dass wir herausfallen oder herausgestoßen werden". Mit diesen Worten beginnt Judith Butler, Professorin an der Universität von Kalifornien in Berkeley, einen Gender-Aufsatz. Natürlich können wir uns ein Leben ohne Normen nicht vorstellen. Normen sind das, was uns Menschen in einer immer komplexer werdenden Welt verbindet. Sie geben uns Sicherheit und sie sind ein wichtiger Bestandteil für ein funktionierendes soziales Miteinander. Kurz gesagt: Normen bringen ein großes Stück Ordnung und Orientierung in unser Leben.

Aber die Einheit der Norm bringt noch einen zweiten Aspekt mit sich. Sie verbirgt auch eine Strategie des Ausschließens. All dasjenige, das keiner Norm entspricht, wird zwangsläufig zum nicht-Normativen. Dahinter verbirgt sich, auch im Hinblick auf die Geschlechterdebatte, ein großes Risiko. Denn nach wie vor zeichnet sich in vielen Lebensbereichen Männliches dadurch aus, dass es eben *nicht* weiblich ist. Dabei gilt allzu oft das Männliche als Norm, wie z.B. bei den klassischen beruflichen Karriereverläufen, die sich ja nur an männlichen Lebensläufen orientieren. D.h. in der Konsequenz: **biologische Körpermerkmale legen ab dem Tag der Geburt die soziale Wahrnehmung von männlich und weiblich fest.** Sowohl das eigene Handeln des Individuums, als auch seine Wirkung auf Andere werden also in weiten Bereichen durch sein biologisches Geschlecht ausgelöst.

Als wir in unserer DAB-Gruppe begannen, über das Gesundheitssystem unter dem Gender-Aspekt zu beleuchten, stießen wir schon bald auf die folgenden offenen Fragen:

Welches sind die Normen für männliche und / oder weibliche Gesundheit oder Krankheit und wo verläuft die Grenze?

Welches Symptom ist die Norm für welches männliche und / oder weibliche Krankheitsbild?

Und nicht zuletzt, wer legt diese Normen fest?

Diese und andere Fragen möchten wir heute diskutieren. Und wir sind neugierig darauf, von Ihren Erfahrungen zu hören und den Handlungsbedarf vor Ort zu erkennen, damit wir als Frauenverband in unserer Stadt auf dem Weg zu einer frauengerechten Gesundheitsversorgung mitwirken können. Denn niemand soll – und jetzt komme ich auf die Eingangsthese von Judith Butler zurück, "herausfallen oder herausgestoßen werden", weil sie dem nicht-Normativen angehören.

Ich möchte bei Frau Schüle vom Deutschen Frauenring Freiburg bedanken, die die Initiative zur heutigen Veranstaltung ergriff und uns DABlerinnen einlud, diesen Abend mitzugestalten. Vielen Dank auch Frau Lemmert, die es uns als Vorsitzende der AG Freiburger Frauenverbände ermöglichen, zusammen diesen Abend durchzuführen. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Schelle-Wolf und bei Frau Haußecker von der Stadtbibliothek für die angenehme und unkomplizierte logistische Zusammenarbeit im Vorfeld des heutigen Abends. Abschließend möchte ich mich aber auch bei unserer DAB-Kollegin Dorothee Niedzwetzki bedanken, die in vielen Arbeitsstunden am heimischen Schreibtisch zu unserer Gender-Gesundheitsexpertin avanciert ist.

Impulsreferat: Frauenherzen schlagen anders – Dorothee Niedzwetzki (DAB Freiburg)

Als Frau Schüle vom Freiburger Frauenring vor einigen Monaten auf uns, die Frauen vom Akademikerinnenbund zukam, mit der Frage, ob wir uns dem Thema „Gesundheit“ widmen

wollen und Interesse hätten, eine Podiumsveranstaltung zu diesem Thema zu organisieren, haben wir zunächst gezögert. Doch nur kurz. Denn bei näherem Hinschauen haben wir – wie man bzw. frau es immer wieder erlebt, wenn er oder sie einen frauenspezifischen Blickwinkel einnimmt – und schnell erkannt, dass sich hier eine Fülle von Fragen und Themen auftut. Und nicht nur das.

