

Frauengesundheit – Bestandsaufnahme und neue Wege
Rede Ulrike Hauffe 31.01.2015

1. Frauengesundheit meint Selbstbestimmung	2
2. Wenn das Kind zur Frau wird, beginnt die Fremdbestimmung.....	3
3. Schwangerschaft als Krankheit – auch das ist fremdbestimmt.....	3
4. Was heißt Selbstbestimmung heute?	4
5. Die Medikalisierung des Frauenlebens: Mother’s little helper	5
6. Die besten Jahre? Geringschätzung des weiblichen Alters	5
7. Exkurs Herz-Kreislauf: Androzentrismus ist tödlich – für Frauen	6
8. Beforscht wird, was für wichtig und profitabel gilt.....	7
9. Politisch wirken, Teil 1: Soziale Fragen der Frauengesundheit.....	7
10. Frauen sind nicht gleich Frauen: differenzierte Ansätze nötig	8
11. Politisch wirken, Teil 2: Akteure versammeln, Zustände bewegen	9
12. Exkurs: Berufe in der Medizin – Augenhöhe Fehlanzeige.....	10
13. Von der Pathogenese zur Salutogenese: Schwangerschaft/Geburt.....	11
14. Der Bremer Weg	12
15. Frauengesundheit im Fokus.....	13

1. Frauengesundheit meint Selbstbestimmung

Gesundheit ist der Bereich, in dem das Ringen um Gleichberechtigung, um gleiche Chancen zwischen den Geschlechtern besonders existenziell wird – weil es hier um Leib und Leben geht. Frauengesundheit, die im Zuge der Frauenbewegung zur Disziplin wurde, meint die Selbstermächtigung von Frauen, die Rückgewinnung der Deutungshoheit über den eigenen, weiblichen Körper und den Kampf gegen das Krankmachen von Frauen. Schulmedizin war und ist in großen Teilen immer noch Medizin von Männern für „Menschen“. Vieles ist hier in Bewegung und in Veränderung, keine Frage. Doch der „Markenkern“ der Frauengesundheitsbewegung bleibt virulent. Die Frage: wer bestimmt über meinen Körper? ist heute so aktuell wie vor 30 Jahren. Stichwörter sind hier: Medikalisation der Lebensumbruchphasen Pubertät, Schwangerschaft mit der Pränataldiagnostik und PID, Geburt mit dem Kaiserschnitt, Wechseljahre, Schönheits-OPs, etc. Die Frauengesundheitsbewegung hat die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen thematisiert und damit für die Integration des Versorgungsthemas in das Gesundheitswesen gesorgt – durchaus mit großen Fortschritten seitdem.

Frauengesundheit ist eine Graswurzelbewegung, entstanden im Zuge der Frauenbewegung in den 70er und 80er Jahren. Männermedizin für „Menschen“ wurde damals von uns hinterfragt, deutlich hinterfragt und wir entwickelten eigene Wege, forderten das Anerkennen des Andersseins, des „Eigenseins“ des weiblichen Organismus und eine Berücksichtigung der Unterschiede. Viel davon ist inzwischen in die Schulmedizin eingegangen. Doch in der allgemeinen Wahrnehmung ist der weibliche Körper - nach wie vor - vor allem ein potenzieller Krankheitswirt. Wenn ein Mädchen heute ihre erste Regel hat, dann ist das für viele erstmal ein Grund zur Sorge. Der erste von ab da fortlaufend auftretenden Gründen zur Sorge, weil der Körper ab dem Moment, wo aus dem Kind eine Frau wird, zum permanenten Risikofaktor wird. Anstatt zum Hort von Kraft und Können. Und da fühlt es sich für eine wie mich, für die der Bereich Frauengesundheit mit ihrem ganzen beruflichen Leben eng verknüpft ist, schon manchmal so an, als würde ich und würden wir denselben Stein immer wieder den Berg hochrollen – nur um ihn dann wieder runtertrudeln zu sehen. Aber es gibt auch Steine, die bleiben oben, und das macht Mut. Ich möchte Ihnen in der Folge den zentralen Aspekt der Fremd- und Selbstbestimmung verdeutlichen. Es gibt viele Felder, da haben wir viel erreicht, es gibt andere, auch neue Felder, da schleicht sich Fremdbestimmung durch die Hintertür wieder herein. Und es gibt Ansätze, wie wir dies erfolgreich abstellen. Nochmals: Es geht um Selbstermächtigung, um Rückgewinnung der Deutungshoheit, also um die Definitionsmacht, es geht um den Kampf gegen das Krankmachen von Frauen. Und eines sei an

dieser Stelle deutlich gemacht: Selbstbestimmung ist dann immer die Abwehr von Fremdbestimmung und nicht die pervertierte Interpretation, dass Selbstbestimmung das „Kaufladenprinzip“ sei – bedeutet; Frau hat das Recht alles zu bekommen, was angeboten wird. Welch eine Entpolitisierung!

