

Maria J. Beckermann

Entwicklung des AKF zwischen Konkurrenz und Solidarität – am Beispiel der AKF-Gyn-Gruppe

Einleitung

Karin und ich haben das Thema untereinander aufgeteilt. Ich bin ja schon fast von Anfang an dabei und spreche über die ersten 10 Jahre, sie ist später dazugekommen und spricht über ihre Zeit beim AKF, wo sie die meiste Zeit im Vorstand war und insofern an vorderster Front steht.

Außerdem gehöre ich zur Berufsgruppe der Frauenärztinnen und werde sowohl über meine Erfahrungen dort wie auch über die Leistungen dieser Gruppe sprechen. Karin vertritt eher die politischen Leistungen, die der AKF in den letzten Jahren erbracht hat.

Schließlich ist unser Thema Konkurrenz und Solidarität. Ich habe mit einigen Frauen, die für den AKF sehr wichtig sind, Interviews geführt, wo und wie sie Konkurrenz und Solidarität im AKF erlebt haben. In der multiprofessionellen Fachgruppe „Runder Tisch – Lebensphase Eltern werden“ haben wir über Konkurrenz der Gruppen untereinander bzw. speziell über die Konkurrenz zwischen der Berufsgruppe der Frauenärztinnen und dem AKF als Ganzem diskutiert. Aus all diesen Gesprächen habe ich den Eindruck gewonnen: Dies ist das heißeste Eisen! Da erregen sich die Gemüter sofort und da schlagen die Wogen hoch. An diesen Fokus möchte ich mich in meinen zwei Funktionen, einmal als Mitglied der Gyni-Gruppe und einmal als 1. Vorsitzende des AKF, heranwagen und darüber nachdenken, was die Spannung zwischen den zwei Parteien ausmacht und wie wir das Potenzial beider Gruppen optimal für die Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft nutzen können.

Die Entstehung des AKF

Bild 1: Gründungsvorstand: Website

Bild 2: AKF-Symbol: die Schlange

(Zitate aus der Symbolbeschreibung von Ingrid Olbricht)

„So verbindet das Symbol der Schlange die verschiedenen Länder und Kulturen. Sie war als ubiquitäres Symbol ursprünglich Zeichen für zyklische Ganzheit und Heilsein, ohne Spaltung, ohne Wertung, für die Verbindung und für die Untrennbarkeit der Gegensätze von Hell und Dunkel. Im Rahmen der Entwicklung patriarchaler Vorstellungen, deren hervorstechende Merkmale Spaltung und Bewertung der Spaltprodukte, also eine Hierarchisierung ist, wurde sie zu einem spannungsreichen, umfassenden, teilweise entwerteten und enteigneten Symbol, für Heil wie Unheil, Gut und Böse. Ihrer lichten Seite als göttlich, heilend, schützend, verbindend und erlösend wurden negative, abwertende

Eigenschaften entgegengestellt. Sie galt als listig. Heimtücke, Verschlagenheit, die gespaltene Zunge, die Falschheit wurden ihr zugeordnet.“

„Der AKF hat kurz nach seiner Gründung die kreisförmige Schlange wegen ihrer ursprünglichen zyklischen Bedeutung, aber auch als Symbol für Wissen und Weisheit, Heilen und umschließende Verbindung als Zeichen, als ‚Logo‘, gewählt, das einerseits das Ganzheitliche, das sich in der gleichberechtigten Arbeit von Frauen verschiedener Berufsgruppen und damit in der Einbeziehung ganz unterschiedlicher Meinungen und Perspektiven in ihrer Vielseitigkeit zeigt, aber auch den Wunsch, diese zu verbinden und damit umfassend Neues zu schaffen, darstellt. So kann das Symbol wieder in seinem ursprünglichen Sinn als Erkennungszeichen verstanden und genutzt werden.“

Diese Zitate machen das Anliegen des Gründungsvorstands deutlich: „gleichberechtigte Arbeit von Frauen verschiedener Berufsgruppen“ und der „Wunsch, diese zu verbinden und umfassend Neues zu schaffen“. Nach meinem Verständnis und den Ergebnissen aus der Befragung der AKF-Frauen fühlt sich der AKF auch heute noch demselben Anliegen verpflichtet.

Die Welt, in der wir leben, ist keine heile Welt. Egal ob patriarchale Vorstellungen zur Spaltung, Bewertung und damit zur Hierarchisierung führten oder ob Gut und Böse einfach ganz originär zum Menschsein dazugehören – wir haben nur eine Welt, und wir müssen ihre Realitäten anerkennen, ob sie uns nun gefallen oder nicht. Ich will damit sagen: Es liegt nicht in unserer Macht, eine heile Welt neu zu erschaffen oder zurückzuerobern, wie manche Frauen es sich mit dem Traum vom Matriarchat gewünscht haben.

Aber „unterschiedliche Meinungen in ihrer Vielseitigkeit zu verbinden und damit umfassend Neues zu schaffen“ könnte gelingen, das ist uns im AKF schon oft gelungen (ein Teil davon ist hier in diesem Buch „Stellungnahmen“ dokumentiert) und wir werden alles daran setzen, dass uns das auch in Zukunft gelingen wird.

Reflexionen zu Solidarität und Konkurrenz

Im Kapitel „Kommunikative Kompetenz“ in unserem Fachbuch „Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe“ habe ich Beziehungen unter Frauen auf der gleichen Ebene als Schwester-Freundin-Beziehung kategorisiert und Eltern-Kind-Beziehungen mit vertikaler Hierarchiestufe gegenübergestellt. „Die Schwester-Freundin-Beziehung ist geprägt durch Solidarisierung und/oder Rivalität. Häufig ist ein Bestandteil von Solidarisierung von Schwestern gegen Brüder gerichtet, wenn Mädchen in der Familie größere Einschränkungen oder Benachteiligungen hinnehmen mussten. Aber es können sich genauso gut kleine Menschen gegen große solidarisieren oder Berufstätige gegen Hausfrauen oder Lesben gegen Heterosexuelle oder Mütter gegen Nicht-Mütter. Solidarität gilt sowohl der gegenseitigen Stärkung wie auch der Abgrenzung gegen andere. Beides ist wichtig, um sich selbst definieren zu können: So bin ich – genau wie du – und anders als andere.“

Das ist auch, was wir im AKF vorfinden – das Große Gemeinsame ist die Frauengesundheit. Aber was Frauengesundheit für die einzelne Frau bedeutet, kann diametral entgegengesetzt sein: Die eine engagiert sich zur Frauengesundheit aus der Betroffenheit einer eigenen Krankheit. Sie möchte so viel wie möglich in Erfahrung bringen, um das eigene Überleben zu sichern – bzw. dieses Wissen auch weitergeben. Für die andere ist Frauengesundheit aus ganz anderem Grund existentiell wichtig, nämlich weil es ihr Beruf ist und sie von Krankheiten oder der Angst vor Krankheiten lebt.

