



**Arbeitskreis Frauengesundheit**  
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

## **Frauengesundheit:**

### **Kooperation zwischen Konkurrenz und Solidarität**

*Dokumentation der 17. AKF-Jahrestagung vom 06. bis 07. November 2010 in  
Berlin*

Die Tagung wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

## **Inhalt**

Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend .....	3
Einführung .....	6
Entwicklung des Solidarsystems seit Bismarck.....	12
Entwicklung des AKF zwischen Konkurrenz und Solidarität – am Beispiel der AKF-Gyn-Gruppe.....	22
Ziele, Grundsätze und Ergebnisse der Arbeit des AKF .....	36
Forum 1: Frauen – Pharma – Selbsthilfe .....	40
Forum 2: Gegen Konkurrenz für Vernetzung .....	48
Konkurrenzen im gesundheitlichen Verteilungssystem.....	59

*Angelika Diggins-Rösner*

## **Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Sehr geehrte Frau Dr. Beckermann, sehr geehrte Vorbereitungsgruppe dieser Tagung, sehr geehrtes Publikum, zunächst möchte ich Ihnen die herzlichen Grüße der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Kristina Schröder überbringen.

Sie kann leider aus terminlichen Gründen nicht persönlich hier sein.

Als Vertretung des Ministeriums freue ich mich sehr, dass ich heute bei Ihnen sein darf.

Die Teilnahme an der AKF-Jahrestagung ist für mich im Laufe der Jahre bereits zu einer lieb gewonnenen Gewohnheit geworden.

AKF-Tagungen, das weiß ich aus langjähriger Erfahrung, bedeuten spannende Vorträge, lebhafte und kontroverse Diskussionen und interessante Begegnungen am Rande der Veranstaltung.

Der AKF ist für das Bundesgleichstellungsministerium ein langjähriger und wichtiger Partner in Sachen Frauengesundheit. Das liegt einerseits an der hohen fachlichen Kompetenz, durch die Sie sich in wichtigen Strukturen des Gesundheitswesens viel Anerkennung erworben haben. Es liegt außerdem an dem multiprofessionellen und ganzheitlichen Ansatz Ihrer Verbandsarbeit durch den immer wieder wichtige patientinnenorientierte und frauengerechte Impulse in die gesundheitspolitische Diskussion transportiert werden. Es ist der etwas andere Blick auf das Gesundheitswesen, der Sie auszeichnet. Der auch Ihre kritischen Stellungnahmen, wie beispielsweise das aktuelle Positionspapier zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett prägt, mit denen Sie sich für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen einsetzen.

Danke für Ihren kontinuierlichen Einsatz im Interesse der Frauengesundheit! Ich freue mich dazu beitragen zu können, z.B. durch die Förderung dieser Veranstaltung.

Der Gender-Blick in der Medizin setzt sich langsam aber sicher durch, auch wenn die Umsetzung in der Praxis noch hinterherhinkt.

Einige Beispiele:

2009 hat die WHO einen umfassenden Bericht zur Frauengesundheit veröffentlicht.

Das Dt. Ärzteblatt hat im September 2010 einen Artikel herausgegeben: „Mehr Rücksicht auf das Geschlecht in der Arzneimitteltherapie“.

Anfang Oktober 2010 fand die diesjährige Jahrestagung der Drogenbeauftragten zum Thema „Frauen und Alkohol“ statt.

Vor einigen Tagen – etwa 10 Jahre nach Herausgabe des Frauengesundheitsbereichtes - wurde ein Männergesundheitsbericht vorgestellt, die Presseresonanz war erheblich. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird das Thema ebenfalls aufgreifen.

Die Charité hat einen Workshop „Genderforschung in der Medizin“ durchgeführt, auf dem die Ergebnisse eines gleichnamigen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Pilotprojektes vorgestellt und diskutiert wurden.

Auch wenn viel passiert ist, die Ergebnisse des Workshops zeigen noch einen erheblichen Handlungsbedarf auf. Die wissenschaftlich hoch anerkannte Zeitschrift „Nature“ stellt dazu fest: „Medizin ist bei Frauen weniger evidenzbasiert als bei Männern.“

Für Ihre diesjährige Tagung haben Sie sich das Schwerpunktthema „Kooperation zwischen Konkurrenz und Solidarität“ ausgesucht.

Dabei geht es nur mittelbar um die Patientinnen. Im Mittelpunkt steht diesmal das Gesundheitssystem selbst und die Situation der dort Beschäftigten.

Ein wichtiges Thema für Frauen, denn das Gesundheitswesen ist eindeutig weiblich dominiert. Auch der Nachwuchs bei der Ärzteschaft ist mehrheitlich weiblich. Ende 2009 waren bereits 60 % der Berufsanfänger im ärztlichen Bereich Frauen, Tendenz steigend. Ca. 80% der Krankenhausmitarbeiter sind weiblich.

Es ist sehr zu begrüßen, dass das Bundesgesundheitsministerium in diesem Jahr einen Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen eingerichtet hat. Ein hoffnungsvoller Schritt, um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen (zunächst im Krankenhaus) familienfreundlicher zu gestalten. Das war längst überfällig und dringend notwendig, nicht nur für die Beschäftigten, sondern auch für das Gesundheitswesen selbst.

Denn der Fachkräftemangel hat bereits begonnen.

Auch die Einkommenssituation in etlichen medizinischen und pflegerischen –frauendominierten-Berufen ist nicht wirklich reizvoll. Die sehr massiven – und durchaus nachvollziehbaren Hebammenproteste in diesem Jahr haben uns dieses Problem deutlich vor Augen geführt.

Der Fachkräftemangel in vielen Bereichen ist eine der großen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Hinzu kommen weitere Probleme wie zum Beispiel die Finanzierbarkeit der Gesundheitsleistungen ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität; Bürokratiewachstum; hoher Arbeitsdruck durch Personalmangel usw.

Gleichzeitig steigt in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

Der Arbeitsalltag vieler Professioneller im Gesundheitsbereich wird durch diese Dinge zunehmend bestimmt und belastet. Nicht immer ist es dabei leicht, den eigenen Ansprüchen an eine gute Versorgung von Patienten und Patientinnen gerecht zu werden.

Die Bildung von Kooperationen und interdisziplinären Netzwerken innerhalb der gesundheitlichen Versorgung kann eine gute Möglichkeit sein, um mit dieser Situation umzugehen. Sie werden sich im Verlauf dieser Tagung damit befassen.

Zum Nutzen der Patientinnen sind solche Kooperationen allemal.

Es ist ein wichtiges Anliegen bei zahlreichen Maßnahmen unseres Hauses, derartige Kooperationen zu fördern. Das Gesundheitssystem hat oftmals eine Schlüsselrolle zu anderen Unterstützungssystemen insbesondere auch zu psychosozialen Beratungsangeboten.

Gerade im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Kooperationen zwischen Medizin und anderen Stellen sehr hilfreich, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, diese Lebensphasen wieder weniger als medizinische Ereignisse anzusehen.

Erwähnen möchte ich die Qualitätszirkel bei Pränataldiagnostik, die durch ein BZgA-Modellprojekt entstanden sind, die Netzwerke zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Frauenunterstützungssystem bei häuslicher Gewalt, die in unserem Projekt MIGG modellhaft erprobt werden, Kooperationen für einen besseren Kinderschutz im Rahmen des BMFSFJ-Programms Früher Hilfen.

Auch die Gesetzesänderung im Schwangerschaftskonfliktgesetz, die am 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist, verfolgt u.a. das Ziel der besseren Vernetzung zwischen medizinischer Versorgung und der psychosozialen Schwangerenberatung.

Die Implementierung derartiger Vernetzungsmodelle ist nicht immer einfach. Auch Netzwerke brauchen Ressourcen, damit sie entstehen und bestehen bleiben können. Aber der Erfolg bestehender Netzwerke, ihr Nutzen für alle Beteiligten ist unbestritten.

Der AKF mit seiner multiprofessionellen Zusammensetzung ist ein hervorragendes Forum zur Diskussion und Anregung solcher Netzwerke.

Ich bin gespannt auf die Vorträge und die Diskussionen dieser Tagung. Und ich bin mir sicher, dass die Ergebnisse der Tagung –wie immer- ein weiterer Schritt sind auf dem Weg zu einer besseren Versorgung der Frauen.

In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung einen guten Verlauf und Ihnen allen interessante Gespräche – vielleicht sind sie ja der Beginn von neuen Kooperationen.

Vielen Dank!

*Ursula Jung*

## **Einführung**

Am 6. und 7. November 2010 fand in Berlin-Spandau die 17. Jahrestagung des AKF e. V. statt. Das Tagungsthema „Frauengesundheit: Kooperation zwischen Konkurrenz und Solidarität“ wurde auf der AKF-Mitgliederversammlung des letzten Jahres vorgeschlagen. Anlass war das Bedürfnis der AKF-Frauen, sich intensiver mit den veränderten Arbeitsbedingungen durch die gesundheitspolitischen Reformen und die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahre zu befassen und dies vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsbedingungen und der Veränderungen bei der Versorgung von Patientinnen/Frauen zu diskutieren.

In der Presseerklärung vom 5. Oktober heißt es dazu: „Das Thema bietet Zündstoff. Durch die Veränderungen der letzten Jahre ist der berufliche Alltag der Professionellen im Gesundheitswesen häufig geprägt durch Verteilungskämpfe und Abgrenzungen: Hausärztinnen gegen Fachärztinnen, Hebammen gegen Gynäkologinnen, Ärztinnen gegen andere Gesundheitsberufe, Psychologische gegen Ärztliche Psychotherapeuten, Niedergelassene gegen Medizinische Versorgungszentren.“

Mehr als in früheren Jahren sind medizinische und pflegende Berufsgruppen konfrontiert mit Wettbewerb im Gesundheitswesen, manchmal in Form von Anreizen für Wachstum und Entwicklung, häufig jedoch erlebt als Bedrohung der eigenen Durchsetzungsfähigkeit am Markt. Diese Wettbewerbssituation löst bei vielen Ärztinnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe das Gefühl aus, nicht arbeiten, diagnostizieren, behandeln und verordnen zu können, wie sie es für medizinisch und menschlich richtig erachten.

Die Tagung verfolgte zwei verschiedene Zielrichtungen. Zum einen wollten die Veranstalterinnen gesundheitliche und gesellschaftliche Modelle von Kooperation und Solidarität als eine der wichtigsten Ressourcen helfender Berufe thematisieren: Kooperation und Solidarität mit Frauen, mit Kolleginnen, mit den Fachleuten in der Politik und in den Institutionen. Zum anderen sollten allen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten konkrete Wege und Maßnahmen aufgezeigt werden, sich für den Wettbewerb zu rüsten und bei allen Schwierigkeiten Möglichkeiten zu entwickeln, sich der eigenen ethischen Integrität sicher sein zu können und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Sinne der Frauen und Patientinnen mit zu beeinflussen.

Dass Motivation, Kooperation und eine gute medizinische Versorgung möglich sind, ist den vielen kleinen und großen Kontaktformen und Gruppierungen zu verdanken; den Hebammen und Frauenärztinnen, die im Alltag gut zusammenarbeiten, den Haus- und Fachärztinnen, die ihre regionalen Vernetzungen schaffen, den Qualitätszirkeln, den Supervisions- und Balintgruppen, die sich gegenseitig unterstützen und ihre Arbeit miteinander reflektieren, den Gemeinschaftspraxen und MVZs, die gewachsene Kooperationsstrukturen entwickelt haben, der Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, z. B. Schwangerschaftskonfliktberatungen und Pränataldiagnostik.

Der AKF bot mit dieser Jahrestagung eine geeignete Plattform, die Situation im Gesundheitswesen berufsübergreifend zu thematisieren, weil er ein multiprofessioneller Verein mit dem primären Interesse an Frauengesundheit ist. Den Mitgliedern geht es, anders als Berufsverbänden, nicht um Partikularinteressen, sondern um Frauengesundheit als „das große Ganze“, zu dem jede einzelne Frau und jede Berufsgruppe ihren Teil beitragen kann. Anerkennung und Respekt sind im Rahmen von AKF-Tagungen Vorschuss und müssen nicht erst erkämpft werden. Unter diesen Bedingungen besteht die Offenheit, Konkurrenz sichtbar zu machen und ihre zwei Seiten zu betrachten: die des fruchtbaren Sich-Messens und die des kontraproduktiven Sich-Zerstörens.

Nach der Begrüßung durch die 1. Vorsitzende des AKF, Dr. Maria Beckermann, und einem Grußwort der Ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder, das Angelika Diggins-Röner vom BMFSFJ verlesen hat, erinnerte Dr. Sabine Schleiermacher vom Institut für Geschichte der Medizin, Charité Berlin, an die Entwicklung des Solidarsystems seit Bismarck und die Leitideen gesundheitlicher Sicherung in Ost- und Westdeutschland nach 1945.

In ihrem Referat führte sie aus, dass die Grundzüge heutiger Strukturen gesundheitlicher Sicherung bereits im Kaiserreich entstanden sind und in der Weimarer Republik differenziert wurden. Ihre Funktion bestand in der Verhinderung von Armut bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit. Der Zuschnitt der Krankenversicherung war durch deren Bindung an die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit definiert. Mit dem Gesetz zur Krankenversicherung war weniger Prophylaxe als die Ausweitung der Therapie als Form ärztlichen Handelns verbunden. Die Finanzierung präventiver Maßnahmen durch die Kassen war nur im Spezialfall vorgesehen. Mit diesem System war auch eine Rollenverteilung im Geschlechterverhältnis vorgenommen worden.

Dr. Sabine Schleiermacher fokussierte besonders die Leitideen im Gesundheitswesen in Ost- und Westdeutschland seit 1945 und formulierte die zentralen Leitideen unseres gegenwärtigen solidarischen Gesundheitssystems. Sie legte dar, dass Solidarität und Kooperation für Frauen besonders wichtig sind aufgrund ihrer reproduktiven Fähigkeiten. Sie hob positiv hervor, dass in unserem gender-gerechten GKV-System der Beitrag nicht nach dem Kostenverursachungsprinzip festgelegt ist, sondern zumindest gleich ist für Männer und Frauen. Sie stellte zur Diskussion, ob es gerechtfertigt sei, allein den Frauen die Kosten für Schwangerschaften und Geburten zuzuteilen, obwohl die gesamte Gesellschaft von der weiblichen Reproduktivität profitiert und auf sie angewiesen ist. Dies betreffe auch die Kosten für Verhütungsmittel, die von der Kasse nicht gezahlt werden.

Nach dem medizinhistorischen Exkurs stand die Entwicklung des AKF – zwischen Konkurrenz und Solidarität – zur Diskussion. Dr. Maria Beckermann und Karin Bergdoll nannten die geschichtliche Entwicklung des AKF als ein Beispiel für Kooperation und Zusammenarbeit. „Das Bedürfnis nach Kooperation professioneller Frauen miteinander und ihre Solidarität mit den Patientinnen war ein wichtiges Motiv für die Gründung des Vereins. Der Verein entwickelte sich schnell zu einem multiprofessionellen Netzwerk, das einen kritischen Frauenblick auf die Gesundheitspolitik warf und sich aktiv einmischte, um Gender-Perspektiven einzubringen und durchzusetzen.“ Beide zogen aus

der langjährigen Arbeit des AKF Schlüsse über die Bedeutung des AKF heute und seine zukünftigen Aufgaben – sowohl in Bezug auf die Frauen in ihren jeweiligen Berufsfeldern als auch die gesundheitspolitische Landschaft.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung war das Referat von Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK. Ein Aspekt des Referats: Krankenkassen im Wettbewerb – ein Vorteil für Patientinnen? Wie wirken sich der Gesundheitsfond und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich auf die gesetzlichen Krankenkassen und damit auf die Versorgungslandschaft aus? Was bedeutet die Stärkung des Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen für Ärztinnen und Psychologinnen, für Hebammen, für andere medizinische und soziale Fachberufe, und was bedeutet sie für Frauen und Patientinnen?

Birgit Fischer legte dar, wie Kassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung wetteifern und welche Freiheiten es ihnen gestatten, spezielle Aspekte der Frauengesundheit in den Blick zu nehmen. So könnten beispielsweise Einzel- und Kollektivverträge mit Ärztinnen und Ärzten die Versorgungsstrukturen für besonders benachteiligte Frauen verbessern, z. B. die Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen, die Gewalt erfahren haben, abbauen und stattdessen im Rahmen eines wohnortnahen multiprofessionellen Versorgungsnetzes eine ganz individuell und am persönlichen Bedarf der Frau orientierte kompetente Versorgung anbieten zu einem Preis, der dem Aufwand angemessen ist. Ziel des Wettbewerbs sei es, Qualität, Effektivität und Effizienz in den medizinischen Einrichtungen zu verbessern. Wettbewerb sei damit kein Selbstzweck, sondern ein Suchprozess. Aufgabe der Kassen sei es, die Versorgung bedarfsgerecht und geschlechterspezifisch zu organisieren. Birgit Fischer merkte an, dass die BARMER GEK ein indikationsbezogenes Versorgungsmanagement zur Gestaltung der Versorgung aufbaue. Für die Patienten und Patientinnen soll dabei u. a. mehr Transparenz über spezielle Angebote entstehen. Die BARMER GEK biete bereits Mehrleistungen für Frauen an: geschlechterspezifische Prävention, Screening auf Schwangerschaftsdiabetes, Haushaltshilfe und vielfältige PatientInneninformationen. Auch eine Kooperation zwischen Frauenärztinnen und Hebammen, die sich am Bedarf der schwangeren Frauen orientiert, könnte zu einer Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt beitragen und z. B. an der Abnahme der Kaiserschnitttrate messbar sein.

Auf vier Foren diskutierten Fachfrauen mit den Tagungsteilnehmerinnen über ihre alltäglichen Erfahrungen mit Konkurrenz und Solidarität.

Beim Thema **Frauen – Pharma – Selbsthilfe – Patientinnen zwischen Wohltätigkeit und Nutzenkalkül** wurde die Rolle von Patientinnenorganisationen am Beispiel genderspezifischer Indikationen und ihrer Auswirkungen auf Sozialsystem und Gesundheit thematisiert. In der Presseerklärung zur Tagung vom 19. Oktober heißt es dazu: „Die Formen der Selbsthilfe haben sich im Gleichklang mit gesellschaftlichen Veränderungen der letzten 20 Jahre grundlegend verändert. Das Interesse an einer Kooperation mit Selbsthilfe im Sozialsystem ist beständig gewachsen, und auch die Anforderungen an Leistungsfähigkeit und Spektrum der Angebote in der Selbsthilfe sind gestiegen.“



Spezialistinnen und Patientinnen bringen Selbsthilfeorganisationen Vertrauen entgegen. Doch multinationale Pharmakonzerne sponsern die Selbsthilfe heute weltweit.“ Im Forum wurde erarbeitet, wie kranke Frauen zur Zielgruppe vielfältiger Interessen, speziell des Pharmamarketings, werden können. Aus Selbsthilfegruppen, die mit dem Ziel der gegenseitigen Unterstützung angetreten sind, könnten dadurch Konkurrenten werden. Die Moderatorinnen stellten Transparenz über Verknüpfungen zahlreicher Interessengruppen und deren Geldflüsse her und regten zu einer Patientinnenbewegung an, die frei vom Sponsoring die wichtigen Aufgaben einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen kann.

