

Ulrike Baureithel:

„Das tu ich doch für mich ...“: Frauengesundheit zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Kommerz

Tragen Sie auch schon so eine kleine Uhr, die mehr anzeigt als die Zeit? So ein Sensor-Armband mit kleinem Display, das Ihnen anzeigt, wo Sie sind und wie viele Schritte Sie heute schon gelaufen sind, die Ihnen Auskunft gibt über Ihre Herzfrequenz und den Blutdruck? Das Sie daran erinnert, dass Sie jetzt unbedingt etwas trinken sollten? Und das all die schönen Daten in einer von einem amerikanischen Dienstleister unterhaltenen Cloud sammelt und als anschauliche Kurven jederzeit zur Verfügung hält, ohne dass Sie über deren weitere Verwendung Kontrolle haben?

Nein? Dann kommen Sie vielleicht noch auf das, was im Jargon „Selftracking“, individuelle Selbstvermessung genannt wird. Denn mittlerweile tragen bereits 19 Millionen Menschen diese schicken kleinen Wearables. Die Branche geht von einem Wachstum von 70 Millionen Geräten im Jahr aus, ein Zukunftsmarkt, den die Konzerngiganten unter sich aufteilen wollen.

Google hat kürzlich angekündigt, beim Fitness-Messgeräte-Hersteller Jawbone einsteigen zu wollen. Und auch Krankenkassen haben die Gesundheits-App entdeckt: Die Gesetzlichen ködern Versicherte, die Gesundheits-Apps nutzen, mit Bonusprogrammen. Die Privaten sind skrupelloser und versuchen die mittels Gesundheits-Apps erhobenen Daten abzugreifen. So etwa die Generali, die einen entsprechenden Tarif entwickelt hat, der erst nach massivem öffentlichen Protest auf Eis gelegt wurde.

Wenn Sie sich aber auf diesen Wettkampf um Kilometer und Kalorien einlassen, machen Sie sich auf etwas gefasst: Es gibt mittlerweile zwischen 42.000 bis 97.000 Anwendungen für Wearables mit Gesundheitsbezug, monatlich kommen 1.000 hinzu. Wegweiser durch diesen Dschungel gibt es kaum.

Für alle anderen gilt: Dass Sie (noch) nicht zu den Nutzerinnen von Wearables gehören, ist vielleicht gar nicht so verwunderlich. Denn es sind vor allem eher „präventionsresistente“ Männer, die sich von dieser Kombination aus Spiel und Technik, von Konkurrenz und Leistungsmessung angesprochen fühlen. Wahrscheinlich sind sie auch die Adressaten jener Chips, die man sich neuerdings unter die Haut transplantieren lassen kann, um seinen Körperstatus Tag und Nacht beobachten zu können. Für die Kieler Medizinethikerin Alena Buyx ist das kein Problem: „Wenn sich jemand aus eigenem Antrieb einen Chip oder einen Magneten implantieren lässt“, gab sie der Ärzte-Zeitung kürzlich Auskunft, „dann ist das sein gutes Recht.“

Dass Männer auf dem Gesundheitsmarkt als körperliche Leistungsträger erscheinen, deren Vitalkraft und Potenz optimiert oder nachgeholfen werden muss, kennen wir vom täglichen Werbefernsehen. Frauen dagegen kämpfen gegen Störungen und äußerliche Defizite: Sie schlafen schlecht, sind unruhig und unkonzentriert, müssen sich zuerst mit dem prämenstruellen Syndrom herumschlagen, später mit Wechseljahrsbeschwerden und natürlich mit allen äußerlichen Zeichen des Alterns.

Lange galten Frauen als das „kränkere“ Geschlecht, wobei unklar blieb, ob das soziale Rollenverhalten – also Doppelbelastung, Übernahme von betreuender Verantwortung usw. – zu deren negativeren Gesundheitsstatus führt oder der Eindruck einfach dadurch entsteht, dass Frauen mehr Gesundheitsleistungen – von Arztbesuchen, über Arzneimittel und Präventionsmaßnahmen bis hin zu Lifestyle-bezogenen Aktivitäten – in Anspruch nehmen.

Bis heute gilt, dass Männer zu größerem Risikoverhalten – etwa im Hinblick auf Alkoholkonsum, Rauchen oder zu schnelles Autofahren – neigen, während Frauen sicherheitsorientierter leben und aus ihren stabilen Beziehungen gesundheitlichen Vorteil ziehen. Kaum hinterfragt wird das am individuellen Verhalten orientierte Gesundheitshandeln, das sich in den allgemeinen Individualisierungstrend einfügt und Gesundheitsverantwortung zum persönlichen Auftrag macht.

Dabei ist das ja durchaus auch ein Fortschritt. Meiner Großmutter, Jahrgang 1898, sechs Kinder und landwirtschaftliche Subsistenzwirtschaft, und meiner Mutter, Jahrgang 1921, drei Kinder und berufstätig, wäre ein Satz wie „Das tu ich doch für mich“ niemals über die Lippen gekommen – und meine Mutter empfindet diese Aufforderung unsererseits immer noch als Zumutung. Sie taten im Rahmen ihres scheinbar naturwüchsigen weiblichen Fürsorgeauftrags immer alles für andere und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch vorsorgend. Ist die Arbeit am eigenen Körper also ein Emanzipationsgewinn? Oder haben wir das Fischgrätenkorsett nur eingetauscht gegen ein Korsett von Verhaltens- und Präventionsmaßnahmen, von Vermeidungsgeboten und Handlungsaufforderungen?