Die Auseinandersetzungen um diese beiden Pole der Frauengesundheit gab es bereits im Gründungsvorstand, wo Maria Krieger als Vertreterin der Selbsthilfe von Anfang an darum kämpfen musste, dass ihre Position als gleichberechtigt neben der Fachposition der sechs „Expertinnen“ anerkannt wurde. Auch wenn der Vorstand damals beschloss, explizit eine Fachorganisation zu sein und nicht in die direkte Beratung von betroffenen Frauen einzusteigen, hat die Selbsthilfebewegung dem AKF großen Auftrieb gegeben, weil er es so geschafft hat, **Glaubwürdigkeit, Fachlichkeit und Uneigennützigkeit** zu vermitteln. Das ist nur möglich, wenn „verschiedene Berufsgruppen gleichberechtigt zusammen arbeiten und es ihnen gelingt, unterschiedliche Perspektiven in ihrer Vielseitigkeit zu verbinden und damit umfassend Neues zu schaffen“. Meines Erachtens wäre noch zu ergänzen: „unterschiedliche **Berufs- und Selbsthilfegruppen**, denn ohne die Stimme der Betroffenen fehlt ein extrem wichtiger Blickwinkel zur Vollständigkeit des Gesamtbildes. Das haben heute bereits die Leitlinien-ErstellerInnen erkannt, denn keine Leitlinie ist vollständig, wenn in ihr keine unabhängigen VertreterInnen der Selbsthilfebewegung vertreten sind.

Rivalität und Konkurrenz gehören zu einem Verein wie dem AKF per definitionem dazu. Es bringt also nichts, sich zu wünschen: „Ach, gäbe es doch keine Konkurrenz unter Frauen, wenn sie doch gemeinsame Ziele haben!“ Selbst die unangenehmen Begleiterscheinungen von Konkurrenz (Neid, Missgunst, Doppelzüngigkeit) werden wir nicht ausrotten können. Es wird uns nicht erspart bleiben, nach Wegen zu suchen, wie wir möglichst unbeschadet mit ihnen leben können.

Aufgaben und Werte des AKF

Das Gesundheitswesen ist heute in einem Umfang und in einer Art und Weise kommerzialisiert, dass selbst engagierte ExpertInnen vor der Übermacht des Geldes resignieren.

Alle Heilberufe, Krankenkassen und Versicherungen, Pharmaunternehmen und die Medizintechnik bilden einen gigantischen Markt um die Gesundheit mit einer enormen volkswirtschaftlichen Auswirkung. Einerseits heißt es aus der Politik immer, die Gesundheitsversorgung ist zu teuer, es muss gespart werden, andererseits würde tatsächliches Sparen zu gewaltigen volkswirtschaftlichen Einbrüchen führen, mit Betriebsschließungen, Steigerung der Arbeitslosigkeit etc.

Vor diesem Hintergrund hat bisher keine Regierung ernsthaft versucht zu sparen, sondern höchstens, das Wachstum der Gesundheitsbranche zu Lasten der Solidargemeinschaft zu begrenzen. Auch VertreterInnen der Heilberufe, z. B. die Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung,

haben wichtige Chancen verpasst, um zu verhindern, dass Gesundheitsleistungen zu einer Ware werden. Sie hätten zum Beispiel viel engere Grenzen setzen können bei den IGeL-Leistungen oder diese – bis auf wenige Ausnahmen, wie z. B. Bescheinigungen, Reiseimpfungen etc. – für VertragsärztInnen vollständig verbieten können. Sie hätten auch durch andere Vergütungsstrukturen vermeiden können, dass Deutsche durchschnittlich 18-mal im Jahr zum Arzt/zur Ärztin gehen und durchschnittlich sechs Minuten Zeit bekommen pro Besuch, während die BürgerInnen der Schweiz fünfmal zum Arzt/zur Ärztin gehen und durchschnittlich 20 Minuten Zeit bekommen. Bei uns geht es in der Medizin wie in der Industrie darum, Quantität zu verkaufen, oft sogar in der irrigen Annahme, dass Qualität die automatische Beigabe zur Quantität ist – ich denke dabei an die Mindestzahlen, die derzeit überall eingeführt werden.

Es ist eine unerträgliche Intransparenz entstanden in Bezug auf Geldflüsse. Kapitalgesellschaften, die Universitäten, Kliniken und Medizinische Versorgungszentren aufkaufen, Pharmaunternehmen, die den gesamten medizinischen Fortbildungsmarkt vereinnahmt haben (Kongresse, Tagungen, Zeitschriften, Verlage) – selbst Gremien wie das Robert-Koch-Institut und das Nobelpreiskomitee sind nicht mehr über jeden Zweifel erhaben. Können wir angesichts dieser Situation noch an irgendetwas glauben, außer: Geld regiert die Welt? Und wollen wir unsere Gesundheit und die Gesundheitsversorgung in unserem Lande auch in Zukunft in dieselben ökonomischen Gesetzmäßigkeiten einreihen, wie sie in den Industriebranchen gelten?

Der AKF hat zu diesem Thema bereits zwei Jahrestagungen veranstaltet, 1998 unter dem Titel „Vom Umgang der Frauen mit Macht, Geld und Gesundheit“, 2001 unter dem Titel „Therapie, Technik, Markt und Moral“. Seither sind fast 10 Jahre vergangen. Die Bedingungen in der Gesundheitsversorgung haben sich in einer Weise verschärft, wie wir uns das damals kaum hätten vorstellen können.