Am Forum **Gegen Konkurrenz, für Vernetzung – Netzwerke zur Frauengesundheit** beteiligten sich Frauen, die selbst in Netzwerken arbeiten, in ihrer Region bzw. ihrem Arbeitsfeld an Netzwerken interessiert sind oder Netzwerkerinnen werden wollen. Im Forum wurde diskutiert, ob Netzwerkarbeit ohne Konkurrenz überhaupt möglich ist, wie Netzwerkarbeit funktioniert, um das Miteinander zu fördern und eine erfolgreiche Lobbyarbeit für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in Gang zu bringen. Am Beispiel mehrerer interdisziplinärer Netzwerke auf Stadt-, Landes- und Bundesebene im Frauengesundheitsbereich wurde im Forum vorgestellt, wie mit unterschiedlichen berufs- und gesundheitspolitischen Interessen und Positionen und den daraus folgenden Konflikten umgegangen werden kann.

**Medizinische Versorgungszentren versus niedergelassene Ärztinnen?** – In diesem Forum diskutierten sowohl niedergelassene Ärztinnen als auch Ärztinnen, die in Medizinischen Versorgungszentren arbeiten, ihre unterschiedlichen Erfahrungen und Erwartungen. Als Vorteil empfanden es einige, dass Hausärztinnen, Fachärztinnen und andere Sozialberufe unter einem Dach zu finden sind, dass Ärztinnen in der Familienphase die Möglichkeit haben, Beruf und Familie zu vereinbaren, weil ihnen die Verantwortung der Praxisführung erspart bleibt. Andererseits würden Medizinische Versorgungszentren von niedergelassenen Ärztinnen als Konkurrenz empfunden, weil sie befürchten, dass deren PatientInnen vorrangig untereinander weitervermittelt und Überweisungen für Operationen z. B. nur an angeschlossene Klinikketten vorgenommen werden. Im Forum wurden Bedingungen diskutiert, die ein Miteinander statt Gegeneinander im beruflichen Alltag ermöglichen.

In der Presseerklärung zum Forum **Hebammen und Gynäkologinnen – Konkurrenz und Solidarität** heißt es: „Die Kooperation zwischen Hebammen und Frauenärztinnen müsste eine Selbstverständlichkeit sein. Leider ist die Realität oft anders, Abgrenzungen bis hin zu Rivalitäten und mangelnde Wertschätzung gibt es zwischen den Berufsgruppen nach wie vor. Konflikte wurden und werden dann häufig auch über die schwangere Frau ausgetragen.“ Im Forum wurden Kooperationserfahrungen, gelungene Zusammenarbeit, aber auch Schwierigkeiten der Zusammenarbeit diskutiert. Es wurden Eckpunkte einer guten Zusammenarbeit erarbeitet, Schwangere durch beide Berufsgruppen zu betreuen, da viele schwangere Frauen diese kooperative Kompetenz sehr schätzen.

Schwerpunkte des zweiten Tagungstages waren Referate von Renate Hartwig, Autorin und Publizistin, und Erika Feyerabend, Soziologin und freie Journalistin.

Unter dem provokanten Motto **Ausverkauf des Solidarsystems?** kritisierte Renate Hartwig die Ökonomisierungstendenzen des Gesundheitswesens. Sie machte deutlich, wie sich die Veränderungen im Gesundheitswesen auf Patientinnen und Fachfrauen auswirken: Durch marktwirtschaftliche Strukturen parallel zum Solidarsystem (z. B. IGeL-Leistungen) würden Ärztinnen zu Leistungsanbieterinnen und -verkäuferinnen. Die Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn laufe damit Gefahr, an Vertrauenswürdigkeit zu verlieren. Renate Hartwig plädierte für eine transparentere Gesundheitspolitik und vertrat die Ansicht, dass Ärztinnen, Psychologinnen, Hebammen und anderen Fachleuten, die direkt mit Patientinnen in Beziehung treten, die größtmögliche Entscheidungsfreiheit über die einzusetzenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zugestanden werden sollte, sofern ihr Nutzen vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt wurde.

In ihrem Beitrag **Konkurrenz im gesundheitlichen Verteilungssystem. Hilft Ethik den allgegenwärtigen Wettbewerb zu bändigen?** stellte die Referentin Erika Feyerabend fest: „Ethikgremien haben Hochkonjunktur. Sie sollen helfen, gemeinschaftsstiftende Werte und soziale Verantwortung zu wahren. Diese Hoffnung kann trügerisch sein. Die Suche nach demokratischer Gestaltung, an der Versicherte, Patientinnen, Pflegekräfte und Ärztinnen beteiligt sind, ist wünschenswert, aber weitaus schwieriger.“

In Zeiten von Rationierung medizinischer Leistungen und erweiterter Sterbepolitik oder von immer mehr genetischen Diagnosemöglichkeiten vor und nach der Geburt seien diese Gremien gefragt. Die benannten und keinesfalls gewählten Expertinnen der Ethikgremien entwürfen jenseits demokratischer Meinungsbildung Kriterienkataloge und Stellungnahmen. Sie schafften „ethische Minimalkonsense“, die bisherige Handlungsgrenzen aufhoben, statt sie zu sichern.

Und so können die privatwirtschaftlichen Wachstumsambitionen gefördert und solidarisch finanzierte Leistungen begrenzt werden. Um dem entgegenzuwirken seien genaue politische Analysen, politische Koalitionen gegen Privatisierung von Krankenbehandlung und Versicherungswesen sowie die Vorstellung von einer wachsenden Gesundheitsindustrie notwendig. Die Problematisierung von Wettbewerb, Chefarztbehandlungen, IGeL im öffentlichen Gesundheitswesen, verdeckte Rationierung im Berufsalltag müssten auf die Tagesordnung gesetzt werden – und nicht Ethikkommissionen oder Spezialistentum.

Erika Feyerabend beendete ihr Referat mit einem Appell an die Teilnehmerinnen der Tagung: „Was hilft? Eine öffentliche Debatte, die nicht ausschließlich praktikable ‚Lösungen‘ für den einmal eingeschlagenen Weg ... bereithält und zumindest zulässt, dass es auch ‚Unlösbarkeiten‘ gibt, deren Geschichte, sozialen und ökonomischen Entstehungskontexte es zu verstehen gilt. Ebenso wie die machtvollen Strukturen, Gesprächsformen, Akteurinnen und die eigene Rolle im Beruf oder als Patientin. Nicht zuletzt brauchen wir Gespräche und Bündnisse, um die Verhältnisse im Gesundheitswesen zu verändern. Kurzum: Wir müssen das, was ihr versucht, weitermachen, verstärken, als politische Aufgabe verstehen.“

Der Arbeitskreis Frauengesundheit e. V. forderte zum Abschluss der 17. Jahrestagung in Berlin einen solidarischen und kooperativen Umgang mit der Frauengesundheit und die bestmögliche Beratung und Behandlung für Frauen: Jede Frau hat dies verdient – unabhängig vom Versicherungs- und Sozialstatus, von Alter und Gesundheitszustand, von sexueller Orientierung, Schulbildung und Herkunftsland.

Die Tagung machte deutlich, dass es sich bei vielen interdisziplinären Auseinandersetzungen um Irrwege handelt, die von strukturellen Kernproblemen ablenken, die das Solidarsystem unterhöheln.

Im Rahmen der Jahrestagung konnten Wege und Ziele aufgezeigt werden, wie die eigene ethische Integrität in dem sich verschärfenden Wettbewerb gewahrt und die Arbeitsbedingungen auch zum Nutzen der Frauen/Patientinnen beeinflusst werden können. Teilnehmerinnen aus zahlreichen Gesundheitsberufen bestätigten in Foren und Diskussionen, dass Solidarität und Kooperation die wichtigsten Ressourcen helfender Berufe sind. Sie betonten die notwendige Reflexion der eigenen Berufsrolle im Gesamtsystem, um die Ausrichtung des Denkens auf eine einseitige ökonomische Logik zu verhindern. Sie sprachen sich für einen transparenten Umgang mit Konkurrenzformen aus, die innovative Entwicklungen fördern und für eine verstärkte Wertschätzung von Kooperationen, wie sie von Hebammen und Gynäkologinnen, von Haus- und Fachärztinnen, die mit sozialen Beratungsstellen zusammenarbeiten, und weiteren Netzwerken zur Frauengesundheit bereits beispielhaft praktiziert werden.

Dr. Maria Beckermann und Karin Bergdoll, 1. und 2. Vorsitzende des AKF, fassten zusammen: Frauengesundheit darf für private und kommunale Geldgeber und Kapitalgesellschaften kein Investment mit Dividende werden. Der AKF fordert Gesetze, die weltweit die Spekulation mit Gesundheit, Nahrungsmitteln, Wasser und Luft als lebenswichtigen Gütern verbieten. Die Forschungen der Pharmaindustrie dürfen nicht überwiegend gewinnbringend vermarktet werden. Angesichts der immer größer werdenden Schere zwischen Arm und Reich will der AKF Patientinnen und Frauen aus den Gesundheitsberufen ermutigen, gemeinsam dafür aktiv zu werden, dass allen Frauen die beste gesundheitliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird und dabei die Frau/Patientin gestaltend im Mittelpunkt steht.

*PD Dr. Sabine Schleiermacher*

## **Entwicklung des Solidarsystems seit Bismarck**

Die Grundzüge heutiger Strukturen gesundheitlicher Sicherung sind bereits im Kaiserreich entstanden und in der Weimarer Republik ausdifferenziert worden. Ihre Funktion bestand in der Verhinderung von Armut bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit. Der Zuschnitt der Krankenversicherung war durch deren Bindung an die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit definiert. Mit dem Gesetz zur Krankenversicherung war weniger Prophylaxe als die Ausweitung der Therapie als Form ärztlichen Handelns verbunden. Die Finanzierung präventiver Maßnahmen durch die Kassen war nur im Spezialfall vorgesehen. Mit diesem System war auch eine Rollenverteilung im Geschlechterverhältnis vorgenommen worden.

Im Folgenden möchte ich Grundlinien der Entwicklung des Systems gesundheitlicher Sicherung in Deutschland seit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung bis zur Situation in der Nachkriegszeit in der frühen DDR darstellen. Meine Überlegungen habe ich, der Einfachheit halber den politischen Umbrüchen folgend, in die Abschnitte Kaiserreich, Weimarer Republik, Zeit des Nationalsozialismus und Nachkriegszeit unterteilt. Die Darstellung kann, der knappen zur Verfügung stehenden Zeit geschuldet, nur überblicksartig, wenig detailliert und nur ausschnitthaft sein. Ein spezieller Blick ist in einer Zusammenfassung auf die Situation von Frauen gerichtet.

### **1. Kaiserreich**

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts hatte sich im Verfolg der Industrialisierung und Urbanisierung die soziale Situation breiter Bevölkerungsschichten deutlich verschlechtert, so dass gegen Ende des Jahrhunderts angesichts wirtschaftlicher und sozialer Wandlungsprozesse auch aus staatlicher Sicht die Einführung zentral geregelter Formen sozialer Sicherung angebracht erschien. Die dann projektierten Kranken-, Unfall-, und Invalidenversicherungen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt. Im Rahmen der Bismarck'schen Sozialpolitik der 1880er Jahre bildeten sie aber eine Einheit in der Sozialgesetzgebung.

Vorläufer der gesetzlichen Krankenversicherung waren Hilfseinrichtungen der Innungen und Zünfte, von Unternehmern gegründete Fabrikkrankenkassen, die genossenschaftlich organisierte Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter waren, sowie gemeindliche Armenkrankenkassen. Mit der Umwandlung selbstverwalteter Genossenschaften in „polizeiliche Staatsanstalten“ sowie mit der Veränderung des Zunftrechts in eine Gewerbegesetzgebung setzte sich allmählich ein Versicherungszwang durch. Gemeinden konnten nun durch Ortsstatut eine Beitrittspflicht zu einer Kasse für die am Ort beschäftigten Gesellen und Gehilfen, später auch eine Beitragspflicht für Arbeitgeber festlegen.

Am 15. Juni 1883 wurde das Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter verabschiedet. Mit ihm wurde die Versicherungspflicht für Arbeiter sowie Betriebsbeamte bestimmter Gewerbe, deren Einkommenshöhe eine staatlich festgelegte Summe nicht überstieg, festgelegt. Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen wurde seit dem Inkrafttreten des Gesetzes 1883 erweitert. Die Zugehörigkeit zu einer Kasse wurde durch den Arbeitsplatz bestimmt und konnte nicht frei gewählt werden.

Die in dem Gesetz von 1883 festgelegten Prinzipien haben das Krankenversicherungssystem bis heute geprägt. Hierzu gehören, und hier zitiere ich Florian Tennstedt, „Versicherungszwang und Vorleistung in Form von Zwangsbeiträgen, Rechtsanspruch auf Leistungen aufgrund dieser Beiträge (keine Bedürftigkeitsprüfung, kein Nachrang), Abhängigkeit der Beitragshöhe vom Bruttoarbeitsentgelt (sozialer Ausgleich innerhalb der ArbeitnehmerInnen) und nicht vom Risiko (bestimmte Krankheiten, Alter, Geschlecht), keine Rückzahlungsverpflichtung gewährter Leistungen, Träger der Krankenversicherung sind besondere juristische Personen des öffentlichen Rechts, und über Streitfälle entscheidet eine (besondere) Verwaltungsgerichtsbarkeit“.

Zu den kassenpolitischen Grundsätzen gehörten eine dezentrale Organisationsform, Selbstverwaltung der Versicherten, Arbeitgeberbeiträge in Höhe der Hälfte der Arbeiterbeiträge, berufsbezogene Ortskrankenkassen, betriebsbezogene Krankenkassen, vereinheitlichte Mindestleistungen, Arbeitgeber Einfluss in der Kassenverwaltung entsprechend der Beitragsquote, Kontroll- und Aufsichtsrechte der Behörden.

Die Novelle der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 betraf insbesondere die Organisation der Krankenversicherungsträger, wodurch die Ortskrankenkassen zum wichtigsten Versicherungsträger wurde.

Das Krankenversicherungsgesetz räumte den Krankenkassen die Möglichkeit ein, durch Satzungsbestimmung Familienmitglieder in ihre Leistungen mit einzubeziehen, wenn diese etwa mangels abhängiger Erwerbstätigkeit selbst nicht dem Versicherungszwang unterlagen. Unter diese Mehrleistungen konnten auch Wochenhilfe für Ehefrauen, Sterbegeld beim Tod der Ehefrau oder eines Kindes fallen.

Im Gegensatz zu älteren Formen sozialer Sicherung war mit der Sozialgesetzgebung ein Rechtsanspruch auf Leistung formuliert worden, der die Arbeitnehmerschaft von der Abhängigkeit einer sozial und politisch diskriminierenden Armenhilfe befreite und ihren Status als Staatsbürger festigte. Implizit war damit auch die Anerkennung der Vorstellung verbunden, dass die Entstehung individueller Not in sozialen Ursachen begründet und deren Beseitigung Aufgabe der Gesellschaft sei.

Dennoch ist gerade vor dem Hintergrund des „Gesetz[es] gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ vom 19. Oktober 1878, allgemein bekannt unter dem Namen „Sozialistengesetz“, der „antiemanzipatorische Charakter“ der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung, der auch die Schwächung der Sozialdemokratie und der Arbeiterbewegung zum Ziel hatte und mit

repressiven Maßnahmen verbunden war, nicht zu übersehen. Die „obrigkeitsstaatlich gelenkten Innovationen“ waren, so der Historiker Hans-Ulrich Wehler, nur eine „Mängelmindeung“. „Grundlegende Reformen im Sinne der dauerhaften Humanisierung der Arbeitswelt und des kontinuierlich verbesserten Arbeitsschutzes kamen damals nicht zum Zuge.“

Mit den Krankenkassenbeiträgen, die ursprünglich zu zwei Dritteln, seit 1883 zur Hälfte von der Arbeitnehmerschaft finanziert wurden, wurden die materiellen Folgen von Krankheit und zum Teil auch von Unfällen weiterhin überwiegend von der Arbeitnehmerseite getragen, allerdings gemindert durch den anteiligen Beitrag der Arbeitgeber sowie hinsichtlich der Einzelperson durch das System der Solidargemeinschaft.

Für Frauen bedeutete die Bindung der Versicherung an die abhängige Erwerbstätigkeit, dass sie, solange sie nicht abhängig beschäftigt waren, entweder nicht versichert waren oder über eine abhängig erwerbstätige Bezugsperson, einen Ehemann, je nach dessen Zugehörigkeit zu einer Kasse von den freiwilligen Leistungen dieser Kasse profitieren konnten. Diese Situation begann sich während des Ersten Weltkrieges und prinzipiell erst in der Weimarer Republik zu ändern.

## **2. Weimarer Republik**

In der Weimarer Republik wurde die Gesundheitssicherung zur Staatsaufgabe gemacht und Art. 161 der Weimarer Verfassung formulierte den Anspruch eines weit umgreifenden gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung und forderte ein „umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“. Die Forderung nach einem Gesundheitsministerium auf Reichsebene setzte sich noch nicht durch. Vielmehr wurde im Reichsministerium des Innern eine Abteilung, die primär für Volksgesundheit zuständig war, eingerichtet.

Als zusätzliche Säule im System sozialer Sicherung im Krankheitsfall wurde der öffentliche Gesundheitsdienst als Teilbereich der Fürsorge und Wohlfahrtspflege etabliert. Er hatte eine präventive Ausrichtung und war eine Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sollte auf den Zusammenhang von Lebensgewohnheiten, Wohnverhältnissen und Krankheiten hingewiesen werden. So sollte er hygienische Volksbelehrungen und Aufklärungen über gesundheitliche Risiken des Alltags durchführen. Neben die aufklärerische Funktion trat die der gesundheitlichen Betreuung und Überwachung jener Bevölkerungsgruppen, die als vermeintliche Überträger besonders bedrohlicher Krankheiten identifiziert worden waren und somit für die allgemeine Volksgesundheit als gefährlich eingeschätzt wurden. Die Prophylaxe von Krankheiten rückte ins öffentliche Interesse.

