

READER



KV Odenwald-Kraichgau

Dr. Edith Wolber, KMV am 12.09.03 in Meckesheim

Wie viel Gender braucht der Mainstream?

**„Geschlechtergerechtigkeit“
am Beispiel Frauengesundheit (1)**

In der Koalitionsvereinbarung hat die rot-grüne Regierung in Berlin Gender-Mainstreaming im Gesundheitsbereich und in der Verwaltung als Methode festgelegt. (2) Das war eine überfällige und richtungweisende Entscheidung. Leider hat die Öffentlichkeit kaum etwas davon mitbekommen, wie auch, wenn selbst die aktive grüne Basis überraschend uninformiert ist.

Ich werde in diesem Skript im Wesentlichen drei Themen ansprechen. Als erstes möchte die den Begriff „Gender“ erklären, dann die politische Entwicklung und Bedeutung von Gender Mainstreaming aufzeigen, um im letzten Teil das Thema Frauengesundheit anzusprechen. An einigen Beispielen möchte ich aufzeigen, wie fatal sich mangelnde Geschlechtersensibilität in Bezug auf Frauengesundheit auswirkt.

Was genau bedeutet Gender Mainstreaming?

Im Fremdwörterlexikon findet sich der Begriff Gender Mainstreaming noch nicht, obwohl die einzelnen Begriffe im englischsprachigen Raum längst alltagssprachlich genutzt werden.

„Gender“ wird dort in Abgrenzung zum Begriff „sex“ gebraucht. Sex bezeichnet das biologische Geschlecht eines Menschen, also männlich oder weiblich (male und female). Dieser Begriff kommt aus der Tierwelt und ist als biologische Kategorie wertneutral.

„Gender“ wurde durch die Frauenbewegung während der 80iger Jahre in die Diskussion gebracht und hat eine breitere Bedeutung.

Gender geht nicht von der biologischen Kategorie „Frau“ oder „Mann“ aus sondern fragt, wie Menschen in den verschiedenen Kulturen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit wahrgenommen werden, welche Rollen und Statuszuweisungen sie haben und welche kulturellen Bedeutungen diese Zuweisungen haben.

In der deutschen Sprache haben wir nur einen Begriff für „Geschlecht“ und dieser Begriff beinhaltet alles, das biologische Geschlecht, als auch die kulturellen Rollen, Zuweisungen und Erwartungen die an eine Frau oder einen Mann gerichtet sind.

Das ist problematisch, denn während das biologische Geschlecht im Sinne von männlich oder weiblich eine unveränderbare Konstante bleibt und in allen Kulturen der Welt ein unveränderlicher Sachverhalt darstellt, zeigen die kulturellen Zuschreibungen und Erwartungen an Männlichkeit und Weiblichkeit große Unterschiede und unterliegen ständigen Wandlungsprozessen.

Denken wir uns in die deutsche Kulturgeschichte von 1900 – 2000 zurück und lassen in Gedanken Revue passieren, wie sich die gesellschaftliche Zuschreibung gewandelt hat bezüglich der kulturellen Bewertung „was eine Frau ist“ und wie eine „gute“ Frau zu sein hat.

Das heißt, die Kategorie „Frau“ wird nie nur biologisch gedacht (zum Beispiel aufgrund bestimmter Geschlechtsmerkmale) sondern ist immer durch religiöse, politische, ökonomische und sozialen Interessen geprägt: Wurden beispielsweise dringend Arbeitskräfte in der Rüstungsindustrie gebraucht „standen Frauen ihren Mann“; in Zeiten der Konkurrenz um begehrte Jobs, wurde/wird dagegen laut darüber nachgedacht, ob Frauen aufgrund ihrer all monatlichen „Unpässlichkeit“ für verantwortungsvolle Positionen überhaupt geeignet sind.

Es geht nun darum, diese erweiterte Bedeutung von „Geschlecht“ in den politischen und gesellschaftlichen Diskurs (Mainstream) einzubringen.

Wozu brauchen wir Gender Mainstreaming werde ich gefragt, wir Frauen haben doch alles, eine Frauenbeauftragte, Mobilität, Karrieremöglichkeiten, wir sind emanzipiert ...?

In solchen Situationen fällt mir dann der Fisch ein, der das Wasser nicht mehr sieht in dem er schwimmt. Ich möchte damit sagen, dass Menschen normalerweise den Ist-Zustand des gesellschaftlichen Systems verinnerlicht haben und diese Situation nicht mehr in Frage stellen, weil sie alltägliche Ungerechtigkeiten und Diskriminierungen kaum noch wahrnehmen.

Fällt es uns denn noch auf, wenn der Sportverein eine gut bezahlte Trainerstelle bekommt, die Naturheilgruppe dagegen mit schlecht bezahlten Referentinnen arbeitet? Fällt es uns noch auf, wenn ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe, die in der Regel durch Frauen geleistet wird, keine Würdigung erfährt, die Freiwillige Feuerwehr dagegen im Zentrum einer jeden Dorfgemeinschaft steht?