Vor diesem Hintergrund möchte ich die Werthaltungen des AKF heute reflektieren und drei Werte skizzieren, die den AKF nach meinem heutigen Verständnis charakterisieren und die ihn glaubwürdig machen, sich nach wie vor, allen Trends zum Trotz, auch heute nicht in das allumfassende Diktat von Marktgesetzen einbinden zu lassen:

1. Multiprofessionelle Fachlichkeit
2. Unabhängigkeit
3. Uneigennützigkeit

„Der AKF ist der größte Zusammenschluss von Fachorganisationen zur Frauengesundheit in Deutschland“, heißt es in unserem aktualisierten Flyer „Wir über uns“. Damit bekennt der AKF sich zur **Fachlichkeit und zur Multiprofessionalität** mit dem in der **AKF-Charta** beschriebenen Ziel, Einfluss zu nehmen auf die Politik und Gesellschaft zur Verwirklichung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung. Die Fachlichkeit ist insofern festgeschrieben, als eine Berufsausbildung in einem mit Gesundheit befassten Beruf die Voraussetzung für die Aufnahme in den Verein ist. Die

Bedeutung der **Multiprofessionalität** zeigt sich im folgenden abgewandelten Zitat: „Das Ergebnis multiprofessioneller Prozesse ist mehr als die Summe der Ergebnisse aus einzelnen Fachgruppen.“ Wir haben im AKF sehr gute Beispiele für fruchtbare multiprofessionelle Kooperationen: die Regionalgruppen, den Runden Tisch „Lebensphase Eltern werden“, die Kooperation mit dem Netzwerk gegen Selektion und das Nationale Netzwerk Frauengesundheit, um nur einige zu nennen. Das Potenzial des AKF ist aber in Bezug auf Multiprofessionalität noch längst nicht ausgeschöpft. Der Blick über den Tellerrand der Berufsgruppe bereichert nicht nur, er verändert auch den Blick auf das eigene Handeln, stellt Gewohntes in Frage und relativiert Einschränkungen. Es könnten sich z. B. neue Regionalgruppen bilden und viele themenspezifische Gruppen wurden bereits angeregt, sind aber nicht zustande gekommen oder waren nur kurzfristig aktiv, z. B. Frauen und Ethik oder Kommunale Frauenpolitik u. a. m.

Der AKF zeichnet sich aus durch **Unabhängigkeit**. Lange Zeit war Unabhängigkeit kein zentrales Thema. Mir kommt es so vor, dass Informationen niemals so angezweifelt wurden wie heute, vielleicht aufgrund der Informationsflut, die nach Selektionskriterien verlangt, vielleicht wurden aber auch Daten, die nach einem gewissen Muster „wissenschaftlich“ aufbereitet und publiziert wurden, lange Zeit automatisch als objektiv und valide gewertet. Diese Illusion zerplatzte mit der Entwicklung der evidenzbasierten Medizin. Ich möchte auf die evidenzbasierte Medizin etwas näher eingehen, weil sie heute in vieler Munde ist, aber selten konkrete Vorstellungen darüber bestehen, was das eigentlich ist.

Die evidenzbasierte Medizin begann Anfang der 90er Jahre in Kanada mit David Sackett und seiner Empfehlung, die Behandlung von PatientInnen auf der besten verfügbaren Evidenz zu gründen. Das hört sich erst mal sehr banal an – selbstverständlich wird jeder Arzt/jede Ärztin die beste verfügbare Evidenz zugrunde legen, könnte man denken. Die Evidenz, die bis dato zugrunde gelegt wurde, war im Allgemeinen die Ausbildung und die Erfahrung von ÄrztInnen bzw. von ExpertInnen. Auch dagegen ist nichts einzuwenden, die ärztliche Erfahrung ist eine sehr hoch einzuschätzende Ressource. Aber die berufliche Erfahrung einer jeden Spezialistin birgt eine mögliche Fehlerquelle in sich, die Subjektivität. Wenn du einmal erlebt hast, dass eine junge Frau nach einer Pillenverordnung an einer Lungenembolie gestorben ist, dann wird diese Erfahrung dich bei zukünftigen Pillenberatungen mehr beeinflussen, als wenn du in einer Studie liest: 6 von 10.000 Frauen sterben unter der Pilleneinnahme an einer Lungenembolie. Das sog. Regelwissen der ÄrztInnen, also die wissenschaftlichen Erkenntnisse, wird von subjektiven Erfahrungen dominiert, weil diese viel lebhaftere Erinnerungsbilder zurücklassen. Das Regelwissen wird auch beeinflusst durch Werbung oder durch persönliche Interessen. Das Problem ist, dass der Grad der Beeinflussung nicht als solcher wahrgenommen wird. ÄrztInnen denken häufig, sie lassen sich durch das Gespräch mit dem Pharmavertreter nicht beeinflussen, weil sie ja wissen, dass er was verkaufen will. Irrtum, der Kontakt, das Gespräch, der Inhalt wird irgendwo im Gehirn gespeichert und verändert etwas. ÄrztInnen, die evidenzbasierte Medizin praktizieren, sind sich bewusst, wie leicht die auf Erfahrungen basierten Einschätzungen manipulierbar sind, und sie suchen immer wieder nach einem Korrektiv. Die evidenzbasierte Medizin hat Systeme entwickelt, die alle möglichen Wissensquellen auf ihre Validität hin bewerten. Die

