

Viola Schubert-Lehnhardt

Gender Mainstreaming und Gender Budgeting in der Gesundheitsförderung in der Gesundheitspolitik

Es hat sich inzwischen "herumgesprochen", dass Frauen und Männer unterschiedlich gesund und krank sind bzw. Strategien zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nur bei einem geschlechtersensiblen Ansatz langfristig erfolgreich sein können. Eine Vielzahl von Publikationen gibt dazu inzwischen detailliert Auskunft. Verwiesen sei hier nur auf drei, die ihrerseits eine Vielzahl weiterer Literaturangaben enthalten:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung von West und Ostdeutschland. Stuttgart
- Bundeskoordination Frauengesundheit (Hg.) (2003) Frauen Leben Gesundheit. Bremen
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004) Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden

Aktuelle Entwicklungen und Debatten zu einzelnen Aspekten können vor allem auf der homepage des bundesweiten Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. - AKF eingesehen werden unter www.akf-info.de.

Die folgenden Darstellungen gehen von der Definition des Europarates von Gender Mainstreaming und Gender Budgeting aus. Entsprechend wird unter *Gender Mainstreaming* verstanden: *die (Re)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse, mit dem Ziel eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure einzubringen* (Council of Europe, 1998). Dies bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen. Die Ziele von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich sind die Herstellung einer gleichwertigen Versorgung der Geschlechter durch

- a) Reduzierung bzw. Beseitigung von sozial bedingter Ungleichheit der gesundheitlichen Lage und
- b) Verbesserung der Versorgungsqualität durch Zielgruppengerechte Angebote.

Beides setzt die Erforschung und Berücksichtigung unterschiedlicher Ressourcen, Wertsetzungen und Lebensstile bei Männern und Frauen voraus in

- der Formulierung von Gesundheitszielen
- der Gesundheitsberichterstattung
- gesetzlichen Regelungen und Reformen
- Versorgungsstrukturen und Modellvorhaben
- Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
- Leitlinien und Qualitätsstandards
- Ressourcenallokation

- Forschung und Evaluierung.

Durch diese Maßnahmen angestrebt wird nicht ein „gleicher Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ (so ein landläufiges Missverständnis), sondern die Möglichkeit für beide Geschlechter, ihre unterschiedlichen Gesundheitspotentiale von Frauen und Männern ausschöpfen zu können.

Aktivitäten im Sinne des Gender Mainstreaming ziehen bei konsequenter Realisierung ab einem bestimmten Punkt ihrer Umsetzung haushaltspolitische Veränderungen nach sich, d.h. greifen unmittelbar in die Finanzströme ein. *Grundgedanke des Gender Budgeting ist, dass es keine geschlechtsneutrale Haushaltspolitik gibt.* Entsprechend ist bei politischen Entscheidungen, Gesetzgebungsverfahren etc. stets zu fragen:

- Ziehen eher Männer oder Frauen aus den geplanten gesellschaftlichen Ausgaben und Förderungen einen Nutzen? Treffen Einsparungen auf einem bestimmten Gebiet eher Männer oder Frauen?
- Vergrößern oder verkleinern bestimmte Politikstrategien Diskriminierungen auf Grund von Geschlecht durch die dahinter stehende Finanzpolitik?¹

1. Diese Fragestellung auf die wichtigste Veränderung in der Gesundheitspolitik der BRD der letzten Jahre das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), angewandt, ergibt folgendes Bild:

Die Folgen dieses seit Januar 2004 geltenden Gesetzes treffen Frauen härter als Männer, da

- - Frauen meist weniger verdienen, aber die gleichen fixen Zuzahlungen zu leisten haben,
- sie allein die Kosten für bestimmte Verhütungsmittel zu tragen haben,
- das Entbindungsgeld ersatzlos gestrichen wurde,
- „standartmäßige“ prophylaktische Untersuchungen und Betreuungsleistungen in der Schwangerschaft zwar nach wie vor unentgeltlich sind, Gynäkologen aber zunehmend auf sog. privat zu bezahlende IGEL-Leistungen im „Interesse von Mutter und Kind“ orientieren
- das Sterbegeld ebenfalls ersatzlos gestrichen wurde (da Frauen in der Regel länger leben als ihre Ehemänner, haben sie überwiegend die Kosten für die Beerdigungen zu tragen),
- es sich bei der Auslagerung sog. „versicherungsfremder Leistungen“ hauptsächlich um Leistungen handelt, die überwiegend von Frauen in Anspruch genommen wurden bzw. die Auswirkungen auf das Leben von Frauen haben.
- viele Versicherungen teilweise oder ganz in den privaten Bereich verlagert wurden bzw. werden. Hier zahlen Frauen höhere Tarife als Männer (am 4.10.2004 wurde im EU-Sozialministerrat nur ein Kompromiss angenommen, der es nach wie vor erlaubt, geschlechterdiskriminierende Praktiken anzuwenden, wenn „die unterschiedliche Behandlung von Frauen und Männern auf relevanten und exakten versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruht“²),
- die neuen Abrechnungsmodalitäten in Krankenhäusern nach DRG's zu Veränderungen in der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten führt. Die

