

**Gesundheitsreformen - Ziele, Chancen und Konflikte aus der  
Geschlechterperspektive  
Ellen Kuhlmann, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen**

Diese Jahrestagung des AKF stellt das Gesundheitssystem selbst ins Zentrum der Debatte. Sie bringt neue Perspektiven in das Jahrhundertthema "Modernisierung der Gesundheitsversorgung" ein - und vermutlich auch neue Kontroversen. Das ist durchaus ein Novum in der deutschen Reformdebatte, die immer noch überwiegend "ohne Ansehen des Geschlechts" und vorbei an den Forderungen und Erfahrungen der Frauengesundheitsbewegung und der geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung geführt wird.

Ich möchte in meinem Beitrag zeigen, dass die Einmischung in die Gesundheitsreformen aus mehreren Gründen dringend notwendig, aber auch lohnenswert ist. Die Chancen für geschlechterpolitische Forderungen haben sich verbessert. Seit 2000 zeichnet sich ein deutlicherer Wandel in der Reformdebatte ab: Kostendämpfung und Kostenbegrenzung spielen immer noch die Hauptrolle. Aber der Horizont wird zunehmend um qualitative Veränderungen erweitert; es geht auch um neue Inhalte und neue Organisationsformen des Versorgungssystems. Diese neuen und weiterführenden Ansätze in der gesundheitspolitischen Reformdebatte möchte ich hier aufgreifen und systematisch aus der Geschlechterperspektive beleuchten. Kurz: Es geht also darum, Gender Mainstreaming nicht nur auf Teilaspekte, sondern auf die Reformmodelle insgesamt anzuwenden.

Ich nehme die Ziele und Konzepte der Reformen beim Wort und greife die zentralen Stichworte auf: Integrierte Versorgung, PatientInnenorientierung, Zielgruppen, Prävention und das Qualitätsmanagement, das mit der Definition von Leitlinien und Versorgungsstandards und der Umsetzung evidenzbasierter Medizin verknüpft ist. Diese Maßnahmen sollen die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ebenso wie die Beteiligungschancen von PatientInnen verbessern. Diese Ziele klingen doch irgendwie bekannt: Hat nicht die Frauengesundheitsbewegung genau diese Forderungen seit Jahren auf der Tagesordnung - von dem in dieser Form neuen Qualitätsmanagement einmal abgesehen - und mittlerweile auch einige Praxiserfahrungen vorzuweisen? Die Reformmodelle bieten also offensichtlich Anknüpfungspunkte für eine frauengerechte Versorgung, aber diese bleiben in Politik und Praxis vielfach unsichtbar. Mehr noch: Frauengesundheitsprojekte und auch die Patientinnen sehen sich mit erheblichen Einschränkungen und neuen Belastungen konfrontiert. Bestehende Benachteiligungen von Frauen sind also lange noch nicht überwunden und neue Probleme kommen hinzu. Erinnerung sei daran, dass Frauen als Akteurinnen in den Schaltstellen der Gesundheitspolitik sowohl auf Seiten der Ärzteschaft als auch der Krankenkassen immer noch marginal sind.

Die Reformmodelle müssen in zwei Richtungen ausgeleuchtet werden:

1. Bringen die Reformmodelle neue Chancen für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung - Was haben Frauen von den Modernisierungsprojekten?
2. Wie trägt die Geschlechterperspektive zur Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung bei - Was hat das Gesundheitssystem von der Geschlechterperspektive?

Schauen wir uns die Reformkonzepte, die Strategien und die Ziele der Gesundheitspolitik im Einzelnen an. Ich frage jeweils nach Anknüpfungspunkten, aber auch nach Defiziten.

### **Integrierte Versorgung**

Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und die Einführung integrierter Versorgungsmodelle sind ein Schlüssel für grundlegende Veränderungen des gesamten Gesundheitsversorgungssystems. Integrierte Versorgungsmodelle sollen die Struktur der Einzelpraxen ersetzen und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsanbieter verbessern. Übereinstimmend werden international in der ambulanten Versorgung die höchsten Potenziale vermutet, um die Effizienz und Qualität zu verbessern. Sektorübergreifende Zusammenarbeit, Multidisziplinarität, Teamkonzepte und flachere Hierarchien sind hier die zentralen Stichworte.