subjektive Meinung eines einzelnen Arztes ist am wenigsten valide. Wenn die Ärztin Fallstudien macht, um ihre These zu belegen, ist die Quelle schon etwas valider. Wenn viele Studien zu demselben Ergebnis kommen, ist das Evidenzlevel noch höher, und wenn diese Studien randomisierte Doppelblindstudien sind, dann ist das Evidenzlevel „I“, das ist die beste Bewertung. Warum hat sich die evidenzbasierte Medizin hier in Deutschland erst so spät entwickelt, und warum gibt es immer noch so viele ÄrztInnen, die dagegen sind? Es gibt viele nachvollziehbare Gründe. Zum einen ist das Erlernen der evidenzbasierten Medizin eine trockene, eine aufwändige und manchmal auch komplizierte Angelegenheit, die viel mit Statistik und Epidemiologie zu tun hat. Erst heute lernen Studentinnen EbM an den Unis, d. h., es bleibt der Eigeninitiative der heutigen ÄrztInnen überlassen, freiwillig einen EbM-Kurs zu machen. Die meisten tun es nicht, sie schimpfen lieber darüber. Zweitens ist das Erlernen der EbM nicht nur mühsam, sondern auch frustrierend, denn du musst feststellen, dass vieles, was du für gesichert hieltest, gar nicht gesichert ist. Manchmal stürzen Denkweisen ein, die du für die Bibel hieltest, das kann richtig weh tun. Wenn du dann drittens feststellst, was an Gesichertem übrig bleibt, möchtest du dir lieber einen anderen Beruf suchen. Solltest du doch dabei bleiben, dann bist du froh, dass du auf deine Erfahrung zurückgreifen kannst und auf den Austausch mit KollegInnen oder auch auf den Rat eines Spezialisten. Solltest du eine solche Spezialistin sein, dann kannst du viertens natürlich auch allen Grund haben, sauer zu sein, denn plötzlich fragt dich keiner mehr oder kommt dir gar mit Studienergebnissen und will es besser wissen. So ist der Ausspruch entstanden: Evidenzbasierte Medizin statt Eminenz-basierte Medizin.

Fakt ist, dass die evidenzbasierte Medizin gerade heute, wo jede im Internet recherchieren kann, unabhängig machen kann von Lehrmeinungen und Wissen demokratisiert: Jede hat im Prinzip die gleichen Chancen, in den Genuss des Wissens zu kommen, das sie gerade benötigt. Fakt ist aber auch, dass die Bewertung der Studien eine sehr akribische und differenzierte Arbeit ist, die gelernt sein will. Deswegen haben sich Kollaborationen, z. B. die Cochrane collaboration, entwickelt, die die Bewertung nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin durchführen und uns zur Verfügung stellen. Aber: Die Konkurrenz schläft nicht. Nicht jede/r, der/die die evidenzbasierte Medizin beherrscht, wendet sie auch seriös an. Eine Studie der Pharmaindustrie zur Antihormonbehandlung nach Brustkrebs zeigte wunderschöne Kurven zu der längeren Rezidiv-freien Zeit unter Hormoneinnahme. Später stellte sich heraus, dass die Ergebnisse publiziert wurden gerade vor dem Zeitpunkt, wo die Kurve wieder nach unten ging, d. h., auf längere Sicht konnte der Effekt nicht gehalten werden, und das versucht die Firma zu vertuschen. Viele Fehleinschätzungen entstehen dadurch, dass unliebsame Studienergebnisse gar nicht publiziert werden. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hat unlängst eine Studie in Auftrag gegeben, die untersuchen sollte, ob und wie Studienergebnisse durch Einflussnahme der Pharmaindustrie verändert werden. Dabei wurden viele Manipulationsarten aufgedeckt und im Ärzteblatt publiziert. Kritische MedizinerInnen fordern aus diesem Grunde die Verpflichtung, alle Studien, die durchgeführt werden, in ein Register eintragen zu lassen. Nur so ist überprüfbar, ob alle Ergebnisse an die Öffentlichkeit gelangen, und nur so kann vermieden werden, dass PatientInnen zu Versuchszwecken missbraucht werden. Wir dringen hier in eine Materie ein, die bisweilen an organisierte Kriminalität grenzt. Viele ÄrztInnen und

Selbsthilfegruppen verharmlosen die Einflussnahme der Industrie oder kooperieren gar mit der Pharmaindustrie aus der naiven Überzeugung heraus, dass sie als forschende Unternehmen das gleiche Ziel verfolgen, nämlich Kranke zu heilen. Manchmal springt natürlich auch eine Reise dabei heraus oder ein Geschenk, an der Uni vielleicht sogar eine bezahlte Assistentinnenstelle. Viele durchaus seriöse KollegInnen sind der Industrie dankbar, dass sie die Fortbildung sponsern und die Fachzeitschriften herausgeben, für sie existiert ein Interessenkonflikt nicht, solange sie sich in ihrer Meinungsäußerung nicht beeinträchtigt fühlen. Sie verstehen nicht, wie man um ein paar Kulis so eine Aufregung machen kann. Sie haben keine Vorstellung davon, dass die Medizin, die Versorgungsstrukturen, die finanzielle Situation völlig anders wäre, wenn nicht dauernd überflüssige, überbeuerte oder gar schädliche Arzneimittel in den „Markt“ gepusht würden, wenn neue Techniken nicht der Technik oder des Geldes wegen eingeführt würden, sondern nur, wenn sie einen nachgewiesenen Nutzen hätten.

Der AKF ist einer der wenigen Vereine, die sich eine strikte Unabhängigkeit bewahrt haben. Wir beziehen unsere Mittel ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden sowie aus Projektbezogenen öffentlichen Mitteln und gemeinnützigen Stiftungen, die ebenfalls unabhängig sind. Diese Unabhängigkeit ist heute nicht nur wichtig, sondern kostbar, und wir wollen sie pflegen, sichtbar machen und als Leitbild verbreiten.

Nur als unabhängiger Verein können wir unserer Kernaufgabe nachkommen, unabhängige PatientInneninformationen für Frauen und Patientinnen zu gesundheitlichen Fragen zu erstellen und zu verbreiten. Unabhängige PatientInneninformationen müssen heute evidenzbasiert sein, den Ansprüchen genügen und mit den Instrumenten erstellt werden, die in den letzten Jahren eigens dafür entwickelt wurden.

Ich möchte an einem Beispiel zeigen, dass der AKF sich schon vor 10 Jahren an diesen Grundsätzen orientiert hat. In der Vorbereitung für unser Lehrbuch habe ich Ende der 90er Jahre ein systematisches Review zu Nutzen und Schaden der Hormontherapie in den Wechseljahren gemacht. Das Review wurde vorab veröffentlicht im Jahre 2001. Im Jahre 2002 wurden die ersten Ergebnisse der WHI-Studie bekannt. Die Ergebnisse der WHI decken sich nahezu 100 Prozent mit den Resultaten, zu denen ich gekommen war. Sie wurden durch die WHI abgesichert. Es gab also de facto niemals eine Datenlage, die eine langfristige Hormontherapie aus vorbeugenden Gründen gerechtfertigt hätte. Das hat der AKF von Anfang an erkannt, belegt und auf dieser Basis den Flyer zur Hormontherapie für die Patientinnen entwickelt, der heute noch gültig und aktuell ist.