Ich denke, wir sollten die derzeitige Diskussion um Gender Mainstreaming nicht verwerfen, sondern sie als Chance nutzen, um unsere individuelle und kollektive Wahrnehmung in Sachen „Geschlechtergerechtigkeit“ zu schärfen und neu zu überdenken.

Politische Entwicklung des Gender - Mainstream - Gedanken

Der Begriff „Gender Mainstreaming wurde 1985 auf der Weltfrauenkonferenz der UNO in Nairobi geprägt, nachdem klar wurde, dass die verschiedenen Regierungen nichts tun würden, um die katastrophale Lage der Frauen zu verbessern. Deshalb entwickelten die Konferenzteilnehmerinnen eine Strategie, um ihre Forderungen nach Geschlechtergerechtigkeit weltweit umzusetzen. Diese neue Strategie erhielt den Namen: Gender Mainstreaming.

Aufgrund der in Mitte der 80iger Jahren erschienenen Studien zur Situation der Frauen - vor allem in den Armuts- und Schwellenländern – wurde die Schieflage deutlich, auf die die Konferenzteilnehmerinnen immer wieder hinwiesen.

Frauen:

- machen 50 % der Weltbevölkerung aus
- verrichten 70 - 80 % aller anfallenden Arbeiten

- verfügen über 10 % des Gesamteinkommens
- besitzen 1 % des Gesamtvermögens

Auch heute produzieren Frauen weltweit die Hälfte aller Nahrungsmittel, im südlichen Afrika sind es sogar fast 90%. Auf dem Wissen der Frauen und auf deren Arbeitsleistung basiert die Subsistenzwirtschaft – das heißt der Anbau für den eigenen Verbrauch, der im ländlichen Bereich die Ernährung der Familien sichert. Frauen waren und sind weltweit überwiegend für den eigenen Anbau, die eigene Saatgutzucht, für die Lagerung und die Verarbeitung der Nahrungsmittel zuständig.

Obwohl Frauen diese ökonomische Schlüsselrolle bei der Nahrungsmittelherstellung zukam, galten bis weit in die 80iger Jahre Männer als die alleinigen Ansprechpartner für Entwicklungshilfeprojekte.

Das hat zu einer einseitigen Förderung der Landwirtschaft geführt: Denn Kreditangebote, Werkzeug, Saatgut und Beratung richteten sich hauptsächlich an die Männer mit dem Ziel für den Export zu produzieren.

Es wurden cash-crops in großem Stil angebaut das heißt Pflanzen wie Kaffee, Baumwolle, Tabak, Bananen, Ananas, die sich gegen Bares auf dem Weltmarkt verkaufen ließen. Die Folge war, dass es nicht genug Nahrungsmittel für den eigenen Verbrauch gab, da das beste Land für den Export bebaut wurde und die Frauen darüber hinaus beim cash-crop Anbau mithelfen mussten (Regina Görger 1997: 148 ff).

Auf Grund der weltweiten Verarmung von Frauen und Kindern forderten die Teilnehmerinnen der Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking die Regierungen zu einer Förderung der konsequenten Einbeziehung einer geschlechtsbezogenen Perspektive in ihrem politischen Handeln auf.

Dieser neue Ansatz zwingt die Regierungen dazu, in allen Politikbereichen nachzuprüfen, welche Auswirkungen ihre Politik auf die Lebenssituation der Frauen hat und in welcher Weise die geplanten Maßnahmen die Lebenssituationen der Frauen verbessern.

1999 traf die EU dann eine beachtenswerte und radikale Entscheidung: Im Rahmen der Reform der Strukturfonds der EU sollte Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe aufgenommen um im „Amsterdamer Vertrag“ (01.05.99) rechtsverbindlich festgelegt werden.

Das heißt zukünftig sollen nur noch jene Projekte finanziell gefördert, die sich als „geschlechtergerecht“ auszeichnen: Das anvisierte Ziel ist eine Veränderung der Politik, und der politiknahen Organisationen.

Ebenfalls 1999 beschließt die Bundesregierung, dass die Gleichstellung von Männern und Frauen ein durchgängiges Leitprinzip wird, das bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen der Bundesregierung in ihren Bereichen gefördert werden soll (BMfFSFJ 2002).

Diese Forderung ist relativ abstrakt, deshalb zum besseren Verständnis vielleicht ein Vergleich:

Fragt man nach den Kriterien, die Entscheidungsprozesse in Organisationen und Institutionen steuern, so hat die Kostenfrage die höchste Relevanz.

Das heißt, wenn neue Projekte realisiert oder neue Anschaffungen getätigt werden, beeinflusst die Kosten-Nutzen-Frage die Entscheidungsfindung ganz wesentlich.

Genauso wie die Kostenfrage die Entscheidungsfindung von Organisationen steuert, soll bei der zukünftigen Anwendung des Gender-Mainstreaming-Prinzips die Frage nach der Geschlechtergerechtigkeit wesentlich und handlungsleitend sein und die Entscheidung beeinflussen.