Wenn ich das im Folgenden an einigen ausgesuchten Beispielen beleuchte, begleitet mich immer die Frage, ob Frauen nur Objekte von gutgemeinten Maßnahmen beziehungsweise kalkulierten Beeinflussungsstrategien sind, die unsere Angst mobilisiert oder ausnutzt, unser Sicherheitsbedürfnis anspricht oder ausbeutet, das heißt die weibliche Konditionierung für Gesundheits- und Schönheitshandeln. Oder ob sich nicht gerade auf dem Gesundheitsmarkt das zur Souveränin aufgestiegene weibliche Subjekt herausgebildet hat, die informierte Konsumentin mit einem ausgeprägten Gesundheitsverständnis, die über sich selbst bestimmt?

Man muss sich dabei vor Augen halten, dass aufgrund der verknüpften Mittel auf dem ersten Gesundheitsmarkt – das heißt also alle von den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen erbrachten Leistungen – inzwischen vor allem auf dem zweiten Gesundheitsmarkt „die Musik spielt“, wie Cheflobbyisten wissen. Dieser umfasst freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Schönheitsoperationen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie bestimmte Sport- und Freizeitangebote, Ernährung und altersgerechtes Wohnen.

Von den 315 Milliarden Euro Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich 2013 entfielen fast 80 Milliarden auf dieses Segment, und es weist die größten Zuwachsraten aus. Schon deshalb ist es interessant, die Akteure auf diesem Markt nach ihren Gewichten, Einflussphären, Interessen und Motivationen zu beleuchten. Denn während die Angebotsseite immer wieder behauptet, nur die Nachfrager – in diesem Fall vielfach Frauen – zu bedienen, wird aus feministischer Perspektive immer wieder in Anschlag gebracht, dass es die wunschgenerierende Medizin und Gesundheitsindustrie sei, die die Nachfrage erst erzeugt.

Bevor ich das exemplarisch aufzeige, möchte ich Sie jedoch auf eine kleine Zeitreise mitnehmen in die sechziger Jahre, in die Zeit, als die Pille als Verhütungsmittel eingeführt wurde. Und zwar nicht nur, weil sich das – zumindest in Bezug auf die so genannte „Wunschkindpille“ in der DDR - nun zum 40. Mal jährt und gerade gleich zwei Bücher zum Thema erschienen sind, sondern weil sich daraus vielleicht einige erhellende Erkenntnisse ableiten lassen.

Mit Hormonen experimentieren Wissenschaftler seit fast 100 Jahren, der Innsbrucker Naturwissenschaftler Haberlandt testete in den 20er Jahren empfängnisverhütende Mittel an Kaninchen, und in der Nazizeit versuchte Schering aus dem Urin schwangerer Frauen und trächtiger Kühe ein Hormonpräparat herzustellen. Dass es dann doch die Amerikaner waren, denen der Durchbruch gelang, hatte, wenn man so will, mit der feministischen Nachfrageseite zu tun, denn es waren die Frauenrechtlerinnen Margaret Sanger und Katherine McCormick, die die Millionen von Dollar für Gregory Pincus sammelten. Dieser testete das Verhütungsmittel *Enovid* dann aber nicht etwa an einheimischen Frauen, sondern an Frauen in Puerto Rico. Als Schering das empfängnisverhütende Mittel *Anovlar* 1961 dann in Deutschland auf den Markt brachte, geschah das mit Rücksicht auf den verklemmten Zeitgeist nicht etwa als Antibaby-Pille, sondern als Medikament gegen Menstruationsbeschwerden. Schon damals war es der *Stern*, der das kontrazeptive Potential der Pille sensationsheischend veröffentlichte. Doch selbst fünf Jahre nach ihrer Einführung wurde die Pille nur von 5 Prozent der gebärfähigen Frauen konsumiert.

Der *Wunschkindpille* in Ostdeutschland ging zunächst ein filmreifer Fall von Industriespionage voraus. Zwar war VEB Jenapharm in den fünfziger Jahren ebenfalls auf den Spuren eines Syntheseverfahrens, das die Produktion von Hormonen aus Schweinegalle ermöglichte, doch hatte die pronatalistische Familienpolitik der DDR andere Schwerpunkte. Erst der dramatische Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen brachte Bewegung in die staatliche Auseinandersetzung um Empfängnisverhütung. Sicher ist, dass ein DDR-Mitarbeiter des MfS in der Bundesrepublik die dort laufenden Hormonexperimente auskundschaftete und die Rezeptur klawte – ob nun von Schering oder von Merck, sei dahingestellt. Jenapharm gelang es 1965 jedenfalls, das Verhütungsmittel *Ovosiston* auf den Markt zu bringen, das wie *Anovlar* gegen Hormonstörungen und Menstruationsbeschwerden eingesetzt wurde. Als Verhütungsmittel wurde die Pille, wie in Westdeutschland, dann erst nach und nach und sehr restriktiv verordnet, nämlich an Frauen, die verheiratet waren und bereits mehrere Kinder hatten.