Im Öffentlichen Gesundheitswesen flossen medizinische, gesellschafts- und sozialpolitische Handlungsebenen zusammen (Programmatik einer „medizinischen Polizey“, Bakteriologie, Sozialhygiene und -medizin, Sozialpolitik, Städteplanung).

Kommunale Gesundheitsfürsorge stützte sich auf Sozialhygiene. Zentrale Erkenntnis und Aussage der Anfang des Jahrhunderts vor dem Hintergrund der Industrialisierung formulierten Sozialhygiene war die Verbindung des Gesundheitszustandes von Menschen mit ihrer sozialen Situation, die zu einer Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen in die medizinische Forschung führte. Da soziale und gesellschaftliche Verhältnisse die Entstehung von Krankheiten beeinflussten, sollte ärztliche Fürsorgetätigkeit dort ansetzen, wo der Entstehung von sozial bedingter Krankheit entgegengewirkt werden könnte.

Mit diesen reformerischen Ideen waren von Anfang an aber auch Überlegungen verbunden, mittels Fürsorgemaßnahmen bewusst oder unbewusst Menschen in die Industriegesellschaft und ihre Gesetzmäßigkeiten einzupassen. So bewegte sich die Sozialhygiene von Anfang an im „Spannungsfeld zwischen Reform und Anpassung“.

Mit der Herstellung einer Verbindung von Krankheit und Konstitution wurden Theorien über die Entstehung von Krankheiten um die der genetischen Disposition erweitert. Am Ende der Weimarer Republik verließ die etablierte Sozialhygiene, die weiterhin als oppositionelle Wissenschaft galt, ihren eigentlichen gesellschaftswissenschaftlichen Ansatz und übernahm einen biologistischen Begründungszusammenhang.

Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Weimarer Republik ist vor dem Hintergrund des Ersten Weltkrieges und seiner Folgen, wie der wirtschaftlichen Entwicklung, Inflation (1923) und Weltwirtschaftskrise (1928) und einer verbreiteten Arbeitslosigkeit, zu sehen.

Der Erste Weltkrieg war der „große Schrittmacher der Sozialpolitik“ gewesen. Hier wurden Grundlagen gelegt, die auch für die Krankenversicherung von Bedeutung waren. Bereits im Dezember 1914 wurden mit der Kriegswochenhilfe erstmals Leistungen für mitversicherte Angehörige als Regelleistungen eingeführt, die Anfang 1915 ergänzt und auf weitere Personenkreise ausgedehnt wurden.

Nach dem Krieg war das Kapitalvermögen der Kassen geschwunden und die Zahl der beitragszahlenden Versicherten nahm rapide ab. Die Veränderung in der Zusammensetzung der Versicherten (hohe Mitgliedszahl von Frauen, Kindern und alten Menschen) und damit die Minderung der Einnahmen und demgegenüber die Steigerung der Ausgaben in Folge kriegsbedingter Erkrankungen waren direkte Auswirkungen des Krieges.

In den Jahren 1918 bis 1920 wurde der Kreis der versicherten Personen wiederholt ausgedehnt, indem Ehefrauen und Töchter in die allgemeine Pflichtversicherung einbezogen wurden. Gleichzeitig sollte der Kreis der versicherungspflichtigen Personen und damit die ökonomische Basis der Kassen erweitert werden. So wurde 1918 durch Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze nicht nur der Geldentwertung Rechnung getragen, sondern auch der Kreis der beitragspflichtigen versicherten Arbeitnehmer erheblich ausgeweitet. Eine Politik, die zukünftig mehrfach wiederholt wurde.

Ein differenziertes Wohlfahrts- und Fürsorgesystem sollte angesichts anhaltender schwieriger ökonomischer Bedingungen weitere Einsparungen erwirken. So sollte die vom Reichsarbeitsministerium erlassene Notverordnung vom 26.7.1930 die Belastungen der beitragszahlenden Versicherten wie Arbeitgeber reduzieren – [heute würde man über Lohnnebenkosten debattieren]. Mehreinnahmen sollten durch die Einführung von Gebühren etwa für Kranken- und Kurscheine sowie die Selbstbeteiligung bei Arznei- und Stärkungsmitteln, Einsparungen durch die Einschränkung der Leistungen bei sogenannten Bagatellfällen und durch Leistungseinschränkungen in der Anstaltsbehandlung erzielt werden. [Die heutigen Rezept- und Praxisgebühren sowie Reduzierungen des Leistungskataloges sind also nur eine Verlängerung dieser Praxis.] Da die gesetzliche Verankerung der Mitversicherung von Familienangehörigen bereits von der überwiegenden Mehrheit der Krankenkassen eingeführt worden war, ließ sie keine Mehrausgaben erwarten.

Die Situation von Frauen hatte sich grundsätzlich nicht verändert. Weiterhin waren sie nur dann versichert, wenn sie entweder selbst abhängig erwerbstätig waren und unter die Versicherungspflicht fielen oder wenn sie über eine andere abhängig erwerbstätige und versicherungspflichtige Person, in der Regel einen Ehemann, mitversichert waren. Die Regularien über die Mitversicherung von nicht abhängig erwerbstätigen Angehörigen waren allerdings zu ihren Gunsten verbessert worden. Der verfassungsrechtliche Anspruch auf medizinische Versorgung konnte von ihnen angesichts der wirtschaftlichen Situation allerdings oft nur in Form einer Basisversorgung durch die öffentliche Gesundheitsfürsorge eingelöst werden.

### **3. Nationalsozialismus**

Die bereits in der Weimarer Republik eingeführten Reformen und eine beginnende ökonomische Stabilisierung bildeten den Rahmen, in dem die nationalsozialistische Regierung ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen umsetzen konnte. Hierzu gehörten die Zentralisierung gesundheitspolitischer Aufgabenbereiche und die Durchsetzung einer rassenhygienisch ausgerichteten Gesundheits-, Sozial- und Bevölkerungspolitik.

Die Nationalsozialistische Gesundheitspolitik war vorrangig als Bevölkerungs- und Rassenpolitik definiert, in deren Zentrum der „gesunde Volkskörper“ stand. Nicht die Sicherung der individuellen Gesundheit, sondern der „Volkskörper“ war der Bezugspunkt sozialpolitischer Intervention. Sie war durch den untrennbaren Zusammenhang von Förderung und Ausgrenzung, von Unterstützung der „Wertvollen“ und „Ausmerze“ und Vernichtung der „Minderwertigen“ gekennzeichnet. Die Implementierung von Eugenik/Rassenhygiene im öffentlichen Gesundheitswesen war bereits seit dem Kaiserreich gefordert worden. Indem ein ökonomischer Begründungszusammenhang hergestellt wurde, konnte diese Forderung unter Verweis auf die weltweite Wirtschaftskrise durchgesetzt werden.

Eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Entscheidungen war mit dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 die Einrichtung staatlicher



Gesundheitsämter, deren Hauptaufgabe die Durchführung einer rassenhygienisch orientierten Gesundheitspolitik war. Kommunale Gesundheitsämter konnten, wenn sie die gleichen Funktionen übernahmen, mit staatlicher Genehmigung weiterhin bestehen. Parallel hierzu existierten weiterhin Einrichtungen der konfessionellen oder parteigebundenen Wohlfahrtspflege sowie der Deutschen Arbeitsfront (DAF). Die staatlichen Gesundheitsämter waren dem Reichsgesundheitsamt untergeordnet. Hiermit hatte die nationalsozialistische Regierung den schon in der Weimarer Republik formulierten Wunsch nach einer reichseinheitlichen Gesundheitspolitik umgesetzt.

Hinsichtlich der Krankenkassen war der nationalsozialistischen Regierung die Beseitigung ihrer Selbstverwaltung von großer Bedeutung. So wurde das Aufsichtsrecht des Staates erweitert und dem Reichsarbeitsministerium unterstellte und staatlich eingesetzte Kommissare übernahmen die Organisation der Krankenkassen. Die fünf Spitzenverbände der Krankenversicherungsträger wurden dem Reichsarbeitsministerium unterstellt und gingen in den „Reichsverband der Ortskrankenkassen“ über.

Um „die Sozialversicherung zur Staatsverwaltung in ein engeres Verhältnis zu bringen“ wurden die einzelnen Versicherungszweige mit dem „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934“ zusammengefasst. An die Spitze der einzelnen Versicherungsträger wurde ein Leiter gesetzt, womit dem nationalsozialistischen „Führergedanken“ Rechnung getragen wurde.

Die „Gleichschaltung“ der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“. Nach Tennstedt wurden 30 Prozent der Angestellten der Ortskrankenkassen wegen ihrer politischen Einstellung (SPD- und KPD-Mitgliedschaft) entlassen. In Berlin betraf dies sogar 95 Prozent des Personals der AOK. Die Leitungsfunktionen wurden von Mitgliedern der NSDAP und ihrer Gliederungen übernommen.

Die als Individualversicherung angelegte Krankenversicherung wurde den bereits im Kaiserreich so angelegten Strukturen folgend in Richtung Familienversicherung entwickelt. Konkrete Leistungen bezogen sich demnach auf die familiären Verhältnisse der versicherten Person.

Zu den neuen „Gemeinschaftsaufgaben“ der Krankenversicherung gehörten jetzt auch Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik mit den Elementen von „Auslese“ und „Ausmerze“, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge (soziale Hygiene) sowie Rassenhygiene. So übernahm die Krankenversicherung z. B. die im Zusammenhang mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchgeführten Sterilisationen oder die Erstellung von „erbbiologischen“ Gutachten.

Dieser Ausweitung des Leistungskatalogs gegenüber stand der Entzug medizinischer Leistungen für Bürger, die vom Staat als „jüdisch“ definiert wurden. Sie durften nur noch von „jüdischen“ Ärzten, die zu sogenannten „Krankenbehandlern“ degradiert worden waren, und in „jüdischen“ Krankenanstalten, denen die ökonomische Basis entzogen wurde, behandelt werden.

Die medizinische Behandlung von Personen wurde von ihrer „Rassenzugehörigkeit“ abhängig gemacht.

Während des Zweiten Weltkrieges wurde der territoriale Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse auf besetzte, angeschlossene, eingegliederte oder beigetretene Gebiete ausgedehnt und die Gesetzgebungen der ehemaligen Staaten dem deutschen Krankenversicherungsrecht angepasst. In den nicht eingegliederten Ostgebieten (z. B. Generalgouvernement) wurden, dem Rassegedanken folgend, sogenannte „Deutschstämmige“ ebenfalls nach diesem Recht behandelt.

Als Verhandlungspartner auf Seiten der Ärzte wurde am 2. August 1933 die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“ (KVD) als Körperschaft öffentlichen Rechts ins Leben gerufen. Ihre Leitung übernahm Anfang 1934 die bisherige Geschäftsführung des Hartmannbundes. Die KVD war nun „die allein berufene Vertretung der deutschen Ärzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung“ und regelte die Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis sowie die Beendigung derselben. Die Reichsärzteordnung (RÄO), die am 1. April 1936 in Kraft trat, wurde von der Ärzteschaft als „Krönung der Eingliederung der Ärzteschaft in den neuen Staat“ bewertet. Sie beinhaltete das, wofür die Ärzteschaft seit Langem gekämpft hatte: Abschaffung der Kurierfreiheit, Errichtung einer Reichsärztekammer als alleiniger Standesorganisation und Herauslösung der Ärzte aus der Gewerbeordnung. Das neue Gesetz griff weitgehend auf bereits 1926 vom Ärztetag verabschiedete Grundsätze zurück. Mit der KVD und der RÄO hatten sich die Ärzte ein Instrumentarium zur „innerprofessionellen Kontrolle und Disziplinierung“ geschaffen.

Unter den Bedingungen des Krieges und im Zuge der Propaganda für den „totalen Krieg“ wurde der Krankheitsbegriff mit allen seinen Beschreibungsformen neu gefasst, indem er auf Leistungsfähigkeit in jeglicher Hinsicht bezogen wurde. Arbeitsfähigkeit und Arbeitseinsatzfähigkeit dominierten das Verständnis von Gesundheit.

Versicherung war weiterhin an abhängige Erwerbstätigkeit gebunden, so dass sich die Situation von Frauen in dieser Hinsicht grundsätzlich nicht änderte, auch wenn besonders unter den Bedingungen der Kriegsproduktion vermehrt Frauen in Erwerbstätigkeit kamen. Gleichfalls war die Sozialversicherung in Richtung auf eine Familienversicherung weiterentwickelt worden. Die zentrale Kategorie für die formale Zugehörigkeit zum gesellschaftlichen System im Nationalsozialismus war die Rasse. Wer nicht dazugehörte, erhielt weniger oder gar nichts, wie etwa als „jüdisch“ definierte Personen oder ZwangsarbeiterInnen. Andererseits wurde das System auf jene ausgedehnt, die auch außerhalb Deutschlands wohnend ihre „Deutschstämmigkeit“ nachweisen konnten.

#### **4. Nachkriegszeit**

Nach Kriegsende war das System der Sozialen Sicherung zerstört. Bereits im Herbst 1945 berieten die Alliierten über die Wiedereinführung der Sozialversicherungen. Ein gemeinsamer Entwurf der

Besatzungsmächte, die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung zu einer allgemeinen einheitlichen Versicherung zusammenzulegen, scheiterte jedoch.

Nur in Berlin gelang es in allen vier Zonen, eine gemeinsame Einheitsversicherung einzuführen. Am 1. Juli 1945 nahm die Versicherungsanstalt Berlin ihre Arbeit auf. Versicherungspflichtig waren alle Arbeiter und Angestellten, alle Gewerbetreibenden und sonstigen Selbständige, Rentner, Pensionäre, Arbeitslose und Studenten und mit ihnen alle Familienangehörigen.

Im Januar 1947 führte die sowjetische Besatzungsmacht in der von ihr verwalteten Zone die Einheitsversicherung für die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung ein.

Auch in den Westzonen gab es eine breite Diskussion um eine Einheitsversicherung. Befürworter und Gegner hofften, nach dem Ende der Besatzungszeit gesetzgeberische Mehrheiten für ihre Position zu finden. Schließlich wurde in den Westzonen das traditionelle, gegliederte System mit den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung des 19. Jahrhunderts fortgeführt, wie es seit der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus modifiziert worden war.

Die Verfassung der DDR vom 7. Oktober 1949 hielt in § 16 fest: „Der Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ... dient ein einheitliches, umfassendes Sozialversicherungswesen ...“ Die Sozialversicherung der DDR bot damit, im Unterschied zur Bundesrepublik der fünfziger Jahre, der gesamten Bevölkerung vollständigen Versicherungsschutz bei Krankheit. Für sämtliche stationären und ambulanten Leistungen wurden die Kosten ohne Zuzahlungen übernommen. Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie staatliche Angestellte und Arbeiter oder Beschäftigte und Nicht-Beschäftigte (Rentner, Arbeitslose) gab es nicht mehr. Vorbeugungsmaßnahmen wurden Bestandteil des Schutzes. Damit war einer Jahrzehnte alten Forderung der Arbeiterbewegung nach einem „Gesundheitsschutz für die gesamte Bevölkerung durch umfassende unentgeltliche Vorbeugung und Behandlung“ Rechnung getragen.

Nach statistischen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheitswesen aus dem Jahr 1961 waren 1950 einschließlich der Rentner weniger als 50 Prozent der Bevölkerung Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und stieg ihr Anteil erst bis 1960 einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen auf schätzungsweise 80 Prozent an.

Zur Organisation gesundheitspolitischer Belange wurde erstmalig in der deutschen Geschichte eine zentrale Instanz, das Ministerium für Gesundheitswesen, eingerichtet.

Prävention und Prophylaxe waren in der DDR die zentralen Kategorien, unter denen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung organisiert wurde. Darin unterschied sie sich von der BRD, in der kurative Medizin vorherrschte.

Dem Konzept des Gesundheitsschutzes lag der Ansatz einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zugrunde. Schwerpunkte lagen auf Personengruppen (Mütter, Säuglinge, Kinder und Jugendliche,

kinderreiche Familien) und infrastrukturellen Einrichtungen (Kindergärten, Ambulatorien, Polikliniken und Wohnungsbau). Darüber hinaus kam den medizinischen Einrichtungen in Industriebetrieben oder auf dem Land eine besondere Bedeutung im Gesundheitsschutz zu.

So wurden auf kommunaler wie betrieblicher Ebene staatliche, für den ambulanten Gesundheitsschutz verantwortliche Einrichtungen – Polikliniken, Ambulatorien und Dispensaires – etabliert. Sie traten in Konkurrenz zu den traditionell dominierenden, in privaten Einzelpraxen als freie Unternehmer niedergelassenen Ärzten. Das Recht auf freie Arztwahl für die Bevölkerung blieb erhalten. Bereits eingerichtete freie Praxen wurden nicht grundsätzlich in ihrer Existenz bedroht; die Hürden zur Eröffnung neuer Praxen waren allerdings kaum zu überwinden.

Das zentrale Gesetz für die gesundheitliche Sicherung von Frauen, Müttern und Kindern war das am 27. September 1950 von der provisorischen Volkskammer der DDR verabschiedete „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“.

Das Politbüro der SED hatte ein solches Gesetz für notwendig erachtet, um die Voraussetzungen für die in der Verfassung der DDR bereits verankerte Gleichstellung von Mann und Frau im Einzelnen zu schaffen.

Mit den vier Kapiteln des Gesetzes wurden verschiedene Rechts- und Politikbereiche in einem einzigen Gesetz zusammengefasst:

- die ärztliche Versorgung und finanzielle Unterstützung von Schwangeren, Müttern und Kindern sowie der Schwangerschaftsabbruch
- die Frau in der Familie sowie das Sorgerecht für Kinder
- die Gleichstellung und Förderung der Frau in allen Erwerbsbereichen
- die Teilnahme der Frau am „staatlichen und gesellschaftlichen Leben“

Bereits in den ersten Jahren nach Einführung des Gesetzes war ein Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu verzeichnen.

Nach Vorstellung der SED war die ‚Lösung der Frauenfrage‘ eng mit der ‚Lösung der sozialen Frage‘ und diese wiederum mit der Befreiung der Arbeiterklasse, d. h. der Herstellung sozialistischer Produktionsverhältnisse, verbunden.

Die gleichberechtigte Integration der Frau in den allgemeinen Arbeitsprozess, die durch die Bereitstellung von Qualifizierungsmöglichkeiten für Frauen sowie die Errichtung eines Netzes sozialer Einrichtungen zu ihrer Entlastung gewährleistet werden sollte, wurde somit zur ersten Voraussetzung für die Gleichstellungspolitik als bewusste gesellschaftspolitische Entscheidung.