2. Wenn das Kind zur Frau wird, beginnt die Fremdbestimmung

Aber jetzt der Reihe nach. Die Einverleibung des Frauenkörpers in einer androzentrierten Medizin beginnt spätestens, wenn aus dem – ich sag's mal böse: unschuldigen – Kinderkörper ein Frauenkörper wird. Der ist natürlich nicht schuldig, aber schuldig. Sofort wird er in Schach gehalten: erster Besuch in der gynäkologischen Praxis, HPV-Impfung, Pille, inzwischen schon in jungen Jahren zunehmend Schamlippenkorrekturen. Die Ästhetik hält mit: die – unschuldige – unbehaarte Kinderscheide ist das Ideal, es wird rasiert und das, was man dann ungleich sieht, abgeschnitten. Was für ein archaisches, frauenverachtendes Bild liegt hier zugrunde, in den Tiefen des Unbewussten. Der Geschlechtsakt als den Frauenkörper beschmutzendes, schuldig machendes Geschehen: Verhütung ist seit langer Zeit Frauensache, das junge Mädchen nimmt die Pille. Wenn es beim Geschlechtsverkehr krank wird, ist es selber schuld – etwa nicht geimpft? Stimmen, die auf das kleine Spektrum der Wirksamkeit der HPV-Impfung hinweisen sowie auf die noch unzureichend erforschten Nebenwirkungen oder unterbewerteten Risiken, blieben lange ungehört oder wurden als unverantwortlich beschimpft. Die „Pille danach“ wird in Deutschland erst jetzt von der Rezeptpflicht befreit, nachdem alle Sachverständigen (außer der Berufsverband der Frauenärzte) die Freigabe befürwortet haben, der Bundesrat dies dreimal gefordert hat und es in fast allen europäischen Ländern längst üblich ist. Bei uns musste erst die EU-Kommission kommen, bevor der Gesundheitsminister endlich reagiert hat. Bis heute müssen Frauen in einer akuten Notsituation einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, oft am Wochenende mit entsprechenden Wegen und Wartezeiten, bevor sie das Medikament bekommen, von dem sie längst wissen, dass sie es brauchen. Das ist Fremdbestimmung über den weiblichen Körper pur.

3. Schwangerschaft als Krankheit – auch das ist fremdbestimmt

Die heutige Gynäkologie normiert und pathologisiert weibliche Geschlechtlichkeit – ich meine hier: das „Fach“ Gynäkologie. Sie isoliert den weiblichen Körper vielfach von der Lebensgeschichte der Frauen. So geschieht die Umdeutung weiblicher Lebenszyklen als riskante Ereignisse. Frauen sehen keine andere Wahl, als sich der Medizin und ihren

Versprechungen anzuvertrauen. Die Lebensphase Schwangerschaft und Geburt ist hier das Paradebeispiel. Durch die im Mutterpass genannten Risikofaktoren beim Schwangerschaftsverlauf müssen Schwangere den Eindruck bekommen, sie seien ein potenziell gefährliches Umfeld für ihr Kind. Und nur durch die zunehmende Inanspruchnahme technischer Kontrollen wie Ultraschall, pränatale Untersuchungen und Tests seien diese Gefahren beherrschbar. Das entwickelte Kontrollsystem ist nicht nur Ausdruck spezifischer Fürsorge, sondern in erheblichem Maße bestimmt durch das dahinter liegende Finanzierungssystem. Auch die hohe Kaiserschnittquote in Deutschland von über 30 Prozent ist nur zu einem Teil medizinischer Notwendigkeit geschuldet, stattdessen einer Vielzahl von auch wirtschaftlichen Faktoren, die im Klinikablauf liegen oder auch in Begleitung und Beratung der Schwangeren und ihres Umfeldes; auch die Forensik spielt ihr Spiel.