Da wir in unserer Gruppe dank der engagierten Arbeit der Beteiligten mittlerweile über gute Kenntnisse in Gender-Fragen verfügten, erkannten wir rasch die Möglichkeit, ja sogar die Notwendigkeit, das Thema Gesundheit vertiefend zu behandeln.

Als ich gefragt wurde, ob ich dieses Terrain „beackern“ wolle, stellte ich mich gerne dieser Herausforderung. Auch, weil ich für mich nach einigem Nachdenken persönliche Erfahrungen mit geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung erkennen konnte. Und bald stellte sich heraus, dass es in unserer Gruppe nicht nur mir so ging, eigentlich konnte jede Frau beim Thema Gesundheit einen Diskussionsbeitrag leisten.

Doch worum geht es eigentlich beim Thema „Frauen im Gesundheitssystem“?

Hier geht es vor allem darum, wo wir bei der Gesundheitsversorgung stehen und wie wir behandelt werden. Dabei hören wir doch von politischer Seite immer wieder die Forderung nach mehr „Eigenverantwortung“. Und genau diese „Eigenverantwortung“ ist einer der wesentlichen Bestandteile des Frauengesundheitsberichtes.

Dieser „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, wie er eigentlich mit vollem Namen heißt, wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben und von zahlreichen Wissenschaftlerinnen und ein paar Wissenschaftlern im letzten Jahr fertig gestellt. Somit wurde endlich auch in Deutschland das Gesundheitssystem „gegendert“.

Im Folgenden möchte ich Ihnen eine Auswahl von Inhalten und Ergebnissen des Frauengesundheitsberichtes vortragen.

Uns, den Veranstalterinnen, ist wohl bewusst, dass wir nicht alle Fragestellungen, die Ihnen im Publikum möglicherweise bekannt sind oder mit denen die Eine oder der Andere schon berührt wurde, an einem Abend aufgreifen können.

Aber mit dieser Veranstaltung möchten DAB und Frauenring einen Impuls in die Stadt geben und dazu beitragen, den Frauengesundheitsbericht in Freiburg bekannt bzw. bekannter zu machen.

Beginnen möchte ich mit der Frage, ob Frauen unter „Gesundheit“ das gleiche verstehen wie Männer.

Denn, so ergaben die Untersuchungen des Berichtes, haben Frauen eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit und stellen damit verbunden spezifische Anforderungen an unser gegenwärtiges Gesundheitssystem.

Danach werde ich Ihnen die Ergebnisse des Berichtes in folgenden Punkten mitteilen:

- *Frauen und Herzinfarkt,*
- *Brustkrebs*
- *gynäkologisch gutartige Erkrankungen*
- *und zum Thema Reproduktive Gesundheit, am Beispiel von Schwangerschaft und Geburt.*

„Frauenherzen schlagen anders“, was für ein Quatsch, oder doch nicht?

Nein - Frauenherzen schlagen anders als Männerherzen. Genau das sagt der Frauengesundheitsbericht. und daran gibt es nichts zu rütteln.

Natürlich gehen die Wissenschaftlerinnen wissenschaftlich exakt auf 706 Seiten auf alle ermittelten Abweichungen ein.

Und natürlich kommen sie zu dem Ergebnis, dass so manches Frauenherz auch wie ein Männerherz schlägt. Aber eben nicht jedes.

- In der Tat, gibt es deutlich ausgeprägte Unterschiede zwischen Frau und Mann beim Thema Gesundheit.
- Denn die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse von Frauen sind anders als die von Männern.
- Deshalb es geht in der Konsequenz darum, die frauenspezifischen Bedürfnisse sichtbar zu machen und daraus Handlungsstrategien zu entwickeln.