Neben dieser politischen Zielsetzung war die Mobilisierung der Frauen für eine Erwerbstätigkeit nach 1945 auch aus wirtschaftlichen Gründen geboten, da als Folge des Krieges zu wenige Männer für die erforderliche Arbeitsleistung vorhanden waren. Ohne die Arbeit von Frauen, die schon in der Kriegswirtschaft des Nationalsozialismus in vielen Bereichen Tätigkeiten von Männern übernommen hatten, konnte ein Wiederaufbau nicht durchgeführt werden.

Das Gesetz bezog sich auf Frauen, von denen angenommen wurde, dass sie erwerbstätig waren, und die aufgrund einer Schwangerschaft ihre Berufstätigkeit temporär nicht ausüben und daher staatliche Unterstützung beanspruchen konnten. Mit diesen Formulierungen sollte eine hohe Geburtenrate bei gleichzeitiger möglichst voller Berufstätigkeit der Frau gesichert werden.

In der BRD war mit Art. 3, Absatz 2 des Grundgesetzes von 1949 zwar die Gleichberechtigung von Mann und Frau festgeschrieben worden. Die verschiedenen, die Situation von Frauen beschreibenden und regulierenden Gesetze folgten dieser Forderung jedoch nur sehr zurückhaltend und langsam. So wurden Frauen weiterhin als schützenswerte Mütter oder Mitglieder einer Familie wahrgenommen. Ihre Versicherung wurde außerhalb abhängiger Erwerbstätigkeit weiterhin in diesen Rollen gewährleistet. War sie verheiratet, war sie nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch bis 1958 noch „verpflichtet“, „das gemeinschaftliche Hauswesen zu leiten“, und „zu Arbeiten im Hauswesen und im Geschäfte des Mannes“. Eine Bezahlung wurde im Übrigen nicht angesprochen. Seit 1958 durfte sie den Haushalt dann schon „in eigener Verantwortung“ führen, während sie weiterhin verpflichtet war, „im Beruf oder Geschäft des anderen Ehegatten mitzuarbeiten“. Ab diesem Jahr hatte sie aber auch das Recht, „erwerbstätig zu sein, soweit dies mit ihren Pflichten in Ehe und Familie vereinbar ist“. Seit 1977 obliegt die eigenverantwortliche Haushaltsführung nicht mehr unbedingt der Frau und sie ist, soweit sie eben verheiratet ist, als einer von zwei Ehegatten „berechtigt, erwerbstätig zu sein“.

### **Zusammenfassung**

War das Sozialrecht unter Bismarck in Zusammenhang mit dem Sozialistengesetz und als Instrument zur Abwehr weiter reichender Forderungen, zur Eindämmung der Kosten sowie zur Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit der gewerblichen Arbeiter und zur Zurückdrängung der Institutionen ihrer Selbstorganisation entstanden, so bedeutete es auch die rechtliche Festschreibung einer gesellschaftlichen Norm: der Familie mit einer spezifischen Rollenverteilung. Nach dieser hierarchischen Verteilung mit dem Mann als Familienernährer waren die Frauen für die unentgeltliche Reproduktion verantwortlich. Anspruch auf Versicherung erlangten Frauen zunehmend, um eben diese Rolle abzusichern, nämlich als Ehefrauen, die den Haushalt führen/pflegen, und als Mütter. Das juristische Regelwerk zur sozialen Absicherung orientierte sich an diesen Rollenzuschreibungen und schrieb sie fest.

*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, überteuerte 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, sichtbarer 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.

*Karin Bergdoll*

## **Ziele, Grundsätze und Ergebnisse der Arbeit des AKF**

Bevor ich über die Arbeit des AKF berichte, möchte ich mich erst einmal vorstellen. Ich gehöre nicht zum Urgestein des AKF – ich bin sozusagen eine Spätzünderin. Ich bin erst 2002 in den AKF eingetreten – habe dann aber gleich ordentlich losgelegt. Meine Voraussetzungen waren günstig – ich war beim Berliner Frauensenat als Referatsleiterin beschäftigt und u. a. zuständig für die Themen Frauen- und Mädchengesundheit, Gewalt gegen Frauen, Migrantinnen, behinderte Frauen, obdachlose Frauen und für die Förderung einer großen Anzahl sozialer Berliner Frauenprojekte.

Ich erzähle das so genau, weil ich all diese Erfahrungen in den AKF einbringen konnte. Der AKF vertritt einen sehr breit gefächerten Arbeitsansatz – fachlich und gesundheitspolitisch.

**Die Ziele und Grundsätze unserer Arbeit sind insbesondere in der AKF-Charta festgehalten.**

Dort steht:

Wir wollen die Kompetenz der Frauen stärken, damit sie informiert selber über ihre Gesundheit bestimmen können.

Weibliche Lebensformen und eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise sollen in alle medizinischen und gesellschaftlichen Bereichen integriert werden.

Und wir wollen Einfluss nehmen auf Politik und Gesellschaft mit dem Ziel, eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Diese Betrachtungsweise zeigt sich u. a. auch bei unseren jährlichen Tagungen, ich sage immer etwas pathetisch: unsere „AKF-Perlen“. Sie zeigen und stärken unser Profil. Wir nehmen aktuelle und noch verborgene, oft auch brenzlige und ungemütliche Themen auf, weisen auf Benachteiligungen und Fehlversorgungen (ggf. auch auf Erfolge) durch politische Veränderungen/Reformen des Gesundheitssystems hin. Ein Beispiel hierfür ist die aktuelle Tagung, mit der brennende Probleme der im Gesundheitswesen Beschäftigten, der Patientinnen und Frauen insgesamt aufgegriffen werden. Ein weiteres Beispiel: 2006 hieß unsere Tagung „Sex 2006“. In der Stellungnahme zur Tagung werden u. a. (nicht medizinisch induzierte) Schönheits-Operationen und ein Frauenbild, das diese provoziert, problematisiert. Es werden Vorschläge zur Reduzierung von Schönheitsoperationen und deren Verbot an Minderjährigen gemacht. Und wir fordern eine Qualitätskontrolle der sogenannten Schönheitsoperationen durch Fachkräfte (Fachärzte für plastische/ästhetische Chirurgie). Das Thema ist für uns bis heute wichtig.

**Der AKF ist ein Netzwerk unterschiedlicher Fachfrauen und Organisationen.** Uns zeichnen Fachlichkeit und Multiprofessionalität aus. Es gibt viele gute Beispiele für multiprofessionelle Kooperationen: z. B. der Runde Tisch „Lebensphase Eltern werden“, über den ich kurz berichten

möchte. Nicht nur weil dessen Arbeit bemerkenswert ist, sondern auch, weil ich dort von Anfang an mitarbeite und weil ich mich dort wohlfühle und auch Freundinnen gefunden habe. So etwas passiert auch bei der politischen Arbeit.

Der Runde Tisch ist ein multiprofessionell besetztes Gremium. Beteiligt sind eine Hebamme, Frauenärztinnen, Psychologinnen, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerinnen. Ich stellte Ihnen zwei wichtige Ergebnisse vor: Das INFO „Zur Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach“ und das Positionspapier des AKF „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“. Im INFO sind 18 Expertinnen und Experten zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu Wort gekommen. Es werden Fehlentwicklungen durch Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt aufgezeigt, die für Mutter und Kind (auch den Vater) schwerwiegende Folgen haben können. Beispiele sind die hohe Anzahl der Kaiserschnitte in Deutschland (30 Prozent), die hohe Zahl der als Risikoschwangerschaft deklarierten Schwangerschaften, das stetige Anwachsen pränataldiagnostischer Maßnahmen und die „Entbettung des Wochenbetts“, wie die Autorin es nennt – damit meint sie die Entwertung einer wichtigen Lebensphase für Mutter, Kind und Vater bis zur Bedeutungslosigkeit.

Es werden auch positive Entwicklungen dargestellt: z. B. Hebammenkreißsäle und babyfreundliche Krankenhäuser.

Das Positionspapier schließt an die Debatten im INFO an. Es ist „politisch“ und geht davon aus, dass etwas passieren muss, dass die Debatten in Taten münden müssen. Das Papier endet mit einem breiten Forderungskatalog, zum Beispiel an die Bundesregierung, den Gemeinsamen Bundesausschuss, die KBV, die Hebammenverbände und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Auch diese beiden Arbeitsergebnisse tragen dazu bei, dass unser Profil in die Öffentlichkeit dringt und öffentlich nachgedacht und hoffentlich gehandelt wird. Wir wollen handfeste, konkrete Veränderungen erreichen und keine Eintagsfliegen produzieren.

### **Der AKF ist eine feministische Organisation – parteilich für Frauen, politisch und kooperativ.**

Feminismus ist für mich mit Parteilichkeit, Politikfähigkeit und Kooperationen mit anderen Organisationen eng verbunden.

Der Begriff Feminismus hatte lange Zeit einen verstaubten Beigeschmack, und ich musste mich immer wieder lautstark als „Altfeministin“ outen, um dem Begriff Respekt zu verschaffen und die Erfolge der neuen Frauenbewegung nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Inzwischen tauchen zunehmend Gruppen von jungen Frauen auf, die sich Feministinnen oder so ähnlich nennen, was mich beglückt.

Feminismus bedeutet auch das frauenpolitische Durchdringen aller gesellschaftlichen Bereiche, zu erkunden, wie es mit der gesellschaftlichen Bewertung des weiblichen Geschlechts aussieht, wo Gewalt und Diskriminierung herrschen, wie es mit Gleichberechtigung und Chancengleichheit von Frauen aussieht. Auch wie es den Frauen und Mädchen auf anderen Kontinenten und in anderen Ländern ergeht. Und natürlich als Folge, wie die Gesundheit von Frauen durch patriarchale gesellschaftliche Strukturen beeinträchtigt oder beschädigt wird. Und Feminismus heißt, Konzepte zu entwickeln, zu handeln und sich für eine geschlechtergerechte Demokratie und Gesundheitsversorgung stark zu machen.

Wir dringen mit unserem Thema in alle Bereiche des Lebens vor. Ohne viel zu beschreiben, möchte ich beispielhaft einfach einige unserer Stellungnahmen der letzten Jahre nennen und damit die Breite unserer Arbeit demonstrieren. Wir setzen uns ein „Für eine sichere und kostenlose Schwangerschaftsverhütung – selbstbestimmte Familienplanung ist ein Menschenrecht“. Mit unserer Erklärung „Schönheitsoperationen am weiblichen Genitale – eine spezielle Form der Medikalisierung und Sexualisierung von Mädchen- und Frauenkörpern“ haben wir das Thema Schönheitsoperationen wieder aufgenommen. Der Anlass war, so erinnere ich mich, ein fraktionsübergreifender Antrag an den Bundestag. Wir haben die „Abschaffung der Rezeptpflicht für die Pille danach“ (8. März 2008) gefordert, und uns ist aufgefallen: „Auch Männer kriegen Kinder“ (Vatertag, 1. Mai 2008). Unser Flyer zum Herzinfarkt bei Frauen war schnell vergriffen. Wir haben für unsere Tagung aber noch einige Exemplare ergattern können.

Mit einem Offenen Brief an die Innenminister der Länder haben wir unsere Solidarität mit benachteiligten Minderheiten, die in Deutschland leben, ausgedrückt: „Für ein humanitäres Bleiberecht – keine Abschiebung von Roma, Ashkali und Kosovoägypatern in den Kosovo. Wir sorgen uns um die Gesundheit und das Leben von Frauen und ihren Kindern.“

Vor kurzer Zeit ist ein Flyer zur Gesundheit von Lesben erschienen. Und zurzeit wird an kritischen Informationsmaterialien zur Pränataldiagnostik gearbeitet.

Ein bisher unterschätztes und unbeleuchtetes Thema behandelt unsere noch druckfrische Broschüre „Die verkannte Gefahr – Umweltbelastungen und Brustkrebs“ .

Ohne Einflussnahme auf die politischen Prozesse und ohne Kooperationen mit anderen lassen sich unsere Forderungen zur Frauengesundheit gesamtgesellschaftlich nicht durchsetzen. Eine Nischenexistenz, in der wir unseren eigenen Idealismus und unsere hohen ethischen Vorstellungen leben, steht für uns nicht zur Debatte.

Der AKF hat sich regelmäßig mit früherer Fachkompetenz in die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland eingemischt und dabei auch gesundheitspolitische Entscheidungen hinterfragt.

Ich nenne zwei Themen: die HPV-Impfung und das Mammografie-Screening. Wir waren die Ersten, genau genommen unsere Gynies, die auf Informationsdefizite und Unsicherheiten, Nutzen und

Schaden der Angebote hingewiesen haben. Dazu gibt es einen immer noch aktuellen Flyer „HPV-Impfung? Eine Entscheidungshilfe“. Wahrscheinlich ist Ihnen auch die Broschüre „Brustkrebs-Früherkennung – Informationen zur Entscheidungsfindung“ bekannt. Unsere Bedenken wurden in beiden Fällen aufgenommen und breit diskutiert. Die Debatten dauern bis heute an, und gehen immer mehr in Richtung „Zweifel“.

Meine Wahrnehmung ist, dass wir unsere gesellschaftliche und vor allem politische Präsenz und Sicht auf die Frauengesundheit in den letzten Jahren ausgebaut haben. Hier wiederum einige Beispiele: Der AKF hat sich in die Debatte um das bis 2008 diskutierte Präventionsgesetz mit einer eigenen Position eingeschaltet und u. a. an einer Anhörung im Bundestag teilgenommen. Leider ist das Gesetz zurzeit wieder vom Tisch. Erwähnenswert ist auch unsere Forderung an die Bundesregierung, ein Nationales Gesundheitsziel „Gewaltfreie Lebenswelten für Frauen und ihre Kinder schaffen“ zu etablieren.

Wir haben uns mit unseren gesundheits- und sozialpolitischen Stellungnahmen immer mehr in die Politik eingeschlichen und werden von unseren „Fans“ inzwischen weiterempfohlen. Wir arbeiten in Arbeitskreisen des Frauen- und Gesundheitsministeriums mit. Wir sind Mitglied im „Ausschuss des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de“ und arbeiten dort in der AG Brustkrebs mit. In besagtem Kooperationsverbund werden die Nationalen Gesundheitsziele (inzwischen sind es acht) entwickelt.

### **Zur Zukunft des AKF**

Im Prinzip müssen wir das weiterentwickeln, was wir in den langen Jahren unserer Arbeit geschaffen haben. Aber wir brauchen noch mehr Kapazitäten, Frauen, die ihre Freizeit mit unserer Arbeit verknüpfen. Wir brauchen, und das sind die Klagen vieler Frauenorganisationen, junge Frauen, junge Feministinnen.

Wir müssen zukünftig stärker zielgruppenbezogen arbeiten – z. B. zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen. Und wir sollten z. B. unser „Traditionsthema“ Psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen wieder stärker verfolgen. Wir sollten das Thema der letzten Tagung aufnehmen und uns mit der Gesundheit am Arbeitsplatz und der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie im Gesundheitswesen Beschäftigter befassen.

Vielleicht sind ja einige unter Ihnen, die Lust haben, dazu Fachgruppen einzurichten.

Wir müssen internationaler werden. Ein erster Schritt ist die Kooperation mit WECF (Women in Europe for a common future ) im Rahmen der Broschüre „Die verkannte Gefahr – Umweltbelastungen und Brustkrebs“. Ein weiterer Schritt wäre die Beteiligung an der CEDAW-Berichterstattung der NGOs (Ausschuss der UN für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau).

*Uta Wagenmann und Gudrun Kemper*

## **Forum 1: Frauen – Pharma – Selbsthilfe**

### ***Patientinnen zwischen Wohltätigkeit und Nutzenkalkül***

#### **Eine Zusammenfassung**

Formen der Selbsthilfe haben sich im Gleichklang mit gesellschaftlichen Veränderungen der letzten 20 Jahre grundlegend verändert. Das Interesse an einer Kooperation mit Selbsthilfegruppen im Sozialsystem ist beständig angewachsen, zum Teil, weil Selbsthilfeorganisationen mehr Teilhabe eingefordert haben, zum Teil, weil Selbsthilfe Lücken in der Gesundheitsversorgung schließt. Damit sind die Anforderungen an Leistungsfähigkeit und Spektrum der Angebote in der Selbsthilfe gestiegen. Generell gilt: Heute bringen sowohl Spezialistinnen wie auch Patientinnen Selbsthilfeorganisationen Vertrauen entgegen.

Multinationale Pharmakonzerne sponsern die Selbsthilfebewegung heute weltweit. Die vermeintlich wohltätige Förderung ist Teil des Produktmarketing und der Imagepflege der Unternehmen und kann die Vertrauenswürdigkeit von Selbsthilfe und ihren Leistungen beschädigen. In ihrer Selbstdarstellung setzen sich Pharmakonzerne mit – am Umsatz gemessen – minimalen Spenden und Sponsorings als freundliche Unterstützer Betroffener in Szene. Es fällt aus dem Blickfeld, dass genau diese Geldflüsse Teil einer Marketing- und Unternehmensstrategie sind, die auf beschleunigte Zulassung und häufigere Verschreibung von Medikamenten gerichtet ist. Unter einem „Dach der Wohltätigkeit“ bleiben kritische Fragen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten, die oft erst unzureichend erforscht sind, ebenso wie auch die Diskussion über utopische Preise patentgeschützter Medikamente auf der Strecke. Nicht nur in der Selbsthilfe, auch in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft ist der zunehmende Einfluss der Pharmaindustrie spürbar.

Ziel des Forums war die Sensibilisierung der Teilnehmerinnen für die vielschichtigen Werbestrategien der großen Pharmaunternehmen und das Krankheitsmarketing im Alltag. Globale Strukturen der Gesundheitsforschung wurden umrissen, Wege und Orientierungshilfen zum Selbstschutz vorgestellt. Diskutiert wurden im Forum außerdem Aktivitäten von Patientinnenorganisationen am Beispiel genderspezifischer Indikationen und ihrer Auswirkungen auf Sozialsystem beziehungsweise Frauengesundheit. Dabei ging es uns nicht darum, einzelne Organisationen zu denunzieren oder herauszustellen; vielmehr haben wir anhand von Beispielen das Ausmaß der Kooperationen und Partnerschaften, die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen heute eingehen und die auf das Problem der ökonomischen Beziehungen zu Arzneimittelherstellern hinweisen, sichtbar gemacht.