4. Was heißt Selbstbestimmung heute?

Und wer jetzt, in den 20ern, kein Kind bekommt, kann sich Eizellen einfrieren lassen, damit die eigene Karriere erstmal vorangebracht – oder auch der Profit des Unternehmens ohne Störung gesteigert – werden kann. Social Freezing, Pränataltests, PID, Schönheits-OPs – all das steht in meinen Augen in einem Argumentationsstrang, der das mühsam errungene „Mein Bauch gehört mir“ ins Gegenteil verkehrt. Die ethischen Fragen, über die zu sprechen sind, sehe ich hier allzu oft beiseite gewischt. Oder anders: In der Möglichkeit des Machbaren liegt der Zwang zum Tun. Die Reproduktionsmedizin hat sich weitgehend etabliert und die Technikanwendung im Bereich Fortpflanzungsmedizin scheint nahezu selbstverständlich. Entsprechend werden Verfahren wie PID oder Eizellenspende von der Wissenschaft vorangetrieben und auch von Frauen eingefordert. Die Argumente der ReproduktionsmedizinerInnen betonen die Wünsche von Frauen und argumentieren mit deren Selbstbestimmungsrecht. Wir müssen klären, welche gesellschaftlichen Folgen – vor allem für Frauen – sich ergeben aus diesen Vorstellungen der Machbarkeit eines gesunden und „passgenauen“ Kindes. Erweitert die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmung von Frauen oder schafft sie neue Zwänge und Normen? In der vermeintlichen Wahlfreiheit ist der Vorwurf „Warum nimmst du es nicht in Anspruch, wenn es doch geht?“ immer gleich mitgedacht. Das meint eine einwandfreie Eizelle dann, wenn es passt, ebenso wie ein gendefektfreier Embryo und einen glatten Barbie-Look untenrum forever. „It’s cheaper to keep her“, hat dazu übrigens ein bekannter US-Intimchirurg gesagt, als er die Scheidenverengung als großen Vorteil

für Ehemänner anpries: Es ist billiger die Alte (Frau) zu behalten und sie mit einer neuen Vagina auszurüsten.¹ Soviel zur Freiheit von Frauen.

5. Die Medikalisierung des Frauenlebens: Mother's little helper

Wenn die Kinder dann da sind, Mütter gleichzeitig berufstätig und häufig stark beansprucht bis überlastet - dann steigt im Frauenleben der Verbrauch von Psychopharmaka stark an. Liegt es an der Doppelbelastung, dass Frauen häufiger als Männer Psychopharmaka auf Rezept bekommen? Die heißen ja auch „mother's little helper“. Oder liegt es an den Ärztinnen und Ärzten? Laut Statistik nehmen Frauen bei psychischen Problemen häufig Medikamente ein. Aber es ist nicht klar, ob Frauen wirklich öfter Schlafstörungen, Schuldgefühle oder Angststörungen haben als Männer oder ob sie sich Probleme eher eingestehen und ärztliche Hilfe suchen. Es gibt Anzeichen, dass Männer dann eher zu Alkohol und anderen Drogen greifen. 2010 bekamen Frauen im Schnitt für 33 Tage ein Psychopharmakon verordnet, Männer nur für 21 Tage. Dass Frauen mit der Diagnose „Depression“ anders behandelt werden als Männer, ist Fakt: Jede zweite Frau mit Depressionen bekommt den dann üblicherweise verordneten Medikamententyp, aber nur jeder fünfte Mann.²

6. Die besten Jahre? Geringschätzung des weiblichen Alters

In älteren Jahren werden Frauen weniger Medikamente verordnet als Männern. Statt dessen kaufen sie jede Menge pflanzliche und homöopathische Produkte gegen Beschwerden in den Wechseljahren. Sie ersetzen (nur zum Teil!) die Hormone, von denen seit 2002 abgeraten wird, weil in großen Studien klar wurde, wie schädlich sie sind. Zuvor galten sie lange als Jungbrunnen. Die Geschichte der Hormonsubstitution in und nach den Wechseljahren zeigt vor allem Macht, Einfluss und Erfolg der Pharmaindustrie. Und die Gynäkologie wird nicht müde, immer neue Normen aufzustellen, wie eine gesunde Frau beschaffen sein muss. Zu allen Zeiten ihres Lebens. Die Motive und Strategien der Pharmaindustrie sind eindeutig: Ihr geht es um die Sicherung und den Ausbau von Absatzmärkten. Die Motivlage von Ärztinnen und Ärzten ist anders, vielschichtiger – aber eine Grundidee und der Nährboden für Hormon“behandlungen“ ist die geringe Wertschätzung des weiblichen Alters und die Überhöhung der Jugend.