Diese Konzepte machen zunächst Hoffnung auf Veränderungen für PatientInnen und für Beschäftigte. Vor allem: Sie bieten neue berufliche Chancen für die Gesundheitsberufe mit durchgängig sehr hohen Anteilen von Frauen. Integrierte Versorgungsformen können als Motor der Professionalisierung genutzt werden, wie die Entwicklungen in den angloamerikanischen Ländern belegen. Sie bieten auch für Ärztinnen neue berufliche Chancen, denn mit der Allgemeinmedizin wird ein Bereich aufgewertet, in dem Frauen häufiger als in der gesamten Profession vertreten sind. Galt die im Vergleich zu Männern geringere Quote von Fachärztinnen bisher als beruflicher Nachteil von Frauen, so könnte sich die Rangordnung medizinischer Fachgebiete zukünftig umkehren. Auch hierfür liegen bereits Belege vor allem aus den USA vor. Gute Gründe also, die für die Reformkonzepte sprechen.

Zugleich sind die Schwachstellen und die Defizite der deutschen Variante der integrierten Versorgung und der Hausarztmodelle erheblich. Das Hauptproblem liegt darin, dass sie auf die Ärzteschaft begrenzt bleiben. Integrierte Versorgung heißt in Deutschland: verbesserte Zusammenarbeit der Ärzteschaft! Weder die Gesundheitsberufe noch die PatientInnen sind hinreichend integriert; die Hausarztmodelle sind ein deutlicher Beleg dafür. Diese deutsche Variante steht jedoch im Widerspruch zu den Empfehlungen und Definitionen der Weltgesundheitsorganisation. Sie entspricht auch nicht den Modellen der Primärversorgung in den angloamerikanischen Ländern, die bekanntlich in anderen Aspekten vielfach richtungsweisend für die Reformen in Deutschland sind.

Demzufolge ist integrierte Versorgung ein flexibles Konzept, das durchaus auch anders umgesetzt werden kann, als es gegenwärtig in Deutschland erfolgt.

## **Disease Management-Programme**

Die Entwicklungen werden noch deutlicher, wenn wir uns die DMPs als das Schlüsselkonzept der Gesundheitsreformen anschauen. Diese neuen strukturierten Behandlungsprogramme bieten einerseits neue Möglichkeiten für frauenspezifische Forderungen: Der in Deutschland bisher nicht bekannte Zwang, Standards zu definieren und die Ergebnisse zu evaluieren, lenkt den Blick auch auf die auffälligen Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit. Mit der steigenden Transparenz der Versorgungsleistungen und der zunehmende Kontrolle der Angebote verbessern sich die Möglichkeiten, den Anteil des Versorgungssystems selbst an diesen Geschlechterunterschieden kritisch zu prüfen. Die Unterschiede werden zunehmend begründungsbedürftig, und dies führt zu der entscheidenden Frage: Wer zählt als Standard? Wie, mit welchen Methoden und nach wessen Interessen wird definiert, was evident ist? Und was gilt als Verbesserung der Qualität? Bei allen Problemen und ungeklärten Fragen, die sich um die DMPs ranken, in einem Punkt sind sie ohne Zweifel innovativ: Sie verbessern die Chancen, Geschlechterfragen direkt in die Konzepte und Instrumente zu integrieren. Frauengerechte Versorgungsformen können so zu einem Kriterium der Qualität und Effizienz der neuen Organisations- und Steuerungsmodelle gemacht werden.