Ein schönes Bild zur Idee des Gender Mainstreaming habe ich bei Barbara Stiegler gefunden: Wenn man Entscheidungsprozesse in politisch handelnden Organisationen mit dem Flechten eines Zopfes vergleicht, so wurden die Zöpfe bisher mit den 3 Strängen Sachgerechtigkeit, Machbarkeit und Kosten geflochten. Wenn überhaupt, wurde am Schluss die Frage gestellt, in welcher Weise Frauen durch die Entscheidung betroffen sein könnten – der fertige Zopf wurde am Ende also noch mit einem Schleifchen versehen.

Gender Mainstreaming bedeutet, um im Bild zu bleiben, dass die Frage der Geschlechtergerechtigkeit und der Geschlechterverhältnisse einer der wesentlichen Stränge des Zopfes selber ist, der durchgeflochten wird und die Entscheidung von Anfang an prägt (Barbara Stiegler 2002: 19 ff).

Zwischenzeitlich bin ich davon überzeugt, dass auch die Fragen nach Kinder- und Familienfreundlichkeit, sowie nach Altersgerechtigkeit bei allen kommunal/politischen Entscheidungen als Querschnittsaufgabe gedacht werden müssen.

Frauen sind anders krank als Männer

Im Mai 2001 wurde der „Bericht zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland“ vorgestellt. Die Familienministerin Christine Bergmann fordert darin „eine Neuorientierung im Gesundheitswesen, die den geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung trägt“ (FR 30. 5. 2001).

Ulla Schmid, die Gesundheitsministerin konkretisiert diese Forderung, indem sie dafür votiert, die traditionelle Gesundheitsdefinition, die Ursachen der Krankheitsentstehung und den Verlauf der Krankheit aus weiblicher Sicht - und das heißt neu - zu betrachten.

Beide Ministerinnen forderten eine gender-orientierte Gesundheitspolitik, das heißt, dass alle in der Gesundheitspolitik gefassten Entscheidungen der Lebensrealität *beider* Geschlechter entsprechen müssen (Ursula Hansen 2002).

Was eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik für Männer bedeuten könnte klammere ich im Folgenden aus, denn der Schwerpunkt meiner Arbeit ist die gesundheitliche Situation von Frauen.

Für mich bedeutet das, immer auch die Lebensumstände zu fokussieren, etwa die Gleichzeitigkeit von Familien- und Berufsarbeit, krank machende Beziehungssituationen oder die strukturell bedingte Einsamkeit in Vorstadtgettos, unter der vor allem Mütter mit kleinen Kindern und alte Frauen leiden.

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen verlangt deshalb auch die krankmachenden Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verändern (Ingeborg Stahr u. a. 1991:19 - 52).

Jede Form von Krank-Sein, von seelisch erspürten Missempfindungen sind ein Ausdruck des Unbehagens gegenüber diesen destruktiven Lebensumständen.

Dass Frauen auf Unbehagen anders reagieren als Männer, nämlich sehr viel häufiger durch Essstörungen, durch Selbstdestruktion und durch Krankheiten, die in die Psychosomatik reichen, ist bekannt. Diese eher „weiblichen Krankheiten“ sind Ausdruck der Lebensrealität von Frauen(ebd.).

Politische, wissenschaftliche und gesellschaftliche Konsequenzen, die sich aus dieser erweiterte Perspektive ergeben müssen sind längst überfällig.

In der medizinischen Fach- und Laienliteratur wird „der Patient“ - außer in den Disziplinen Gynäkologie und Andrologie (Männerheilkunde) - als scheinbar geschlechtsneutrales Wesen beschrieben.

Sehen wir dann genauer hin, so können wir erkennen, dass sich der vermeintlich geschlechtslose Patient am Mann orientiert. An dessen Wahrnehmung von Leid und Schmerz, an dessen Ausdrucksformen des Krank-Seins und an dessen Strategien des Gesund-Werdens (Irmgard Legato 1995:44f und Irmgard Vogt 1985: 32 ff).

Diese fehlende Sensibilität für geschlechtsspezifische Aspekte in den unterschiedlichen medizinischen Sektoren wie Forschung, Diagnostik, Therapie und Versorgung ist fatal.

Nehmen wir das Beispiel Arzneimittelforschung: Die Mehrheit der pharmakologischen Studien werden nach wie vor ohne weibliche Probanden (Testpersonen) durchgeführt und das, obwohl hinlänglich bekannt ist, dass der weibliche Stoffwechsel anders arbeitet und Hormone bei allen metabolischen Prozessen eine wichtige Rolle spielen. Diese andere Verträglichkeit und Wirksamkeit von Medikamenten bei Frauen hat verschiedene Ursachen. Annette Bolz hat dies in eindrücklicher Weise beschrieben:

- Bei Frauen ist der Fettanteil im Körpergewebe größer. Daher können fettlösliche Medikamente besser gespeichert werden. Durch Anreicherung dieser Medikamenten kommt es eher zu einer Überdosierung, während wasserlösliche Substanzen bei Frauen schlechter wirken.
- Das weibliche Enzymsystem reagiert schneller, daher bauen Frauen Medikamente schneller ab als Männer. Das heißt aber auch, dass die Medikamentenwirkungszeit bei Frauen kürzer ist.