Sie werden sich fragen, warum ich Ihnen das alles erzähle.

Mir geht es um die historische Einschätzung, die in den beiden Büchern im Hinblick auf die Durchsetzung der Pille gegeben wird. Katrin Wegner, die Autorin des einen Buches¹, macht das Klima sexueller Liberalisierung für den Siegeszug der Pille in Westdeutschland verantwortlich. Erst vor diesem Hintergrund sei es Schering und seinen Nachahmern überhaupt möglich gewesen, die Pille auf dem Markt zu platzieren. Die tiefer bohrenden biografischen Interviews von Annette Leo und Christian König zeigen dagegen, dass es – einmal ab-

¹ Katrin Wegner: *Die Pille und ich. Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur Lifestyle-Droge.* München 2015.

gesehen vom Kalkül der Staatsführung – vor allem die DDR-Ärzeschaft war, die maßgeblich zur Verbreitung der Pille unter den Frauen beigetragen hat.² Sie spielten bei der Normalisierung von Empfängnisverhütung offenbar eine Schlüsselrolle.

Ohne dies abschließend bewerten zu wollen, veranschaulicht die Einführung der Antibaby-Pille jedenfalls recht gut das komplizierte Geflecht von medizinfremder Marktmanipulation, medizinisch-liberalem Paternalismus und medikalisierte Selbststeuerung, von feministischer Bewegungsenergie auf der einen, Nachfragestimulation und Wunschkanalisierung auf der anderen Seite. Denn ohne den nachvollziehbaren Wunsch von Frauen nach Geburtenkontrolle hätte sich die Pille kaum auf dem Markt halten können.

Heute stehen in Deutschland über 50 entsprechende Präparate zur Verfügung und die Konkurrenz ist gewaltig. Die Pharmaindustrie ist deshalb daran interessiert, immer neue Indikationen zu erfinden, um die Pille an die Frau, besser gesagt, an junge Mädchen zu bringen.

Dass die Pille für eine schöne glatte Haut sorgen soll und gegen Akne eingesetzt werden kann, war schon der ersten Generation von Pillenkonsumentinnen bekannt. Doch als Lifestyle-Mittel hat sich die Antibaby-Pille erst seit Ende der achtziger Jahre etabliert. Schering etwa bewarb *Femovan* als Wundermittel, das nicht nur die Haut verschönere, sondern auch das Selbstbewusstsein junger Frauen steigern. Beworben wurde das Mittel von jungen, glücklich aussehenden Frauen, die von einem Mann geküsst werden und so das Versprechen für individuelles Lebensglück bereithalten.

Der Pharmariese Bayer musste 2008 seine Website für die Antibaby-Pille Yasmin schließen, weil sie die Nebenwirkungen – insbesondere das Thromboserisiko – herunterspielte und nur die positiven Effekte der Pille hervorhob. Das gleiche Unternehmen musste ein Jahr später in den USA zwei Werbespots zu Yaz einstellen.

Die Filme, so die US-Aufsichtsbehörde, vermitteln den Eindruck, die Pille sei auch als Therapeutikum gegen leichte Formen des Prämenstruellen Syndroms und gegen Ängste zugelassen und geeignet: „Wir wissen alle“, hieß es in der angeblichen Verbraucherinnen-Information, „dass Verhütungspillen zu 99% wirksam sind und dir zu einer kürzeren und leichteren Periode verhelfen. Aber wusstest du, dass es eine Pille gibt, die noch mehr kann?“ In einem zweiten Werbefilm wurde suggeriert, Kopfschmerzen, Akne oder Gereiztheit“ würden sich nach Einnahme der Pille in Luft auflösen.³ Vor zwei Jahren musste Bayer Diane 35 vom französischen Markt nehmen, weil die darin enthaltene Wirkstoffkombination in Verdacht steht, unter bestimmten Umständen tödlich zu wirken.

Wer heute auf die Seite etwa des Antibabypillen-Produzenten Jenapharm schaut, der, wie das Unternehmen wirbt, „zuständig ist für die gelingende Liebe“, wird zwar nicht mehr die aggressive und zielgruppenorientier-

² Vgl. Anette Leo/Christian König: Die „Wunschkindpille“. Weibliche Erfahrung und staatliche Geburtenpolitik in der DDR. Wallstein 2015.

³ Inzwischen sind die Werbefilme auch auf You-Tube nicht mehr verfügbar, die entsprechenden Szenen finden sich allerdings noch in einem kritischen Aufklärungsfilm in You Tube unter https://www.youtube.com/watch?v=lsX6D_NqGMo. Die Geschichte auch des deutschen Widerstands gegen die von Bayer vertriebenen Verhütungspillen mit dem Wirkstoff Drospirenon, vornehmlich von der Coordination gegen Bayer-Gefahren (<http://www.cbgnetwork.org/1.html>), wurde ausführlich auch in der am 9. 11. 2015 ausgestrahlten ARD-Dokumentation „Todkrank durch die Pille“ aufgearbeitet, die in der Mediathek leider nicht mehr verfügbar ist.