¹ Jasmin Andresh, Glatt wie Barbie, in: FrauenRat 6/14, S. 28

² Elke Büser, Von der Wiege bis zur Bahre: Die Medikalisierung des Frauenlebens, in FrauenRat 6/14, S. 12.

Fazit bis hierher: von der Frauwerdung bis ins Alter jede Menge Baustellen. In meinen Augen gilt es, auf diesen – und neu dazukommenden – Baustellen auf verschiedenen Ebenen tätig zu sein und abschätzen zu lernen, an welcher Stelle welcher Hebel am meisten Wirkung Richtung Selbst-Ermächtigung zeigt. Welche Akteure bestimmen im Gesundheitswesen: Die Ärzteverbände, die Krankenkassen, das BMG, der Gemeinsame Bundesausschuss, ganz wichtig: die Pharmaindustrie, fachpolitische Gremien; Patientinnen und Patienten am wenigsten.

In der Frauenbewegung haben wir gelernt, dass wir politisch werden müssen, wenn wir wirken wollen. Das gilt auch für die Frauengesundheit. Hier gibt es die frauenpolitische Ebene, auf der wir wirken. Frauenpolitik ist nicht subsummierbar hier zum Beispiel unter die Gesundheitspolitik. Frauenpolitik hat einen wichtigen unabhängigen parteilichen Status. Es gibt z.B. Wirtschaftsinteressen, die wir transparent machen müssen. Und es gibt die medizinisch-handwerkliche Ebene, auf der wir sicherstellen müssen, dass gesicherte Erkenntnis umgesetzt wird. Hier kurz ein Beispiel:

7. Exkurs Herz-Kreislauf: Androzentrismus ist tödlich – für Frauen

Obwohl Frauen viele Medikamente einnehmen, gibt es deutliche Hinweise auf Unterversorgung von Frauen. Bei Bluthochdruck sind sie schlechter eingestellt als Männer. Erleiden dadurch mehr Frauen als Männer einen Schlaganfall? Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – der häufigsten Todesursache von Frauen statt wie häufig angenommen Krebserkrankungen – gereicht ihr Geschlecht Frauen zum Nachteil. So bekommen sie seltener als Männer einen Defibrillator, wenn sie unter Herzkammerflimmern leiden. Und wenn Frauen einen Herzinfarkt bekommen, wird er oft nicht als solcher erkannt. Der Geschäftsmann – als Prototyp, der Freitagabend beim Treppensteigen Schmerzen im linken Arm bekommt, ist sofort mit der richtigen Diagnose im Krankenhaus. Die Frau hat Schmerzen in der Brust, im Rücken vielleicht, erbricht, schleppt sich durchs Wochenende und versorgt Großeltern, Kinder, Haustier, Haushalt, Mann (erwiesenermaßen auch in der Reihenfolge), geht Montag oder Dienstag zum Hausarzt und kommt dann ins Krankenhaus. Wir kennen die Unterschiede in der Symptomatik oder in der Wahrnehmung von Männern und Frauen bei Herzinfarkt gut. Aber es gibt kaum Forschung dazu, ob sich wirklich die Symptome unterscheiden oder ob es die Wahrnehmung der Patientin oder die Interpretation der Ärzte ist³. Auch in der Arzneimittelforschung im Herz-

³ Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek: Frauengesundheit- Erkenntnisse und Impulse für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen, in: Frauen.Gesundheit.NRW, S.10

Kreislauf-Bereich bleibt ein breiter Gender Gap: Arzneimittel, die Herz und Blutgefäße schützen können, wurden überwiegend in Studien mit Männern erforscht. In den letzten Jahrzehnten ist der Anteil reiner Männerstudien zu Herz-Kreislauf-Mitteln sogar gestiegen, der Anteil reiner Frauenstudien gesunken. Dabei wissen wir, dass Männer und Frauen Arzneimittel unterschiedlich verarbeiten.⁴

8. Beforscht wird, was für wichtig und profitabel gilt

Forschung wird an dem betrieben, was für wichtig und anerkannt gehalten wird – und was finanziert wird. Nur ein Bruchteil von Forschung wird öffentlich finanziert. Die Setzung von Forschungsprioritäten bestimmt auch, woran Frauen in Zukunft leiden werden: die Betonung bestimmter Symptome beeinflusst ärztliches Bewusstsein, Handeln und Erkennen. Bestimmte Krankheitsbilder bekommen eine größere fachliche Aufmerksamkeit und gesellschaftliche Popularität. Andere Erkrankungsformen, die weniger gut finanziertes Forschungsinteresse auf sich ziehen, werden auch weniger in einschlägigen Medien besprochen und sind so in der allgemeinen Wahrnehmung weniger präsent. Sie erscheinen als unbedeutender, nebensächlicher und zu vernachlässigen. Das, woran Frauen leiden, ist das, wofür Forschende, Ärztinnen und Ärzte und die Industrie sie als leidend halten.

