

ÄRZTIN SEIN – GESTERN UND HEUTE

Festschrift
85 Jahre
Deutscher
Ärztinnenbund

Vorgelegt zum
31. Wissenschaftlichen Kongress
des Deutschen Ärztinnenbundes
2009 in Leipzig





Die Erweiterung des Blicks
In den letzten 40 Jahren haben sich Frauen allgemein – und unter ihnen auch die Ärztinnen – weltweit vehement dafür eingesetzt, dass der weibliche Blick in die bislang primär an männlichen Normen orientierte Gesundheitsforschung und -versorgung Eingang findet. Inzwischen ist durch zahlreiche Studien belegt, dass Frauen und Männer unterschiedlich krank sind und unterschiedlich gesund bleiben oder werden. Wenn es um Gesundheitsförderung und Prävention, um Diagnose, Therapie, Pflege oder Rehabilitation geht, ist deshalb ein nach Geschlecht differenzierender Blick unabdingbar. Meilensteine waren hierbei 2001 der Frauengesundheitsbericht des Bundesministeriums für Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ 2001) und 2004 der Bericht der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ des Landtag Nordrhein-Westfalen.

Ebenen 1 und 2: Patient/innen und Akteur/innen

Frauen und Männer treten im Gesundheitswesen aber nicht nur als Klientinnen/Klienten oder Patientinnen/Patienten in Erscheinung, sie sind auch Akteurinnen und Akteure. Als Professionelle sind sie an unterschiedlichsten Stellen und auf unterschiedlichsten Hierarchiestufen im

Gesundheitswesen erwerbstätig. Als Laien engagieren sie sich ehrenamtlich oder erbringen als pflegende Angehörige Gesundheitsleistungen. Dabei nehmen sie als Männer oder Frauen unterschiedliche Blickwinkel in Arbeitszusammenhängen ein und haben unterschiedliche Bedürfnisse an die Gestaltung ihres Arbeitsplatzes.

Ebene 3: Entscheider/innen

Auf einer dritten Ebene müssen die politisch Handelnden und Entscheidenden im Gesundheitswesen ebenfalls mit dem nach Geschlecht differenzierenden Blick betrachtet werden. Dies gilt etwa in der Politik für Gesundheitsminister/innen und Vertreter/innen im wichtigen Gemeinsamen Bundesausschuss, in der ärztlichen Selbstverwaltung für die Ärztekammer-Vorstände und KV-Vorsitzenden sowie in Klinik und Hochschule für Chefärzt/innen und Verwaltungsdirektor/innen oder auch Studiendekan/innen und Professor/innen. All diese schaffen und beeinflussen Strukturen, Rahmenbedingungen und nicht selten auch Normen, die in der Regel nicht geschlechtsneutral sind.

Je nach Handlungsebene ändert sich der Blickwinkel und damit die Wahrnehmung deutlich: Es ist etwas anderes, ob jemand vor dem Bett steht oder in dem Bett liegt oder das Bett einkauft! Genau so ist es, wenn Frau oder Mann als Betrachter oder Agierende wechseln – wobei der geschlechtssensible Blick nicht im-

mer dem einen oder anderen Geschlecht eindeutig zugeordnet werden kann. Historisch gesehen haben Ärztinnen und Ärzte wie andere Gesundheitsberufe unausgesprochen in ihrer Ausbildung gelernt: Mensch ist gleich männlicher junger Mensch. Diesen Blick nun in Richtung Frauen und dann generell in Richtung Geschlechtssensibilität zu schärfen ist für alle eine Herausforderung und gleichermaßen für Frauen und Männer eine Chance.

Gender Mainstreaming als Chance

Auf politischer Ebene hat sich für den nach Geschlecht differenzierenden Blick und der daraus folgenden Konsequenz im Handeln seit rund 15 Jahren der Begriff „Gender Mainstreaming“ mehr oder weniger etabliert. Der Begriff ist – nicht nur wegen der Anglizismen – abstrakt und somit erklärungsbedürftig. Leider gibt es keinen griffigen und dennoch korrekten deutschen Ausdruck, so dass sich nicht nur die Öffentlichkeit, sondern auch manche Politikerinnen und Politiker damit schwer tun. Im Gegensatz zur deutschen Sprache gibt es im angloamerikanischen Sprachgebrauch zwei Begriffe für Geschlecht: „gender“ und „sex“.

Gender ist erlernt und damit veränderbar: das „soziale Geschlecht“, die erworbene, gesellschaftlich geprägte und kulturabhängige Geschlechterrolle

Sex ist das „biologische Geschlecht“: die genetisch bedingten, ererbten körperlichen und physiologischen Merkmale von Frau und Mann

Mainstreaming bedeutet, „etwas in den Hauptstrom bringen“. Eine bestimmte inhaltliche Vorgabe, die bisher nicht das Handeln bestimmt hat, wird also nun zum zentralen Bestandteil bei allen Entscheidungen und Prozessen gemacht.

Gender Mainstreaming bedeutet „alles auf die Geschlechterfrage hin zu überprüfen“.

Gender Mainstreaming ist eine Strategie und ein Instrument der Politikgestaltung. Durch den konsequent nach Geschlecht differenzierenden Blick auf die Auswirkungen einer geplanten Maßnahme oder eines Gesetzes soll den Lebenswelten von Frauen und Männern von vornherein gleichermaßen Rechnung getragen werden. Dieser Ansatz geht davon aus, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt und dass Chancengleichheit von Frauen und Männern darin besteht, die Ausrichtung nach dem männlichen Denkens in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zu verändern. Es geht nicht darum, die Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern zu ignorieren oder auszuglei-

chen; vielmehr muss ihr Rechnung getragen werden.