- Der Magen arbeitet bei Frauen langsamer und die Magensäure ist im Durchschnitt weniger sauer. Deswegen werden Medikamente langsamer angedaut und gelangen verzögert ins Blut.
- Insgesamt sind die Medikamentendosierungen bei Frauen zu hoch angesetzt, da die Dosierungsempfehlungen von einem 75kg schweren Mann ausgehen.
- Das weibliche Hormonsystem sorgt für Schwankungen des gesamten Stoffwechsels, daher wirken Medikamente nicht an allen Zyklustagen gleich.
- Hormonelle Antikonzeptiva (Verhütungsmittel) verändern den gesamten Hormonhaushalt und somit die Abbaugeschwindigkeit von Medikamenten (Annette Bolz FR 06.08.2002).

All diese spezifisch weiblichen Aspekte wurden bislang von der Pharmaindustrie, aber auch von denjenigen, die Medikamente verordnen und verabreichen, ungenügend beachtet.

Auch das Wissen der Frauen befindet sich in einer Schiefelage: Befragt, was denn die häufigste Todesrate bei Frauen sei, antworteten ca. 70% der Frauen: Brustkrebs. In der Realität sterben ca. 4% der Frauen an

Noch vor wenigen Jahrzehnten galt der Herzinfarkt als männliche Krankheit. Das hat sich jedoch radikal geändert. Verschiedene Gründe sind hierfür zu nennen. Zum Einen haben Frauen die ungünstigen Lebensgewohnheiten von Männern übernommen, wozu Rauchen und Bewegungsmangel gehören. Zum Anderen begünstigen Antikonzeptiva (gemeint sind hormonelle Verhütungsmittel) in Verbindung mit Rauchen die Herzinfarktrate (40% erhöhte Infarktrate). Der dritte und ganz entscheidende Grund hängt damit zusammen, dass die weibliche Symptomatik eines drohenden Herzinfarktes oft nicht erkannt wird.

Während heute jeder Laie die "typischen Infarktsymptome" eines Herzinfarktes benennen kann, nämlich linksseitiger Schulter- und Armschmerz und ein Engegefühl im Brustraum, können selbst medizinisch Tätige bei Patientinnen oft nicht die richtige Diagnose stellen.

Die Symptome sind bei Frauen andere und weil sie in der Ausbildung nicht gelehrt und in den medizinischen Lehrbüchern nicht beschrieben werden, lassen sich Ersthelfer und Angehörige durch falsche Verdachtsdiagnosen fehlleiten – ein für die Betroffenen oft tödlicher Irrtum. Die Mortalitätsrate (Todesrate) liegt bei Männern bei ca. 5%, bei Frauen beträgt sie etwa 11% (FrauenRat 4/2001, Annette Geibel 2002: 13, verdi.de-Interview 2003).

Es ist nicht nur ein großer Forschungsbedarf von Nöten, sondern auch eine große Sensibilität, damit die weibliche Symptomsprache, als originäre Sprache weiblichen Missbefindens gelernt und verstanden werden kann.

Es muss Alltagswissen werden, dass die „typisch weiblichen Symptome“ die einen Herzinfarkt ankündigen eher unspezifisch sind und sich in Schmerzen im Oberbauch äußern, in Atemnot, Kreuz- und Rückenschmerzen, Schwindel, Übelkeit,

Erbrechen und einer allgemeinen Schwäche. All zu häufig werden diese Wahrnehmungen der Frauen als „klimakterische Beschwerden“ abgetan, statt als geschlechterspezifische Ausdrucksweise einer kardiologischen Krankheit (Krankheit des Herzens) verstanden (Ingeborg Siegfried und Antje Müller-Schubert 2002).

Wenn es zukünftig ein geschlechtersensibles und somit ein geschlechtergerechtes Gesundheits- und Krankheitsverständnis geben soll, dann kann dieser Ansatz zwar politisch verordnet werden - die Umsetzung kann jedoch nur durch ein Höchstmaß an weiblicher Solidarität erreicht werden.

Diese *Umsetzungskompetenz* müssen alle Frauen entwickeln, die im Gesundheits- und Erziehungsbereich tätig sind. Als Professionelle werden sie die opinion leader mit entscheidender Multiplikatorinnenfunktion sein. Dazu sollten sich alle im Gesundheits- und Erziehungswesen Tätigen zunächst mit ihren eigenen Vorannahmen und mit ihren eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen – denn ihre eigene Haltung, ihre eigene Wertschätzung des „weiblichen Aspekts“ wird maßgeblich das eigene Tun beeinflussen.