#### **Krankheitsmarketing im Alltag**

Überall in der Öffentlichkeit – in öffentlichen Verkehrsmitteln, in der Stadt, auf Webseiten, in Medien, aber auch in vielen Arztpraxen – begegnen uns heute Aufrufe zur Teilnahme an klinischen Studien



und zunehmend auch Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente. Dieser gesellschaftliche Trend lässt sich global feststellen, ist in Deutschland jedoch durch gesetzliche Regelungen gebremster als in Ländern, in denen das Verbot der Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente bei den „Konsumentinnen“ bereits vor Jahren massiv gelockert wurde. Mittelfristig ist jedoch auch in den Ländern Europas mit solchen Lockerungen beim Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente zu rechnen. Die Änderungen in der Gesetzgebung dafür befinden sich zurzeit im Europa-Parlament in der öffentlichen Anhörung. (Der AKF setzt sich für industrieunabhängige Patienteninformationen in einem europaweiten Bündnis gemeinsam mit der BUKO-Pharmakampagne und anderen Verbraucherorganisationen ein, s. auch Webseite des AKF.)

### **Globale Strukturen der Gesundheitsforschung**

Überall in den Industrieländern haben auch Forschungsk Kooperationen zwischen universitärer und industrieller Forschung zugenommen. Das hat verschiedene Gründe:

- a) Die sogenannten „Public Private Partnerships“ sind in der medizinischen Forschung durch staatliche Förderprogramme und Regelungen zum Normalfall geworden. Forschung ohne Drittmittel ist an universitären Einrichtungen und Kliniken heute nicht mehr denkbar. Diese Strukturen der Forschung haben sich nicht zufällig entwickelt, sie sind gezielt gefördert worden. Gesundheit gilt spätestens seit den Biomed-Forschungsprogrammen der EU zu Beginn der 1990er Jahre als Basis für Wertschöpfung und Konjunktur, biomedizinische Forschung wird als Standortfaktor verstanden.
- b) Arzneimittelentwicklung und -herstellung sind heute oligopol organisiert. Nach einer Welle von Fusionen und Pleiten hat sich der Sektor in den letzten zwanzig Jahren neu organisiert. Er besteht aus wenigen sehr großen Unternehmen, die zwar auf verschiedenen Märkten miteinander konkurrieren, gegenüber Staaten und Gesellschaft aber ähnliche Interessen verfolgen: Sie wollen unter möglichst wenig Auflagen möglichst viele Innovationen (neue Medikamente mit Patentschutz) auf den Markt bringen. Patentgeschützte Medikamente können exklusiv zu Höchstpreisen vermarktet werden. Je schneller ein Medikament auf dem Markt ist, desto länger kann Gewinn aus dem Patentschutz gezogen werden. Entsprechend dem Anstieg an „Innovationen“ steigt der Bedarf an klinischen Studien, mit denen die Wirksamkeit einer Substanz gegenüber den Zulassungsbehörden nachgewiesen werden muss.
- c) Ein globaler Forschungsmarkt ist hier entstanden, auf dem nicht nur große Pharmaunternehmen agieren, sondern zum Beispiel auch Contract Research Organisations (CRO) – Firmen, die Auftragsforschung durchführen. Sie werden von den großen Unternehmen damit beauftragt, klinische Studien zur Wirksamkeit einer Substanz (Studien der Phasen I bis III) zu organisieren, und zwar möglichst billig, möglichst schnell und möglichst mit positivem Ergebnis.

## **Vielschichtige Werbestrategien**

Überall hier – bei der Vermarktung von Studien und neuen Medikamenten – setzen Werbestrategien an. „Nebenwirkungen“ der Strukturen des globalen Pharmamarktes, der beschriebenen Produktionsbedingungen von Arzneimitteln, sind im Behandlungsalltag – für Patientinnen und Gesellschaft – Aktivitäten, die in erster Linie dem Zweck des Studienmarketings und der Rekrutierung dienen (zum Beispiel Studiendatenbank, Folien 11 u. 14).

Besonders in der Onkologie setzen Patientinnen große Hoffnungen auf neue pharmazeutische Entwicklungen. Medikamente werden als potenziell lebensrettend eingestuft und daher auch nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Werbung für klinische Studien erscheint hier nicht nur normal und üblich, der „Einschluss“ in eine Studie wird mehr und mehr zum Normalfall – und im Behandlungsalltag praktisch auch als Synonym für „gute Behandlung“ und „Fortschritt“ vermittelt – auch dann, wenn zumindest den ExpertInnen längst klar sein müsste, dass eine getestete Substanz eigentlich mehr der Etablierung eines neuen Produkts und weniger einem zu erwartenden Fortschritt dienlich sein wird. Die Industrie finanziert dementsprechend mit ihren ansteigenden Marketing-Budgets in den letzten Jahren nicht nur Maßnahmen zum Produkt-, sondern insbesondere auch zum Studienmarketing, obwohl die Anzahl „echter“ Innovationen im Sinne einer verbesserten Behandlung tatsächlich abnimmt (s. Statistik-Beispiel, Folie 12).

Die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis der Sicherheit und der Wirksamkeit einer Substanz wurde in der Bundesrepublik 1976 (Großbritannien: 1968) eingeführt. Um die Hersteller zu schützen, findet sich in solchen gesetzlichen Regelungen in allen Industrieländern die strikte Vertraulichkeit der Studienergebnisse. Mit der staatlichen Regulierung der Arzneimittelprüfung ging damit seitdem auch ein Ausschluss der Öffentlichkeit einher.

Anders als in den USA oder Großbritannien ist es allerdings in Deutschland bis heute nicht gelungen, ein Mindestmaß an Transparenz im Studiengeschehen, also bei der Forschung am Menschen, zu gewährleisten. Es gibt keine Registrierungspflicht der in Deutschland durchgeführten klinischen Studien. Der AKF hat im Februar 2010 deswegen eine Petition zur Registrierungspflicht klinischer Studien im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags eingereicht (weitere Informationen s. Webseite des AKF).

## **Das Ausmaß der Kooperationen und Partnerschaften**

In diesem Umfeld fühlen Patientinnenorganisationen sich heute vielfach zu einer Partnerschaft mit der medizinischen Forschung berufen, die eine umfassende Kooperation einschließlich eigener Marketingmaßnahmen einschließt. Die Unternehmen wiederum nutzen wiederum „Selbsthilfe“ in ihrer Rolle als idealen Multiplikator für das industrielle Marketing – vom Sponsoring, das den Kontakt absichert, über ein gemeinsames Ärztenetzwerk industriefreundlicher Ärztinnen und Ärzte bis hin zu gemeinsamen Patienteninformationsveranstaltungen und Projekten.

Das Internet mit seinen „grenzenlosen“ Möglichkeiten und neue Internettrends, wie die sogenannten „sozialen Netzwerke“, verstärken diese Entwicklung. Es fehlen Regelungen, die die direkte Beteiligung von Patientinnenorganisationen an Werbeaktionen für neue Studien und neue Medikamente ausschließen oder zumindest bremsen. Vorgeschrieben werden könnte zum Beispiel zumindest eine zusätzliche neutrale Risikokommunikation. Das Herausstellen bestimmter Forschungs- und Behandlungsoptionen nimmt insgesamt zu. Nicht „soziale Netzwerke“ (Facebook, Internetforen etc.) an sich sind problematisch, sondern der unkritische Gebrauch, mit dem werbende Botschaften für Medikamente und Studien verbreitet werden – auch wenn das in der Mehrheit wahrscheinlich in gutem Glauben geschieht (zumindest solange die Informationen tatsächlich von Patientinnen stammen).

Besonders pikant ist diese Art der „Informationsverbreitung“ vor dem Hintergrund der – in den Medien bereits des öfteren skandalisierten – ökonomischen Beziehungen zwischen Arzneimittelherstellern und Patientenorganisationen. Transparenz bezüglich finanzieller Verflechtungen oder Interessenkonflikten ist bei vielen Patientenorganisationen weiterhin in der Regel Fehlanzeige.

### **Ökonomische Beziehungen zwischen Patientenorganisationen und Arzneimittelherstellern**

Auf EU-Ebene arbeiten 23 Patientenorganisationen zur Vertretung von Patienteninteressen mit der europäischen Arzneimittelzulassungsbehörde EMA zusammen. Davon werden 15 ganz oder teilweise von der Industrie finanziert.

Beispiele:

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
International Alliance of Patients Organisations (IAPO)	78 %	96 %	89 %
European Patient's Forum (EPF)	99 %	105 %	78 %
European Cancer Patient Coalition (ECPC)	15 %	9 %	46 %

Auch in der Bundesrepublik ist die ökonomische Verflechtung von Pharmaunternehmen und Selbsthilfe alltäglich geworden, abzulesen etwa an der Richtlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft

Selbsthilfe zum Umgang mit Sponsoren (s. Folie 17). Diese Richtlinie zeigt neben dem legitimierenden Charakter auch, dass Patientenorganisationen annehmen, die Fäden in der Hand zu behalten beziehungsweise in der Hand behalten zu können, die Industrie und ihre Interessen zu durchschauen und handhaben zu können. Viele Patientenorganisationen betonen immer wieder, sie würden von der Industrie nicht unter Druck gesetzt und blieben trotz Sponsoring und Zusammenarbeit völlig unabhängig.

Die Wirtschaftsunternehmen verfolgen mit ihren Kooperationen mit Patientinnenorganisationen verschiedene Strategien: Zum einen wird das Bild eines menschenfreundlichen Unternehmens gezeichnet. Zum anderen besteht in Europa ein besonderes Interesse an diesen Kooperationen, weil über die Patientinnenorganisationen das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente umgangen werden kann, ohne dass dies angefochten werden könnte (Beispiel s. Folie 19). Und bei politischen Fragen, die zum Beispiel den Zugang zu neuen Medikamenten betreffen, haben Patientenorganisationen einen ganz anderen Stand als Pharmaunternehmen, denn ihre Forderungen werden als Artikulationen von Betroffenen wahrgenommen, nicht als interessengeleitete Lobbyarbeit.

### **Ein Rückblick: Die Frauengesundheitsbewegung**

Der Rückblick auf Geschichte und Themen der Frauengesundheitsbewegung zeigt den radikalen Wandel. Themen der Frauengesundheitsbewegung wie Frauenrechte, § 218, das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper, Hinterfragung von Gynäkologie und dem Umgang mit Krankheiten, selbstbestimmter Umgang mit Schwangerschaft und Geburt oder mit den Wechseljahren waren der Ausgangspunkt – ebenso wie die gesundheitspolitische Arbeit, gerade auch in Abgrenzung zu einem System, das damals wie heute häufig nicht Interessen von Frauen in den Vordergrund stellt und ökonomisch angetrieben wird.

### **Diskussion**

Die neue ‚Partnerschaftlichkeit‘ ist problematisch:

- Sie basiert auf einem strukturellen Ungleichgewicht: Ausgangspunkt des Vertrauens von PatientInnen in ihre ‚Partner‘ – in Unternehmen – ist die (je nach Erkrankung in unterschiedlichem Maße) bestehende Abhängigkeit von den Erzeugnissen von Forschung und Industrie, die Hoffnung auf erfolgreiche Behandlung oder gar Heilung. Die ‚Partnerschaft‘ der Unternehmen dagegen basiert auf geschäftlichen Interessen.
- Die geschilderte Art von Werbung und Marketing findet im als geschützt empfundenen Raum gemeinsamer Betroffenheit statt. Das Vertrauen von Patientinnen gegenüber „ihrer eigenen“ Organisation ist außerordentlich groß.

- Die geschilderte Art von Werbung und Marketing wird von allen Seiten – also von ÄrztInnen, Unternehmen und Patientenorganisationen – oft damit begründet, dass Betroffene Informationen brauchen, um mit ÄrztInnen und ForscherInnen ‚auf gleicher Augenhöhe‘ zu verhandeln und Patientinnenperspektiven in Forschung und Versorgung einzubringen. Diese Argumentation bietet nicht nur viele Möglichkeiten der Manipulation (wo hört Information auf, wo beginnt Werbung beziehungsweise Desinformation?), sondern sie delegiert damit implizit die Verantwortung für den Dialog zwischen der Medizin und ihren ‚Objekten‘ an die Kranken.
- Fraglich bleibt auch, was von der ‚Patientinnenperspektive‘ übrig bleibt, wenn sich Betroffene mit Behandlungsoptionen, Studien und molekularen Modellen ihrer Erkrankung beschäftigt und sie mit eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen in Einklang gebracht haben.

Fragen, die sich stellen:

- Darf frau noch einfach krank sein, uninformiert und unorganisiert?
- Entlasten die partnerschaftlichen Patientenorganisationen nicht – in der medizinischen und psychosozialen Betreuung – ein Gesundheitssystem, das in der Bereitstellung von Ressourcen für den notwendigen Gesprächsbedarf (ärztlich, psychologisch, psychosozial, psychoonkologisch ... ) noch nie besonders patientenzentriert war?
- Wem kann die Patientin in diesem kommerzialisierten System der Krankenversorgung vertrauen?
- Wie definieren Frauen die Medikamente, die sie brauchen?
- Wer bestimmt Forschungsrichtungen?
- Brauchen wir bei so viel Kooperation und Partnerschaft überhaupt noch engagierte Frauen?
- Welche Aufgaben sollen Frauengesundheitsorganisationen im beschriebenen Kontext zukünftig übernehmen?
- Gründung einer Arbeitsgruppe „Medikamente und Frauengesundheit“?

### **Vertiefende Online-Materialien**

Hand in Hand mit der Industrie? – Nützen „Public Private Partnerships“ Entwicklung und Gesundheit?  
[http://www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/2004\\_01\\_spezial.pdf](http://www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/2004_01_spezial.pdf)

Ungleiche Partner: Patientenselbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitssektor (eine umfassendere Broschüre der Ersatzkassen und ihrer Verbände):  
[http://www.vdak-aev.de/LVen/THG/Ungleiche\\_Partner\\_bf.pdf](http://www.vdak-aev.de/LVen/THG/Ungleiche_Partner_bf.pdf)

Ein anderes Rezept: Fundraising und Ethik in Frauengesundheitsorganisationen, Pharmasponsoring, das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente und die zerstörenden Effekte von Interessenkonflikten: <http://www.bcaction.de/pdf/alternativen1.pdf>

Interessenkonflikte in medizinischer Forschung, Ausbildung und Praxis | US Institute of Medicine (Bericht zur aktuellen Position):

<http://www.bcaction.de/bcbooks/interessenkonflikte-in-der-medizinischen-forschung-ausbildung-und-praxis/>

The Marketing of Fear. Artikel von Ray Moynihan über die strategische Ausrichtung globaler Pharmaunternehmen auf Patientenorganisationen (Australian Financial Review; englisch): [http://www.whp-apsf.ca/en/documents/afr\\_mrktng.html](http://www.whp-apsf.ca/en/documents/afr_mrktng.html)

Eine Frage von Leben und Tod: Musa Mayer's „Wenn klinische Studien gefährdet sind – Die Perspektive einer Patientinnenvertreterin“:

<http://www.bcaction.de/ethics/musa-mayer-klinische-studien/>

Auf den Spuren von Rose Kushner: Eine alte Geschichte? Brustkrebs, Lobby, Industrie, Therapie: <http://www.bcaction.de/pdf/alternativen2.pdf>

Klare Grenzen setzen: Die Selbsthilfeorganisation EUROPA DONNA kassiert Pharmagelder – und verliert zwei Vorstandsfrauen, BioSkop Nr. 42 • Juni 2008:

[http://www.bcaction.de/pdf/00blog/08\\_Bioskop\\_42\\_Klare\\_Grenzen\\_setzen.pdf](http://www.bcaction.de/pdf/00blog/08_Bioskop_42_Klare_Grenzen_setzen.pdf)

„Drittmittelrichtlinie“: Richtlinie zur Beschaffung von Mitteln durch unterstützende Organisationen (Breast Cancer Action): <http://www.bcaction.de/ethics/drittmittelrichtlinie/>

Linksammlung; viele Online-Materialien zu den Arbeiten von Erika Feyerabend, Barbara Mintzes, Sharon Batt, Anne Rochon-Ford, David Klemperer oder Andrew Herxheimer: <http://www.delicious.com/conflicts>

Viele weitere fundierte Materialien s. auch: <http://www.bukopharma.de>

### **Weiterführende Aufsätze und Artikel zum Thema**

Abraham, John (2010): Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. In: Sociology, Jg. 44, H. 4, S. 603–622.

Abraham, John; Lewis, Graham (2002): Citizenship, Medical Expertise and the Capitalist Regulatory State in Europe. In: Sociology, Jg. 36, H. 1, S. 67–88.

Helén, I. (2004): Health in Prospect: High-tech Medicine, Life Enhancement and the Economy of Hope. In: Science Studies, Jg. 17, H. 1, S. 3–19.

Jones, Kathryn (2009): In whose interest? Relationships between health consumer groups and the pharmaceutical industry in the UK. In: Williams, Simon Johnson; Gabe, Jonathan; Davis, Peter (Hg.): Pharmaceuticals and society. Critical discourses and debates. Malden, Mass.: Wiley-Blackwell, S. 112–125.

Lakoff, Andrew (2008): The right patient for the drug. In: Hackett, Edward J.; Amsterdamska, Olga; Lynch, Michael; Wajcman, Judy (Hg.): The handbook of science and technology studies. Third edition. Published in cooperation with the Society for Social Studies of Science. Cambridge: The MIT Press, S. 741–759.

Lofgren, Hans (2004): Pharmaceuticals and the consumer movement: the ambivalences of ‚patient power‘. In: Australian Health Review, Jg. 28, H. 2, S. 228–237.

Matheson, Alastair (2008): Corporate Science and the Husbandry of Scientific and Medical Knowledge by the Pharmaceutical Industry. In: BioSocieties, H. 3, S. 355–382.

Metzl, Jonathan M. (2007): If direct-to-consumer advertisements come to Europe: lessons from the USA. In: The Lancet, Jg. 369, H. 9562, S. 704–706.

Mirowski, Philip; van Horn, Robert (2005): The Contract Research Organization and the Commercialization of Scientific Research. In: Social Studies of Science, Jg. 35, H. 4, S. 503–548.

Novas, Carlos (2006 b): The Political Economy of Hope: Patients' Organizations, Science and Biovalue. In: BioSocieties, H. 1, S. 289–305.

Perehudoff, Katrina; Alves, Teresa Leonardo (2010): Patient and Consumer Organisations at the European Medicines Agency. Financial Disclosure and Transparency, hg. von Health Action Europe (HAI). Ready, Tinker (2006): Divided loyalties? Nonprofit health advocacy groups like to portray themselves as patients' allies. Can they serve corporate benefactors at the same time? In: Special to The Washington Post, 07.02.2006.

Slaughter, Sheila; Rhoades, Gary (1996): The Emergence of a Competitiveness Research and Development Policy Coalition and the Commercialization of Academic Science and Technology. In: Science, Technology and Human Values, Jg. 21, H. 3, S. 303–339.