te Schönheits- und Lifestyle-Werbung finden, mit der die Pharmakonzerne noch bis 2012 aufwarteten, doch noch immer wird die Pille nicht nur als Verhütungsmittel, sondern auch als Medikament gegen Hautunreinheiten, Unregelmäßigkeiten der Regelblutung etc. angepriesen. Dort heißt es unter anderem: „Manche Frauen möchten auch nicht auf zyklusbedingte Hormonveränderungen und monatliche Ovulationen verzichten und ihren Hormonhaushalt möglichst wenig verändern.“

"Manche Frauen", das ist, so wird suggeriert, wohl eher Ausnahme. Für alle anderen stellen die genannten Eingriffe zugunsten der vermeintlich positiven Effekte der Pille – schöne Haut und Haare, Brustvergrößerung oder als Therapie zum Abnehmen – offenbar kein Problem dar. Und tatsächlich ist die Pille heute noch immer das beliebteste Verhütungsmittel in Deutschland, 79 Prozent der 14- bis 17-Jährigen konsumieren sie selbstverständlich, und dies, das ist das eigentlich Erschreckende, oft nur prophylaktisch, weil die Nutzerinnen oft noch gar keinen Geschlechtsverkehr haben.

Dass dabei Nebenwirkungen in Kauf genommen und künftige Risiken gefährlich unterschätzt werden, ist weniger den Mädchen anzulasten als denjenigen, die mit der Frauengesundheit Geschäfte machen wollen. Und auf diesen Markt drängen immer mehr Unternehmen, inzwischen auch die Hersteller von Generika: Der deutsche Marktführer von Generika, Ratiopharm, hat diese „profitable Nische“ ebenfalls entdeckt und eine europaweite Außendienstlinie zur Produktvermarktung bei GynäkologInnen aufgebaut.

Junge Mädchen waren auch die Zielgruppe einer anderen Pharma-Kampagne, für die unter anderem Prominente eingespannt werden, wie die Modedesignerin Jette Joop. In einem Werbefilm für das Grüne Kreuz, ein Verein, der sich angeblich der Gesundheitsvorsorge und -aufklärung widmet, hinter dem aber starke Pharmainteressen wirken, wirbt sie mit folgenden Worten für die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs, kurz HPV-Impfung, genannt nach den sie verursachenden Humanen Papilloma Viren: „Als Mutter erlebe ich, wie schnell meine Tochter groß wird. Ich will nicht, dass Gebärmutterhalskrebs dieses Leben in Gefahr bringt. Deshalb schütze ich meine Tochter schon heute vor dem Virus, das den Krebs verursachen kann. Tun Sie es auch! Fragen Sie ihren Arzt!“ Der Werbefilm lief nahezu auf allen Privatsendern und erreicht dort zielgruppengerecht vor allem jüngere Mütter.

Der Film war Teil einer Kampagne, die Druck auf die Ständige Impfkommission machen sollte, eine entsprechende Empfehlung zur Durchimpfung aller 12-17-jährigen Mädchen zu geben, auf Kosten der Krankenkassen. Vorauseilend hatten die Impfstoffhersteller dafür gesorgt, dass nur positive Studienergebnisse erschienen, die für eine Impfung sprachen. Skeptiker wurden dagegen beschimpft und verdächtigt, junge Frauen verantwortungslos vermeidbaren Krankheitsrisiken auszusetzen. Dem Hersteller Sanofi gelang es sogar, direkt in Schulklassen für die Impfung zu werben.

Die Kritiker hatten ins Feld geführt, dass die Wirksamkeit der Impfung bislang nicht nachhaltig dokumentiert und die Datenlage zumindest widersprüchlich und unklar sei. Bemängelt wurde auch, dass die Impfung nicht mehr wirkt, wenn sich die Frauen bereits mit HPV 16 und HPV 18 – den Virenstämmen, die 70 Prozent aller einschlägigen Krebsfälle auslösen – infiziert hätten. Die Impfung würde Frauen in einer falschen Sicherheit wiegen und von anderen Früherkennungsprogrammen wie dem PAP-Abstrich abhalten.

Dennoch empfahl die Stiko 2007 die Impfung gegen die beiden genannten HP-Viren. Verglichen mit anderen europäischen Ländern ist die Impfung hierzulande teuer, die Gesamtimmunisierung kostet 468 Euro. Für den Impfstoff *Gardasil* zahlten die Krankenkassen 2008, als mehrere Jahrgänge geimpft wurden, 230 Millionen Euro, derzeit belaufen sich die Kosten zwischen 130 bis 200 Millionen. Sanofi Pasteur rechnet mit einem weltweiten Umsatz von bis zu 4,5 Milliarden US Dollar jährlich und für *Cervarix*, das von Glaxo SmithKline angebotene Konkurrenzprodukt, 2,5 Mrd. US-Dollar. Die Kampagne, für die nicht nur Promis, sondern auch teure Wissenschaftler/innen ins Rennen geschickt wurden, hat sich für Sanofi also gelohnt.

Angst ist ein wesentlicher Motor bei der Bewirtschaftung von Frauengesundheit. Die gesundheitsbezogene Aufmerksamkeit von Frauen wird früh angewöhnt und in ein geschlechtsspezifisches Verantwortungskorsett eingepasst. Das gilt insbesondere, wenn sie schwanger sind. Die heute normalisierten Screenings und diagnostischen Verfahren nach den Mutterschaftsrichtlinien – die vor 25 Jahren, wie die Älteren hier wissen, noch ein heftig umkämpftes Feld waren – sind Ausfluss des von Frauen internalisierten Verantwortungsbewusstseins und Sicherheitsbedürfnisses, wobei zwischen verantwortungsvoller Selbstwahrnehmung und fremdbestimmter Medikalisierung, das ist das Problem, eine mäandernde, schwer ausmachbare Grenze verläuft.