Lassen Sie mich im Folgenden auf diese Unterschiede näher eingehen.

Was bedeutet „gesund sein“ für die große Zahl der Männer?

Sie definieren **Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit beschreibt für sie den Zustand der vollen funktionalen Leistungsfähigkeit.**

Aber wofür schlagen Frauenherzen?

Sie schlagen für

- **eine ganzheitliche Sicht von Gesundheit und Krankheit.**
für eine Sicht von Gesundheit und Krankheit, die die körperlichen Symptome in die Diagnose ebenso einbezieht wie das persönliche Lebensumfeld und die individuelle Lebenssituation.

Auch die Seele des Menschen soll in den Heilungsprozess eingebunden werden.

Dabei äußern Frauen eine ganze Reihe von Vorstellungen über Gesundheit:

- gesund fühlen sich Frauen, wenn sie sich wohl fühlen, letztendlich wenn sie mit ihrem Leben insgesamt zufrieden sind
- mit Gesundsein verbinden Frauen ein positives soziales Umfeld, in dem sie sich fähig fühlen, die Anforderungen zu erfüllen, die andere an sie stellen.
- Gesundheit ist für Frauen auch bewusstes Körpererleben, also körperliche und geistige Fitness ohne Schmerzen und Einschränkungen.
- Frauen sprechen von Gesundheit als dem höchsten Gut und das natürlich besonders in zunehmendem Alter.

Frauen sind also der Auffassung, dass ihre seelische, körperliche und soziale Situation zusammenspielt und für Gesundheit oder Krankheit maßgeblich ausschlaggebend ist:

Was heißt dies nun für unser Gesundheitssystem? Was erwarten Frauen also von unserem Gesundheitssystem?

- Frauen brauchen eine ganzheitliche „Behandlungskultur“.
- Dazu gehört insbesondere das Gespräch.

Frauenherzen schlagen für das **dialogische Gespräch** mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten.

Sie wollen als mündige Patientin, also

- auf einer Ebene
- getragen von gegenseitigem Respekt und
- gleichberechtigt

behandelt werden.

Sie fordern im Gespräch Achtung und Zugewandsein sowie fachlich gute Beratung. Ein solches **dialogisches Gespräch** empfinden Frauen als entlastend.

Sie fühlen sich in einer verständlichen Sprache informiert.

Sie sehen die behandelnde Person als Partner oder Partnerin auf dem Weg zur Gesundheit.

Unterschiedliche Behandlungswege werden im Hinblick auf selbstverantwortliche Entscheidungen angeboten und besprochen.

Und hier wage ich die folgende These: Das dialogische Gespräch muss Ausgangspunkt für die politisch geforderte Eigenverantwortung des mündigen Patienten oder der mündigen Patientin sein.

Einer Mehrheit von Frauen ist das **dialogische Gespräch** in der geschilderten Form wichtiger als das Geschlecht des Behandelnden.

Ob die Wahl auf einen Therapeuten oder eine Therapeutin fällt, spielt nur bei gynäkologischen Erkrankungen und in der reproduktiven Gesundheit, wie bei Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Menopause eine Rolle.

Frauenherzen schlagen auch für eine **präventive Gesundheitsversorgung**.

Sie wollen Gesundheit fördern und erhalten durch vielfältigere Angebote in Form von Kursen, Seminaren, Beratungsstellen und Gruppenarbeit.

Nicht nur die Früherkennung, sondern die Vorsorge soll in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden.

Der gesunde Mensch soll gesund bleiben und gar nicht erst erkranken.

Begleitend zu diesen Maßnahmen brauchen Frauen mit Kindern auch Entlastungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel eine qualifizierte Kinderbetreuung, familienfreundliche Arbeitsplätze und Kindergartenplätze.

Wie unterschiedlich Frauenherzen schlagen, wird besonders deutlich bei einer bestimmten Erkrankung, die hier beispielhaft genannt werden soll: beim **Herzinfarkt**.