Der AKF muss daran arbeiten, seine Unabhängigkeit zu erhalten, indem er Transparenz schafft, alle Interessenkonflikte offenlegt, auch von den KooperationspartnerInnen und Projekten der AKF-Frauen. Das Thema Sponsering haben wir vom Vorstand noch auf unserer To-do-Liste. Wir wollen Regeln erarbeiten für Sponsering im AKF. Wir sind sehr froh, dass wir bislang nicht darauf angewiesen waren, systematisches Fundraising zu betreiben, und wir möchten allen AKF-Frauen danken für ihren Mitgliedsbeitrag, der uns erlaubt, ein Büro zu haben und eine halbe Stelle zu finanzieren, aber auch

dem Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Diggins-Roesner, für die Unterstützung bei der Finanzierung der Jahrestagung.

Die dritte Prämisse des AKF ist die **Uneigennützigkeit**.

Uneigennützigkeit ist heute aus der Mode gekommen. Ich möchte auch nicht zurück zu der – meist religiös begründeten – Idealvorstellung von Selbstlosigkeit, mit der man besonders uns Frauen jahrzehnte- und jahrhundertlang ausgebeutet hat. Wir haben uns mit der Frauenbewegung sehr entschieden von dieser Ideologie abgewendet und beispielsweise das Ehrenamt radikal abgelehnt. In den ersten Jahren unserer Frauenberatungsstelle in Köln – das war Anfang der 80er Jahre – haben wir uns unsere Beratungs- und Organisationsarbeit immer ausbezahlt und sie dann zurückgespendet, um deutlich zu machen, dass wir nicht ehrenamtlich arbeiten. Wenn ich als Vorstand heute im AKF ehrenamtlich arbeite, so geschieht dies am Ende eines Berufslebens, während die Gründung der Frauenberatungsstelle am Anfang meines Berufslebens stattfand, wo ich viel kompromissloser war. Trotzdem fühle ich mich auch heute in dieser Position nicht wohl, politisch nicht richtig eingeordnet. Das Ehrenamt ist für mich eine Übergangslösung, die vor dem Hintergrund unserer durch und durch finanziell orientierten Welt im Moment mal notwendig ist. Das Ehrenamt setzt einen Kontrapunkt zur Gier, zum Kommerzwahn und zur Geiz-ist-geil-Mentalität. Uneigennützig soll auch nicht heißen, dass ich nicht einen persönlichen Gewinn von meiner Arbeit habe: Der Austausch im Vorstand, die vielfältigen Diskussionen, die Einblicke in die politischen Gremien – das erlebe ich sehr wohl als Bereicherung.

Für den AKF als Verein bedeutet Uneigennützigkeit nach meinem Verständnis, dass die Leitschnur des Handelns nicht persönliche Vorteile bzw. Vorteile für den Verein sind. Der AKF verdient nicht an Dienstleistungen und nicht an Fachleistungen wie Untersuchungen, Behandlungen, Pflege, Gutachten. Der AKF verkauft seine Produkte, Flyer, Broschüren, Bücher nicht, sondern verteilt sie entweder kostenlos oder gegen Schutzgebühr. Der AKF hat keine Vor- oder Nachteile davon, wenn er zur Mammographie, zur Hormontherapie oder zum Herzinfarkt informiert. Der AKF mischt sich nicht ein in Verteilungskämpfe und macht keine Lobbyarbeit für Berufsgruppen. Die Richtschnur des Handelns ist, was der AKF als sinnvoll und notwendig erkannt hat für die Frauengesundheit. Die Arbeit der Hebammen ist beispielsweise sehr wichtig für Frauen, heute – in einer Zeit der technisierten Geburtshilfe – mehr denn je. Deswegen unterstützt der AKF die Forderungen der Hebammen nach einer besseren Bezahlung angesichts der drastisch gestiegenen Beiträge zur Haftpflichtversicherung.

Der AKF als Fachverein spaltet auch nicht auf zwischen den Frauen, die Behandlungsobjekte sind, und den Expertinnen, die sich etwas Besseres leisten können. Jede Frau hat die bestmögliche Information, Beratung und Behandlung verdient – unabhängig von Alter, Herkunftsland, Sozialstatus, Schulbildung, sexueller Orientierung. Der ethische Hintergrund der Uneigennützigkeit ist weniger Altruismus, sondern ein tief verankertes **Bedürfnis nach Gerechtigkeit**.

Exkurs: Neid

Ich möchte hier mal exemplarisch näher auf „Neid“ eingehen. Ich kenne Neid in vielen Varianten. Ich kenne ihn als ein flaes Gefühl in der Magengrube und als Einfrieren meines Lächelns, wenn jemand mir von tollen Erfahrungen, Ereignissen oder Möglichkeiten erzählt, die ich mir selbst sehr wünschen würde, die aber eher unerreichbar erscheinen. Am unkompliziertesten ist es, wenn ich das Gefühl selbst als Neid identifiziere und spontan äußern kann: „Da bin ich aber neidisch“. Dann hat es sich als Konfliktpotenzial meistens erledigt.

Ich kenne auch den Neid ganz gut, der mir entgegengebracht wird: Manche beneiden mich, weil ich einen – nun schon 10 Jahre alten – Audi TT fahre, manche, weil ich eine tolle Praxis und Position hatte, und dann beneideten sie mich, dass ich es mir leisten konnte, mit 59 Jahren meine Praxis zu verkaufen. Ich sage bewusst nicht, in Rente zu gehen. Früher habe ich mal versucht, mich zu verbiegen, um Neidreaktionen bei anderen zu vermeiden. Als ich mit 26 Jahren bereits Ärztin war und mich Männerbeziehungen noch nicht ganz verschlossen hatte, habe ich mich einmal bei einer Männerbekanntschaft als Krankenschwester ausgegeben, um nicht in die paradoxe Genderfalle zu tappen. Eine Kollegin sagte zu mir vor meiner 11-wöchigen Tour zum Nordkap: „Mensch, sag doch nicht, dass du 3 Monate weg bist, sondern 10 Wochen. Dann löst du nicht so viel Neid aus“. Auch eben noch habe ich nebenbei erwähnt, dass mein Audi TT bereits 10 Jahre alt ist, damit keine mich in die Kategorie der PorschefahrerInnen steckt und ich damit Neid erwecken könnte.