Für das Disease Management-Programm (DMP) für koronare Herzkrankheiten (KHK) habe ich diese Fragen im Rahmen einer Expertise für die BKF/AKF bearbeitet und praxisbezogene Möglichkeiten der Verknüpfung von Gender Mainstreaming und Reformmodellen aufgezeigt ([www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann](http://www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann)). Es zeigten sich hier wesentliche Versorgungsdefizite und Fehlversorgungen insbesondere von Frauen. Über die gesamte Versorgungskette hinweg sind die Angebote auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Männern zugeschnitten; die Evidenz der Leitlinien gilt in vielen Punkten nur für Männer, aber nicht für Frauen. Hinzu kommt, dass Frauen zum Beispiel in der Arzneimittelversorgung seltener als Männer nach diesen Leitlinien behandelt werden. Bezeichnend ist auch, dass Frauen mit KHK als die Abweichung von der Norm wahrgenommen werden, die zusätzliche Belastungen für die Ärztinnen und Ärzte darstellen.

Das "Standardmodell Mann" der KHK-Versorgung wird bisher in dem DMP weitgehend reproduziert, und vielleicht sogar noch verstärkt durch die Definition von Standards. Es zeigt sich zwar bei unterschiedlichen Akteuren aus der Ärzteschaft und den Krankenkassen eine zunehmende Sensibilität für Geschlechterfragen, aber bisher mangelt es daran, diese Initiativen zu bündeln. Es mangelt vor allem daran, die Berücksichtigung von Geschlechterunterschiede als rechtliche Verpflichtung - statt einer galanten Geste gegenüber den Frauen - für alle Akteure zu definieren und wirksame Sanktionen einzuführen.

## **DRGs im Krankenhaussektor**

Ergänzend ein kurzer Exkurs in den Krankenhaussektor, in dem die Einführung der DRGs das Schlüsselkonzept der Reformen darstellt. Die Vor- und Nachteile dieses neuen Vergütungssystems kann und will ich hier nicht bewerten. Nur soviel: Mit den DRGs erhöht sich der Zwang, den stationären Aufenthalt zu verkürzen. Das mag gesundheitspolitisch sinnvoll und manchmal auch im Interesse der PatientInnen sein. Es bleibt aber die Frage: Wer füllt entstehende Lücke, wer versorgt die früher entlassenen PatientInnen zu Hause? Eine entsprechende Struktur der häuslichen Versorgung fehlt bisher in Deutschland. Es ist also abzusehen, dass die durch die DRGs hervorgerufene Lücke im Versorgungssystem vor allem von Frauen kompensiert wird: Als Partnerinnen, Töchter und Mütter sehen sie sich mit einem neuen und höheren Bedarf an Betreuungsarbeit konfrontiert, die entsprechenden Belastungen und die Nachteile der betreuenden Frauen auf dem Arbeitsmarkt sind hinreichend bekannt. Sie werden aber bisher nicht thematisiert. Hinzu kommt, dass Untersuchungen aus dem Reha-Bereich darauf hindeuten, dass Frauen stationäre im Vergleich zu ambulanten Versorgungsangeboten bevorzugen; auch diese Bedürfnisse von Frauen werden bei der Einführung der DRGs nicht berücksichtigt.

## **PatientInnenorientierung**

Die Verbesserung der Patientenorientierung gehört zu den wesentlichen Stichworten in den Reformdebatten. Hier zeichnen sich seit kurzem Veränderungen ab. So können die Einführung einer Patientenvertretung auf Bundesebene sowie die neuen Beteiligungschancen von Patientenvertretungen in zentralen Steuerungsausschüssen durchaus als ein Beleg für den Reformwillen gesehen werden. Wenn PatientInnen mehr Mitsprachemöglichkeiten erhalten, bieten sich grundsätzlich auch neue Möglichkeiten für die Forderungen von Frauen. Auch sind die Anknüpfungspunkte deutlich: Die Einbeziehung von Patientinnen in therapeutische Entscheidungen, gleichberechtigte Beziehungen zwischen den Professionellen und den Patientinnen und das Empowerment von Frauen sind die zentralen Forderungen der Frauengesundheitsbewegung schon in den 1970er Jahren gewesen. Dieser "Doppelblick" auf die Interessen von Frauen als Beschäftigte und Nutzerinnen und die Frage nach Gemeinsamkeiten zeichnen die Frauengesundheitsbewegung aus.