Der Herzinfarkt endet besonders häufig tödlich – gerade bei Frauen nach der Menopause. Deshalb besteht hier besonderer Aufklärungsbedarf.

Warum diese Todeshäufigkeit bei Frauen? Das liegt einerseits daran, dass ältere und alte Frauen oft allein leben und niemand im Notfall da ist, der Hilfe holt. Andererseits aber werden von Angehörigen oder Anwesenden die Symptome von betroffenen Frauen häufiger als bei Männern fehlinterpretiert. Es hält sich hartnäckig das Vorurteil, der Herzinfarkt sei Männersache. Das stimmt so grundsätzlich nicht mehr. Leider sterben immer mehr Frauen am Herzinfarkt. Gerade bei jüngeren Frauen nimmt der tödliche Ausgang bei Herzinfarkt zu.

Dabei erhöht steigender Zigarettenkonsum das Risiko des Herzinfarktes im Durchschnitt um das Vierfache. Zudem fehlt es an in der Bevölkerung an Wissen über die bei Frauen andere Symptomatik bei Herzinfarkt. Im Gegensatz zu Männern Besonders treten bei Frauen häufig **schlagartige Übelkeit mit und ohne Erbrechen** und/oder **Schmerzen zwischen den Schulterblättern** auf, die von den Anwesenden nicht mit Herzinfarkt in Verbindung gebracht werden. Des weiteren treten bei Frauen immer noch deutlich häufiger ein Schmerz im linken Arm, Schweißausbruch und Schmerzen im Kiefer und Nacken auf. Allein das häufigste Symptom Brustschmerzen, eines von 10 möglichen Symptomen, zeigt sich bei beiden mit der größten Übereinstimmung (E 82% zu Γ 85%). Der Bericht fordert hier dringende Aufklärung der Bevölkerung.

Unter den Frauenkrankheiten ist **Brustkrebs** die häufigste Krebserkrankung und die häufigste Krebstodesursache. Die Erkrankungen stiegen in den vergangenen

Jahrzehnten kontinuierlich an. Tatsächlich erkranken in Deutschland jährlich etwa 46.000 Frauen an Brustkrebs und nahezu 19.000 sterben daran.

Der Frauengesundheitsbericht stellt zwar eine verbesserte Früherkennung und medizinische Versorgung für diesen Bereich fest. Dennoch werden aber auch fehlende Studien und Forschungsvorhaben aufgezeigt. Bisher wurden als Krankheitsursache vor allem individuelle Faktoren, wie Lebensstil, Gebärverhalten oder familiäre Häufigkeit der Krankheit untersucht.

So besteht enormer Forschungsbedarf bei der Frage, inwiefern Umweltfaktoren die Entstehung von Brustkrebs beeinflussen.

Gänzlich im Trüben fischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei der Frage, inwieweit psychosoziale Faktoren beim Verlauf der Krankheit eine Rolle spielen.

Also: die Frage, auf welche gesellschaftliche Unterstützung können Frauen mit Brustkrebs bauen oder auf welche Widerstände stoßen Frauen mit Brustkrebs. All dies führt zu der wichtigen Frage: wie gehen Frauen mit ihrer Brustkrebserkrankung um und wie verarbeiten sie diese.

Die im Frauengesundheitsbericht formulierten Forderungen nach einer Enttabuisierung der Krankheit und ihrer Folgen, beispielsweise der Brust-Amputation liegen demzufolge nahe.

Dies ist nicht möglich ohne eine breit angelegte intensive Öffentlichkeitsarbeit, die finanzielle Mittel erfordert.

Die **gynäkologischen Erkrankungen**, also die gutartigen Erkrankungen und Beschwerden der weiblichen Geschlechtsorgane, zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Frauen.