*Sybill Schulz, Dr. Ute Sonntag, Angelika Zollmann*

## **Forum 2: Gegen Konkurrenz für Vernetzung**

### **Netzwerke für Frauengesundheit**

#### **Einleitung**

In dem Forum wurde theoretisch und praktisch anhand von konkreten Beispielen über Vernetzung diskutiert. Die drei Referentinnen arbeiten selbst in Frauengesundheitsnetzwerken aktiv mit: Sybill Schulz ist im Netzwerk Frauengesundheit Berlin eine von vier Sprecherinnen, Angelika Zollmann koordiniert das Bremer Forum Frauengesundheit und Ute Sonntag hat die Geschäftsstellenfunktion für das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen übernommen. Ute Sonntag koordiniert darüber hinaus das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit.

<http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/>

[http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation\\_id=5142&article\\_id=14227&psmand=17](http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=5142&article_id=14227&psmand=17)

<http://www.berlin.de/sen/frauen/gesundheit/netzwerk.html>

<http://www.zgf.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen94.c.1686.de>

Angelika Zollmann war leider verhindert, so dass das Forum von Sybill Schulz und Ute Sonntag bestritten wurde. Auch die Teilnehmerinnen brachten ihre Erfahrungen mit Netzwerkarbeit ein. Viele offene Fragen zu Arten von Netzwerken, Problemen und Konfliktpotenzial konnten bearbeitet werden. Im Folgenden sind die Themen zusammengefasst.

*Sybill Schulz*

#### **Gegen Konkurrenz für Vernetzung – Netzwerke zur Frauengesundheit**

Theoretischer Input: Auszüge aus Timm C. Feld (2008) sowie Fachbücher/-Artikel (siehe Literaturliste)

##### **A) Netzwerke**

In der Soziologie werden Netzwerke u. a. wie folgt identifiziert:

- **Soziale Netzwerke als Geflechte oder Systeme von sozialen Beziehungen zwischen Akteuren, Personen und Organisationen**
- **Netzwerke als planvolles Konstrukt strategisch handelnder Akteure**, die ihre Handlungen in Erwartung konkreter Vorteile koordinieren – typischerweise in interorganisationalen Netzwerken



- **Netzwerke als Organisationsform, die eine eigenständige und planmäßige Koordination der Kooperationsverhältnisse integriert**

Insbesondere der Charakter [...] als eigenständiges Subjekt für kooperative Zusammenhänge macht aus Netzwerken nicht nur mehr als die Summe der Kooperationen, die in ihnen stattfinden, sondern stellt Netzwerke auch ganz eigenständig als Steuerungsinstrument in das Verhältnis von Staat und Gesellschaft. Netzwerke haben per definitionem keine Hierarchie, sie sind per definitionem kein Markt. Sie sind „dazwischen“ anzusiedeln (Dobischat u. a. 2006).

Merkmale zur theoretischen Einordnung von Netzwerken:

1. **Netzwerke können als eine merkmalsverbindende Übergangsform** (organisatorische Misch- oder Hybridform) der Formen Markt und Hierarchie angesehen werden.
2. **Netzwerke bestehen als eigenständige Organisationsform bzw. als eigener Typ sozialer Struktur.**
3. **Netzwerke sind ein neuartiger Typ solidarischer Vergemeinschaftung.** Sie gehören eher in die Tradition verdrängter Formen gesellschaftlicher Integration, wie Clans oder Gemeinschaften.
4. **Netzwerke sind formale Strukturen, welche „die Verknüpfung von Handlungen und Handlungsfolgen – Beziehungen zwischen individuellen Akteuren oder Organisationen – beschreiben“.**
5. **Netzwerke können als gesellschaftliche Mesoebene betrachtet** und damit zwischen Mikro- und Makroprozessen verortet **werden.** Die Mikroprozesse sind an die handelnden Akteure gebunden, wohingegen auf der Makroebene die Reproduktion gesellschaftlicher Institutionen stattfindet.

Auch innerhalb der Politikwissenschaft wird der Netzwerkbegriff insbesondere als neue Steuerungsform komplexer Gesellschaften verstanden. Gegenstand der Diskussion sind nicht-hierarchische, dezentrale politische Netzwerke, um gesellschaftliche Verhältnisse zu gestalten und zu steuern. Hierzu entstehen neue Organisations- und Kooperationsformen, bei denen private Akteure (z. B. Unternehmen, Interessengruppen) mit öffentlichen bzw. staatlichen Akteuren (z. B. Regierung, Ministerien) Kooperations- und Netzwerkverbindungen eingehen.

## **B) Was sind interorganisationale Netzwerke?**

Interorganisationale Netzwerke sind gekennzeichnet durch:

- *Vertrauen* in die Kompetenzen und Zusagen der anderen Netzwerkpartner sowie **generelles Systemvertrauen** bilden die Grundlagen der Beziehungen.

- Es besteht eine **Selbstverpflichtung**, die auf vertrauensvollen Beziehungen aufbaut und einem ausnutzenden Verhalten gegenübersteht.
- Zwischen den Netzwerkteilnehmern herrscht **Verlässlichkeit** bezüglich der Absprachen und Aufgabenverteilungen.
- Die konkrete Zusammenarbeit sowie die Entscheidungsfindung basieren auf Aushandlungsprozessen (Verhandlungen).
- Trotz i. d. R. *flexibler Netzwerkgrenzen* und Mitgliederfluktuation sind erfolgreiche Netzwerke eher langfristiger Natur. Das heißt, die Strukturmuster des Netzwerks überdauern einzelne Aktionen und Kooperationsprojekte und bestehen daher als **dauerhafte Beziehungszusammenhänge**.
- Durch die äußerliche Wahrnehmung des Netzwerks als Einheit sowie durch die Identifizierung der beteiligten Akteure mit den Aktionen und Leistungen des Netzwerks entsteht eine **Netzwerkidentität**.
- Die konkrete Zusammenarbeit im Netzwerk erfolgt nicht über formalisierte Hierarchien und übergeordnete Planungs- und Kontrollinstanzen, sondern über eine **polyzentrische Ordnung und Selbstorganisation**.
- Netzwerke generieren immer wieder *neue Kooperationen* und potenzieren somit ihre Handlungen.

(in Anlehnung an Bornhoff/Frenzer 2006)

Die Entwicklung eines Netzwerks lässt sich in Form eines **Phasenmodells** beschreiben:

### *I. Sondierungsphase*

Zunächst werden die Chancen der Netzwerkarbeit für das jeweilige Ziel ausgelotet, und es wird die Frage geklärt, ob sich ein Netzwerk überhaupt als geeignete Koordinationsform anbietet. Diese Phase ist als bewusster Entscheidungsprozess angelegt, kann allerdings häufig erst im Nachhinein rekonstruiert werden.

### *II. Initiierungsphase*

Die konkreten Aktivitäten der Netzwerkbildung beginnen. Ein Initiativkreis wird gebildet, und eventuelle Startworkshops werden abgehalten. Insgesamt wird nun deutlich, ob bestimmte Themen oder Netzwerkzuschnitte attraktiv genug sind für einen erfolgreichen Netzwerkaufbau.

### *III. Stabilisierungsphase*

Es geht nunmehr darum, tragfähige Formen der Netzwerkarbeit zu entwickeln und zu etablieren. Insbesondere sind in dieser Phase die Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit (z. B. Vertrauensbildung, Reziprozität) angemessen herauszubilden.

### *IV. Verstetigungsphase*

Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Netzwerkarbeit mit gesicherten Ressourcen oder Abläufen erfolgen kann. Das Netzwerk verlässt seinen temporären, eher projektförmigen Charakter.

## **C) Warum werden Netzwerke gebildet?**

Mögliche Gründe für die Beteiligung an Netzwerken:

- Verbesserung der Arbeit/des Profils der eigenen Einrichtung
- Erhöhung des Bekanntheitsgrades/des Images der eigenen Einrichtung
- Verbesserung der eigenen wirtschaftlichen/materiellen (Markt-)Position
- Vertretung bestimmter Interessen und Kompetenzen im Netzwerk
- Identifikation der Einrichtung mit den Zielen des Netzwerks
- Interesse an Aufbau/Pflege von Kooperationen
- Erzielung von Synergieeffekten durch die Bündelung von Ressourcen
- Beitrag zur (wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen etc.) Entwicklung der Region
- Auftrag von übergeordneter Stelle/Zuständigkeit für bestimmte regionale Aufgaben u. a.

Wichtigste konkrete Gründe zur Teilnahme an einem Netzwerk sind demnach die Zieldefinition des Netzwerks und die Identifikation potenzieller Kooperationspartner.

Zudem sind ein generelles Interesse am Aufbau und die Pflege von Kooperationen von Bedeutung. Darüber hinaus ist die Verbesserung der eigenen Arbeit bzw. des eigenen Profils ein wichtiges Beteiligungsmotiv.

## **D) Welche Ziele verfolgen Netzwerke?**

Eines der Ziele ist dabei ein bewusst gesetzter Zukunftszustand, der durch die Aktivitäten des Netzwerks realisiert bzw. in seiner Erreichung unterstützt werden soll.

Die Zielbestimmung (bzw. -festlegung) wirkt dabei häufig handlungsleitend und netzwerkgestaltend. Das heißt, sowohl die Aktivitäten als auch die strukturelle Ausgestaltung des Netzwerks richten sich an der Zielerreichung aus.

Im Bereich der Weiterbildung erhalten Netzwerke überwiegend eine sehr positive Zuschreibung. So werden sie nicht zuletzt aufgrund ihres intermediären Charakters teilweise als nahezu ideale Organisationsform angesehen, um bestimmten gesellschaftlichen Herausforderungen oder Unterfinanzierung zu begegnen.

Im Rahmen der Regionalentwicklung werden Netzwerke dann auch als „strategische Innovation“ angesehen (Adrian/Bock 2002).

Zudem wird vielfach „von der Politik erhofft, dass Netzwerke als effiziente und kostengünstige Steuerungssysteme – insbesondere auf regionaler Ebene – eingesetzt werden können“ (Nuisl 2002).

### **E) „Kooperation“ versus „Konkurrenz“ in Netzwerken?**

Eng verbunden mit dem Netzwerkbegriff ist der Begriff der **Kooperation**.

- Kooperationen sind sowohl Voraussetzung von Netzwerken als auch Ergebnis von Vernetzungsaktivitäten zwischen Organisationen.
- Die Kooperation von Organisationen basiert auf dem gemeinsamen Handeln von mindestens zwei Akteuren zum Zweck einer besseren Zielerreichung und besteht i. d. R. als freiwillige Zusammenarbeit, wobei allerdings die wirtschaftliche und rechtliche Selbständigkeit der jeweiligen Kooperationspartner bestehen bleibt.

### **Welche Grundmerkmale charakterisieren eine Kooperation? (vgl. Payer 2008)**

- *Identifizierbare Partner:* Die Kooperationspartner wissen voneinander – jedem einzelnen Partner ist bekannt, welche anderen Akteure ebenfalls beteiligt sind.
- *Nutzenorientierung:* Die Kooperationspartner erwarten einen Nutzen (Mehrwert) für sich selbst. Sie gehen davon aus, dass der erwartete Mehrwert nur oder leichter durch die Kooperation erzielt werden kann.
- *Stärkenorientierung:* Die Kooperationspartner orientieren sich in ihrem gemeinsamen Handeln an ihren Stärken. Der erwartete Mehrwert der Kooperation entsteht durch das Zusammenwirken bestimmter Stärken der Kooperationspartner.

- *Partielle Koppelung*: Die Kooperationspartner bringen bestimmte Stärken ein, aber nicht sich selbst zur Gänze.
- *Eigenständigkeit*: Die Kooperationspartner bewahren ihre Autonomie.
- *Soziales System*: Durch die Kooperation entsteht ein neues soziales System mit einer ihm eigenen Entwicklungsdynamik und Unberechenbarkeit.

Prinzipiell lassen sich zwei Grundprinzipien der Kooperation anführen:

a) **synergetische Kooperation**, in der „Neues“ geschaffen wird, welches durch eine Einzelorganisation nicht (oder nur unter größerem Aufwand) erstellt werden könnte

b) **additive Kooperation**, in der Prozesse und Abläufe durch die Kooperationspartner zusammengefasst werden, um einen optimierenden Effekt zu erzielen

Netzwerke entstehen zumeist auf der Grundlage vorheriger Kooperationen. Die aufgeführten Grundmerkmale von Kooperationen sind demnach auch für Netzwerke bedeutsam:

- Individueller Nutzen
- Wechselseitigkeit
- Stärkenorientierung
- Partielle Koppelung

**Die zentralen Unterscheidungen zwischen Netzwerken und Kooperationen** zeigen sich vor allem an folgenden vier Eigenschaften, die ein Netzwerk gegenüber einer Kooperation kennzeichnen:

1. Netzwerke entstehen durch die lose und selbstorganisierte Koppelung von Akteuren durch Beziehungen und bestehen so als soziale Infrastrukturen. Die Gesamtheit dieser Beziehungen ist durch Offenheit gekennzeichnet. Netzwerke haben i. d. R. keine klaren Systemgrenzen.

2. Netzwerke bauen auf bereits bestehenden (aktiven) Kooperationen sowie auf einzelnen Akteuren auf, die an Kooperation im Netzwerkverbund interessiert sind (potenzielle Kooperationen). Netzwerke sind somit Kooperationen höherer Ordnung (Meta-Kooperationen).

3. An Netzwerken sind mehr Akteure beteiligt als an Kooperationen. In der Praxis zeigt sich, dass sich Kooperationen ab einer bestimmten Größenordnung in mehrere Teilkooperationen ausdifferenzieren. Wenn sich die einzelnen Teilkooperationen weiterhin in ihrem Handeln aufeinander beziehen, dann ist aus einer Kooperation ein Netzwerk entstanden. **Netzwerke sind somit größer als Kooperationen.**

4. Netzwerke schaffen die Möglichkeit, mehrere aktive und potenzielle Kooperationen für einen längeren Zeitraum aufeinander zu beziehen und gemeinsam handlungsfähig zu machen.

Während Kooperationen in der Praxis meist kurz bis mittelfristig angelegt sind, benötigen Netzwerke aufgrund ihrer höheren Komplexität deutlich mehr Zeit für ihre Entwicklung. Netzwerke haben daher eine längerfristige Perspektive als Kooperationen.

#### **Welche Grundmerkmale charakterisieren eine Konkurrenz?**

Konkurrenz in Bezug auf Organisationen ist ein geregelter Wettbewerb um ein von mehreren, mindestens zwei Interessenten erstrebtes knappes Zielobjekt. Die Konkurrenz lässt sich zudem als Gegenpol der Kooperation verstehen, wobei beide allerdings auch auf paradoxe Weise miteinander verknüpft sind. So kann z. B. durch die Kooperation zweier Akteure unter Umständen eine Konkurrenzsituation zu anderen Akteuren oder Kooperationsbeziehungen entstehen. Auf der einen Seite fördert eine sich verstärkende Konkurrenz die Bereitschaft zu kooperieren. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass zwei Akteure in einem Bereich kooperieren, in einem anderen allerdings in Konkurrenz zueinander stehen.

#### **Innerhalb von Netzwerken lassen sich beide Formen, die der Kooperation und die der Konkurrenz, feststellen:**

- Das Netzwerk erlaubt Organisationen, ihren eigenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum im Hinblick auf im Netz bestehende und vor allem mögliche Kooperationsbeziehungen zu anderen Organisationen, Institutionen sowie deren Leistungen zu bestimmen.
- Netzwerke regen in den jeweils „angeschlossenen“ Organisationen die Sondierung der eigenen Leistungspotenziale und Praktiken sowie die Abstimmung auf die Leistungspotenziale und Praktiken anderer „Netzteilnehmer“ an.

Die dem Netzwerk zugrunde gelegte Idee ist die eines sich selbst über wechselseitige Kooperation und Konkurrenz regulierenden Zusammenhangs, der seinerseits die beteiligten Organisationen dazu anhält, sich in ihrem Entscheiden und Handeln auf eine hinreichende „Mitspielfähigkeit“ im Netz einzupendeln (Dollhausen 2003).

#### **F) Problemfelder und Spannungsverhältnisse in Netzwerken**

Die Gründe, warum Netzwerke scheitern bzw. in ihrem Entwicklungspotenzial beeinträchtigt werden, sind äußerst vielfältig. Häufig hängen sie mit den beschriebenen Phasen der Netzwerkentwicklung zusammen (z. B. durch unzureichende finanzielle Absicherungen beim Übertritt in die Verstetigungsphase).

Hinzu kommen Probleme zwischen den einzelnen netzwerk beteiligten Organisationen, die durch Uneinigkeit, mangelnde bzw. fehlgeleitete Kommunikation oder mutwillige Forcierung entstehen und sich in Konflikten äußern, z. B. im Hinblick auf Ziele, Rollenverteilung, Methoden, Werte und Normen etc.

Diese grundsätzlichen Problematiken können zu einem Ressourcen- und Handlungsverlust bei den beteiligten Organisationen führen, z. B. durch den Abfluss von Wissen und Ideen, finanzielle und zeitliche Verluste oder Verlust von Flexibilität und Unabhängigkeit (vgl. Frenzer 2005).

Es bedarf einer notwendigen Klärung bzw. Ausbalancierung von sog. Spannungsverhältnissen wie Autonomie und Abhängigkeit, Vertrauen und Kontrolle, Kooperation und Wettbewerb, Flexibilität und Spezifität etc. Das heißt, durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Spannungsverhältnissen werden „reflexive Impulse“ (Orthey 2005) freigesetzt, die es möglich machen, netzwerkbezogene Vorteile zu generieren.

## **Literatur**

Auszüge aus: Timm C. Feld (2008): Anlässe, Ziele, Formen und Erfolgsbedingungen von Netzwerken in der Weiterbildung, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Adrian, L./Bock, S. (2002): Die Wiederentdeckung der Region. Chancen und Grenzen kommunaler Netzwerkstrategien. In: DIE – Zeitschrift für Erwachsenenbildung. H. 1, S. 32ff.