Ich möchte hier die Geschichte bemühen und an die Erfolge von Frauen, konkret Schwangeren, bei den Veränderungen in der Geburtshilfe seit Ende der 1970er Jahre erinnern. Ich möchte vor allem in Erinnerung rufen, dass es hier um Rechte von Frauen ging! Das belegt zuallererst der Kampf um den § 218, aber auch die Veränderungen in der Geburtshilfe und die neue - oder wieder entdeckte - Bedeutung der Hebammen in der Gesundheitsversorgung. Schauen wir uns nun im Vergleich dazu die Reformmodelle an, und ich beziehe mich hier nochmals auf die DMPs, dann werden die Unterschiede sichtbar. Es zeichnen sich drei zentrale Problemfelder der gegenwärtigen Modelle der PatientInnenorientierung ab:

1. "Patienten" werden als sozial undifferenzierte Gruppe behandelt; damit werden die unterschiedlichen sozialen Positionen und die unterschiedlichen Möglichkeiten von Frauen und Männern, Beteiligung einzufordern, unsichtbar gemacht.
2. Es geht es vor allem um Pflichten und "Eigenverantwortung" der PatientInnen und weniger um Rechte.
3. Es geht vor allem um "Schulung" der PatientInnen, nicht um Empowerment. Beteiligung und Information bleiben so eine "Einbahnstraße" von ÄrztInnen zu PatientInnen. Es wird nicht gefragt, was PatientInnen wissen wollen und welche Form der Kommunikation sie wünschen; die Frage lautet vielmehr, was sie wissen sollen, um die neue Rolle der marktfähigen und marktwilligen "Expertenpatienten" auszufüllen. Werden die PatientInnen befragt, zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen dem gesundheitspolitischen Konzept der Patientenorientierung und den Interessen und Bedürfnissen der PatientInnen. Die paternalistische Struktur des Gesundheitssystems steht einem Empowerment entgegen.

## **Zielgruppen**

Weitere Möglichkeiten für eine frauengerechte Versorgung bietet die Zielgruppenorientierung. So ist beispielsweise die Evidenz einer Therapie an den Nachweis für Zielgruppen gebunden, um die höchste Stufe der Evidenz zu erreichen. Die Zielgruppenorientierung kann genutzt werden, um die Bedürfnisse von Frauen als sozialer Gruppe gegenüber einem scheinbar geschlechtsneutralen "Standardmodell" in der Versorgung sichtbar zu machen und entsprechende Angebote einzufordern. Sie kann aber vor allem genutzt werden, um den unterschiedlichen Versorgungsbedarf in der Gruppe der Frauen sichtbar zu machen. Die Frauengesundheitsforschung hat hier zahlreiche Defizite offen gelegt und wiederholt auf einen hohen Handlungsbedarf hingewiesen. Das gilt vor allem für die Versorgung von Migrantinnen, von alten Frauen, von Lesben und von Frauen mit kleinen Kindern; ebenso mangelt es an Versorgungsangeboten für Frauen mit Gewalterfahrungen. Diese Beispiele zeigen, dass Bedarfslagen nicht nur zwischen Frauen und Männern verschieden sind, sondern auch innerhalb der Gruppe der Frauen variieren.

Zugleich werden Zielgruppen auch gegen die Geschlechterperspektive ausgespielt. Das zeigt sich zum Beispiel, wenn die auffälligen Geschlechterunterschiede in der KHK-Versorgung auf Altersunterschiede in der Prävalenz der KHK bei Frauen und Männern reduziert werden, wie es häufig geschieht. Hier sind alle gefordert, eine angemessene Balance zwischen frauenspezifischen und zielgruppenorientierten Forderungen herzustellen. Damit ist jedoch die zentrale Herausforderung an Frauenpolitik und ein Thema angesprochen, das die feministische Debatte der letzten Jahre dominiert. Es geht um die Kategorie Frau als politischer Bezugspunkt und zugleich um die Anerkennung von Differenzen innerhalb der Gruppe der Frauen! Diese Herausforderung gilt es noch zu bewältigen. Wichtig ist zunächst, dass die unterschiedlichen Interessen auf die Tagesordnung kommen und nicht gegeneinander ausgespielt werden.