Um ein frauensensibles Gesundheits- und Krankheitsverständnis als kollektives Wissen in der Gesellschaft zu verankern, bedarf es einer Avantgarde: Sie muss aus den Akteurinnen der unterschiedlichsten Gesundheitsberufe bestehen. Aber auch Jene, die in der gesundheitspolitischen Arbeit stehen, nehmen einen wichtigen Platz ein.

Gender Mainstreaming In der Geburtshilfe: Ein Synonym für Entmedikalisierung

Wenn wir uns die Geschichte der Geburtshilfe des 18./19. Jahrhunderts ansehen, dann fällt folgendes auf: Es waren vor allem „ledige Frauen, die zur Entbindung“ ihres Kindes eine „Gebäranstalt“ aufsuchten. Das heißt außerhäusliche Entbindungen waren bis zum Ende des 19. Jahrhunderts das Schicksal armer und unverheirateter.

Hans-Christoph Seidel spricht in diesem Zusammenhang von „einem Gewaltverhältnis“ dem die Gebärenden ausgesetzt waren (1998).

Diese Gewalt gegenüber gebärenden Frauen hing mit dem Wandel der europäischen Gebärkultur zusammen. Eingeleitet wurde dieser Prozess durch die geburtsmedizinische Ausbildung der Studenten am Krankenbett in sogenannten Accouchieranstalten (franz: accouchee = Wöchnerin, accoucheur = Geburtshelfer).

In der damaligen Accouchieranstalt in Göttingen verfügten die ausschließlich männlichen Mediziner über 135 verschiedene Geburtszangen.

Fast jede zweite Frau wurde mit der Zange entbunden, ungeachtet der negativen Folgen, wie Blutungen und Verletzungen.

Die „Erfinder der Gynäkologie“ rissen die Föten aus den Körpern der Hochschwangeren, denn die gerade entstehende Geburtsmedizin musste sich täglich aufs

Neue legitimieren. Deshalb konnten die von der Technik faszinierten Geburtsmediziner nicht warten, bis die einsetzenden Wehen – zwar etwas später, dafür aber unzerstückelt - das Neugeborene ins Leben beförderten (Marita Metz-Becker 1997). Die Beschreibungen machen deutlich, dass im 18./19. Jahrhundert innerhalb von wenigen Jahrzehnten aus dem weiblichen Beistand während der Geburt ein männliches Eingreifen wurde (Claudia Schuhmann). Dieser Zustand hält bis heute an.

Heute sind es nicht mehr soziale Gründe, die Frauen veranlassen ihre Kinder in Gebäranstalten „entbinden zu lassen“. Gemäß dem Zeitgeist, der „Gesundheit für alle“ verspricht, wurde ausgangs des 20. Jahrhunderts das Ideal vom perfekten, durchgestylten, und ewig jugendlichen Menschen zum obligatorischen Gesundheitsentwurf.

Aber Gesundheit wird heute nicht mehr nur als individuelles Glück verstanden, sondern Gesundheit scheint heute auch dem „Allgemeinwohl“ zu dienen - das zeigt sich am präventiven Zwang bezüglich pränataldiagnostischer Untersuchungen. Diese Verpflichtung zur Gesundheit, die sich auch im Zwang nach einem fehlerfreien Kind äußert, gilt ebenfalls als gesellschaftlicher Konsens.

Anders als noch vor 60 Jahren sind heute in Sachen Eugenik keinerlei staatliche Zurichtungen mehr nötig, denn alle scheinen in der Zwischenzeit die Vorstellung vom gesunden Körper und von fehlerfreier Nachkommenschaft internalisiert, das heißt verinnerlicht zu haben. Dadurch ist der Blick verstellt für die wahre Funktion pränataler Diagnostik, die sich im scheinbar ideologiefreien Gewand der „medizinischen Sicherheit für das Ungeborene“ anbietet: Sie dient der Aussonderung von Regelwidrigem, der vorgeburtlichen Eliminierung von „unproduktiven“ Kranken und Behinderten (Edith Wolber 1996:18f).

Auch heute wird im Namen des „Fortschritts“ und einer überzogenen Technikgläubigkeit den Schwangeren und Gebärenden Gewalt angetan. Überhöhte Invasionsraten unter der Geburt und die „freiwilligen Angebote“ zum Schwangerschaftsabbruch nach PND belegen dies.

Die Gewalt gegen Schwangere und Gebärende kommt heute subtiler daher als vor 200 Jahren, tarnt sich mit dem Slogan „weniger Risiko - mehr Sicherheit“ und hat dadurch weitgehende gesellschaftliche Akzeptanz erfahren. Die Nachtseite dieses Sicherheitsversprechens ist für Laien kaum durchschaubar (Kurt Langbein u.a.2002).

Mit der politischen Strategie des Gender Mainstreaming besteht nun erstmals die Möglichkeit, diesen für Frauen destruktiven Zustand zu unterbinden.