Bornhoff, J./Frenzer, S. (2006): Netzwerke erfolgreich gestalten. In: Landesinstitut für Qualifizierung NRW (Hrsg.): Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten. Orientierungsrahmen und Impulse. Bielefeld, S. 43–168

Dobischat, R. u. a. (2006): Lernende Regionen – begriffliche Grundlagen. In: Nuissl, E. u. a. (Hrsg.): Regionale Bildungsnetze. Bielefeld, S. 23–33

Dollhausen, K. (2003): Kultur, System, Netzwerk. In: DIE – Zeitschrift für Erwachsenenbildung. H. 1, S. 29–32

Frenzer, S. (2005): Netzwerke und Kooperationen im Überblick: Begriffe und Ausprägungen/Chancen und Risiken. In: Der Paritätische Landesverband NRW e.V. (Hrsg.): Arbeitshilfe Kooperation. Erfolgreich zusammen arbeiten im Paritätischen Wohlfahrtsverband. 2. Aufl., Bergisch Gladbach, S. 38–43

Nuissl, E. (2002): Regionen und Netzwerke (Editorial). In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung, H. 1, S. 3

Orthey, A. (2005): Netzwerken: Reflexionen und Erfahrungen am Beispiel eines TrainerInnen- und BeraterInnen-Netzwerkes. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, H. 1, S. 23–32

Payer, H. (2008): Netzwerk, Kooperation – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Bauer-Wolf, S./Payer, H./Scheer, G. (Hrsg.): Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz. Handbuch für Regionalentwicklung. Wien, S. 5–22

*Ute Sonntag, Angelika Zollmann*

## ***Die konkrete Netzwerkgründung und die Anfänge der Netzwerkarbeit***

### **Die Vorbereitungen und Vorbedingungen**

Eine Analyse der Ausgangssituation macht erkennbar, ob ein Netzwerk sinnvoll ist und einen Mehrwert darstellt. Netzwerke bündeln Kräfte, sie organisieren einen Informations- und Erfahrungsaustausch. Im Dialog können vorhandene Ressourcen für das Netzwerk identifiziert und nutzbar gemacht werden.

Im Vorfeld muss geklärt werden, auf welcher Ebene die Zusammenarbeit stattfinden soll (vor Ort/regional, im Bundesland oder Bundesweit).

Im psychosozialen Bereich können durch Netzwerke und den dort organisierten Erfahrungsaustausch Doppelstrukturen vermieden werden. Durch Lernen von anderen können die eigenen Kompetenzen erweitert werden. Institutionelle Ressourcen können optimal genutzt werden.

Netzwerke sind dann funktionsfähig, wenn genug Interesse bei den potenziellen NutzerInnen besteht. Zudem ist es notwendig, dass der Kommunikationsfluss gewährleistet ist und es eine verlässliche Kommunikationsstruktur gibt.

Es ist störungsunanfälliger, wenn Netzwerke von mehreren Organisationen gemeinsam getragen werden. Ressourcen sind z. B. Geld, aber auch Strukturen, die genutzt werden können und Arbeitszeit, die zur Verfügung gestellt werden kann.

### **Die ersten Schritte**

Die Netzwerkgründung bedarf eines Anlasses: Wenn ein Netzwerk gegründet werden soll, so ist ein Anlass wie z. B. eine Tagung, ein Empfang etc. ein guter Aufhänger, um einen würdigen Rahmen zu bieten und Öffentlichkeit zu erreichen.

Netzwerke sind dann besonders effektiv, wenn sie eine intersektorale Kooperation darstellen. Sie befördern ein Geben und Nehmen. Netzwerke sind immer ein langfristiges Unternehmen, für das ein langer Atem benötigt wird.



Eine gute Moderation ist ein zentraler Erfolgsfaktor. Aktive Maßnahmen gegen Konkurrenz bewirken eine offenere produktivere Atmosphäre. Protokolle gewährleisten, dass auch die nicht Anwesenden den Anschluss an die Diskussionen im Netzwerk behalten.

### **Die Verstetigung**

Netzwerke brauchen aktive, intensive Pflege. Nur wenn die Strukturen und Regeln der Zusammenarbeit immer wieder den sich ändernden Anforderungen angepasst werden, kann sich das Netzwerk stabilisieren und verbreitern. Netzwerke sind häufig auf Wachstum angelegt. Es empfiehlt sich, konsensorientiert zu arbeiten. Das motiviert die Teilnehmenden mehr, als wenn Teilgruppen überstimmt werden und sich nicht mehr wiederfinden in der Netzwerkarbeit.

### **Mögliche Konfliktbereiche und Stolpersteine**

- Mangelnde Ressourcen (Arbeitskapazität, Finanzen für Infrastruktur)
- Unterschiedlichkeit der Akteure (Herkunftsverbände verschieden in Größe und gesellschaftlichem Ansehen, d. h. auch „Macht“)
- Probleme bei der Zusammenarbeit von Berufsgruppen, die sonst in Konkurrenz oder Hierarchie zueinander stehen (z. B. Ärztinnen versus Hebammen/Krankenschwestern oder Ehrenamtliche versus Fachfrauen)
- Konkurrenz und Wettbewerb der beteiligten Organisationen außerhalb des Netzwerks
- Inhaltliche Differenzen der Herkunftsorganisationen (z. B. Themenbereich Medizin/Gesundheit und Soziales i. w. S. )
- Vorurteile und Berührungängste: Begegnung im Netzwerk mit bereits bekannten, aber „ungeliebten“ Organisationen
- Abhängigkeit der Akteure von der eigenen Organisation versus Loyalität zum Netzwerk
- Die Eigeninteressen der Organisationen stehen in Konkurrenz zu den Netzwerkzielen/-zwecken
- Ungünstiges Verhältnis von Arbeitsaufwand und Nutzen für die Beteiligten
- Unterschiedliche Organisationskulturen treffen aufeinander
- Unterschiede im Engagement und der Mit-/Zuarbeit von Mitgliedern

## ***Netzwerke funktionieren nur, solange die TeilnehmerInnen davon profitieren!***

Erfolgreiche Konflikt- und Problemlösung ist ein notwendiger Bestandteil von Netzwerkarbeit und sollte präventiv angelegt sein. Dafür ist es wichtig, den Prozess der gemeinsamen Arbeit sowohl auf der Sach- als auf der Beziehungsebene regelmäßig zu reflektieren, um Konflikte frühzeitig zu erkennen und an der Aufrechterhaltung eines guten emotionalen Klimas im Netzwerk zu arbeiten.

### **Literatur**

Böhm/Janßen/Leggewie: Zusammenarbeit professionell gestalten – Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz, Freiburg 1999

Flieger, B.: Kooperation und Vernetzung ist Arbeit

Nicolaisen, B.: Gemeinsam mehr erreichen – Überlegungen zu einer Theorie der Vernetzung in: AG SPAK Gemeinsam mehr erreichen – Kooperation und Vernetzung alternativökonomischer Betriebe und Projekte 1995

Jungk, S.: Kooperation und Vernetzung. In: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW: Macht Vernetzung gesund? Frankfurt 1996

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familien und Gesundheit/Landespräventionsrat Niedersachsen: NetzwerkeN – Ein Handbuch für interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung, Hannover 2004

**Sybill Schulz**, Familienplanungszentrum Berlin e. V. – BALANCE

**Ute Sonntag**, Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

**Angelika Zollmann**, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau

*Erika Feyerabend*

## **Konkurrenzen im gesundheitlichen Verteilungssystem**

### ***Hilft Ethik, den allgegenwärtigen Wettbewerb zu bändigen?***

„Ethik“ ist ein großer, mal alltagsweltlich, mal wissenschaftlich verstandener Begriff. Ich spreche heute aber nicht über Ethik als theoretisches Fach, in dem über Moral reflektiert wird. Auch ein allgemeines Nachdenken über anständiges Verhalten ist nicht mein Thema. Ich beschränke mich auf jene Disziplin und Gremien, die unter dem Oberbegriff „angewandte Ethik“ beratend und gestaltend in Gesellschaft und speziell dem Gesundheitswesen wirken. Sie sind vor allem dazu da:

- gesellschaftliche Diskurse hervorzubringen, die „Lösungen“ anbieten – machbare
- Regierungen in biomedizinischen Fragen Gutachten/Beratung zu liefern, um Gesetzgebungen zu verändern – z. B. der Deutsche Ethikrat
- Kriterienkataloge vorzuschlagen, um medizinische Leistungen zu gewähren, zu verweigern oder den Einsatz von genetischer Diagnostik zu ordnen – z. B. Ethikkommissionen in Bundesärztekammer oder Fachgesellschaften
- die Voraussetzungen für medizinisches Forschen und besondere Forschungsprojekte festzulegen – z. B. Ethik-Kommissionen an Universitätskliniken

Das ist angewandte Ethik in institutionalisierter Form. Ich betrachte ihre Funktion als hoch politisch.

Der Ruf nach dieser Ethik ist nicht vor allem deswegen laut geworden, weil die Individuen hilfebedürftig und orientierungslos geworden sind. Der vergleichsweise neue Berufsstand der angewandten Ethik-Spezialisten ist vor allem von Klinik-Management, Forschungsinstituten und Politik gefragt. Sie sollen bislang geltende Verbotsregeln und noch vorhandene Gerechtigkeits- und Solidaritätsansprüche abmildern. Wer bislang geltende Grenzen überschreiten will, beispielsweise an nicht-einwilligungsfähigen, hochbetagten Menschen oder Kindern zum reinen Erkenntnisgewinn forschen möchte, oder die Hergabe von Eizellen, Embryonen, die Produktion von Stammzellen etablieren möchte, ist auf Ethik-ExpertInnen angewiesen. Sie müssen partikulare Interessen von Wissenschaftlerteams oder Pharmaindustriellen mit dem Anspruch des Gemeinwohls auskleiden. Wer in seiner Klinik medizinische Leistungen rationiert, muss dies entweder verschweigen oder nach allgemeingültig erscheinenden Kriterien plausibel machen, die in Ethik-Kommissionen interdisziplinär entworfen wurden. Das Produkt angewandter Ethik ist der interdisziplinäre Konsens, der anschlussfähig ist an institutionelle Notwendigkeiten, ökonomische und rechtliche Logiken.

In der Regel „benannte“ – und nicht gewählte – ExpertInnen für Ethik, Recht und Philosophie sowie handlungswillige BiomedizinerInnen und BiowissenschaftlerInnen entwerfen „Voten“ und

„Minimalkonsense“. Sie versuchen zu versöhnen: zwischen der normativen Kraft des Faktischen, dem Wissen-Können und -Wollen der Forschung, internationalen Machtpolitiken, ökonomischer Effizienz einerseits sowie dehnungsfähigen und interpretationsoffenen „Werten“ wie „Lebensschutz“ oder dem Verbot, kranke Menschen zu instrumentalisieren, andererseits. Ethische Überlegungen, die langfristige Folgen, die Möglichkeit des Nicht-Wissens und die sozialen Konsequenzen betonen, sind in diesen Gremien als Minderheitenmeinung bestenfalls geduldet. Ein notwendiger gesellschaftlicher Diskurs, der kranke wie gesunde BürgerInnen und GesundheitsarbeiterInnen zum Nachdenken, öffentlichen Sprechen und Handeln einlädt, wird zwar allerorten beschworen, aber keineswegs gefördert. Die verschiedensten Ethik-Gremien ersetzen vielmehr diesen Diskurs.

Ich möchte diese Form abgrenzen gegenüber Fragen der individuellen Moral im Berufsalltag. Ich spreche viel mit Altenpflegerinnen, Krankenschwestern, Hospizbegleiterinnen und Ärztinnen. Gerade bei Frauen und in helfenden Berufen gibt es qua gesellschaftlicher Rollenzuschreibung und Ausbildungen hohe Anforderungen an individuelle „Moral“ und den erlernten berufsethischen „Wertekanon“. Was ich beobachte, ist eine wachsende Diskrepanz zwischen diesen Orientierungen und den Bedingungen des Berufsalltags. Es sind vor allem Personalmangel, allgemeine Zeitknappheit, Dokumentationspflichten u. a. m., die es den Frauen immer schwerer machen, das, was sie gelernt haben, was sie persönlich wollen oder verantworten können, in ihrem Berufsalltag umzusetzen. Das führt zu psycho-sozialen und auch gesundheitlichen Krisen. Der durchschnittliche Krankenstand in Pflegeheimen liegt zum Beispiel bei 20–25 Prozent. An dieser Stelle bedarf es nicht mehr Moral oder Berufsethik. Hier müssen ganz konkret und politisch die Arbeitsbedingungen besser werden. Ich halte es für wenig hilfreich, die strukturellen Probleme, die ihre Wirkungen auch in individuellen Verhaltensweisen und beruflichen Dissonanzen entfalten, als ethische zu beschreiben.

### **1) Öffentliche Diskurse über Grenzbereiche der Medizin**

Gutachten von Expertengremien, Gesetzesvorhaben ebenso wie veröffentlichte Einzelschicksale rufen in den Medien öffentliche Diskurse um die Grenzbereiche der Medizin hervor. Das ist nicht nur den Expertengremien geschuldet, sondern auch kritisch nachfragenden Bürgerinitiativen und unterschiedlichsten Interessenvertretungen. Sehr oft wird dann der Ruf nach einer allgemeinen „Werteorientierung“ laut oder es kommt zu öffentlichen Klagen über „Werteverlust“ und „Werteverfall“. Ein aktuelles Beispiel ist die gesellschaftliche Unterhaltung über das Urteil des Leipziger Bundesgerichtshofes zur Präimplantationsdiagnostik. Die genetische Untersuchung von Embryonen in der IVF-Behandlung stelle kein verbotenes „Verwenden“ nach dem Embryonenschutzgesetz dar und deren „Absterbenlassen“ sei nur als „Unterlassung“ zu werten, entschieden die Richter im Sommer diesen Jahres. Danach machten sich Reproduktionsmediziner wie Heribert Kantenich oder Politiker wie der CDU-Abgeordnete Peter Hinze für den „Wert der Selbstbestimmung“ von Frauen oder Paaren stark, um das Verbot der Präimplantationsdiagnostik generell aufzuheben. Frau Merkel möchte anscheinend das Verbot aufrechterhalten, der christlich-jüdischen Werte wegen. Was zeigt sich hier? Politische Interessen wie Gewinnerwartungen durch ein neues Angebot in der Gynäkologie

(Kentenich) oder der Versuch, konservative Kreise der CDU an sich zu binden (Merkel), sind hier motivierend (vgl. Ulrike Baureithel. Ein Sieg der Selbstbestimmung? In: BioSkop-Zeitschrift Nr. 52, Dezember 2010).

An diesem Beispiel wird auch deutlich: Die viel bemühten Werte sind so abstrakt, dass sich die unterschiedlichsten Positionen und auch Interessen damit verbinden lassen. Der Wert des „Lebens“ und der Wert des „Fortschritts“ und der „Selbstbestimmung“ gelten alle als Teil der anerkannten Ordnung. Ob sich daraus Verbot oder Erlaubnis der PID schlussfolgern lässt, das wird unterschiedlich gesehen und entscheidet sich eher an politischen Kräfteverhältnissen als an dem ein oder anderen „ethischen“ Argument.

„Werteorientierungen“ sind alles andere als stabil. 2002 und 2005 scheiterten Versuche, die juristischen Grenzen der PID abzubauen. 2010 ist den BGH-Richtern die UN-Konvention mit ihrem Diskriminierungsverbot von Behinderten nicht einmal mehr eine Erwähnung wert. Wie die parlamentarischen und gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse aussehen, wenn in naher Zukunft das Thema erneut im Bundestag entschieden wird, ist unklar. Das Problem ist nicht die mangelnde Ethik, sondern eben diese Kräfteverhältnisse. Diskurse um die Grenzen und Fortschritte der Medizin sind machtvoll. Wer darf hier sprechen und mit welchem Gewicht (der Profession, der institutionalisierten Ethik oder einer Wertegemeinschaft)? Wie viel Aufmerksamkeit haben sich z. B. Frauenbewegung, Hebammenverbände oder kritische Initiativen verschaffen können?

Keinesfalls ist es so, wie liberale BefürworterInnen neuer Diagnosemöglichkeiten meinen: Die „Wertepluralität“ der Gesellschaft bedinge liberalere Regeln. Es ist aber auch nicht so, wie viele SkeptikerInnen meinen: Erst sind die Werte verfallen, danach kann die Medizin ihre Handlungsmöglichkeiten erweitern. Eine neu eingeführte oder erlaubte Praxis wird nicht selten ohne Frage und Debatten entwickelt und dann entlang der beschriebenen Machtpositionen gesellschaftsfähig gemacht. Ist sie einmal eingeführt, dann verändern sich die Einstellungen, Selbst- und Fremdwahrnehmungen, Entscheidungen und Entscheidungszumutungen aller.

## **2) Ethik als Meinungsumfrage**

In einer als „wertplural“ beschriebenen Gesellschaft ist „Konsens“ eine Art Zauberformel und Akzeptanz nach dem Modell der Mehrheitsmeinung nötig. Hier ein Beispiel aus der Welt der Rationierung, die mittlerweile schon die Gestalt eines Sachzwangs angenommen hat.

Gesetzt den Fall, die gesetzlichen Krankenversicherungen bieten nur noch beschränkt medizinische Behandlungen an: „Wie wichtig ist Ihnen, dass folgende Leistungen in der Grundsicherung sind?“ Angeboten werden zum Beispiel lebensrettende Maßnahmen oder Vorsorge und Rehabilitation. „Sind Sie auch bereit, höhere Beiträge zu zahlen“, beispielsweise für neue Behandlungen oder für Physiotherapien? Oder: Wer soll noch bezahlte Therapien bekommen: Lebensbedrohlich Kranke, alte Menschen, solche mit hohem Einkommen, gesundem Lebensstil oder auch Arbeitslose und

Behinderte? Sollte das Gesundheitsverhalten bei den Behandlungskosten berücksichtigt werden? Welche Lebensverlängerung rechtfertigt bezahltes Behandeln – drei Wochen, fünf Monate oder fünf Jahre? (vgl. Adele Diederich u. a.: Fragebogen zur Erhebung von Präferenzen in der Bevölkerung bezüglich der Verteilung von Gesundheitsleistungen in der GKV. Priorisierung in der Medizin. FOR 644, Nr. 18/2009, Jacobs University Bremen. Internet: [http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655\\_Nr18\\_Diederich.pdf](http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr18_Diederich.pdf))

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die Grundlagenforschung an deutschen Universitäten finanziert, fördert das Projekt. Mehr als 30 Fragen hat sich das Team ausgedacht, um 2000 BürgerInnen zu fiktiven Entscheidungsträgern zu machen. Eingebettet ist die – mit den Weihen der Wissenschaft ausgestattete – Demoskopie in das DFG-Gesamtprojekt FOR655 zur „Priorisierung in der Medizin“. In elf Teilprojekten werden Umfragen gemacht, philosophische, juristische und ökonomische Perspektiven entwickelt oder an spezifischen Krankheitsbildern Finanzierungsgrenzen ermittelt.

Das Ganze kostet 1,58 Millionen Euro. Die Anschlussförderung bis 2013 ist schon beantragt. Auf der Homepage gibt man sich demokratisch. Die Ergebnisse sollen „sowohl theoretisch und ethisch akzeptabel sein – besonders für die Betroffenen – als auch institutionell und rechtskonform umsetzbar“

([http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=5&Itemid=3](http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=5&Itemid=3)).