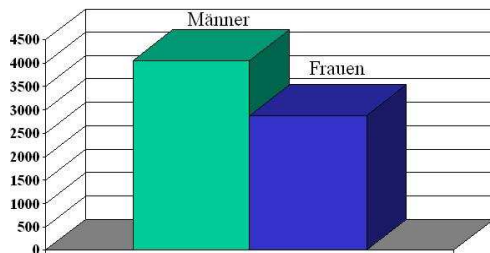
¹ Zum generellen Verständnis von Gender Budgeting sei auf folgende Studie der Autorin verwiesen: Schubert-Lehnhardt v. Geschlechtergerechtigkeit als Partizipationskonzept – Gender Budgeting als Partizipationsmethode. Erfahrungen und Probleme aus theoretischer und praktischer Sicht. Rosa-Luxemburg-Stiftung, 2004

² Im Detail beschrieben in: Unisexrichtlinie. Der undifferenzierte Kompromiss. zweiwochendienst Frauen und Politik 30. Oktober 2004. S. 14

Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus geht häufig mit der Notwendigkeit einer intensiveren Pflege zu Hause einher – die meist von Frauen geleistet wird und dies in der Regel unbezahlt. Neben häufig außerordentlich hohen körperlichen und psychischen Anstrengungen für die Pflegepersonen hat dies oft auch Folgen für deren Erwerbs- und Rentenbiografie durch notwendige Verkürzung der Arbeitszeit oder zeitweiligen Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit.

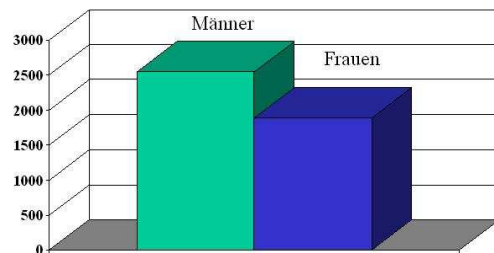
Folgende Angaben des Statistischen Bundesamtes belegen o.g. Aussagen:

Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Angestellten im Jahr 2003 in €



Quelle: Statistisches Bundesamt, Zahlenkompass 2004, S.48

Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der ArbeiterInnen im Jahr 2003 in €

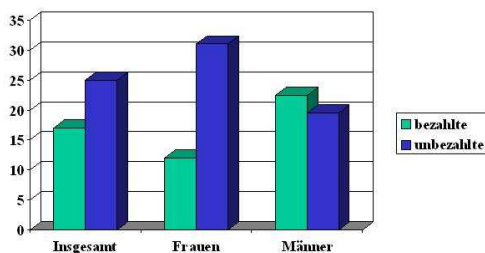


Quelle: Statistisches Bundesamt, Zahlenkompass 2004, S.48

Neben der genannten stärkeren Auswirkung von absoluten Zuzahlungen auf Frauen zeigt diese Statistik die in der Regel ebenfalls gravierendere Wirkungen des Gesetzes auf Menschen in den neuen Bundesländern.

Weiterhin veröffentlichte das Statistische Bundesamt interessante Ergebnisse zur Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Im Rahmen der hier behandelten Fragen ist vor allem das Verhältnis von bezahlter und unbezahlter Arbeit im Geschlechtervergleich interessant.