Denn hier wird das Problem des Neides deutlich. Neid an sich wäre ja erträglich oder gar bestätigend, aber die Abwertung, die damit verbunden sein kann, finde ich ziemlich unerträglich. Wenn jemand zu mir sagen würde: „So ein tolles Auto, da bin ich aber neidisch!“ – kein Problem. Aber stattdessen verkehrt der Neid oft den Wunsch ins Gegenteil oder macht ihn gar zum Hassobjekt: „So ein Angeber-Auto“, und schon bin ich ein Sozialschwein und ein Umweltschwein und überhaupt ...: „Hast du noch Sex oder fährst du Porsche?“

Neid, der nicht als verborgener Wunsch wahrgenommen wird, sondern in sein Gegenteil verkehrt und zum Hassobjekt gemacht wird, kann Beziehungen zerstören. Dann führt Neid zu Abwertung, Verschiebung, Kontaktverweigerung und zu anderen destruktiven Kontaktformen. Eine Verständigung ist nicht möglich, wenn eine sich ihre Gefühle nicht eingestehen kann. Da ist manchmal nur Schadensbegrenzung möglich. Das werden wir auch im AKF nicht vermeiden können.

Es wird leichter, Neid wahrzunehmen, wenn wir ihm eine positive Wende geben können, mit ihm arbeiten, statt ihn zu bekriegen. Zum Beispiel: „Mein Neid zeigt mir, wo es lang geht!“ Es gibt auch Menschen, die den Neid der anderen genießen können und ihn geradezu herausfordern. Ich finde es wichtig, über Neidgefühle nicht den eigenen Standpunkt zu verlieren. Wenn eine Kollegin ganz tolle Reden halten kann, so dass ich wirklich allen Grund hätte, neidisch zu sein, ist es hilfreich, wenn ich mich nicht vergleiche und abwerte, sondern mir die Gewissheit bewahren kann, dass ich es nicht unbedingt schlechter mache, sondern hauptsächlich anders. Sonst können die Potenzen der anderen

für mich zu einer Bedrohung werden. Das ist ein fataler Mechanismus, der möglicherweise besonders oft unter Frauen anzutreffen ist. Meine Psychotherapie-Ausbilderin brachte früher immer das Bild von den Champignons: Solange alle gleich schnell wachsen, gibt es keine Probleme. Aber wehe, ein Champignon wächst schneller und wird einen Kopf größer als die anderen, dann muss er schnell abgehackt werden.

Ich habe aber den Eindruck, dass in Frauenzusammenhängen sehr viel darüber reflektiert worden ist und dass Frauen im Laufe der Zeit doch gemerkt haben, dass sie sich gegenseitig auch in ihren Stärken und nicht nur in ihren Schwächen anerkennen, unterstützen und fördern müssen, wenn sie mit ihren Themen weiterkommen wollen. Ohne Vernetzung ist da nichts möglich – womit wir wieder bei Ingrid Olbricht wären.

Jetzt von meinem Exkurs über den Neid zurück zum Thema AKF.

Die Entstehung der AKF-Gyn-Gruppe

Die Initiative zur AKF-Gyn-Gruppe ging von Barbara Ehret-Wagener aus. Sie lud alle Frauenärztinnen im Rahmen der AKF-Tagung 1994 zu einem Treffen ein. Statt einem kleinen Grüppchen kamen mehr als 20 Frauen zusammen. Sie erzählten, warum sie hier sind, was sie sich wünschen, wovon sie träumen. Ich träumte damals davon, zusammen mit anderen Fachfrauen ein Gynäkologie-Lehrbuch zu schreiben. Friederike Perl hob sofort den Finger und sagte: „Ich bin dabei! Das ist bei den Verhältnissen in Deutschland überfällig.“ Was für eine Erfahrung von Solidarität! Keine, die sagte: „Was bildest Du Dir denn ein?“ oder „Kannst du das denn?“ Vom ersten gesprochenen Wort bis zur Veröffentlichung hat es 10 Jahre gedauert und wir mussten viele Hürden nehmen. Aber diese Zeit war für mich geprägt von wunderbaren Erfahrungen von Solidarität, gegenseitigem Zutrauen und konzentrierter Arbeit. Da trifft wirklich der Satz aus dem Buddhismus: „Der Weg ist das Ziel“. Das war eine außergewöhnliche und beglückende berufliche Erfahrung.

Dieses Buch ist übrigens kein reines Gynäkologie-Buch. Von den 75 Autorinnen sind 30 Gynäkologinnen, 18 Ärztinnen anderer Fachrichtungen und 27 Expertinnen aus anderen Gesundheitsberufen. Also durchaus ein multiprofessionelles Buch.

Und auch Barbara Ereth-Wagener hat die Fachgruppe Gynäkologie von Anfang an als multiprofessionelle Gruppe um die Frauenheilkunde gedacht. In den ersten 3 bis 5 Jahren waren auch andere als Frauenärztinnen aktiv in der Gruppe, und die Gruppe hat lange um ihre Identität gerungen. Dass aus einer Fachgruppe eine Berufsgruppe wurde, war mehr ein Prozess als eine explizite Entscheidung. Ich kann mich erinnern, dass die erste heftige Auseinandersetzung in unserem Vorstand um die Begrifflichkeit „Fachgruppe“ oder „Berufsgruppe“ ging. Einige wollten partout den Begriff „Fachgruppe“ beibehalten, weil sie eine Fachgruppe und keine Berufsgruppe wollten. Ich wollte eine Berufsgruppe so nennen, weil sie eine ist. Da war wieder das Thema Gyni-Gruppe das „heiße Eisen“, das wir heute besser verstehen möchten.

Die Rolle der Gyn-Gruppe für die Frauenärztinnen und für den AKF

Ich möchte, dass wir uns das von zwei Seiten, einmal von innen und einmal von außen, anschauen, und ich hoffe, Sie folgen uns und sammeln dabei Gedanken, Gefühle, Argumente für die nachfolgende Diskussion.

Ich beschreibe zuerst die Gyni-Gruppe, wie ich sie von innen sehe und erlebe.