Diesen Mechanismus gilt es transparent zu machen, wo nötig anzuprangern.

Hier ist auch das Mammografie-Screening zu verorten, das nicht unwesentlich von Geldinteressen bestimmt wurde. Das flächendeckende Screening ist nun durch Studien als das entlarvt, als dass wir es in Bremen – wo eines der Pilotprojekte lief – von Anfang an bezeichnet haben: als unterm Strich für die Frauen negativ in der Abwägung von möglichem Schaden und möglichem Nutzen.

9. Politisch wirken, Teil 1: Soziale Fragen der Frauengesundheit

Gesundheitspolitik ist in hohem Maße Sozialpolitik. Die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit hat unmittelbar mit Einkommen und Bildung zu tun. Das gilt für Männer und für Frauen. Frauen haben – anders als Männer – in ihrer Biografie bestimmte Schnittstellen, an denen die Armutsgefährdung hoch ist. Der Übergang von Schule in Beruf ist eine solche Schnittstelle, Mutterschaft eine weitere, Arbeitslosigkeit, Trennung und natürlich das Alter. Wesentliche Aufgabe einer auf Frauen ausgerichteten Gesundheitsförderung wird also der Umgang mit der sozialen Situation von Frauen sein. Wohnverhält-

⁴ Elke Büser, a.a.O.

nisse, verdichtete Arbeit, Gewalterfahrungen, Ohnmachtsgefühle sind krank machende Faktoren. Frauen haben ein höheres Armutsrisiko und damit ein höheres Gesundheitsrisiko. Frauen leben durchschnittlich 81 Jahre, Männer 75 Jahre. Die Frauen mit dem höchsten Einkommen leben im Schnitt acht Jahre länger als die Frauen mit dem niedrigsten Einkommen. Bei Männern macht diese Differenz zehn Jahre aus. Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung haben sich die sozialen Unterschiede bei der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten ausgeweitet.⁵

10. Frauen sind nicht gleich Frauen: differenzierte Ansätze nötig

Je wohlsituerter, desto gesünder? Für eine Krankheit gilt das nicht: An Magersucht erkranken insbesondere Mädchen der höheren Schichten. Anorexia nervosa und Leistungsdruck, Ansprüche an sich selbst und das Gefühl ungenügend zu sein, stehen in unmittelbarer Verbindung. Magersucht ist die Erkrankung mit der höchsten Todesrate bei jungen Menschen. Der Zusammenhang soziale Stellung/Erwartung und Erkrankung ist hier evident.

Ein anderes ebenso deutliches Beispiel: Frauen mit Behinderung sind eklatant öfter sexueller, physischer, aber auch psychischer Gewalt ausgesetzt als Frauen ohne Behinderung. Dies hat eine repräsentative Studie im Auftrag des BMFSFJ vor drei Jahren ergeben. Ihre Gesundheit ist damit deutlich gefährdeter als die nicht behinderter oder beeinträchtigter Frauen.

Frauen sind nicht gleich Frauen. Gesundheitsförderung muss differenziert und zielgruppenspezifisch auf die jeweils besondere Lebenslage Bezug nehmen. Nun liegt der Entwurf eines Gesetzes „zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ vor. Hier wird deutlich die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gestärkt, neben der betrieblichen Gesundheitsförderung. Und im § 2 b (Artikel 1) ist formuliert, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist. Und in § 20 ist festgelegt, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Zwar klingen diese Formulierungen noch sehr allgemein – einer Gesetzesfassung entsprechend, spannend und zu verfolgen wird sein,

⁵ Die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) bildeten die Grundlage für eine Analyse zeitlicher Entwicklungen in Bezug auf soziale Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr (Kibele et al. 2013). Untersucht wurden Unterschiede nach Einkommen (Entgeltpunkte) und Berufsstatus, der Beobachtungszeitraum erstreckte sich von 1995 / 96 bis 2007 / 08. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die sozialen Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung vergrößert haben. ...

wie die Auskleidung dieser Anforderungen geschehen wird. Wir sollten daran mitwirken und Einfluss nehmen!

Und wir sollten darauf achten, dass vorhandene Ansätze, die den Kriterien der Geschlechtersensitivität entsprechen, weiterhin so gut wirken. Als Beispiel sei hier das Müttergenesungswerk (www.muettergenesungswerk.de/) genannt, das eindeutig für MGW-Kurmaßnahmen nur die Kurkliniken akzeptiert, die Konzepte mütterspezifischer (und auch väterspezifischer) Versorgung entwickelt und umgesetzt haben und damit auch zertifiziert werden. Wie modern das MGW ist zeigt sich auch darin, dass durch die Stiftung „Sorgearbeit“ nicht nur kurbedürftige Väter eine Maßnahme bekommen können, sondern auch die größer werdende Zahl von pflegenden Angehörigen – in der Regel Frauen, mit einem für deren Lebenslage spezifischen Ansatz.

11. Politisch wirken, Teil 2: Akteure versammeln, Zustände bewegen

Es gibt eine Reihe von Beispielen guter Praxis, wie die Frauengesundheitsbewegung den Interessen von Frauen und ihrer Selbstbestimmung Wege bahnt und Fremdbestimmung in Frage stellt. An erster Stelle ist hier ganz sicher der AKF e.V., der bundesweite Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (www.akf-info.de) zu nennen, der viele Akteurinnen der Frauengesundheit – aus unterschiedlichen Fachdisziplinen - aus Wissenschaft, Praxis, Beratung und Politik vereint und mit fundierten wie pointierten Stellungnahmen, mit Veröffentlichungen und Studien immer wieder dazu beiträgt, ein Stück „Gegenöffentlichkeit“ zu etablieren, gängige Behandlungs- und Erklärungsmuster zu hinterfragen. In frauengesundheitspolitischen Fragen wird der AKF längst als wichtiger Player wahrgenommen. Interdisziplinäre Gremien wie diese sind selten in Deutschland. Gibt es sie, sind sie äußerst schlagkräftig. Die Bremer „Version“ des AKF, das bremer forum frauengesundheit, ein Zusammenschluss aller in der Frauengesundheit tätigen Einrichtungen und Verbände (derzeit 44), hat für Bremen viel bewegt. So ist hier die Initiative für eine der wenigen gynäkologischen Praxen in Deutschland für mobilitätsbehinderte Frauen entstanden, die Praxis konnte 2012 eröffnet werden. Auch das Bündnis für natürliche Geburt, das ich Ihnen gleich noch erläutere, nahm hier seinen Ausgang. Unser forum frauengesundheit wurde vom Städte- tag als Modell guter Praxis anderen Kommunen zur Nachahmung empfohlen.

Sich einmischen, ist die simple wie effektive Devise solcher Gremien. Frauen müssen sich einmischen. Die Selbstverwaltung von Krankenkassen, die einiges zu bestimmen hat in unserer Gesundheitslandschaft, ist dominiert von – pardon – männlichen Rent-

nern. Frauen sind hier massiv unterrepräsentiert. Ich kann Sie alle nur ermutigen sich hier zu tummeln – es lohnt sich. Die nächsten Sozialwahlen finden 2017 statt und jetzt konstituieren sich die Vereine, die zur Wahl antreten werden.

Transparenz herstellen, Ermächtigung schaffen, ist eine weitere Prämisse. Frauen sollen selbst entscheiden können, wenn es um ihre Gesundheit geht. Dafür brauchen sie bestmögliche, evidenzbasierte und – wichtig! – gut verständliche Information. Damit sie sich in die Lage gesetzt fühlen, nicht nur in reinem Vertrauen auf die Güte weißer Kittel Ja sagen zu müssen, sondern auch Nein sagen zu können oder eine zweite und dritte Meinung einzuholen. Auch hier hilft Gemeinsamkeit. Das Nationale Netzwerk Frauengesundheit (<http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/>) ist ein Zusammenschluss von Vertreterinnen aus Verbänden und Vereinigungen, die bundes- oder landesweit zum Thema Frauen und Mädchen und Gesundheit / Gesundheitsförderung arbeiten. Mitglieder sind z.B.: der Bundesverband der Frauengesundheitszentren, die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF), Pro Familia, die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), der Ärztinnenbund, die Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit“ in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS), die Verbände Berlins, Bremens, Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens, etc. Ein Kernthema des Netzwerks ist die unabhängige Patientinneninformation, die sie in Ratgebern und Stellungnahmen weitergibt und hierfür auch gelegentlich angefeindet wird – weil es in unserem hierarchischen Medizinbetrieb immer noch als Majestätsbeleidigung gilt, ärztlich gesetzte Meinung in Frage zu stellen. Aber wer sollte denn die Majestät sein: doch die Patientin, oder?