Junge Frauen leiden im Vergleich zu Frauen im mittleren und späten Erwachsenenalter häufiger an Entzündungen der Eierstöcke, des Eileiters und des Beckens, Frauen im mittleren Alter an Zyklusstörungen und Schmerzen, Frauen im „späten Erwachsenenalter“ an Gebärmuttervorfällen. Bei diesen Krankheitsbildern werden Frauen häufig krankgeschrieben oder sogar ins Krankenhaus überwiesen. Dort werden – ich beziehe mich hier auf die Zahlen von 1996 – 60 Prozent der Frauen im Unterleib operiert. Bei den gutartigen Brusterkrankungen liegt die Zahl sogar bei 70%. Hier wird uns allen deutlich, dass der Griff zum Skalpell bei gutartigen gynäkologischen Beschwerden ein typisches diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen ist.

Vor diesem Hintergrund fordern Wissenschaftlerinnen Angebote für Frauen, die umfassend über

- Operationen,
- deren Folgen,
- und -falls möglich - über alternative bzw. begleitende alternative Behandlungsmethoden

informieren. Sie fordern eine psychosoziale Unterstützung vor und nach den gynäkologischen Operationen.

Schon seit einer Frauengeneration stehen die **Gebärmutterentfernungen** im Mittelpunkt einer kritischen, frauenspezifischen Betrachtung von Gesundheit. Deshalb verwundert es natürlich nicht, dass der Frauengesundheitsbericht auch hier Stellung bezieht. Nach wie vor wird in Deutschland statistisch nicht erfasst, wie vielen Frauen jährlich die Gebärmutter entfernt wird und wenn ja, mit welchen Indikationen. Wie beim Brustkrebs, so werden Frauen auch nach einer Gebärmutterentfernung allein

gelassen. Sowohl für eine adäquate medizinische, als auch eine psychosoziale Versorgung von Frauen fehlen die dafür notwendigen Einrichtungen und Mittel.

Das wohl umfassendste Kapitel im Frauengesundheitsbericht ist der **Reproduktiven Biografie** von Frauen gewidmet. Sie, die reproduktive Medizin, begleitet Frauen durch ihr ganzes Leben. Sie reicht von der ersten Menstruation über Fruchtbarkeit, Fruchtbarkeitsstörungen, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, bis zu Verhütung, Geburt und Wechseljahre. Für viele Frauen ist die reproduktive Gesundheit heute wesentlich oder gar bestimmender Bestandteil ihres Lebens. Beispielhaft nennen möchte ich an dieser Stelle nur die Empfängnisverhütung oder die zwischenzeitlich in vielen Kreisen umstrittene Hormontherapie in der Menopause. Hier ist eine Pathologiesierung reproduktiver Phasen von Frauen festzustellen. Normale Ereignisse im Leben einer Frau, beispielsweise Schwangerschaft und Geburt werden wie „Krankheit“ behandelt. Gesunde Frauen, werden durch die Einnahme von Hormontabletten zu „Dauerpatientinnen“.

Typisch für Deutschland ist eine hohe Zahl der als Risiko eingestuften Schwangerschaften. Typisch für Deutschland ist aber zugleich auch eine sehr geringe Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Dabei werden zwei Drittel aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. Dies ist eine risikoorientierte Sichtweise. Sie sollte besser durch eine Sichtweise ersetzt werden, die Schwangerschaft und Geburt als „normal“ ansieht. Das heißt nicht zwangsläufig, eine geschärfte Aufmerksamkeit zu unterlassen.

Auch die Tatsache, dass vorzeitige Wehen oft auf psychosozial verursachte Komplikationen zurückzuführen sind, wird wissenschaftlich belegt. Die psychischen Folgen für die Frauen und die in diesem Zusammenhang wünschenswerte psychosoziale Begleitung, findet derzeit jedoch noch nicht statt.

Während auf der einen Seite also durch Pathologiesierung eine Überversorgung stattfindet, fehlt es auf der anderen Seite im gesamten Bereich der reproduktiven Gesundheit an psychosozialer Begleitung.