## **Prävention**

Prävention und Gesundheitsförderung sollen einen höheren Stellenwert in der Gesundheitsversorgung erhalten. Diesem Ziel wird mit dem Präventionsgesetz

erstmalig mehr Nachdruck und Verbindlichkeit verliehen. Damit werden neue Inhalte in der Versorgung relevant gemacht und der Alleinvertretungsanspruch der Biomedizin zumindest tendenziell in Frage gestellt. Die "Eckpunkte für ein Präventionsgesetz" fordern "lebensweltorientierte Maßnahmen". Genau diese stehen seit Jahren auf der Agenda der Frauengesundheitsbewegung und -forschung; Frauen können hier eine - allerdings kaum beachtete - Pionierrolle auf ihre Fahnen schreiben. Die Forderungen nach psychosozialen Versorgungsangeboten, Gesundheitsförderung und präventiven Konzepten sind so alt wie die Frauengesundheitsbewegung selbst. Die Prävention reicht am deutlichsten in den Lebensbereich hinein. Wird der Anspruch, präventive Aspekte der Gesundheitsversorgung zu stärken, ernst genommen, führt dies unweigerlich zu den Unterschieden in den sozialen Lebenslagen von Frauen und Männern. Es ist also kein Zufall, dass sich gerade in diesem Bereich die Sensibilität für Geschlechterfragen am deutlichsten verbessert und geschlechterspezifische Versorgungsmodelle entwickelt wurden, wenn auch noch lange nicht in allen Bereichen.

### **Qualität und Bedarfsgerechtigkeit**

Ich komme zu dem letzten Stichwort und den übergeordneten Zielen der Reformen: die Verbesserung der Qualität und Bedarfsgerechtigkeit. Am Beispiel der DMPs habe ich bereits auf die Chancen hingewiesen, die sich im Rahmen von Standards, Leitlinien und Evidenzbasierung sowie Evaluationen für Berücksichtigung von Geschlechterfragen ergeben. Die Qualitätsdebatte kann also zu einem Einfallstor für die Genderperspektive werden. Wenn sich der Bedarf nach Geschlecht unterscheidet - wie für viele Erkrankungen und Versorgungsfelder allein schon in den Statistiken und Gesundheitsberichten nachzulesen ist -, dann sind Qualität und Bedarfsgerechtigkeit weder zu verbessern noch zu messen, ohne das Geschlecht zu berücksichtigen. Zentrale Fragen sind hier: Sind die Leitlinien für Frauen und für Männer geprüft? Gelten die Standards für Frauen, für Männer, für beide Geschlechter und für alle Zielgruppen? Die wachsenden Anforderungen an Transparenz und Kontrolle der Versorgungsleistungen können dazu beitragen, Defizite sichtbar zu machen.

Auf den Aspekt der Effizienz und der ökonomischen Konsequenzen der Reformmodelle gehe ich nicht ein. Es gibt bisher trotz zahlreicher gegenteiliger Proklamationen keinen überzeugenden Beleg, dass Qualität und Kostenreduktion so unbedingt gleichzeitig zu haben sind. Aber es liegt auf der Hand, dass eine Verringerung von Fehlversorgungen, die aus der Missachtung frauenspezifischer Forderungen und Lebenslagen resultieren, zur Effizienz des Versorgungssystems beiträgt. Ebenso ist nachgewiesen, dass eine Integration der Gesundheitsberufe und Teamkonzepte - bei entsprechender Qualifikation dieser Berufsgruppen - ohne Qualitätseinbußen zu einer effizienteren Versorgung beitragen.

### **Forderungen**

Die gesundheitspolitischen Modernisierungskonzepte bieten auf zwei Ebenen konkrete Anknüpfungspunkte für Forderungen, die auf eine Verbesserung der Situation von Frauen als Beschäftigte und als Nutzerinnen zielen: das sind zum einen integrative Versorgungskonzepte und zum anderen die Instrumente des Qualitätsmanagements.