Die Gruppe ist von den 25 Frauen am Anfang kontinuierlich gewachsen auf aktuell 77 Frauen. Zu den Tagungen, die einmal im Jahr, meistens im Mai – also genau im Intervall zwischen den AKF-Jahrestagungen – stattfinden, kommen ebenfalls ziemlich kontinuierlich etwa 50 Frauen. Weder die Zahl der Gruppenmitglieder noch die Zahl der Tagungsteilnehmerinnen nimmt ab – im Gegensatz zu den Zahlen des Gesamt-AKF.

Die Gyni-Gruppe ist nicht nur stabil oder wachsend, sie ist leistungsstark, effektiv, kritisch. Sie hat für den AKF entscheidende Maßstäbe gesetzt: Sie hat die erste Öffentliche Kritik gegen Gebärmutterentfernungen geäußert, die erste Kritische Stellungnahme zur Mammographie verfasst, den ersten IGeL-Flyer entworfen, den ersten Hormon-Flyer entworfen, der die Hormonbehandlung kritisiert hat, die erste Kritik an der HPV-Impfung formuliert. Diese fachlich solide begründeten Positionierungen in der Fach- und Laien-Öffentlichkeit haben den AKF in seinem Renommee weit nach vorne gebracht.

Die Gyni-Gruppe ist auch von der Gruppendynamik her stabil und funktionstüchtig. Es gibt immer eine neue aktive Vorbereitungsgruppe, alle ein bis zwei Jahre an verschiedenen Orten, es gibt relativ wenig Hierarchie, persönliche Auseinandersetzungen dominieren nie die Tagungen und stellen nie die sachliche und fachliche Diskussion in Frage. Die Tagungen haben eine sehr befriedigende Mischung zwischen Zugewinn an Fachwissen und dem tieferen Verständnis von psychosozialen Prozessen einschließlich Selbsterfahrung. Im Laufe der Zeit sind viele Freundschaften entstanden und ein außerordentlich hohes Vertrauenspotenzial, das auch den Austausch über prekäre Themen gestattet. In dieser Gruppe sind sehr viele Solidaritätserfahrungen möglich. Konkurrenz wird eher als Ansporn genutzt. Unter der Oberfläche mag es sicherlich auch negative Konkurrenzserfahrungen geben.

Wie kann eine Gruppe so stark werden? Meines Erachtens spielen hier die besonderen Bedingungen zusammen, dass einerseits der AKF ein Sammelbecken für engagierte Gesundheitsberufe ist, andererseits engagierte FrauenärztInnen aber keine Heimat in den konventionellen Fachgesellschaften wie Berufsverband und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG finden können. Die Verbände sind zu sehr männerdominiert und haben ein zu konservatives Frauenbild, sie sind zu sehr am Profit orientiert und zu sehr mit Interessenkonflikten belastet. Lediglich die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe hat die Wende zur Frauenorientierung gefunden. Hier gibt es sehr viele überlappende Mitgliedschaften. Dass die vitale Diskussion doch eher im AKF als in der DGPFPG stattfindet, hat m. E. damit zu tun, dass der AKF weniger formalisiert, weniger konservativ und weniger hierarchisch ist. Die Gruppe hat im AKF mehr

Freiheitsgrade. Es gab auch im AKF Zeiten mit Androhungen von Freiheitsbeschneidungen (z. B. verstärkte Kontrolle durch den Vorstand). Das löste damals eine unmittelbare Gegenbewegung aus in Richtung Autarkie.

Die Gruppe hat in ihren ersten und mittleren Jahren sehr ernsthaft und sehr hartnäckig den interdisziplinären Diskurs gesucht mit den Hebammen. Man muss eingestehen, der Versuch ist gescheitert. Es ist zu keinem fruchtbaren berufsübergreifenden Austausch gekommen, dazu waren und sind die Berufsgruppen zu sehr in ihrer Konkurrenz verhaftet. Ungeachtet der Streitigkeiten der Berufsverbände untereinander sind aber sehr gute individuelle Kooperationen entstanden, wie wir heute Nachmittag auch im Forum der Hebammen und Gynäkologinnen sehen werden.

Mit der PPP-Gruppe haben die Frauenärztinnen den Kontakt nicht nur nicht gesucht, sondern die Angebote der PPP-Gruppe ausgeschlagen. Damit hat die Gruppe eine gewisse separatistische Tendenz gezeigt, die ihren Grund wohl in der großen Befriedigung hat, die die Gruppe in sich selbst fand.

Nun der Versuch eines Blickes von außen: Was löst so eine Gruppe im AKF aus, bei den einzelnen AKF-Frauen, bei den anderen Fach- und Regionalgruppen oder auch bei den luPs?

Diesen Blick überlasse ich Karin Bergdoll.

Multiprofessionelle Fachlichkeit, Unabhängigkeit und Uneigennützigkeit sind die Basis für Glaubwürdigkeit. Der AKF ist glaubwürdig für Frauen und Patientinnen, für Institutionen, Gremien, für Politik, Medien und Fachöffentlichkeit. Glaubwürdigkeit ist ein hohes Gut, an dem wir fortwährend hart arbeiten müssen, um es zu erhalten:

Wir müssen fortwährend an unserer Fachlichkeit arbeiten, damit wir seriös sind und nicht manipulativ, Informationsquellen prüfen und bewerten können, Offenheit bewahren, damit wir auch die Ergebnisse zur Kenntnis nehmen, die nicht in unser „Weltbild“ passen.

- Wir müssen an unserer Unabhängigkeit arbeiten, Finanzflüsse transparent machen, alle Interessenkonflikte offenlegen, auch von KooperationspartnerInnen und Projekten von AKF-Frauen. Sponsoring kommt für den AKF selbst nicht in Frage.
- Wir müssen an unserer Uneigennützigkeit arbeiten, ein wachsames Auge haben, um zu vermeiden, dass der AKF von einzelnen Mitgliedern oder Gruppen zu Wettbewerbsvorteilen benutzt wird.

Die AKF-Gyn-Gruppe bewegt sich hier auf einem sehr schmalen Grat: Es kann beispielsweise als Wettbewerbsvorteil gesehen werden, dass die Adressenliste der Frauenärztinnen auf der Website in öffentlichen Bereich eingestellt ist. Motiv für diese Liste waren die vielen Anfragen aus dem gynäkologischen Bereich an den AKF. Der AKF hat entschieden, nicht als Verein die persönliche

Beratung von Frauen zu übernehmen. Er entlastet sich von dieser Aufgabe, indem er Adressen von fachkompetenten AKF-Frauen vorhält, die die Frauen in persönlicher Verantwortung beraten. Es wäre interessant, die Position der AKF-Gynis und die der Mitgliederversammlung dazu zu erfahren.