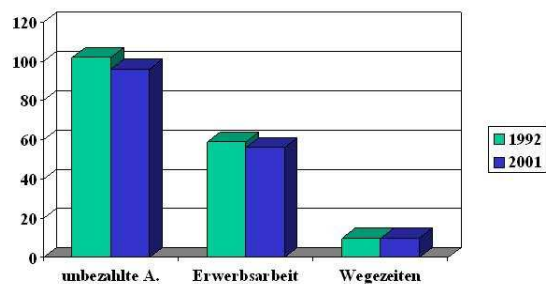
Bezahlte und unbezahlte Arbeit in einer Woche (2001/2002)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2003), Wo bleibt die Zeit?, S.9

Entsprechend ergibt sich für das Jahresvolumen bezahlter und unbezahlter Arbeit der deutschen Bevölkerung ab 12 Jahre folgendes Bild:

Jahresvolumen bezahlter und unbezahlter Arbeit (in Mrd. Std.) Bevölkerung ab 12 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt (2003), Wo bleibt die Zeit?, S.11

Für InteressentInnen sei darauf verwiesen, dass diese Untersuchung im folgenden Darstellungen detailliert darüber Auskunft gibt, welche Tätigkeiten von welchem Geschlecht unentgeltlich durchgeführt werden, wie sich diese Arbeitsteilung je nach

Familiensituation und alten und neuen Bundesländern unterscheidet und wie sich ein internationaler Vergleich darstellt. Dabei wird deutlich, dass Unterstützung, Pflege und Betreuung von anderen Haushaltsangehörigen mehr als doppelt so häufig von Frauen als von Männern durchgeführt wird. Diese Tendenz hat sich bereits in den letzten 10 Jahren (d.h. noch vor Inkraft-Treten des GMG) weiter verstärkt. Damit hat sich auch bereits zu diesem Zeitpunkt die Benachteiligung von Frauen durch aktuelle Lohnmindereinnahmen und spätere geringere Rentenanwartschaften weiter intensiviert.

2. Auch geschlechtersensible Darstellungen zu Unter-, Über- oder Fehlversorgungen im medizinischen Bereich zeigen häufig die Benachteiligung von Frauen:

Dieser Punkt berührt verschiedene Facetten. Eine erste ist der Mythos, dass „Frauen deutlich höhere Kosten im Gesundheitswesen verursachen würden als Männer“. Damit hat sich die Abgeordnete der Grünen im Landtag NRW, Marianne Hürten, in ihrem Einleitungsbeitrag zur Veranstaltung „Dem Ziel näher kommen! Gender Budgeting in NRW“ am 18.2.2005 auseinandergesetzt – für Details sowohl zu dieser Auseinandersetzung als auch weiteren Ergebnissen der Arbeit der Enquête-Kommission „Für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung im NRW“ sei auf die homepage der Abgeordneten verwiesen.³ Vom Kern her weist sie nach, dass zum einen die Kosten für Schwangerschaft und Geburt einseitig nur den Frauen zugeordnet werden bzw. diese unter die Ausgaben für Krankheitsbehandlung bei Frauen mit subsummiert werden. Die Geburt eines Kindes ist jedoch in der Regel weder mit Krankheit verbunden, noch eine einseitige Angelegenheit der Frauen! Zum anderen entstehen überdurchschnittlich hohe Krankheitskosten (die sich dann entsprechend in der Vergleichstatistik niederschlagen) vor allem bei älteren und hochbetagten Frauen, die meist alleine leben. Dies bedeutet, dass im Krankheitsfall kein Ehepartner die Versorgung übernehmen kann und diese Frauen deshalb zum großen Teil in stationären und teilstationären Einrichtungen versorgt werden, wodurch besonders hohe Kosten entstehen. Da bei älteren Männern in der Regel die noch lebenden Partnerinnen diese Versorgung *unentgeltlich* übernehmen, seien die Frauen eigentlich „die Sparstrümpfe für das Gesundheits- und Pflegesystem“ so M. Hürten.

Zu diesem Thema sei auch die Untersuchung von Christina König und Erika Zoike empfohlen: Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter – Sind Frauen wirklich teurer? Die BKK 10/2004

Von Erika Zoike gibt es gleichfalls eine Vielzahl von Titeln zum unterschiedlichen Verordnungsverhalten von Medikamenten bei Frauen und Männern, in denen sie Fehl- bzw. Überversorgung von Frauen nachweist. Speziell zu dieser Frage hat es im Rahmen der Tätigkeit der Enquête des Landes NRW ein Fachgespräch gegeben, die Ergebnisse sind im Bericht enthalten. Allein für die Unter- und Fehlversorgung von Frauen mit rheumatoider Arthritis werden dort – neben dem finanziell nicht zu beziffernden Verlust an Lebensqualität für die betroffenen Frauen - für das Land NRW jährliche Folgekosten von rund 70 Mio Euro angegeben.