Das Konzept der **reproduktiven Biografie** bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die Funktionen im Zusammenhang mit Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt. Auch Frauen, die nie eine Blutung, nie heterosexuellen Geschlechtsverkehr oder nie Kinder hatten, haben ihre eigene reproduktive Biografie. Auch sie dürfen nicht ausgegrenzt oder bei der Diskussion um die gesundheitliche Versorgung gar vergessen werden. Jede Frau hat ihr Recht auf Gesundheit.

Packen wir es an und krempeln wir unser Gesundheitssystem um, denn Frauenherzen schlagen anders!

Aufgrund dieser Veranstaltung wurde die Regionalgruppe Freiburg des Deutschen Akademikerinnenbundes DAB 2004 eingeladen, anlässlich der

Eröffnung der Frauengesundheitstage vom 29.10. – 01.11.2004 in Offenburg

das Impulsreferat zu halten.

Diese Aufgabe nahm Dr. med. Helga Schulenberg wahr: siehe folgenden Vortrag.

Dorothee Niedzwetzki: Frauenherzen schlagen anders
und

Dr. Helga Schulenberg: Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die Frauengesundheit



Vortrag:

Die Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes vom 1.1.2004 auf die Frauengesundheit

Dr. Helga Schulenberg (DAB Freiburg und Deutscher Ärztinnenbund DÄB)

Seit dem 1.01.2004 haben wir ein Gesundheits“modernisierungs“gesetz (GMG)! Der Name allein ist für mich schon programmatisch.

Ein reformierendes Gesetz ist es nämlich nicht. Es handelt sich aus meiner Sicht um ein Gesetz, das der angeblichen Knappheit der Ressourcen unserer modernen Zeit angepasst wurde.

Bedauerlicherweise – für die im Gesundheitswesen Tätigen – wird seine Notwendigkeit mit einer angeblichen Kostenexplosion, die die sogenannten Leistungserbringerinnen und -erbringer (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pharmaindustrie, Physiotherapeutinnen und -therapeuten usw.) verursachen sollen, begründet.

Dabei wird völlig übersehen, dass das massive Einnahmeproblem, das die Kassen haben, eine ganz andere Ursache hat:

Die Gesundheitsausgaben sind seit Mitte der 90er Jahre relativ konstant geblieben. Sie betragen 10,9 % des Bruttoinlandproduktes.

Die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind um 1%-Punkt gestiegen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass seit Jahren die Bruttolohn- und Gehaltssumme, die als Bemessungsgrundlage dient, im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sinkt.

Daher bekommen die GKV im Verhältnis weniger Beiträge.

Hier werden Lösungsansätze diskutiert zur Finanzierung einer Erhöhung der Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung durch die sogenannte Bürgerversicherung oder die sogenannte Kopfpauschale.

Es sollen jetzt einige Beispiele angeführt werden, die die negativen Auswirkungen des GMG auf die gesundheitliche Versorgung der Frauen aufzeigen.

1. Zuzahlungen.

Alle gesetzlich Krankenversicherte haben die Auswirkung der Zuzahlungsregelungen zu spüren bekommen.

Da Frauen in der Mehrzahl zu den Geringverdienenden zählen, sind sie von dieser Regelung besonders betroffen.

Hinzu kommen die zurückgenommenen Sozialleistungen, die zu Recht keine Leistungen der Krankenversicherungen und deren Beitragszahler sein sollten, sondern durch Steuergelder finanziert werden sollten, wie z.B. Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld, Sterbegeld,

Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe im Krankheitsfall der Mutter sowie Übernahme der Kosten für unbezahlten Urlaub eines Elternteils im Erkrankungsfall des Kindes. Im Übrigen führen Stress, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und wirtschaftliche Not zu vermehrtem Suchtverhalten von Frauen sowie seelischen und körperlichen Erkrankungen.