Dafür sorgen sollen u. a. die Münsteraner Philosophin Bettina Schöne-Seifert, die in ihren Schriften für legalisierte Sterbehilfe oder akzeptiertes Hirndoping eintritt. Oder der Ethiker Hartmut Kliemt, der sich im Diskurs um reguläre Organmärkte einen Namen gemacht hat. Mit weiteren Fachkollegen beschäftigte er sich auch mit der „Altersbezogenen Rationierung von Gesundheitsleistungen im liberalen Rechtsstaat“. Der Ökonom Friedrich Breyer und Carlo Schultheiss fassen die Ergebnisse dieses ebenfalls öffentlich finanzierten Projektes zusammen: Schon heute sei das „kalendarische Alter Teil etablierter Rationierungsmuster“ und „beruht ganz wesentlich auf der Annahme, dass die Erwartungen auf zukünftigen Konsum die entscheidende Quelle für Lebensfreude sind. Je älter der Mensch bereits ist, desto weniger zukünftiger Konsum liegt noch vor ihm, umso weniger kann er noch gewinnen, wenn er seine augenblickliche Überlebenschance steigert.“ Jedermann könne sich natürlich nach Belieben weitere Gesundheitsleistungen privat hinzukaufen. (Friedrich Breyer und Carlo Schultheiss: „Alter“ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse. In: Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt. Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Weilerswist (Velbrück Wissenschaft) 2002, 143)

Die Ergebnisse der aktuellen DFG-Projekte zur „Priorisierung in der Medizin“ liegen noch nicht vor, die Denkbewegungen sind eindeutig: Nicht ob, sondern wem nach welchen Kriterien Leistungen versagt werden, gilt noch als bearbeitungsbedürftig. Ähnlich die Bundesärztekammer. Sie fordert einen „Gesundheitsrat“. In diesem „vopolitischen“ Raum will sie gemeinsam mit Patientenorganisationen

und einzelnen PolitikerInnen Kriterien entwerfen. So soll objektiv, rational und gesellschaftlich akzeptiert entschieden werden, welche medizinischen Leistungen den gesetzlich Versicherten aus ökonomischen Gründen vorenthalten werden dürfen. All das droht nicht nur zukünftig. Der Tübinger Medizinethiker Georg Marckmann hat vor Kurzem mit den Ergebnissen seiner bundesweiten „Umfragestudie“ für Aufmerksamkeit gesorgt. Seine Befragung von rund tausend Klinikärzten ergab: Über drei Viertel haben aus Kostengründen Patienten nützliche Maßnahmen vorenthalten. Als Koordinator des Forschungsverbundes „Allokation“ modelliert Marckmann nun „kostensensible Leitlinien“, um willkürliches Handeln im Alltag und im Einzelfall zu ersetzen, durch verbindliche Leitlinien, die dem Arzt vorgeben „welche Patienten die teure und welche die günstigere Behandlung erhalten“ (vgl. Klaus-Peter Görlitzer: Kostensensible medizinische Hilfe. In: TAZ 2.8.2010; Georg Marckmann u. a.: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. In: Dt. med. Wochenschrift 2009; 134: 1261–1266).

Hinter diesen Mehrheits- und Konsensproduktionen an Universitäten oder in neuen Gesundheitsräten verbergen sich erneut politisch gewollte Bedingungen, die mit Konsensfabrikation und Bürgerbeteiligung vertretbar erscheinen sollen.

Das Gesundheitswesen wird als Wachstumsindustrie verstanden, in der nicht weniger, sondern mehr Geld ausgegeben werden soll – vor allem für innovative, eigentumsfähige Pharmaka, Technologien und Geräte. Investoren wie Banken und Rentenfonds engagieren sich hier und wollen Geld gewinnen. Das geht nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung abgebaut und die Krankheitskosten zunehmend den ArbeitnehmerInnen und RentnerInnen aufgebürdet werden. Dieser allgemeine Trend (der auch beim Verkauf anderer öffentlicher Güter zu beobachten ist) wird als Folge von „Kostenexplosion“ und „demografischem Wandel“ beschrieben. Benennbare, verantwortliche Akteure sind so nicht auszumachen. Die Privatisierung wird zwar von vielen als „ungerecht“, „entsolidarisierend“ und „unethisch“ empfunden. Aber auch als eine Art unabänderlicher „Sachzwang“. Bernard Braun hat eine Untersuchung über die „Mythen zur Gesundheitspolitik“ veröffentlicht ([http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-C8602066C64844BD/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_31900\\_31901\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-C8602066C64844BD/bst/xcms_bst_dms_31900_31901_2.pdf)). Er zeigt, dass diese Mythen auch bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen verankert sind, bei gebildeten und weniger gebildeten BürgerInnen. Der französische Literaturwissenschaftler Roland Barthes schrieb in den 1950er Jahren über die Funktion des Mythos. Er besteht nicht darin, die Verhältnisse zu leugnen, sondern im Gegenteil, von ihnen zu sprechen. Bereinigt von der „Komplexität der menschlichen Handlungen“ begründet der Mythos „eine glückliche Klarheit“ (Roland Barthes: *Mythen des Alltags*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1964, 131). Ihr Zweck ist es, „die Welt unbeweglich zu machen. Die Mythen müssen eine universale Ökonomie suggerieren und mimen, eine Ökonomie, die ein für allemal die Hierarchie des Besitzes festgelegt hat“. (Barthes 1964, 147)

Was kann hier helfen? Genaue politische Analysen der Mythen und Realitäten im Gesundheitswesen.

Wie sich Investoren die „universale Ökonomie“ vorstellen, hat neulich die Deutsche Bank in ihrem Papier „Gesundheitswirtschaft im Aufwind“ vom 3. Mai 2010 entworfen ([http://www.dbresearch.de/PROD/DBR\\_INTERNET\\_DE-PROD/PROD000000000257140.pdf](http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000257140.pdf)).

Demografischer Wandel, medizin-technischer Fortschritt und zunehmendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung lässt die Banker auf Gewinne hoffen. Der heimische Markt sei allerdings schwierig. Der „wesentliche Webfehler der gesetzlichen Krankenversicherung“ ist deren Finanzierung über Beiträge aus dem Arbeitseinkommen und machen „Kostendämpfung“ zum wesentlichen Element staatlicher Gesundheitspolitik. Der Gesundheitssektor ist mit fünfeinhalb Millionen Beschäftigten schon heute der größte Arbeitgeber und die Wertschöpfungsketten erzeugen allein in den Kerninstitutionen Krankenhaus, Arztpraxen und Reha-Einrichtungen 10,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Sollte es gelingen, die Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten zu entkoppeln, würden zusätzliche Marktchancen entstehen. Mehr noch: Die Deutsche Bank wünscht „Vorsorgekapital“ bei den Krankenkassen und den BürgerInnen. Bezahlt wird das auch über „eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit“. Die Versicherten sind „wohl gefordert, künftig einen wachsenden Anteil ihrer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen selbst zu finanzieren“. Übrigens: Auch das Geldinstitut reklamiert für sich: „Der Patient steht im Mittelpunkt.“

Was hilft? Politische Koalitionen gegen Privatisierung von Krankenbehandlung und Versicherungswesen sowie die Vorstellung von einer wachsenden Gesundheitsindustrie.

Die aktuellen Einschnitte im Leistungskatalog sind für die Banker keinesfalls nur bedrohlich, denn gerade dadurch ist „ein zweiter dynamischer Markt“ etabliert worden. Freiverkäufliche Arzneimittel, privat zu zahlende Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Wellness, Medizintourismus und Exporte in die Schwellenländer bieten ihnen Wachstumsoptionen für die Zukunft. Auch die Alten, die sonst als „Kostentreiber“ im System der Krankenbehandlung gebrandmarkt werden, fürchten die Planer im Finanzwesen nicht. Sie werden gesund älter, konsumieren im zweiten Gesundheitsmarkt und im Pflegesektor.

Sollten Sie ernsthaft krank werden, dann belegen empirische Studien, dass die Ausgaben für die Krankenbehandlung im Rentenalter eher rückläufig sind. Das bestätigt zum Beispiel die Soziologin Hilke Brockmann vom Rostocker Max-Planck-Institut für demografische Forschung. Für hochbetagte Kranke wird deutlich weniger Geld ausgegeben, was sie als unbewusste Rationierung interpretiert (<http://www.wiwo.de/politik-weltwirtschaft/patienten-als-opfer-des-spar-wahns-405803/4/>).

Nicht nur für die Deutsche Bank, auch für das Gros der Gesundheitsökonomien ist die „universale Ökonomie“ eine ausgemachte Sache: Die gesetzliche Krankenversicherung soll einen Basisleistungskatalog bereitstellen, den Versicherte privat aufstocken müssen, über „Gesundheitsriester“, private Zusatzversicherung und Prämienmodelle, die mit Gesundheitsverhalten und Risikoprofilen kombinierbar sind. So kann der Gesundheitsmarkt wachsen und relevante



Binnenmarktnachfragen hervorbringen. Das funktioniert nur, wenn die öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen limitiert werden. Dann schnappt die Privatisierungsfalle zu.

Diesen Prozessen ist mit ethischen Diskursen, geschweige denn mit Projekten wie an der Universität Bremen oder dem Gesundheitsrat nicht beizukommen.

Was hilft? Problematisierung von Wettbewerb, Chefarztbehandlungen, IGeL im öffentlichen Gesundheitswesen, verdeckte Rationierung im Berufsalltag.

### **3) Ethik als Verfahren**

Um neue Forschungsvorhaben an Kliniken durchführen zu können, bedarf es Ethikkommissionen. Keine klinische Studie oder kein neues Forschungsprojekt kommt ohne Ethikkommissionen aus. Wie Ethik hier als Verfahren funktioniert, möchte ich aus verschiedenen Perspektiven darstellen.

Die Enquetekommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ hat vor Jahren ein sehr informatives Gutachten zur Arbeit der Ethik-Kommissionen in Auftrag gegeben. Dieses Ethik-Gremium gibt es heute nicht mehr. Der Rechtswissenschaftler Christian von Dewitz hat mit anderen AutorInnen die erheblichen strukturellen Defizite dieser Kommissionsarbeit empirisch demonstriert. Die beschworene „Kontrolle“ der Forschung funktioniert nicht befriedigend. Rund 200 Anträge wurden durchschnittlich im Jahr bearbeitet; pro Projekt blieben weniger als 20 Minuten für die Beurteilung durch i. d. R. ehrenamtliche Mitglieder. Externe Gutachter wurden selten beauftragt; „Loyalitätsdruck“ und „Interessenkonflikte“ bestimmten den Kommissionsalltag; die Ablehnung von Anträgen betrug bemerkenswerte 1,8 Prozent; Geheimhaltung über Genehmigungen und Finanzierung der klinischen Studien oder Forschungsvorhaben verhinderten öffentliche Transparenz. Im Gutachten wurde auch ermittelt, dass Anträge zur Forschung an nicht Einwilligungsfähigen – die eigentlich als verboten und ethisch problematisch gelten – in geringer Zahl positiv sanktioniert wurden (vgl. Christian von Dewitz u. a.: Ethikkommissionen in der medizinischen Forschung. Gutachten im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland für die Enquete-Kommission, 15. Legislaturperiode, Oktober 2004, S. 53–61. Im Internet: [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik\\_m\\_ed/gutachten/gutachten01\\_ethikkommissionen.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_m_ed/gutachten/gutachten01_ethikkommissionen.pdf)).

Politische Konsequenzen und weitere Nachforschungen hat es nach dem veröffentlichten Gutachten nicht gegeben.

Im Gegenteil. Heute beforscht das Netzwerk „Mentale Retardierung“ im Rahmen des Nationalen Genomforschungsnetzes Kinder mit geistiger Behinderung systematisch und öffentlich finanziert. Eine Ethik-Kommission hat das Projekt befürwortet und das wirkt auf Projektleiter und Politik legitimierend.

Professor André Reis am Humangenetischen Institut in Erlangen leitet die Studie. Sie soll genetische Ursachen „mentaler Retardierung“ aufdecken. Auf der Netzwerk-Homepage wird behauptet, dass dieses sehr unscharfe Krankheitsbild 2 Prozent der Bevölkerung betreffe und „der bedeutendste

einzelne Kostenfaktor im Gesundheitswesen sei“. Eltern werden aufgefordert, ihre Kinder körperlich untersuchen, fotografieren und Blut- oder Gewebeproben für genetische Analysen entnehmen zu lassen. Im Einwilligungspapier für die Eltern steht: „Wir sind damit einverstanden, dass die entnommenen Blut-/Gewebeproben im Rahmen anderer wissenschaftlicher Kooperationsprojekte an andere Kliniken oder Institute im In- und Ausland versandt werden dürfen“ (vgl. Klaus-Peter Görlitzer: Fremdnützige Forschung? In: BioSkop-Zeitschrift Nr. 50, Juni 2010, 3) und BioSkop-Zeitschrift Nr. 51, September 2010, 11). Die Lebenshilfe hat diese fremdnützigen Forschungen kritisiert und eine schriftliche Stellungnahme der verantwortlichen Forscher angefragt, mit Kopie an die zuständige Ethikkommission. Reaktion: erst mal keine.

Was hier hilft, ist Öffentlichkeit und nicht Ethikkommissionen oder Spezialistentum. Mittlerweile haben Bündnis 90/Die Grünen eine „kleine Anfrage“ gestellt (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/029/1702902.pdf>).

Ulrike Felt, Professorin für Wissenschaftsforschung an der Universität Wien, hat sich mit Einverständniserklärungen für die Teilnahme an klinischen Studien beschäftigt. Sie hat am Klinischen Institut für Pathologie in Wien mit Patienten gesprochen, Consent-Gespräche beobachtet und die ausführlichen Einwilligungserklärungen studiert. Die Kranken sollten im Rahmen einer operativen Heilbehandlung Haut für Forschungszwecke spenden. Im Einwilligungspapier wurde ausdrücklich betont, dass sie selbst keinen Nutzen davon haben, da es sich um Grundlagenforschung handele. Kommunikation ist aber keine Einbahnstraße. Die PatientInnen konstruierten einen Nutzen für sich oder für zukünftige Generationen. Das haben sie andernorts schon oft in Zeitungen gelesen oder im Fernsehen gehört.

Die PatientInnen sahen die Anfrage als Teil der medizinischen Routine. Sie konnten sich nicht vorstellen oder hatten Angst, diese Routine zu stören, indem sie nicht einwilligen. Das Fazit von Ulrike Felt: Die Einverständniserklärungen wurden kaum als Schutz für die Patienten angesehen, sondern als Absicherung der medizinischen Einrichtung. In den Debatten um Informed Consent werde übersehen, das „Bürger/innen oder Patientinnen ihre eigene Art und Weisen haben zu wissen und zu urteilen. Dies ist stark kulturell geprägt. Wissen, Strukturen und Entscheidungsmöglichkeiten werden als miteinander verwoben wahrgenommen. Bürger/innen erleben sich nicht als autonome Entscheidungsträger in einem hierarchisch organisierten Medizinsystem, mit einer auf Expertenwissen fokussierten Entscheidungsfindung und in einer sehr auf Konsens ausgerichteten Gesellschaft“ (Ulrike Felt: „Informierte Einwilligung“ und „institutionelle Körpersprache“, in: BioSkop-Zeitschrift Nr. 43, September 2008, 12–13).

Nicht Spezialistentum und Expertise sind hilfreich. Andere Fragen und Perspektiven wären nötig: „Welche Bereiche unseres Lebens wollen wir eigentlich dieser Form der Rationalisierung und Regulierung unterziehen? Wie schaffen wir Räume der Auseinandersetzung, in denen Expertise nicht nur auf der Seite der Mediziner vermutet wird? Wie können Wissen und Erfahrungen der Patienten wahrgenommen und eingebunden werden, in Entscheidungsprozesse und in notwendige,

systemische Veränderungen der klinischen Forschung?“ (Ulrike Felt). Wie kann transparenter werden, mit welchen Interessen und in welchem Ausmaß klinische Studien von Pharmaunternehmen gesponsert und nur unternehmensförderliche Ergebnisse veröffentlicht werden? Ein öffentliches Register über solche Forschungen gibt es immer noch nicht.

#### **4) Ethik-Kommissionen als interne Konsensproduktion**

Ende 2008 hat der US-amerikanische Bioethikrat, der den Präsidenten berät, einen Bericht veröffentlicht zum Problem des Hirntodes. Naturwissenschaftlich ließe sich die Gleichsetzung von Tod und Hirntod nicht länger rechtfertigen. Empirisch sei in internationalen Studien, wie der des amerikanischen Neurologen Alan Shewman, beobachtet worden, dass diagnostizierte Hirntote zwischen einer Woche und bis zu 14 Jahren überlebten.

Der US-amerikanische Ethikrat hat keine eindeutige Meinung, welche Konsequenzen gezogen werden sollten. Einige Experten möchten am Hirntod-Kriterium festhalten. Die Begründung soll nun naturphilosophisch sein. Neue Kriterien müssten entworfen werden – nicht was den Tod kennzeichne, sondern was das Leben ausmache.

Fähigkeit, aktiv mit der Umwelt in Austausch zu treten – was selbständiges Atmen zeige – solle ausschlaggebend sein. Dann müssten aber schon Embryonen oder niedrige Lebensformen als tot gelten. Die Alternative, um Transplantationen ethisch abgesichert weiter durchführen zu können: die Tote-Spender-Regel aufgeben. Einige Ethik-Experten, wie der bundesdeutsche Philosoph Dieter Birnbacher, wollen, dass wir uns gemeinsam auf eine pragmatische Todesdefinition einigen. Die Ethik-Kommission der Bundesärztekammer, die lt. Transplantationsgesetz den Tod nach dem „Stand der medizinischen Wissenschaften“ festlegt und damit Organentnahmen juristisch legitimiert, hat sich bisher nicht geäußert. Wann sie das, nach welchen Debatten, tun wird, ist unbekannt.

Was hilft? Eine öffentliche Debatte, die nicht ausschließlich praktikable „Lösungen“ für den einmal eingeschlagenen Weg der Transplantationsmedizin bereithält und zumindest zulässt, dass es auch „Unlösbarkeiten“ gibt, deren Geschichte, sozialen und ökonomischen Entstehungskontexte es zu verstehen gilt. Ebenso wie die machtvollen Strukturen, Gesprächsformen, AkteurInnen und auch die eigene Rolle im Beruf oder als Patientin. Nicht zuletzt brauchen wir Gespräche und Bündnisse, um die Verhältnisse im Gesundheitswesen zu verändern. Kurzum: Wir müssen das, was Ihr versucht, weitermachen, verstärken, als politische Aufgabe verstehen. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle bedanken.