Junge Frauen, die seit der Pubertät gewohnt sind, unter ständiger medizinischer Kontrolle zu stehen, neigen mehr als ihre männlichen Altersgenossen zu stetiger Selbstbeobachtung, zu Risikovermeidung und Risikoabschätzung, ob es nun darum geht, ein gängiges Körperbild zu erreichen, Verhütung zu kontrollieren oder mit frühdiagnostischen Risikobefunden während der Schwangerschaft umzugehen.

Die Geschichte der Pränataldiagnostik kann ich in diesem Umfeld wohl als bekannt voraussetzen. Sie hat mit dem „ersten nicht invasiven molekulargenetischen Pränataldiagnostik-Test (NIPT)“, wie das Unternehmen Life-Codexx wirbt, jedoch eine neue Stufe erreicht. Durch den Test, so das Versprechen, sei fetale Trisomie 13, 18 und 21 aus dem mütterlichen Blut ab der 9. Schwangerschaftswoche zu erkennen, und zwar ohne das Risiko, den Fötus dabei zu schädigen wie bei anderen invasiven Methoden. In einer Woche, so das Werbeprospekt in Bezug auf den im Internet erhältlichen Praenaexpress, „erhalten Sie ihr Ergebnis, für 985 Euro.“⁴ So viel, die unterschwellige Botschaft, sollte Ihnen das Wissen über die Gesundheit ihres Kindes – und Ihre eigene Lebensqualität – doch wert sein.

Schon die Namen der Tests – *Harmony* oder *Panorama* – sprechen Bände. Sozusagen ganz harmonisch bringt sich die Schwangere aus verschiedenen Gefahrenzonen: Der Bluttest ist für den Fötus – zumindest zunächst – risikolos und stellt eine Alternative zur invasiven Diagnostik dar. Zum anderen verspricht die Werbung eine genauere Diagnostik: Mit einer „niedrigen Falsch-positiv-Rate von 0,14%“ erübrigten sich, so LifeCodexx, weitere invasive Maßnahmen. Darüber hinaus würden die Frauen von einer „belastenden Wartezeit“ und unbegründeten Ängsten befreit. Als Adressatinnen nennt das Unternehmen zunächst nur „Risikoschwange-

⁴ Bei den folgenden Zitaten handelt es sich um die firmeneigene Werbung während der Einführungsphase des Tests, LifeCodexx ist bei der Vermarktung inzwischen etwas zurückhaltender geworden; die Kosten des Praena-Basistests (Trisomie 21 und Geschlechtsbestimmung) liegen mittlerweile bei 440 Euro.

re“, also Frauen über 35 Jahre oder Schwangere mit einem auffälligen Befund beim Erstsemesterscreening bzw. bei familiären Risiken für fetale Trisomie.

„Wissen mit hoher Sicherheit“, verspricht LifeCodexx. Dieses Wissen bezieht sich jedoch nicht auf positives Wissen, sondern auf Risikowerte, mit denen die Schwangere im Falle eines entsprechenden Befundes erst einmal alleine dasteht. Nichts sagt der Test über die Ausprägung der Trisomie aus, aber viel darüber, wie ein Fötus, der möglicherweise Träger einer Trisomie ist, eingeschätzt werden muss: Als ein mit Angst und Sorge erwarteter, unerwünschter Mensch. Das Genethische Netzwerk und das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, denen ich die hier ausgeführte Expertise zum Teil verdanke, hat gegen die Anbieter von pränatalen Bluttests Beschwerde beim Werberat eingelegt: Die Werbung sei in die Kategorie ableistischer Diskriminierung und damit als Herabwürdigung von Menschen mit Beeinträchtigung einzustufen.

Bislang ist der Praenatest noch eine Selbstzahlerleistung. Doch beim Gemeinsamen Bundesausschuss, der über die Zulassung als Kassenleistung entscheidet, liegt ein Antrag, der den Nutzen des Praenatests, der lediglich als Medizinprodukt eingestuft wird, überprüfen soll. Bislang übernehmen einzelne Krankenkassen einen Teil der Kosten. In der Schweiz ist der Bluttest kürzlich in den Katalog der Krankenkasse aufgenommen worden.

Es geht mir – zumindest in diesem Zusammenhang – gar nicht so sehr darum, ob der Praenatest Vorteile hat und wie man Pränataldiagnostik überhaupt einschätzen soll, sondern wieder um die Frage, was hier Wunsch ist, ob er „naturwüchsig“ da ist oder generiert wird, und wenn ja, wie er erzeugt bzw. kanalisiert wird. Der vorgeblich auf Leidvermeidung orientierte medizinische Fortschritt, das fällt zumindest im Bereich der Reproduktion auf, wartet jedenfalls fast immer mit technischen und häufig selektierenden Lösungen auf, wo es auch um psychologische und soziale Probleme geht. Der unerfüllte Kinderwunsch ist dafür ein sehr spezielles Beispiel.