2. DRG

Die DRG – eine Art Pauschale je Krankheitsfall im Krankenhaus – führt dazu, dass Patientinnen und Patienten früher entlassen werden, damit die Krankenhäuser wirtschaftlicher arbeiten können.

Frauen haben jedoch eine höhere Lebenserwartung und können damit auch im höheren Alter krank werden, erwartungsgemäß dann auch schwerwiegender und häufiger. Wenn sie frühzeitig oder schlecht versorgt in unzureichende pflegerische Verhältnisse entlassen werden, kann der Heilungserfolg in Frage gestellt sein.

Oder aber der meist ältere Partner, wenn er nicht vor der Frau gestorben ist, wird entlassen und sie muss seine, sie meist völlig überfordernde Pflege übernehmen: ich habe eine 85jährige hilflose Patientin, die allein ihren 90-jährigen Ehemann pflegt!! Umgekehrt ist der Partner selten pflegeerfahren, so dass die Frauen auch in dieser Situation benachteiligt sind.

3. Häusliche Krankenpflege

Frauen sind heute noch immer diejenigen, die die Pflege meist der Eltern oder Schwiegereltern übernehmen. Dadurch werden sie an einer Berufsausübung gehindert. Sie können dadurch wohl eine Rentenanwartschaft erwerben, aber nicht in der Höhe, wie sie sie bei der Ausübung ihrer Berufe erwerben könnten. Aber es ist immerhin schon ein großer Fortschritt, dass durch die häusliche Pflege Rentenanwartschaften erworben werden können. Dies ist eine Änderung des Bewusstseins und damit zukunftsweisend!

4. Das von der GKV gewünschte Hausarztssystem

Es steht in der Diskussion, die Patientinnen und Patienten von den Zuzahlungen zu befreien, die sich in ein Hausarztnetz einschreiben. Damit fallen die Härtefallregelungen weg. Dies hat wiederum die Konsequenz, dass alleinerziehende, geringverdienende, arme und alte Frauen auf die freie Arztwahl verzichten werden. Der Zugang zum qualifizierten Facharzt wird somit gesperrt. Hiervon sind besonders chronisch Kranke betroffen (letzteres ist aber kein geschlechtsspezifisches Problem).

Verschlimmert würde die Situation zusätzlich, wenn tatsächlich die Familienversicherung für Kinder und nicht erwerbstätige Frauen aufgehoben würde und somit die finanzielle Belastung für die oben angeführte Gruppe der Bevölkerung zusätzlich verstärkt würde.

5. Ungewollte Schwangerschaften

Die Gefahr der Zunahme der ungewollten Schwangerschaften wächst. Weil Frauenärztinnen und -ärzte nur dann die Möglichkeit haben, auf die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zu

verzichten, wenn sie keine Beratung anbieten, werden diese auch nicht mehr stattfinden. Infolgedessen fehlt die Aufklärung über Verhütung, Nebenwirkung auf Zyklus, Kinderwunsch, Thrombose- und Emboliegefahr.

(Abgesehen davon, dass eine ärztliche Behandlung ohne Beratung ethisch zu hinterfragen ist).

6. Gefährdung der Schwangeren und des Kindes:

Leistungsansprüche während der Schwangerschaft im Bereich der Vorsorge wurden verringert:

- a) Medikamente gegen Eisenmangel
- b) Magnesiumtabletten
- c) Jodid
- d) Tokolyse
- e) Kompressionsstrümpfe

müssen zumindest mitfinanziert werden.

Es werden nur noch 3 Ultraschalluntersuchungen von der GKV bezahlt.

Und diese, obwohl 2/3 der Schwangerschaften zumindest 1 Risiko aufweisen!

7. Verhütung

Die Verhütung wird wieder zur Frauensache werden, da die Kosten für die Unterbindung der Samenleiter nicht mehr von den Kassen übernommen werden wird (obwohl die Pille für die Frau auf die Dauer teurer ist und die Einnahme ein wesentlich größeres gesundheitliches Risiko darstellt).