Eine zweite Ursache für Unter- bzw. Fehlversorgung ist, dass Symptome für bestimmte Krankheiten meist nur an Männern erforscht, gelehrt und damit in der Praxis geschlechterundifferenziert angewandt werden. Dies führt häufig dazu, dass Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkte bei Frauen später (zu spät) erkannt und damit langwieriger behandelt

³ marianne-huerten.de/e42.htm – insbesondere der Beitrag „Gesundheitskosten unter der Gender-Lupe“

werden müssen. Angaben zu weiteren Krankheitsbildern sind in den o.g. Literaturstellen enthalten⁴.

Ein weiterer Aspekt zum Thema unterschiedliche Versorgungsqualität sind auch die international unterschiedlichen Operationszahlen zur Entfernung der Gebärmutter. Diese lassen sich nicht, so die Meinung der ExpertInnen, durch Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit erklären. G. Bunse beschreibt dazu folgende Fakten: je 100.000 Frauen waren gab es 1995 folgende Zahl von Hysterektomien
476 in der BRD
130 in Norwegen
90 in Frankreich.

In einzelnen Regionen eines Landes differieren die Zahlen ebenfalls, je nach Zahl der niedergelassenen Frauenärztinnen und verfügbaren Betten. In Deutschland kommt noch die Notwendigkeit des Nachweises einer bestimmten Anzahl dieser Operationen für die angehenden FachärztInnen der Gynäkologie hinzu.

Über die Risiken dieser Operation (auch nach abgeschlossenem Kinderwunsch) werde dagegen wenig gesprochen. Diese bestehen in Beckenboden- und Blasenfunktionsstörungen, häufigeres Auftreten von Osteoporose und kardiovaskulärer Erkrankungen, Nierenkrebs, sowie psychischen Problemen für die betroffenen Frauen. Generell bestünde auch eine Forschungslücke zu Langzeitfolgen dieser Operation.⁵

Die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen aus Gender-Sicht betrachtet stellt jedoch auch Unter- bzw. Fehlversorgungen beim männlichen Geschlecht fest. Dies zeigen die Daten des 1999 erhobenen Gesundheitssurveys zur Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen. Diese Daten verweisen gleichzeitig auf Differenzen je nach Lebenslage bzw. Schichtzugehörigkeit: So nahmen Menschen wie folgt an den Untersuchungen teil:

	Männer	Frauen
Unterschicht	20%	28 %
Mittelschicht	22 %	39 %
Oberschicht	26 %	42 %

Hier wirkt der Gender Budgeting Ansatz auch im Sinne eines „eye-openers“, d.h. durch die in diesem Ansatz notwendige differenzierte Aufbereitung des Materials werden weitere Zusammenhänge deutlich. Zur generellen Bedeutung dieser eye-opener Funktion sei auf die Studie der Autorin zum Thema Gender Budgeting verwiesen (s. Anm. 1)

3. Geschlechtsspezifische Besonderheiten des Zusammenhanges von Gesundheit und Erwerbsleben

Bereits der erste Frauengesundheitsbericht der BRD hatte hervorgehoben, dass Deutschland in Europa das einzigste Land ist, wo die Arbeitsunfähigkeit der Frauen deutlich unter der der Männer liegt (ebenda, S. 378). Weiterhin zeigen sich deutliche Differenzen in den AU-Tagen der Geschlechter nach einzelnen Krankheitsgruppen (ebd. ff). Bisher wurden diese

⁴ weiterhin sei hierzu besonders auf die Expertise von Ellen Kuhlmann für die BKF/AKF verwiesen – siehe www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann

⁵ Auf über 600 Seiten geht G. Bunse auf diese Problematik ein in ihrem Buch „... als hätte ich ein Schatzkästlein verloren. Hysterektomie aus der Perspektive einer feministisch-theologischen Medizinethik. Lit Verlag Münster, 2003

Materialien jedoch nicht/kaum im Sinne einer geschlechtersensiblen Verbesserung der Prophylaxe und des Arbeitsschutzes genutzt.

Gleichfalls fehlen Forschungen und Umsetzungsstrategien zu überwiegen beim weiblichen Geschlecht vorkommenden beruflich bedingten Krankheitsbildern und Beeinträchtigungen von Lebensqualität bei sexueller Belästigung. Solche Einseitigkeiten bei Entscheidungen über anstehende Forschungsvorhaben resultieren wesentlich aus der männlich dominierten Zusammensetzung von entsprechenden Entscheidungsgremien und Lehrstühlen im Gesundheitsbereich – dazu sei auf die Angaben und Auswertungen in Beiträgen von Dr. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, verwiesen (siehe sowohl deren homepage als auch die des Deutschen Ärztinnenbundes).

Verwiesen sei an dieser Stelle auch, auf die Ergebnisse der Fachtagung „Frauen Leben Gesundheit“ im Oktober 2001, wo viele weitere Defizite zuungunsten von Frauen(gesundheit) im Erwerbsbereich angesprochen wurden. Diese entstehen häufig dadurch, dass männliche Sichtweisen nach wie vor die Strukturen der Arbeitswelt bestimmen:

- Auch in Frauenbetrieben dominieren männliche Vorgesetzte. Dies erschwert die Berücksichtigung von weiblichen Beschäftigungsinteressen bei Standards und organisatorischen Entscheidungen.
- Frauen nehmen objektive Belastungen eher hin und halten sich bei Forderungen nach Veränderungen eher zurück. Dies kann langfristig gesehen zu stärkeren Belastungen mit entsprechenden Krankheitsbildern führen.
- In Betrieben mit überwiegend weiblichen Beschäftigten werden seltener Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt.
- Für die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen stehen in Betrieben mit überwiegend weiblichen Beschäftigten geringere finanzielle Mittel zur Verfügung.⁶

Generell gibt es vergleichsweise wenig Forschungen zu Berufskrankheiten in frauentypischen Berufen wie Schreib- und Reinigungskräfte, Betreuungs- und Pflegepersonal. Dies setzt sich fort bei auf diese Gruppen nicht angepassten Formularen und Kriterien für die Anerkennung von Berufskrankheiten und Rentenansprüchen.

Ähnliche Forschungslücken gibt es zu Unfällen und möglichen prophylaktischen Maßnahmen bei Tätigkeiten im Haushalt – auch diese Forschungsdefizite wirken sich zuungunsten von Frauen aus!

4. Gender und Arzneimittelforschung sowie –konsum

Zu diesem Aspekt sind vor allem die Forschungen und Publikationen von Gerd Glaeske⁷ richtungweisend. Er schätzt zu diesem Fragenkomplex ein, dass

- momentan zu wenig Informationen über die Wirk-, Dosis- und Verträglichkeitsunterschiede von Arzneimitteln bei Frauen und Männern in Deutschland vorliegen
- diese männerdominierten Ergebnisse vor allem an mittelalten Patienten (ca. 40 Jahre) gewonnen wurden und damit die Assoziation eines nur männerdominierten Nutzens nahe legen
- die Therapiesicherheit und der Nutzen bei Frauen und älteren Menschen unbestimmt bleibt

⁶ aus: Dokumentation der Fachtagung FrauenGesundheit. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Oktober 2001, hrsg. vom BmfFSFJ 2002, S. 37

⁷ Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung

- Erkenntnisse in der Arzneimitteltherapie umgekehrt proportional sind zur Anwendungshäufigkeit in der Population (Frauen werden überdurchschnittlich mehr Pharmaka verschrieben als Männern, allerdings häufig billigere und ältere Medikamente).

Qualität und Effizienz als allgemein anerkannte gesundheitspolitische Zielstellungen setzen damit auch eine geschlechtergerechte Behandlung voraus. Zur Veränderung o.g. Defizite schlug G. Glaeske auf einem workshop der Bundeskoordination Frauenforschung (im März 2004 in Bremen) vor, Anreize für eine geschlechts- und alterssensible Forschung zu schaffen. Dies könnten z.B. längere Patentlaufzeiten oder die schnellere Bearbeitung der Zulassung sein. Weiterhin sind vorhandene Leitlinien und Behandlungsprogramme auf Sex und Gender hin „abzuprüfen“ und den ExpertInnen dazu das entsprechende Wissen zu vermitteln. Dazu sind geschlechtsspezifische Informationen zu erarbeiten und zu verbreiten – sowohl in der Aus- als auch Fort- und Weiterbildung aller medizinischen Berufsgruppen.

Fazit

Diese wenigen und weitere in der Literatur angeführten Beispiele zeigen, dass die Kategorie Geschlecht auf zwei Ebenen gesundheitspolitisch versorgungsrelevant ist werden Unterschiede gemacht, wo Qualitätsstandards Gleichbehandlung erfordern würden werden geschlechtsspezifische Bedarfe und Lebenslagen nicht berücksichtigt. In beiden Fällen sind Qualitätsdefizite und nicht zielgruppenorientierte Versorgung die Konsequenz. Die konsequente Einbeziehung der Geschlechterperspektive (auch im Sinne ihrer eye-opener-Funktion) trägt dazu bei, Schwachstellen in der Versorgung zu erkennen, Über- Unter- oder Fehlversorgung deutlich zu machen und zielgruppenorientierte präventive, curative und rehabilitative Angebote zu entwickeln.