„Wenn aus Liebe Leben wird, bekommt das Glück einen Namen“, lautet eine von vielen Kinderwunsch-Weisheiten. Für die meisten Paare wird das immer noch zutreffen, doch für die zwei Millionen Paare – so Schätzungen –, die ungewollt kinderlos sind, dürfte das nicht unmittelbar zutreffen. Denn die Hürden und Leiden, die mit einer künstlichen Befruchtung verbunden sind, das Warten, die Hoffnungen und die Enttäuschung, wenn die Befruchtung per Reagenzglas wieder einmal nicht geklappt hat, sind empirisch kaum zu messen.

Statistisch erhebbare sind dagegen die in Kinderwunschpraxen abgerufenen Leistungen: Wurden 1982 gerade mal 750 IVF-Behandlungen durchgeführt, waren es 2013 über 84.000. Eine einzige IVF-Behandlung kostet für gesetzlich Versicherte 2.500 bis 3.000 Euro, bei den ersten drei Versuchen beteiligt sich die Kasse mit der Hälfte. Privatpatientinnen müssen mit 4.700 bis 9.000 Euro rechnen, je nachdem, ob es bei einer „einfachen“ Befruchtung bleibt, oder das Spermium gezielt injiziert wird (ICSI).

Doch mit dem investierten Geld verhält es sich wie an der Börse: Gewinn ungewiss. Die Erfolgsraten bewegen sich zwischen 25 und 30 Prozent, je nach Alter der Frau. Wer aber sicher profitiert, sind die Hersteller

von Hormonpräparaten, die die Heranreifung von Eizellen stimulieren, die Ärzte und Ärztinnen, die sich auf diesem Feld spezialisiert haben und die Großinvestoren von Kinderwunschpraxen und –kliniken.

In Deutschland gibt es mittlerweile über 130 einschlägige Einrichtungen, wobei sich zukünftig eine Konzentrationsbewegung abzeichnet zugunsten großer Zentren mit einer großen Angebotspalette. Dazu kommen die im Ausland ansässigen Kliniken, Stichwort: Reproduktionstourismus. In Tschechien kostet eine IVF-Behandlung samt Kryokonservierung der überzähligen Eier 3.800 Euro. Dafür erhalten die Frauen häufig höhere Hormondosen, die heftigere Nebenwirkungen auslösen –und das Versprechen einer besseren Baby-take-home-Rate.

Auch für die Hersteller von Hormonpräparaten ist das Geschäft mit dem Wunschkind lukrativ. Der Weltmarktführer Merck, der seit der Übernahme des Schweizer Unternehmens Serono auf dem Reproduktionsmarkt aktiv ist, konnte seinen Umsatz mit *Gonal f* innerhalb eines einzigen Jahres um 9,1 Prozent von 586 auf 628 Mio. Euro im Geschäftsjahr 2014 steigern. Der Geschäftsbereich Fertility hat sich zu einem Standbein des Pharmakonzerns entwickelt und Stefan Oschmann, Mitglied der Geschäftsleitung, brüstet sich damit „dass mithilfe unserer Produkte weltweit bisher rund zwei Millionen Babys gezeugt werden konnten“.

Späte Elternschaft und nachlassende Fertilität sind für Merck eine Marktchance, zunehmend auch in den Schwellenländern, wo der Konzern inzwischen ein Viertel seines Erlöses realisiert. Das Unternehmen muss deshalb dringend daran interessiert sein, dass Kinderwunschbehandlungen komplett von der Kasse übernommen werden und hat den damaligen Anlauf der ehemaligen Frauenministerin Kristina Schröder, Bundesmittel dafür bereitzustellen, sehr begrüßt.

An der Kinderwunschbehandlung zeigt sich ganz exemplarisch, wie ein soziales bzw. gesundheitspolitisches Problem – die Frage, warum Frauen immer später Kinder bekommen oder warum die Zeugungskraft von Männern signifikant nachlässt usw. – mittels technischer Offensiven gelöst werden soll. Aber auch Frauen bzw. Paare müssen sich fragen, welchen Bildern von Familie sie folgen, wenn gelingendes Leben für sie nur mit einem leiblichen Kind vorstellbar ist und was sie sich damit zumuten. Denn so wie der weibliche Körper durch die Inanspruchnahme der Angebote etwa der Schönheitsindustrie optimiert werden soll, so verspricht die Reproduktionsindustrie das Produkt „Familie“ herzustellen, als sei dies eine formbare Einheit, die bestimmte Normen zu erfüllen hat. Sie zu verfehlen, wird nicht als Schicksal, sondern als individuelle Schwäche und Versagen empfunden.

Ich könnte hier nun noch weitere Felder der Früherkennungs-, Substitutions- oder Optimierungsmaßnahmen durchdeklinieren, will stattdessen aber lieber noch ein anderes Feld des Gesundheitshandelns beleuchten, das im Spannungsfeld zwischen medizinischer Indikation und ökonomischem Kalkül gelagert ist, die sog. IGeLeistungen, weil gerade diese Form der Kommerzialisierung des ärztlichen Arbeitsfeldes einige für uns relevante Fragen aufwirft.

Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, gibt es seit 1998. Sie gehen auf lange und ziemlich fruchtlose Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen

nach der Einführung der Honorarbudgets zurück mit dem Ziel, neue vertragsärztliche Leistungen in den Kassenkatalog aufzunehmen. IGe-Leistungen sind keine Regelleistungen, sondern werden in den Arztpraxen selbständig vermarktet. Sie reichen von sinnvollen medizinischen, aber nicht krankheitsbedingten Vorsorgeuntersuchungen über fortpflanzungsmedizinische Angebote bis hin zur Life-Style-Medizin und Anti-Aging-Maßnahmen.

Seit 2012 existiert der sog. IGeL-Monitor, ein Internetportal des Spitzenverbands der Krankenkassen, das – so der Selbstanspruch – neutrale, wissenschaftliche und unabhängige Bewertungen der Leistungen vornimmt. Das wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) gibt außerdem regelmäßig repräsentative Umfragen unter den gesetzlich Versicherten in Auftrag, die die Inanspruchnahme von IGeL untersuchen, zuletzt zu Beginn 2015 unter 1.705 Versicherten.⁵

Zunächst ist festzustellen, dass sich IGe-Leistungen zu einem eigenständigen Geschäftsmodell in den Arztpraxen entwickelt haben. Das Angebot ist mittlerweile auf mehrere hundert angewachsen, und sie kosten zwischen 10 und mehreren hundert Euro. Jede/r dritte Versicherte hat in den 12 Monaten vor der Umfrage IGe-Leistungen in der Arztpraxis angeboten bekommen, 2001 waren es erst 8,9 Prozent. In drei von vier Fällen, also von knapp 25 Prozent der Befragten, wurde sie auch angenommen.

Für unseren Zusammenhang ist interessant, dass Frauen viel häufiger eine IGe-Leistung angeboten wird als Männern, nämlich doppelt so oft und mit deutlicher Steigerung. Weiterhin ist signifikant, dass Schulbildung und Einkommen der PatientInnen eine größere Rolle spielen als etwa der Gesundheitsstatus. Sie werden offenbar nicht aufgrund von Bedarf, sondern nach ökonomischer Leistungskraft auf IGeL angesprochen.

Dass Frauen die vorherrschenden Adressatinnen von IGeL sind, könnte man darauf zurückführen, dass sie ohnehin häufiger zum Arzt gehen. Doch das ist nicht der einzige Grund. Frauenärzte und –ärztinnen „igeln“ offenbar nämlich am häufigsten, über 30 Prozent aller angebotenen Leistungen entfallen auf diese Gruppe. Überproportional vertreten unter allen IGe-Leistungen sind Ultraschalluntersuchungen, fast 25 Prozent, die von rund 5,1 Millionen Personen, meist Frauen, in Anspruch genommen werden, gefolgt von augenärztlichen Glaukom-Untersuchungen mit 17,1 Prozent. Insgesamt wurden innerhalb von 12 Monaten vor der Befragung 24,1 Millionen IGe-Leistungen angeboten und 17,2 Millionen erbracht mit einem geschätzten Volumen von 1,03 Milliarden Euro.

Auf die uns hier interessierenden Frage, ob es die Anbieter sind, die den Wunsch nach einer Leistung erzeugen oder ob sie von den NachfragerInnen gezielt darauf angesprochen werden, gibt die WidO-Umfrage eine eindeutige Auskunft: In fast allen Fällen machten die Leistungserbringer, entweder die ÄrztInnen selbst oder, mehrheitlich, das Praxispersonal, auf das IGeL-Angebot aufmerksam, insbesondere bei Früherkennungs- und Ultraschalluntersuchungen für Frauen. 90 Prozent der Befragten hatten dann zwar das Gefühl, sich frei entscheiden zu können, aber jede/r zehnte sagte auch, dass er/sie sich durch die Situation in der Praxis in der

⁵ Die gesamte Umfrage und die Auswertung ist unter www.wido.de/meldungakt+M51e3d25104e.html abrufbar.

Entscheidung eingeschränkt gefühlt habe. Jede/r vierte Versicherte ist immerhin der Meinung, dass sich durch das Angebot individueller Gesundheitsleistungen das Arzt-Patienten-Verhältnis verschlechtere.

Im IGeL-Monitor, der die gängigsten IGe-Leistungen bewertet, kommen aber gerade die am häufigsten angebotenen Gesundheitsleistungen nicht gut weg: Der Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung wird als negativ eingeschätzt: „Mit Ultraschalluntersuchung“, heißt es, „sterben gleich viele Frauen an Eierstockkrebs wie ohne Untersuchung. Diese und andere Studien zeigen jedoch, dass Frauen durch Fehlalarme häufig unnötig beunruhigt und sogar eigentlich gesunde Eierstöcke entfernt werden. Eine erneute Suche nach aktuelleren Studien im Juli 2014 bestätigte unsere Bewertung.“ Der Nutzen von Ultraschall bei der Früherkennung von Brustkrebs hingegen sei „unklar“ eingeschätzt, weil keine Studien vorlägen, die beweisen, dass Frauen durch die Untersuchung gerettet werden können. Das mögliche Auffinden kleinerer Knoten wird gegen die Folgen von falsch-positiven Befunden abgewogen.