8. Heilmittel (KG und LD z.B.)

Da Frauen sich erwiesenermaßen mehr um ihrer Gesundheit und die Prävention von Erkrankungen kümmern, sind sie auch da benachteiligt, weil die Verordnungen budgetiert sind.

Insbesondere Mamaamputierte mit Lymphödem sind benachteiligt. Abgesehen davon, dass Frauen generell häufiger unter Lymphödemen leiden.

9. Hilfsmittel

Das sind Kompressionsstrümpfe, Einlagen und anderes mehr. Die Kosten für konfektionierte Strümpfe, d.h. nicht nach Maß angefertigte, werden zwar noch übernommen. Wer gezwungen ist, sie zu tragen und sich jemals mit schlecht sitzenden hat plagen müssen, weiß, was das bedeutet. Abgesehen davon, dass durch schlechten Sitz die Gefahr einer Stauung und Thrombose eher erhöht wird. Meist führt der schlechte Sitz auch dazu, dass auf das Tragen der Strümpfe generell verzichtet wird. Hinzu kommt, dass auch hier Frauen eher die Strümpfe tragen als Männer, selbst wenn gleicher Bedarf bestünde.

Dadurch sind auch hier im besonderen Maße Frauen, aber auch Behinderte benachteiligt.

10. Transportkosten

Diese werden nur noch in Ausnahmefällen übernommen. Da die Frauen im Allgemeinen die Geringerverdienenden mit mehr „Frei“zeit sind, übernehmen sie überwiegend die Transporte, indem sie Kinder, Nachbarn und Eltern zur Behandlung bringen.

Zusammenfassender Kommentar

Wieso kommt es zur Benachteiligung der Frauen?

Weil die Politik die Notwendigkeit des Genderaspektes noch immer nicht genügend berücksichtigt.

Was müsste geändert werden?

- a) geschlechtsdifferenzierte Erhebung von Gesundheits- und Krankheitsdaten
- b) regelmäßige Gesundheitsberichte über Frauen in den Ländern der Bundesrepublik
- c) Forschung über Frauengesundheit und – krankheit
- d) Aus- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Tätigen muss sich am Genderaspekt orientieren
- e) Die Gesundheitsvorsorge der GKV muss ebenfalls nach Geschlechtsdifferenzierung erfolgen
- f) Diagnosen und Therapie bei chronischen Krankheiten müssen gegendert werden
- g) Die Öffentlichkeitsarbeit für den Paradigmenwechsel hinsichtlich des weiblichen Rollenklischees und der Schönheitsideale muss verstärkt werden
- h) Gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen berücksichtigen, dass Frauen für Stress empfänglicher sind
- i) Es müssen regionale Arbeitsgruppen mit dem Schwerpunkt der weiblichen Gesundheit gegründet werden, am besten zusammen oder im Rahmen von Frauen- und Familieneinrichtungen
- j) Förderung der Frauengesundheit durch gerechtere Verteilung der Erwerbs – und Familienarbeit (Zunahme der Frühgeburten durch Familien- und Berufstress sowie Unehelichkeit und finanzielle Not ist nachgewiesen)
- k) Sexuelle, körperliche und psychische Gewalt gegen Frauen müssen in der Öffentlichkeit problembewusst gemacht werden.
- l) Wenn diese Aspekte, zusammen mit der Tatsache, dass mehr Frauen an entscheidungsrelevanten Stellen in Politik, Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitswesen arbeiten sollten, berücksichtigt würden, wäre das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ein echtes Gesetz, das der Modernisierung dient und das die Belange des größeren Anteils der Bevölkerung, nämlich der Frauen, berücksichtigt.

Dr. med. Helga Schulenberg

Fachärztin für Chirurgie, Handchirurgie
Mitglied im Deutschen Akademikerinnenbund DAB e.V. – Regionalgruppe Freiburg
und im Deutschen Ärztinnenbund DÄB