Der Gender-Ansatz zwingt nämlich nun auch die Gesundheitspolitik nachzuprüfen - welche Auswirkungen ihre Politik auf die Lebenssituation der Frauen hat und in welcher Weise die geplanten Maßnahmen die Lebenssituationen der Frauen verbessern. Das zwingt Politik und Krankenkassen sich nicht länger von Lobbygruppen diktieren zu lassen sondern genau zu untersuchen, welche Auswirkungen zum Beispiel der sogenannte Wunschkaiserschnitt (den sich wohl vor allem Ärzte und Krankenhäuser wünschen) auf das Wohlergehen von Frauen hat.

Das heißt aber auch, dass sich die in der Gesundheitsarbeit engagierten Akteurinnen die Definitionsmacht zurückholen und müssen neu, das heißt aus weiblicher Perspektive buchstabieren was für Frauen Wohlbefinden, bzw. Missbefinden bedeutet.

Ein Anfang ist bereits gemacht. Diverse Studien belegen zwischenzeitlich, dass emotionales und körperliches Befinden während Schwangerschaft und Geburt eng an eine sicherheitgebende, kontinuierliche vorgeburtliche Begleitung geknüpft sind und an einen partnerschaftlichen Beistand während der Geburt (WHO 1996 und „Plädoyer für eine normale Geburt“ 2002).

Angelica Ensel beschreibt in ihrem neuen Buch Schwangerschaft und Geburt als Situationen des Übergangs in eine neue Lebensphase. Solche existentiellen Veränderungen sind immer mit Unsicherheit und Verletzbarkeit verbunden. Deshalb besteht in diesen Situationen ein großes Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Geführt - Werden. Auch der Wunsch nach Regression ist bei Schwangeren groß. Angelica Ensel besetzt den Begriff der Regression positiv, beschreibt ihn als „ein Element des bewegenden Geschehens: Zulassen, Wachsenlassen, Loslassen, Geschehenlassen, was geschieht“ (2002:60). Das meint mit innerer Gelassenheit einen Teil der Körperkontrolle abgeben können im Vertrauen darauf, dass das, was da in mir wächst, was da in mir geschieht, richtig ist (ebd.).

Um in diesem Zustand nicht die innere Balance zu verlieren, brauchen Frauen während der Phase der Regression Orientierung und Gehalten-Sein.

Auch die Geburtsmedizin macht den Frauen ihre Angebote – diese liegen vor allem im diagnostisch-technischen Bereich.

Claudia Schumann kritisiert die Technisierung der ärztlichen Schwangerenvorsorge, die neue Risiken schafft und nicht selten einer Überversorgung gleichkommt. Darüber hinaus verhindert die technikfixierte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung die Entwicklung einer sensiblen Körperwahrnehmung und die Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit, sowie eine Vorbereitung auf die neue Lebensphase als Frau und Mutter.

Claudia Schuhmanns Plädoyer: Schwangere und Gebärende brauchen von Anfang an einen kontinuierlichen Hebammenbeistand, denn nur Hebammenbegleitung ist am inneren Wachstum und an der Ermächtigung der Frauen interessiert.

Wenn der Gender-Mainstreaming-Gedanke auf die zukünftige Geburtshilfe angewandt werden soll, dann müssen folgende Veränderungen geschehen:

1. Es müssen die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie und der Geburtsmedizin am weiblichen Körper dechiffriert werden.
2. Die Verantwortung der Reproduktionsmedizin muss sichtbar werden – denn von dort ausgehende „Erkenntnisse und Wahrheiten“ wirken in die Gesellschaft hinein und wecken eigentlich unerfüllbare Bedürfnisse und Erwartungen.
3. Hebammen müssen sich, deutlicher als bislang geschehen, berufspolitisch positionieren.

Meines Erachtens müssen sich Hebammen als Advokatinnen „ihrer Frauen“ verstehen. Das heißt dann aber auch, dass sie die destruktiven Auswirkungen auf Schwangere und Gebärende noch stärker als bisher an die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik zurückspiegeln und von dort die gesetzlich festgeschriebene Unterstützung einfordern.

Gender Mainstreaming in den Wechseljahren verhindert, dass Biologie zu Pathologie erklärt wird

Die Pharmaindustrie hat während der vergangenen Jahrzehnte ein lukratives Krankheitsbild konstruiert: Die Wechseljahre der Frauen. In Deutschland nehmen ca. 5 Millionen Frauen Hormone gegen die Beschwerden der Wechseljahre ein – Beschwerden die anderswo unbekannt sind. Beispielsweise in Japan ist das Symptom der „fliegenden Hitze“ nahezu unbekannt.

Die Hormonersatztherapie ist ein Milliardengeschäft: Allein in Deutschland betrug der Umsatz im Jahr 2000 1,2 Milliarden DM.

Im Frühsommer diesen Jahres wurde in den USA eine Studie abgebrochen an der mehr als 16 000 Frauen teilgenommen hatten, denn die Teilnehmerinnen, die alle eine Kombination aus Östrogenen und Gestagenen erhalten hatten wiesen eine signifikant erhöhte Rate an Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Thrombose auf (AKF 2002, Jörg Blech 2003).

Aus Angst vor möglicher Osteoporose wurden auch in Deutschland subjektiv gesunden Frauen eine HET (HormonErsatzTherapie) empfohlen. Noch vor 10 Jahren war das Krankheitsbild Osteoporose nahezu unbekannt, denn nur ein schwindend kleiner Teil an alten Menschen hat tatsächlich Frakturen (wie zum Beispiel ein Oberschenkelhalsbruch) der eindeutig auf ein Nachlassen der Knochendichte zurückzuführen ist.

Aber auch da hat sich ein Markt etabliert: findige Unternehmer bieten die Knochendichtemessung (träumen gar von einem screening aller Frauen = Reihenuntersuchung aller Frauen - jenseits der 40) um dann nachweisen zu können, dass es Normabweichungen gibt. Nur: wer hat die Norm definiert? An welchen Probanden wurde die Norm gemessen? An 25 jährigen, wohlernährten sportlich aktiven Frauen?

Die Angst nicht der Norm zu entsprechen, vielleicht dann doch eines fernen Tages in 20-oder 30 Jahren mit einem Schenkelhalsbruch im Krankenhaus zu liegen, hat viele Frauen von der Einnahme von Hormonen überzeugt. Mit der Angst als Ratgeber macht die Medizin ihre größten Geschäfte. Diese gewollte Angstmache führt dazu, dass sich eigentlich gesunde Frauen krank fühlen, sich in die Abhängigkeit von Medizin und Medizinerinnen geben – sie glauben dafür Sicherheit zu erhalten, in Wahrheit verlieren sie ihre Autonomie und die sensible Wahrnehmung eigener Empfindungen. Sie delegieren die Achtsamkeit für eigenen Wohlbefinden oder Missbefinden an Andere. Sie verlieren dadurch auch den Kontakt zur eigenen inneren Heilerin und das Vertrauen in die Selbstheilungskompetenz.

Angst als Ratgeber sollten Frauen zurückweisen. Angst verengt den Blick und verstellt die Wahrnehmung. Frauen brauchen Information und Aufklärung, sollten achtsamer in der eigenen Wahrnehmung werden – nur das schafft Unabhängigkeit vom Moloch Medizin, der kranke Menschen nur als Geschäft begreift.

Nicht anders verhält es sich mit dem derzeit neu konstruierten Krankheitsbild der „Andropause“ der Männer – auch da wird der natürliche Alterungsprozess zur therapiebedürftigen Pathologie erklärt.

Auch bei diesem „Krankheitsbild“ wird der Testosteronspiegel eines 50 jährigen mit dem eines 20 jährigen verglichen: Etwaige altersbedingte Abweichungen werden zur Krankheit erklärt. Anti-Aging heißt das Zauberwort einer Lifestylesgesellschaft die nicht in „Würde alt und impotent werden“ darf.

Eine Vielzahl von Nebenwirkungen wird auch hier bagatellisiert: Fettstoffwechselveränderung, Herzinfarkt, Thrombosen, Leberleiden. Es hat sich gezeigt, dass Testosteron einen schlummernden (bei 60jährigen 30%, bei 70 jährigen 50%) Prostatakrebs zum Leben erwecken kann (Jörg Blech 2003).

Allein der Pharmariese GlaxoSmithKline beschäftigt in Europa und USA 17 000 Pharmareferenten und im Durchschnitt gibt die Pharmaindustrie 8000 - 13 000Euro pro Doktor für Marketingmaßnahmen aus, damit er die Pillen und Produkte der jeweiligen Firma verschreibt – niedergelassene MedizinerInnen werden geradezu überschwemmt und geraten in den Sog der Giganten. Kaum ein Artikel der in Ärztezeitungen erscheint, der nicht in irgendeiner Weise in Abhängigkeit zur Pharmaindustrie entstanden ist: es ist ein dichtes Netz von konstruiertem Wissen entstanden das ausschließlich der Pharmaindustrie dient (ebd.)

Ich war vergangene Woche darüber entsetzt, dass der Patientenbeauftragte, der von den GRÜNEN als Korrektiv angedacht war, völlig entmachtet, ohne Stimmrecht versehen – nur noch eine Alibifunktion haben wird.

Wenn es also keine politische Patienten-Vertretung gibt, dann muss Gesundheitserziehung zu aller erst dahin führen, dass Patienten WISEND MÜNDIG werden, denn nur der wissende Patient und die wissende Patientin können Verantwortung für sich übernehmen und gut informiert Entscheidungen treffen.

Gender Mainstreaming gibt uns die Handhabe ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem einzufordern. Es zwingt aber auch die Politikerinnen sich konkreter als bisher die Frage zu stellen: Als wessen AdvokatIn will ich die Gesundheitspolitik gestalten? Nehmen sie den selbst gestellten Arbeitsauftrag einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik ernst, dann verlieren Pharmaindustrie, Ärztesellschaften und anderer Interessensgruppen ihre Macht: Denn das Gesundheitssystem muss nicht mehr in erster Linie profitabel sein, sondern menschlich.

Anmerkungen

1. Bei diesem Text handelt es sich um die überarbeitete Fassung eines Vortrages, der bei der KMV des Kreisverbandes Odenwald-Kraichgau von Bündnis 90/Die Grünen am 12. 9. 2003 in Meckesheim gehalten wurde.

2. Informationen gibt es in der kostenlosen Broschüre „Gender Mainstreaming“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Telefon : 0180 – 32 93 29,
E-Mail: broschuereinstelle@bmfsfj.bund.de oder im Internet unter www.gender-mainstreaming.net

Literatur:

- BZgA:** Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Gender Mainstreaming, Köln 2001
- BDH:** Plädoyer für eine normale Geburt, 2002
- Bothfeld, Silke** u.a. Hrsg.: Gender Mainstreaming – eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis, Frankfurt 2002
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Meckenheim 2001
- Bolz, Annette:** Ein kleiner Unterschied hat große Wirkung. Frauen vertragen Medikamente oft anders als Männer. Dennoch werden Arzneien meist nur an Männern getestet. FR 6.8.2002, S. 19 (dem Artikel ist eine kleine Liste über Medikamentenbeispiele beigelegt, die bei Frauen anders wirken)
- Diesfeld; H. J. u.a.:** Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive, Berlin 1997
- Ensel, Angelika:** Hebammen im Konflikt der Pränatalen Diagnostik. Zwischen Abgrenzen und Mitleiden, Karlsruhe 2002
- Frauenrat:** Gesundheitspolitik für Frauen. Stellungnahme des deutschen Frauenrates, 4/2001
- Geibel, Annette:** Geschlechtsspezifische Aspekte spielen beim Herzinfarkt eine Rolle. Ein Myocardinfarkt ist bei Frauen häufiger schwieriger zu erkennen als bei Männer, In: Marburger Bund Zeitung nr. 15, Oktober 2002
- Görgen, Regine:** Frauen und Gesundheit, In: Diesfeld 1997: 148ff
- Hansen, Ursula:** Die Medizin kennt (k) ein Geschlecht – Anforderungen an eine frauengerechte Gesundheitsversorgung. Pressegespräch am 27.6.2002 des Deutschen Frauenrates
- Hauser-Schäublin, Brigitta** Hrsg.: Ethnologische Frauenforschung. Ansätze, Methoden, Resultate, Berlin 1991
- Kossek Brigitte** u.a. Hrsg.: Verkehren der Geschlechter. Reflexionen und Analysen von Ethnologinnen, Wien 1989
- Legato; Marianne:** Die Medizin muss begreifen: Frauenkörper funktionieren anders, In: Psychologie Heute 1995:44
- dies. :** Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin, Köln 2002
- Metz-Becker, Marita :** Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts, Frankfurt 1997
- Miers, Margret:** Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis, Bern/Göttingen, 2001
- Mungeßner, Karin:** Guter Hoffnung – schlecht betreut? Wie aus der Schwangervorsorge ein TÜV wird. In: Information für die Frau, Informationsdienst des Deutschen Frauenrates. Thema: Frauengesundheit. Vernachlässigt und pathologisiert, 3/2002
- Northrup, Christiane:** Frauen Körper Frauen Weisheit. Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wiederentdecken können, München 2000

Schumann, Claudia : Weiblichkeit ist keine Krankheit – Was ist für Frauen gesund?: Zu finden unter:

www.geburtskanal.de/Wissen/W/WeiblichkeitKeineKrankheit.shtml

Seidel, Hans-Christoph : Eine neue „Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998

Stiegler, Barbara : Wie Gender in den Mainstream kommt. Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming, In: Silke Bothfeld u.a. Gender-Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis, Frankfurt 2002

Siegfried, Ingeborg und Antje Müller- Schubert: Frauenherzen schlagen anders ???

Stahr, Ingeborg, Sabine Jungh, Elke Schulz (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991

Verdi.de: Interview mit Vera Regitz-Zagrosek, Lehrstuhlinhaberin für geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in Berlin : Herzinfarkt, Bei Frauen oft zu spät erkannt, www.verdie.de, Mai 2003

Vogt, Irmgard und Monika Bohrmann: Frauen-Körper. Lust und Last. Tübingen 1985

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Praxis. Stuttgart/Berlin 1996

Wegner, Annette: Der kleine Unterschied und seine fatalen Folgen. Geschlechterdiskriminierung in der Arzneimittelforschung. In: Information für die Frau, Informationsdienst des Deutschen Frauenrates. Thema des *Heftes: Frauengesundheit. Vernachlässigt und pathologisiert 3/2002*

WHO: Sichere Mutterschaft. Betreuung der normalen Geburt. Ein praktischer Leitfaden, 1996

www.geburtskanal.de/Wissen/W/WeiblichkeitKeineKrankheit.shtml