Ein ganz besonderes Potenzial des AKF ist die **Multiprofessionalität**. Ich möchte ein bekanntes Zitat abwandeln: „Das Ergebnis multiprofessioneller Prozesse ist mehr als die Summe der Ergebnisse aus einzelnen Fachgruppen.“ Wir haben im AKF sehr gute Beispiele für fruchtbare multiprofessionelle Kooperationen: die Regionalgruppen, den Runden Tisch „Lebensphase Eltern werden“, die Kooperation mit dem Netzwerk gegen Selektion und den Nationalen Frauenverband. Dass konkurrente Berufsgruppen wie die Hebammen und die Gynäkologinnen auch im AKF nicht als Berufsgruppe zueinander finden, ist eigentlich nicht verwunderlich. Es ist zu viel erwartet, den AKF als eine Insel des Friedens in einer kämpfenden Umwelt zu sehen. Aber das Potenzial des AKF ist in Bezug auf Multiprofessionalität längst nicht ausgeschöpft. Es könnten sich neue Regionalgruppen bilden.

Viele Themen, die die Frauenärztinnen auf ihren Fachtagungen bearbeiten, sind originär multiprofessionelle Themen, z. B. „Gut und Gerne älter werden“, „Adipositas“, „Body-Styling“, „Das Geschäft mit der Angst“. Manche Themen wurden auf Mitgliederversammlungen vorgeschlagen für AKF-Tagungen und letztlich auf den Tagungen der Frauenärztinnen behandelt, z. B. hatte Birgit Rau das Thema „Bodystyling“ vorgeschlagen. Nachdem es auf den Gyni-Tagungen behandelt worden war, fand es in der MV keine Mehrheit mehr. Gabi Kaczmarzyk hat auf der letzten MV das Thema „Älter werden“ vorgeschlagen, aber ohne die Stimme der Frauenärztinnen hat das Thema wenig Chance. Hier wird die Konkurrenzsituation zwischen der AKF-Gyn-Gruppe und dem AKF deutlich, und dass der AKF dadurch geschwächt wird.

Die Frauenärztinnen lassen sich durch ihre vorrangige oder gar einzige Ausrichtung auf ihre Fachgruppe Chancen einer Entwicklung entgehen, die über den fachlichen und persönlichen Austausch hinausgeht. Ich kann mich erinnern, wie ein Vortrag von Beate Schücking in den 90er Jahren mich irritierte, gar empörte. Aus ihrer Studie zu Hausgeburten in Europa glaubte sie schließen zu können, dass vaginale Untersuchungen in der Schwangerschaft nicht nötig sind. Ich fühle mein Fachwissen und meine tägliche Praxis angegriffen, und das von einer Frau, die diese tägliche Praxis nicht teilte. Das fand ich empörend. Es hat wohl 2 bis 3 Jahre gedauert, bis ich meine tägliche Praxis in Frage stellen konnte. Aber das hat viel verändert. Solche ganz grundlegenden Umdenk- und Umlernprozesse sind eminent wichtig, und diejenigen, die einmal damit angefangen haben, denen fällt es zunehmend leichter, ihr Wissen und ihre tägliche Praxis in Frage zu stellen. Wir haben das natürlich auch in der Gyni-Gruppe selbst erlebt, z. B. als Friederike Perl uns die Begriffe aus der Epidemiologie erklärte und begründete, wieso wir in unserem pathophysiologischen Denken von der Mammographie mehr halten, als sie leisten kann. Aber die Chancen für ein Umdenken und auch für eine Erweiterung des Blickwinkels sind in multiprofessionellen Zusammenhängen größer.

Ein weiteres Argument für multiprofessionelle Zusammenschlüsse ist die exaktere Profilierung des eigenen Verantwortungsbereiches. Hierzu fällt mir ein, dass mir in den 80er Jahren während meiner Sexualtherapieausbildung an der Uni Hamburg von der Sekretärin ausgerichtet wurde, ich möchte das Paar, welches ich als Kotherapeutin behandelte, möglichst noch am Abend zurückrufen. Ich wollte umgehend zum Telefon greifen, als Gunther Schmidt, mein Ausbilder, mich entschieden zurückhielt und mir erklärte, dass morgen früh in der Therapiestunde noch Zeit genug sei, alles zu besprechen. Auch später habe ich aus der Zusammenarbeit mit PsychologInnen in Qualitätszirkeln gelernt, meine (Über?-)Fürsorglichkeit für Patientinnen in Frage zu stellen. Zu meinem Bild von einer guten Ärztin gehörte es, so weit wie möglich auf die Wünsche der Patientinnen einzugehen, denn in der Nach-68er-Ära und speziell im Postfeminismus ist das Arztbild ein Gegenbild zu dem Halbgott in Weiß. Wir wollen nicht mehr herrschen, sondern geliebt werden. Heute sehe ich die Gefahr, die Patientinnen zu verwöhnen und eine gewisse Abhängigkeit und Ansprüchlichkeit zu erzeugen, die vielleicht dafür verantwortlich ist, dass die Menschen in Deutschland so oft und so gerne zu ÄrztInnen gehen.

Multiprofessioneller Austausch stärkt auch das Zutrauen zu anderen Berufsgruppen. Das ist für ÄrztInnen wichtig, um Überverantwortlichkeit zu reduzieren und abgeben zu können.

Es geht also bei der multiprofessionellen Kooperation nicht nur um den Wissenszuwachs, sondern um die persönliche Entwicklung. Die Professionen können aneinander wachsen, und für ÄrztInnen ist eine Relativierung besonders wichtig, weil sie qua gesellschaftlicher Hierarchie, die auch im eigenen Kopf verankert ist, auf der obersten Stufe stehen. Auf der obersten Stufe ist man für alles verantwortlich und muss alles leisten, was gewünscht wird. Man fühlt sich großartig, wenn alles gelingt und stellt sich in Frage, wenn man das Schicksal nicht wenden kann.