#### **1. Die Integration der Gesundheitsberufe und der PatientInnen als zentrale Akteure in alle politischen Entscheidungsgremien**

Diese Forderung beinhaltet auch, die historisch gewachsene Entscheidungsstruktur, die sich auf die Ärzteschaft und die Krankenkassen konzentriert, erheblich zu

erweitern. In diesem Rahmen ist auch die Beteiligung von ExpertInnen der Frauengesundheitsbewegung und -forschung in den zentralen Steuerungsgremien möglich. Grundbedingung hierfür ist jedoch eine klare politische Verpflichtung - einschließlich negativer Sanktionen! - für die Ärzteschaft und die Krankenkassen. Damit verbunden ist die Forderung nach definierten Rechten für alle diejenigen, die bisher weitgehend ausgeschlossen sind aus den Entscheidungsgremien. Mit Blick auf die Rolle der NutzerInnen zeichnen sich hier gegenwärtig die deutlichsten Veränderungen ab. Diese Entwicklungen belegen auch, dass Veränderungen des Regulierungssystems durchaus möglich sind und neue Akteure einbezogen werden können.

## **2. Geschlechtersensible Qualitätsindikatoren und Methoden**

Das zweite, ebenfalls sehr wichtige Feld sind die Instrumente und Indikatoren im Rahmen der Qualitätssicherung. Es steht noch aus, geschlechtersensible Indikatoren für Qualität zu entwickeln und den Bedarf aus dieser Perspektive zu bewerten. Das neu gegründete "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" ist ein in Deutschland ebenfalls neuer Schritt, um die Beteiligung und Kontrolle der Öffentlichkeit zu verbessern. Ob und wie diese Chancen genutzt werden, ist gegenwärtig kaum zuverlässig zu bewerten. Werden die Ziele dieses Institutes jedoch beim Wort genommen, bieten sich auch neue Möglichkeiten für geschlechtersensible Bewertungen. Das Institut kann aus Sicht der Frauengesundheit zu einem Prüfstein für Erfolg und Misserfolg der Gesundheitsreformen und ihrer Zielsetzungen gemacht werden.

Auch hier sind die sich bietenden Möglichkeiten wesentlich daran gebunden, dass die politische Absichtserklärung zur Berücksichtigung von Gender Mainstreaming in allen Bereichen in entsprechende rechtliche Verpflichtungen und Praxiskonzepte übersetzt wird. Das heißt konkret, sie muss im SGB V aufgenommen werden, da hier die zentralen Fragen des Versorgungssystems rechtlich definiert sind. Das SGB V bietet durchaus Möglichkeiten hierfür, und nicht zuletzt belegen die zahlreichen Änderungen der letzten Jahre die grundsätzliche Anpassungsfähigkeit an neue Anforderungen in der Gesundheitsversorgung. Hier steht vor allem die Gesundheitspolitik in der Pflicht!

Mit dem Bezug auf Gender Mainstreaming ist eine dritte ergänzende Ebene von Veränderungen angesprochen, die nicht primär aus dem Gesundheitssystem resultieren. Gender Mainstreaming bietet die rechtliche Basis und Anknüpfungspunkte für die Forderung, weibliche Akteure und Genderkompetenz in den Steuerungsgremien zu stärken. Die dritte zentrale Forderung lautet also:

## **3. Weibliche Akteure und Genderkompetenz in die Schaltstellen der Gesundheitspolitik**

### **Schlussfolgerungen und Perspektiven**

Der kurze Überblick zeigt, dass die Gesundheitsreformen wesentliche Impulse bieten, die erstens zur Verbesserung der Versorgung von Frauen als Nutzerinnen und zweitens zur Verbesserung der Situation von Frauen als Beschäftigte im Gesundheitswesen beitragen können:

1. Reformprozesse können geschlechterpolitisch für die Interessen von Frauen genutzt werden.

In der umgekehrten Fragerichtung zeigt sich: Die Geschlechterperspektive kann Defizite im Versorgungssystem sichtbar machen und den Versorgungsbedarf spezifisch ermitteln. Sie kann so zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der gesamten Versorgung beitragen:

2. Die Versorgungsqualität kann durch die Geschlechterperspektive - Gender Mainstreaming - verbessert werden.

Festzustellen ist jedoch, dass diese innovativen Potenziale der Reformmodelle bisher nicht oder nicht angemessen genutzt werden. Das wesentliche Problem ist, dass die sich bietenden Möglichkeiten für Veränderungen an den entscheidenden Stellen nicht konsequent genutzt werden. Das Gesundheitssystem kommt immer noch eher den Interessen der dominierenden Gruppen nach und folgt paternalistischen Modellen der Beziehungen zwischen Professionellen und NutzerInnen. Die historisch gewachsene Struktur der Regulierung des Gesundheitssystems in Deutschland konzentriert sich wesentlich auf die Ärzteschaft und die gesetzlichen Krankenkassen. Die Balance wird zwar gegenwärtig verschoben, aber die Akteurskonstellation nicht grundlegend erweitert. Diese Struktur erschwert es, neue Akteure und neue Forderungen - wie die Genderperspektive und frauenspezifische Versorgungsangebote - zu integrieren.

Allzu großer Optimismus ist hier sicher nicht angeraten. Dennoch zeichnen sich gerade in der letzten Zeit wichtige Veränderung ab. Die zunehmende Beteiligung von PatientInnen wurde als Hinweis auf die Integration neuer Akteure bereits genannt; die rapide Entwicklung von Ärztenetzwerken ebenso wie die Professionalisierungsprozesse der Gesundheitsberufe sind weitere Belege dafür, dass sich neue Akteure einmischen. Zu prüfen wäre, welche neuen Bündnispartner sich hierdurch ergeben. Nicht zuletzt können die Europäisierung und die politische Verpflichtung auf Gender Mainstreaming neue Chancen für geschlechterpolitische Forderungen eröffnen. Auch innerhalb der etablierten Institutionen bieten sich neue Bündnispartner für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung. Ich möchte nur einige Beispiele nennen:

Ärztækammern führen Veranstaltungen zu frauenspezifischen Versorgungsfragen durch. Sie machen die berufliche Situation von Ärztinnen zum berufspolitischen Thema, so beispielsweise in der Weiterbildungsordnung. Medizinische Fakultäten sehen sich genötigt, Genderkompetenz bei der Besetzung von Leitungspositionen zumindest zu berücksichtigen.

Medizinische Fachgesellschaften denken erstmals darüber nach, die Geschlechterperspektive in die Debatte um Leitlinien zu integrieren.

Krankenkassen führen Veranstaltungen zu frauenspezifischen Themen durch, unterstützen Gender Aktivitäten und analysieren ihre Daten nach Geschlecht.

Nicht zuletzt ist auch diese Tagung des AKF ein Zeichen dafür, dass Frauengesundheit zunehmend zum Politikum wird. Dieses sollten wir durchaus als Erfolg zur Kenntnis nehmen und die Herausforderungen aufgreifen. Mit der wachsenden Bedeutung werden auch die unterschiedlichen Interessenlagen deutlicher: zwischen den Berufsgruppen, zwischen Professionellen und Nutzerinnen und zwischen den nach ihrer sozialen Lage und gesundheitlichem Bedarf sehr verschiedenen Gruppen von Frauen. Zu ergänzen wäre noch: auch zwischen den Forderungen nach frauen- und nach männergerechten Versorgungsangeboten, auf diesen Aspekt bin ich hier nicht eingegangen.

Wie immer diese Herausforderungen beantwortet werden: Die bisher seltene Chance liegt allein darin, dass diese Tagung ein Forum für die unterschiedlichen Akteure und Interessengruppen im Gesundheitssystem bietet und hierdurch die Trennung zwischen Professionellen und NutzerInnen und zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen aufweicht. Sie eröffnet den Dialog und fördert die Vernetzung zwischen Interessengruppen, die im Versorgungssystem hierarchisch angeordnet



sind. Integration und Partizipation, die Ziele der Reformprozesse, werden hier also ein Stück weit erprobt!

Adresse

Dr. Ellen Kuhlmann  
Zentrum für Sozialpolitik  
Parkallee 39  
28209 Bremen  
Tel.: 0421/ 218-4404  
Email: [e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de](mailto:e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de)  
[www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann](http://www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann)