

## **Vortrag: „Nutzt Frauen Prävention? Nutzt das geplante Präventionsgesetz Frauen?“**

*von Petra Kolip*

Die Antwort auf die Frage, ob Prävention Frauen nutzt, ist sehr komplex und hängt vom Blickwinkel ab. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Lebenserwartung von Frauen in Deutschland gut 5 Jahre höher ist als die der Männer (82,1 Jahre vs. 76,6 Jahre) und dieser Unterschied lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass sich Frauen gesundheitsförderlicher verhalten: Sie konsumieren weniger Alkohol, rauchen seltener (zumindest im mittleren Lebensalter, nicht aber in den jüngeren Altersgruppen), sie verhalten sich in Sport und Freizeit vorsichtiger und verursachen weniger Unfälle und sie nutzen häufiger Krebsfrüherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen und nehmen häufiger die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch. So erstaunt es nicht, dass die vorzeitige Sterblichkeit (d.h. die Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) von Frauen an Herzinfarkt, Leberzirrhose, Lungenkrebs und Unfällen nur halb so groß ist wie bei den Männern. Die längere Lebenserwartung von Frauen lässt sich also drauf zurückführen, dass sie pfleglicher mit ihrem Körper umgehen und präventiven Gedanken gegenüber aufgeschlossener sind als Männer. Soweit, so gut? Die Kehrseite der Medaille zeigt sich darin, dass Frauen damit auch häufiger ein schlechtes Gewissen gemacht wird, wenn sie sich eben nicht gesundheitsförderlich verhalten und damit dem Geschlechtsstereotyp widersprechen.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist die höhere Präventionsaffinität von Frauen durchaus kritisch zu beobachten. So fällt ins Auge, dass vor allem Frauen höherer sozialer Schichten durch die Präventionsangebote der Krankenkassen erreicht werden – nicht zuletzt deshalb, weil sie mit Kosten verbunden sind und auf die Lebensweisen und Motivationslagen von Frauen mit mittlerem oder höherem Bildungsniveau abgestimmt sind. Hierdurch wird die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit noch verstärkt: Teilt man die Bevölkerung nach ihrem Einkommen in vier gleich große Schichten, dann beträgt der Abstand in der Lebenserwartung zwischen dem obersten und dem untersten Viertel fünf Jahre (bei den Männern sind es sogar 10 Jahre). In den vergangenen Jahren hat sich dieser Unterschied vermutlich noch vergrößert: Die Möglichkeiten, Präventionsangebote mit Mitteln der GKV zu finanzieren, wurde – politisch durchaus gewollt – zu Marketingzwecken genutzt. Welche Kasse könnte daran interessiert sein, ein gutes Präventionsangebot für sozial Benachteiligte aufzulegen, wenn es dazu führt, dass diese Personengruppe dann der Kasse beiträgt und sich dann die so genannten "schlechten Risiken" bei dieser Kasse sammeln? So verwundert es

nicht, dass sozial Benachteiligte, z.B. Personen mit sehr niedriger Schulbildung, Personen mit sehr niedrigem Einkommen, (Langzeit-)Arbeitslose, BewohnerInnen in sozialen Brennpunkten (heute "Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf"), Alleinerziehende, MigrantInnen mit schlechten Deutschkenntnissen, AsylbewerberInnen und „Papierlose“, weibliche (und männliche) Prostituierte, Strafgefangene und Wohnungslose aus dem Präventions- und Gesundheitsförderungsfokus herausfallen. Sie gelten als schlecht erreichbar – aber ein Blick auf die Anbieter zeigt auch, dass kein wirkliches Interesse besteht, sich auf diese Personengruppen einzulassen.

Ein weiterer Grund nährt die Skepsis gegenüber dem Nutzen der Prävention für Frauen: Da Frauen gegenüber Präventionsangeboten aufgeschlossener sind, sind sie auch eher bereit, für unnütze Leistungen Geld auszugeben. Mit den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden Angebote an den Mann oder an die Frau gebracht, deren wissenschaftlicher Nutzen (mit wenigen Ausnahmen, z.B. reisemedizinische Leistungen) nicht erwiesen ist und die aus diesem Grund nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, die eine Repräsentativbefragung von 3.000 Versicherten zugrunde liegt, zeigt, dass mit den individuellen Gesundheitsleistungen viel Geld verdient wird: 16 Mio. Versicherte haben im Jahr 2005 mindestens eine IGeL angeboten bekommen, der Umsatz wird auf etwa 1 Mrd. Euro geschätzt. Etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte glaubt nach einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung, dass sie die eigene Praxis ohne individuelle Gesundheitsleistungen nicht mehr wirtschaftlich betreiben können. Welche Leistungen werden erbracht und wer bietet diese an? Laut WidO/VZ NRW handelt es sich bei 10,5% der Fälle um ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, bei 21,8% um Ultraschalluntersuchungen, in der Regel im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (vgl. Abbildung 1). So verwundert es nicht, dass ein Drittel aller Anbieter (32,8%) Gynäkologinnen und Gynäkologen sind (dicht gefolgt im Übrigen von Augenärztinnen und -ärzten, die Augeninnendruckmessungen anbieten). Nicht jedes Angebot führt allerdings auch zu einer Inanspruchnahme: Gut die Hälfte der ergänzenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (55,4%) und etwa zwei Drittel der Ultraschalluntersuchungen (68,8%) wurden auch realisiert.

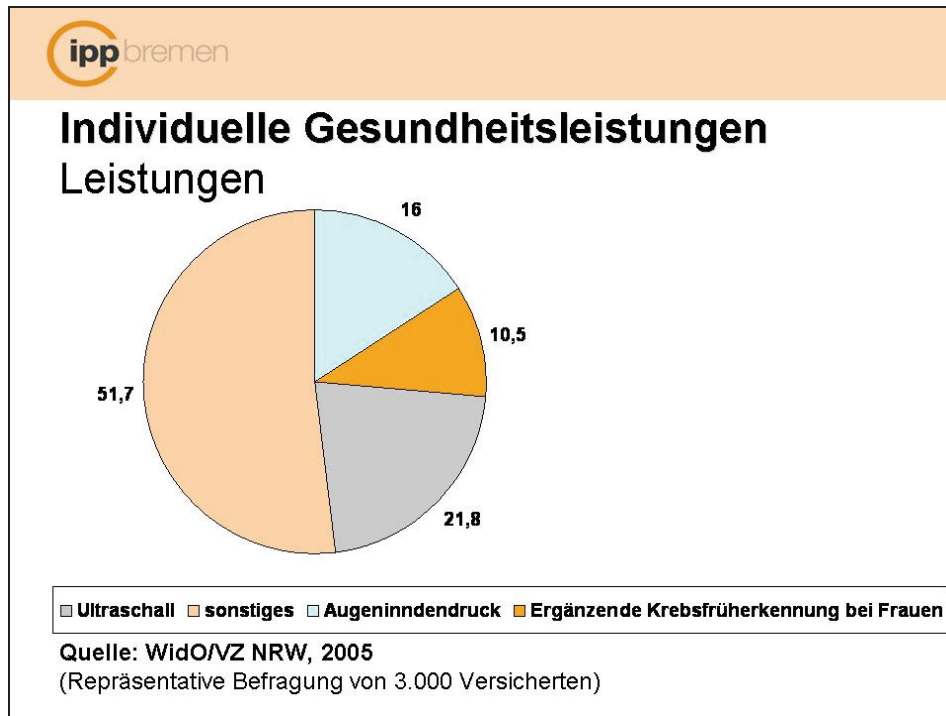


Abbildung 1: Individuelle Gesundheitsleistungen

Bemerkenswert ist auch, dass das Angebot vor allem einkommensstarken PatientInnen angeboten wird und dass diese das Angebot u.a. deshalb nicht ablehnen, weil sie eine Verschlechterung des Arzt/Ärztin-PatientInnenverhältnisses befürchten - ein Hinweis auf das in vielen Fällen noch immer bestehende Abhängigkeitsverhältnis in der ärztlichen Praxis.

Als letzter Punkt ist anzumerken, dass Frauen nicht nur unnütz Geld ausgeben, sondern dass sie mitunter auch ihre Gesundheit gefährden, weil Präventionsangebote mehr Schaden als Nutzen anrichten bzw. weil die Nutzen-Schadens-Bilanz nicht eindeutig geklärt ist. Beispiele gäbe es viele, vom Mammographie-Screening bis zur HPV-Impfung, erwähnt werden soll an dieser Stelle lediglich die Hormontherapie in den Wechseljahren. Als in den 1980er Jahren der positive Effekt auf Knochendichte und Lipidprofil entdeckt wurde, weitete sich die Zielgruppe rapide aus. Nicht mehr nur Frauen mit Wechseljahrsbeschwerden erhielten die Medikamente, sondern die Präparate wurden als "Präventionspille" vermarktet, weil alle Frauen aufgrund der Tatsache, dass sie älter wurden, als Risikogruppe identifiziert wurden. Zwar haben kritische Frauengesundheitsforscherinnen und -praktikerinnen bereits früh vor den Risiken gewarnt, dennoch nahmen die Verordnungen einen rasanten Aufstieg, der im Jahr 2000 in Deutschland seinen Höhepunkt erreichte (vgl. Abbildung 2). Mit den Ergebnissen der Women's Health Initiative im Jahr 2002 hat sich die wissenschaftliche Evidenz verändert. Nunmehr ist klar, dass die Risiken den Nutzen übersteigen, weil insbesondere das Risiko für eine Brustkrebserkrankung ansteigt. Die Hormonverordnungen sind drastisch zurück gegangen, von 1999 bis 2005 haben sie sich um 58% reduziert. Und doch: Noch immer

erhalten 1,5 Mio. Frauen postmenopausale Hormonpräparate, darunter viele Über-60-Jährige (vgl. Abbildung 3). Dies weist auf ein eklatantes Kommunikationsdefizit in vielen ärztlichen Praxen hin. Fast schon skandalös ist der Befund, dass die Hormonverordnungen fast ausschließlich in der Gruppe der gut gebildeten Frauen zurück gehen, während Frauen unterer sozialer Schichten nach wie vor ungebrochen die Präparate verordnet bekommen, wie das Robert Koch-Institut jüngst zeigte. Auch fällt auf, dass nach wie vor die Risiken der Hormontherapie heruntergespielt werden (so z.B. auf der Patientinnenseite des Berufsverbandes der Frauenärzte) – der Flyer des AKF "Hormone? Eine Entscheidungshilfe" hebt sich hier aufgrund seiner sachgerechten Information wohltuend vom Gros der (pharmafinanzierten) Broschüren ab, die in vielen Arztpraxen ausliegen.

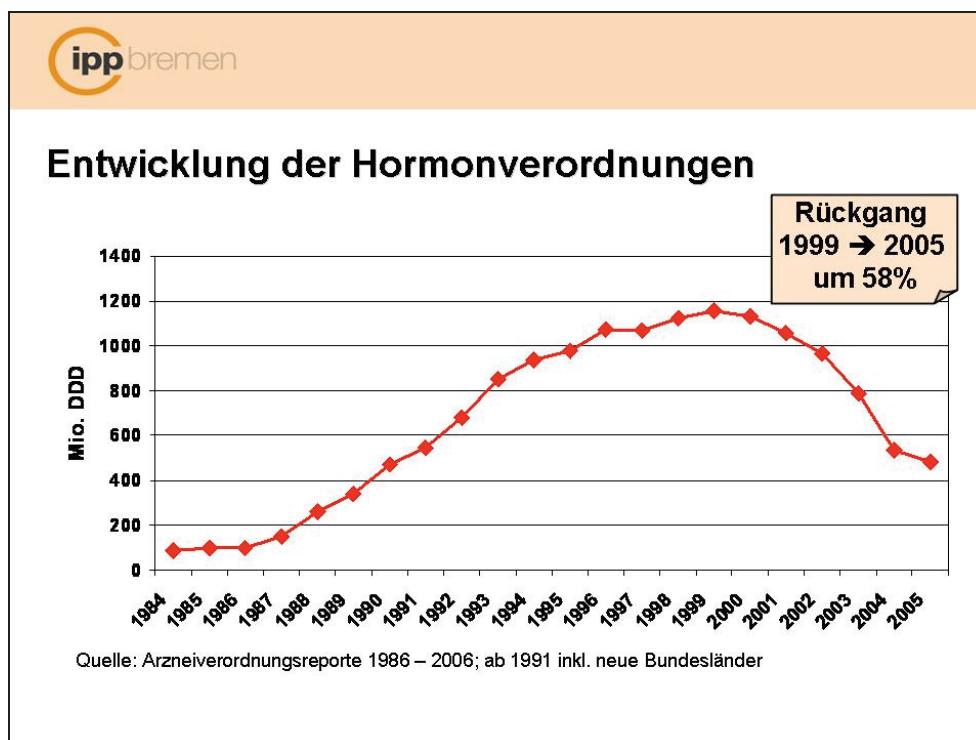


Abbildung 2: Entwicklung der Hormonverordnungen

Als Fazit lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass Prävention zwar sinnvoll ist, dass aber gesichert sein muss:

- dass Frauen vor unsinnigen Angeboten geschützt werden
- dass die Qualität der Angebote gesichert wird und
- dass auch und gerade sozial benachteiligte Frauen von Präventionsangeboten profitieren.