12. Exkurs: Berufe in der Medizin – Augenhöhe Fehlanzeige

Gesundheitsberufe sind hierzulande meist weiblich und nicht akademisch. Arzthelferinnen sind nahezu ausschließlich weiblich, Krankenpflegepersonal zu 85 Prozent. Nur im ärztlichen Bereich liegt der Frauenanteil unter 50 Prozent. Im Medizinbetrieb in Deutschland ist hierarchisches Denken stark ausgeprägt. Das ist in anderen Ländern der EU anders, dank einer breiteren medizinischen Ausbildung auch der so genannten Hilfsberufe. Auch wir brauchen dringend mehr Durchlässigkeit, mehr Miteinander auf Augenhöhe statt Sackgassenberufe ohne weitergehende Perspektive. Die Böll-Stiftung hat vor der letzten Bundestagswahl eine gesundheitspolitische Kommission eingerichtet, in die auch ich berufen wurde. In dem Band „Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen“ haben wir uns

auch zur Reorganisation der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit geäußert – mit der Formulierung: die Aufgabe der Kapitänsprinzips.

13. Von der Pathogenese zur Salutogenese: Schwangerschaft/Geburt

Was Akteurinnen im Bereich der Frauengesundheit, in Fragen von Befähigung und Selbstermächtigung bewegen können, ist gerade dort zu besichtigen, wo um das Wohl aller Beteiligten zum vermeintlichen Wohl derselben am heftigsten gerungen wird: bei Schwangerschaft und Geburt. Der Kampf gegen ihre Medikalisierung und Pathologisierung ist mit mir und meinem Berufsweg eng verbunden. Deshalb möchte ich Ihnen kurz darstellen, wie hier aus meiner Sicht trotz oder gerade wegen ungebrochen schwerwiegender Befunde ein deutliches Umdenken eingesetzt hat – von der Pathogenese zur Salutogenese.

Schwanger zu sein ist für Frauen heute vielfach vor allem ein Abenteuer: ein Ausflug in eine bis dahin fremde Welt, den sie vielleicht einmal im Leben unternehmen, vielleicht noch ein zweites Mal, seltener mehrfach. Sich seinem Körper zu überlassen, macht heutzutage vor allem Angst – statt dass es Vertrauen schafft. Und viel zu oft haben Frauen keine Chance, nach einer gelungenen natürlichen Geburt zu verstehen: Ja, mein Körper ist dafür gemacht. Weil die Geburt ihres Kindes vielleicht nicht die Zeit bekam, die sie brauchte, weil die Geburt bestimmt war von eingreifenden Maßnahmen, weil am Ende vielleicht ein Kaiserschnitt stand.

In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Kaiserschnitttrate in Deutschland verdoppelt. Und das Wort „Geburt“ mutiert im Alltags- und Fachsprachgebrauch zu „Entbindung“. Wie fatal! Warum? Als Frau gebäre ich, es ist also ein Begriff für mein aktives Tun. Die Geburtshelfenden „entbinden“ jedoch, d.h., schon in der Begrifflichkeit ist das Gebären in die Hände der Fachleute gerückt. Lassen uns also wieder den Begriff des „Gebärens“ reaktivieren.

Dass es in der Geburtshilfe dringenden Handlungsbedarf gibt, ist inzwischen im politischen Bewusstsein angekommen, und zwar in ganzer Breite. Bei der Konferenz der Frauen- und Gleichstellungsministerinnen und -minister (GFMK), die im vergangenen Herbst in Wiesbaden stattgefunden hat, verabschiedeten alle 16 Bundesländer einen Antrag Niedersachsens, Bremens und Nordrhein-Westfalens, der die zu hohen Kaiserschnitttraten hinterfragt und der fordert, „Fehlanreize zulasten einer natürlichen Geburt“ zu verhindern. Dass also etwas ganz gewaltig schief läuft in der derzeitigen Infrastruktur, in der Kinder zur Welt kommen, ist jetzt endlich Konsens. Dafür haben frauengesund-

heitspolitische Zusammenschlüsse auf Bundes- und Landesebenen lange gekämpft. Nun geht es endlich weiter. Selbstverständlich wird von manchen Seiten gefragt, warum das Thema Kaiserschnitt ein frauen(gesundheits)politisches und nicht nur ein medizinisches sei. Die Antwort ist einfach: weil die Strukturen im Gesundheitswesen häufig handlungsleitend sind und nicht der Respekt vor der Befähigung von Frauen, ihrem Können. D.h., sie werden ihrer Fähigkeit enteignet – und das ist deutlichst ein frauenpolitisches Thema.

14. Der Bremer Weg

In Bremen ist es – nachdem unser „forum frauengesundheit“ den Anstoß gegeben hatte – dem Gesundheitssenator und mir vor einigen Jahren gelungen, gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie Hebammen aus Kliniken und Praxen, mit Kinderärztinnen und Kinderärzten und auch Krankenkassen das „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ zu gründen, als bundesweit erstes seiner Art. Ziel war, gemeinsame Empfehlungen für die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt zu erarbeiten, um so den primär gesunden Prozess der Schwangerschaft zu unterstützen, Hindernisse zu analysieren und möglichst zu überwinden. Die Beratung von Frauen und Paaren soll gestärkt, Informationsdefizite so vermindert werden. Klinikorganisation und Versorgungsstruktur sollen unter die Lupe genommen werden, wie sie das Vorgehen von Geburtshelferinnen und Geburtshelfern sowie Hebammen beeinflussen – um hier etwas ändern zu können. Vor kurzem hat das Bündnis seine Arbeit zusammengefasst und insgesamt 26 Empfehlungen ausgesprochen, von einer breiten Kampagne zugunsten der natürlichen Geburt bis hin zu detaillierten Hinweisen in den Beratungs- und Versorgungsabläufen. Entscheidend dabei ist das Miteinander aller Akteurinnen und Akteure, das gemeinsame Wollen trotz häufig entgegenstehender logistischer oder wirtschaftlicher Faktoren.

Der AKF regte bei allen GesundheitsministerInnen der Länder die Nachahmung des Bremer Modells und die Gründung eigener Bündnisse zur Förderung einer normalen Geburt an. Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat vor einem Jahr die Einrichtung eines „Runden Tisches Geburtshilfe“ beschlossen. Baden-Württemberg hat einen großen Aufschlag gemacht. Auch weitere Bundesländer ließen sich anregen. Schon Jahre zuvor gründete der AKF eine Kampagne „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“ und veranstaltete im letzten Jahr in Berlin beim Gemeinsamen Bundesausschuss die in der Folge bedeutende

Tagung „Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken, die normale Geburt fördern“. Dem vorausgegangen war ein Antrag, im Rahmen der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele ein neues Gesundheitsziel festzulegen: Gesundheit rund um die Geburt. Und nun arbeiten seit gut einem Jahr Expertinnen und Experten an diesem Ziel mit einem beschlossenen salutogenetischen Ansatz, das dann Empfehlungscharakter haben wird. Warum berichte ich so ausführlich darüber? Weil aus meiner Sicht hier bei einem wichtigen frauengesundheitspolitischen Anliegen kluge und konsequente Strategien verfolgt wurden und werden, deren Systematik übertragbar ist. Unter dem Motto: aus den Prozessen lernen – auch für andere frauengesundheitspolitische Anliegen!

15. Frauengesundheit im Fokus

Natürlich heißt das nicht (automatisch), dass die immens hohen Schnitttraten jetzt auf ein Normalmaß zurückgehen werden. Natürlich ist hier immer noch viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten, sind Abläufe in Frage zu stellen – und vor allem: Frauen von ihren Fähigkeiten zu überzeugen, statt sie in Frage zu stellen. Aber ein struktureller Anfang ist gemacht, ein gemeinsamer Wille formuliert, weitere Schritte verabredet. Frauengesundheit beginnt hier, in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken – nicht als der mehr oder minder störende Sidekick, als der sie immer wieder gesehen wurde und häufig noch wird. Jetzt wird es darum gehen, auf diesen Erkenntnissen fußend Maßnahmen zu entwickeln und Strukturen zu verändern. Und es wird darum gehen, die Belange von Frauen im Gesundheitswesen und bei allen hier handelnden und entscheidenden Personen weiter zu formulieren und zu festigen.

Wie dies weiterhin gelingen kann, dazu werden Sie alle heute einen deutlichen Teil beitragen.

Ich wünsche Ihnen (und mir) heute einen spannenden Tag mit fruchtbarem Austausch und guten Ergebnissen, danke Ihnen für die Möglichkeit, hier sprechen zu können und freue mich auf das, was jetzt kommt.