Auch hier geht es mir nicht um die Diskussion einzelner Leistungen, sondern um ein Beispiel, wie Angst, Vorsorgebestreben und Risikovermeidung von Frauen durchaus gezielt in das Geschäftskalkül der Ärzteschaft einbezogen werden. Mittlerweile gibt es sogar Ratgeber, die Arztpraxen zum erfolgreichen „igeln“ anleiten. Um das Selbstzahler-Modell zu rechtfertigen, werden darin dann gerne die „mündigen Patienten oder Patientinnen“ aufgerufen.

Es bringt uns aber, das möchte ich ganz deutlich sagen, auch nicht weiter, Patientinnen nur als Opfer geschäftemachender ÄrztInnen zu betrachten, gleichgültig ob es sich nun um Ige-Leistungen handelt, um Schönheitsoperationen, die übrigens meist gezielt nachgefragt werden, oder ob es um Alternativmedizin und ähnliches geht. Es gibt keine Verschwörung gegen die Frauen, sondern ein Feld, auf dem Marktinteressen und (weibliche) Gesundheitsbedürfnisse aufeinanderstoßen: Letztere werden in vielen Fällen sicher geweckt. Aber jede Einzelne von uns nimmt solche Angebote auch wahr. Die Gründe dafür mögen rein gesundheitlicher Natur sein oder dem Wunsch folgen, sich besser zu fühlen und sich besser zu präsentieren, sich in die soziale Umwelt einzupassen oder Erwartungen an sich selbst zu erfüllen.

Die Gemengelage ist deshalb so kompliziert, weil etwas historisch Gewachsenes und ideologisch Überformtes und Zementiertes den Frauenkörper bis heute bestimmt: Die Vorstellung nämlich, dass das weibliche Geschlecht per se eine „Risikogruppe“ ist, die durch Fremd- und Selbstbeobachtung gesteuert, diszipliniert und behandelt werden muss. Frauen leben in einem Modus ständiger Alarmbereitschaft, verbunden mit Verunsicherung und Risikoabwehr. Die Konsumentensouveränität, die sich angeblich darin äußert, auf dem Gesundheitsmarkt eine selbstbestimmte Wahl zu treffen, ist aber solange obsolet, wie sich Frauen in diesem Modus befinden.

Lassen Sie mich zum Schluss noch einmal zurückkehren zur Pille, jenem kleinen runden Ding, das den Frauen, so will es jedenfalls die Legende, die Emanzipation gebracht hat, zumindest aber ein Stück weit die Kontrolle über die Reproduktion.

Wie Sie sicher wissen, sind mittlerweile auch Männer vom Schicksal der Wechseljahre ereilt worden. Sie sind mürrisch, schlafen schlecht und wenn sie wollen, können sie nicht. Im Internet kursieren zahlreiche Aufklärungsfrageböden über dieses Phänomen, und treffen schon drei, vier der unbequemen Phänomene auf ihn zu, leidet er an Testosteron-Mangel und ist Kandidat für Viagra oder ein ähnliches Besserfühlpilzprodukt.

Die Wechseljahre des Mannes ist ein typischer Fall von Disease Mongering, der Erfindung einer Krankheit oder der Übertreibung von Unpässlichkeiten, so ein altmodischer Ausdruck. Im Unterschied zur empfängnisvermeidenden Pille oder Hormonpräparaten, mit denen jahrzehntelang die Auswirkungen von weiblichen Wechseljahrserscheinungen „kuriert“ werden sollten, hat *Viagra* allerdings das Image von Luststeigerung, das es Männern ermöglicht, auch die heftigsten Nebenwirkungen zu ertragen.

Doch auf dem Gebiet des pharmakologisch erzeugten Sex ist nun, endlich auch Gleichberechtigung angesagt: Kürzlich hat die amerikanische Gesundheitsaufsicht FDA eine Pille zugelassen, die der abflauenden weiblichen Lust auf die Sprünge helfen soll. *Filbanserin*, eigentlich ein Mittel gegen Depressionen, ist im Gegensatz zu *Viagra* nicht blau, sondern rosa und greift in den Stoffwechsel des weiblichen Gehirns ein. Wie bei *Viagra* wurde der „wunderbare“ Nebeneffekt eher nebenher entdeckt und soll nun großflächig vermarktet werden, nachdem das Unternehmen Boehringer Ingelheim, das ebenfalls mit *Filbanserin* experimentierte, vor einigen Jahren das Handtuch geschmissen hatte.

So richtig überzeugend sind Befunde allerdings nicht. *Addyi*, wie die Pille heißt, verspricht gerade ein Mal mehr genussvollen Sex im Monat. Was tun wir doch nicht alles gegen die Lust-Misere! Immerhin hat die Pharmaindustrie nun den Beweis geliefert, auch Frauen „sexuell befriedigende Erlebnisse“, wie es im Fachjargon heißt, gönnen zu wollen, nachdem ihr jahrzehntelang vorgeworfen wird, aus schlicht chauvinistischen Gründen keine empfängnisverhütende Pille für den Mann zu entwickeln. „Even The Score“, eine amerikanische Organisation in der auch Feministinnen aktiv sind, jedenfalls feiert die Zulassung der Lustpille für die Frau als Meilenstein beim Abbau von geschlechtsspezifischen Diskriminierungen.