Unterschiede bestehen zwischen Frauen und Männern auch je nach sozialer Lage, ethnischer Herkunft, mit oder ohne Behinderung usw. Solche Unterschiede können für Frauen und Männer mit geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Chancen verbunden sein. Gender Mainstreaming ersetzt also nicht die „klassische“ Frauenförderpolitik, vielmehr ergänzt es als Aufgabe aller die bisherige Gleichstellungspolitik im Sinne einer Doppelstrategie.

Die EU setzt Maßstäbe

Die Europäische Union verpflichtete sich 1996 zur Einführung und Umsetzung des Gender Mainstreaming-Prinzips in sämtlichen politischen Maßnahmen der Gemeinschaft. Dies wurde 1999 mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages in rechtsverbindlicher Form festgeschrieben. So muss etwa in der Gesundheitspolitik das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen betrachtet und zum Beispiel für die Erstellung eines geschlechtergerechten Präventionsgesetzes berücksichtigt werden. Die Forderung einer nach Geschlecht differenzierenden Gesundheitsforschung und -versorgung ist Folge der Frauengesundheitsbewegung. 1994 wurden in der Wiener Erklärung der Weltgesundheitsorganisation WHO erstmals Grundsätze für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung formuliert.

Das WHO-Regionalbüro Europa hat seitdem einen Fokus auf Frauen-Gesundheitsforschung gelegt.

Der Wechsel von einer geschlechtsblinden hin zu einer frauen- und männergerechten Gesundheitsversorgung kann in zwei Hand in Hand gehenden Schritten erfolgen:

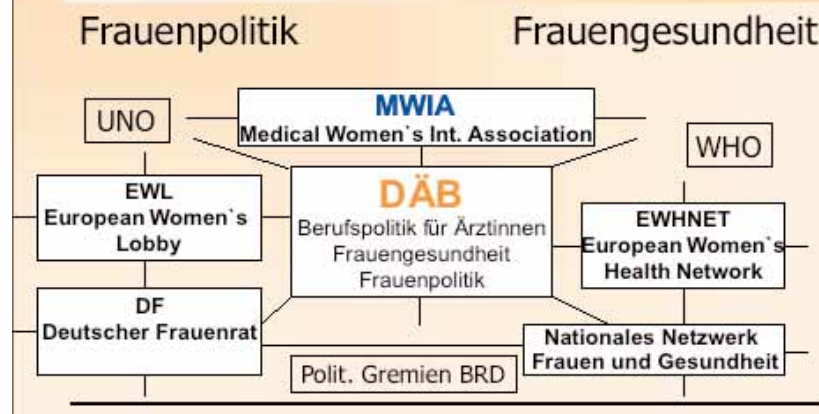
- Überprüfung der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Forschung sowie der Versorgung hin auf Defizite
- (Weiter-)Entwicklung von Konzepten und Methoden, die ggf. geschlechtsspezifische Verzerrungen in der Forschung vermieden werden und Implementierung deren Ergebnisse in die Gesundheitsplanung

Erst im Geschlechtervergleich lassen sich Fragen wie etwa die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern beantworten.

Qualität durch Partizipation

Eine angemessene Beteiligung von Frauen an gesundheitspolitischen Entscheidungen ist nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, sondern auch der Qualitätsverbesserung. Frauen als Ärztinnen sind keine zwangsläufige Garantie für einen weiblichen oder geschlechtssensiblen Blick auf das Gesundheitswesen. Aber aufgrund ihrer Sozialisation und ihren persönlichen Erfahrungen auf den drei eingangs genannten Ebenen besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass Frauen dafür zumindest sensibilisiert, vielleicht

Vernetzung des DÄB auf vielen Ebenen



aber auch engagiert sind. Dies gilt auch für die Gesundheitsberufe und die (potentiellen) Patientinnen, die ebenfalls ein Recht auf Mitgestaltung haben. Ein erster Schritt war hier die Beteiligung von Patienten/innen-Vertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss (wenn auch ohne Stimmrecht).

Die Unterrepräsentanz von Frauen in alle Entscheidungsgremien des Gesundheitssystems ist bekannt. Dem zu begegnen ist Vernetzung, wie der Deutsche Ärztinnenbund sie bereits betreibt, unabdingbar. Dies gilt für die Vernetzung in frauenpolitischen Gesundheitsnetzwerken auf nationaler und internationaler Ebene (s. Grafik).

Sprache schafft Bewusstsein

Diese Vernetzung muss in Teilen auch auf allgemeinpolitischer Ebene und in der ärztlichen Selbstverwaltung weiter voran-

getrieben werden. Dort steht noch aus, dass die vorhandenen Ansätze einer geschlechtergerechten Herangehensweise zu einer kontinuierlich einfließenden Selbstverständlichkeit ausgebaut werden. Es beginnt bereits mit der Sprache, in der etwa Grundsatzpapiere oder Gesetzesvorlagen formuliert sind. Dies lässt häufig aussagekräftige Rückschlüsse auf den Inhalt zu, denn: Wo Frauen sprachlich nicht vorkommen, kommen sie meist auch inhaltlich zu kurz. Und wer im Inhalt nicht vorkommt, wurde im Vorfeld in der Regel auch nicht mitbedacht. Daraus ergibt sich, dass der Deutsche Ärztinnenbund und alle seine Mitstreiterinnen und Mitstreiter in den nächsten Jahren eine wichtige, mühevolle, und nur bei breiter Beteiligung Erfolg versprechende Aufgabe vor sich haben: Die einer Wächterin und Mahnerin bei der Detailarbeit an einem geschlechtergerechten Gesundheitssystem.

Dr. Regine Rapp-Engels