

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2019 | Solibetrag: 5 Euro



Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen 1

- 3 Editorial
- 4 *Christa Wichterich*: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung
- 6 Die Feministischen Medizinerinnen* stellen sich vor
- 7 *Friedrich Paun und Marla Frentz*: »Unfaire Löhne weg-moppen« Tarifaueinandersetzungen an der ausgegründeten Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen
- 9 *Eckhardt Zeigert*: Und was zahlen wir unseren Angestellten? Zu den Gehältern der Praxismitarbeiter*innen
- 11 *Christiane Bachelier, Therese Jakobs, Roxana Müller, Susanne Zickler*: Frischfleisch für die Oberärzte. 30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem
- 14 *Ortsgruppe Berlin des vdää*: Let's talk about sexism
- 16 *Alicia Baier*: Diagnose: Sexismus. #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité
- 17 *Mascha Grieschat*: »... oder wollen sie, dass Ihr Kind stirbt?« Gewalt im Kontext von Geburtshilfe
- 20 *Melanie M. Klimmer*: Müttergesundheit als Gütezeichen. Ein Kriterium für die Stärke eines Gesundheitssystems
- 23 *Christiane von Rauch*: Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung
- 25 *Susanne Zickler*: AKF - Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
- 26 *Sebastian Klinke*: Missverständnis? Replik auf die Rezension von Kunkel / Rakowitz »Nur eine Seite der Medaille« in GbP 2/2019
- 28 *Maren Janotta, Simon Bimczok, Simone Böbling, Katharina Rosenberg*: Theorie und Praxis. Die Medizinische Notfallversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Bremen

»Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

- 02.11. Treffen des **AK Krankenhausbeschäftigte** in Kassel (11-17 Uhr)
- 15.-17.11.2019 **JHV** in Göttingen zum Thema **Digitalisierung und Big Data**
- 17.11.2019 **Mitgliederversammlung** des vdää in Göttingen
- 29.-30.11.2019 **Krankenhaus-Bewegungsratschlag** des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik – Wie weiter im Kampf für mehr Personal und bedarfsgerechte Versorgung?, in der ver.di Bundesverwaltung, Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Kai-Uwe Helmers, Thomas Kunkel, Mareike Ledigen, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2019
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Milena Bernard vom #unteilbar Demo Dresden, Marla Frentz vom Supportbündnis Tarifvertrag Göttingen
Titel: Chloe S. auf Unsplash

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX
Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Die oft beschworene »Verweiblichung der Medizin« ist – sofern man Medizin auf Ärzt*innen beschränkt –, in vollem Gang. Im August 2019 erschien dann tatsächlich das **Ärztinnenblatt Sachsen**. Welche Innovation! – so der erste Gedanke. Leider handelte es sich um den einmaligen Titel einer Ausgabe explizit über Frauen, eine Umbenennung in **ÄrztInnenblatt** oder gar **Ärzt*innenblatt** ist in Sachsen und auch sonstwo nicht abzusehen.

In dem Heft findet sich u.a. eine Hommage an Ida Boysen (1889-1961). Diese arbeitete als eine der ersten Chirurginnen Deutschlands an der Universität Leipzig – allerdings verdammt zur ewigen Assistentin, während ein männlicher Kollege nach dem anderen in eine Chefarztposition aufstieg. Der erste Gedanke dazu: Diese Zeiten sind glücklicherweise vorbei. Aber ist dem wirklich so?

Im Jahr 2017 erschien in der Zeitschrift *JAMA International Medicine* ein Artikel zum Vergleich der Sterblichkeit von Patient*innen in Abhängigkeit ihrer Behandlung durch männliche oder weibliche Internist*innen. Das Ergebnis, das von einer Reihe weiterer Studien unterstützt wird: Die Behandlung durch Ärztinnen senkt die Mortalität, vergleichbar mit den Überlebensvorteilen, die sich durch milliardenschwere Vorsorgeprogramme ergeben. Welche Gründe werden dafür genannt? Warum spielen diese Ergebnisse im öffentlichen Diskurs keine Rolle? Warum beurteilen sowohl Patient*innen als auch Kolleg*innen die ärztliche Leistung von Frauen im Durchschnitt weniger gut als die von Männern? Von der weiterhin hauptsächlich männlich besetzten Chefetage gar nicht zu sprechen.

Eine mögliche Antwort darauf wäre der weiterhin im medizinischen Sektor – und sicher nicht nur dort – übliche Sexismus. Deshalb haben wir in dem ersten Heft einer in un-

serer Zeitschrift beginnenden losen Reihe über »Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen« einen Schwerpunkt, der sich mit Sexismus beschäftigt. Ein Beitrag dazu ist die Diskussion zwischen Vorstandsmitgliedern des vdää aus unterschiedlichen Generationen, die wir im August geführt haben und auf Seite 11ff. in gekürzter Fassung dokumentieren. Die Dokumentation des ganzen Gesprächs findet sich auf der Homepage von *Gesundheit braucht Politik*. Ebenso wie die Langfassung der Replik von Sebastian Klinke, dessen Text über das Selbstverständnis von Ärzt*innen im Krankenhaus in der letzten Ausgabe einer strengen Kritik unterzogen wurde.

Wir beschäftigen uns in diesem Heft aber auch mit Arbeitsverhältnissen und Bezahlung in Jobs, die vorrangig von Frauen gemacht werden. Marla Frenz und Friedrich Paun stellen den Arbeitskampf der outgesourceten Servicekräfte an der Uniklinik Göttingen dar und Eckhardt Zeigert problematisiert den Abstand zwischen den Gehältern von Medizinischen Fachangestellten und ihren Chef*innen, den niedergelassenen Ärzt*innen. Mascha Grieschat schreibt über Gewalt bei der Geburtshilfe und Melanie Klimmer über Müttersterblichkeit als Kriterium für die Qualität eines Gesundheitswesens. Zu Beginn dieses Heftes analysiert Christa Wichterich die Rolle – vorwiegend weiblicher – Sorge-Arbeit im globalisierten kapitalistischen Produktionsprozess und kritisiert die darin enthaltenen Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse.

Das nächste Heft von *Gesundheit braucht Politik* wird sich mit Big Data im Gesundheitswesen beschäftigen und das Thema des Gesundheitspolitischen Forums noch einmal reflektieren. Eine Einladung dazu liegt diesem Heft bei und wir freuen uns, Euch dort zu sehen.

Die Redaktion

Bestürzt haben wir kurz vor Redaktionsschluss erfahren, dass Ingeborg Oster am 18. September beim Wandern in ihren geliebten bayrischen Bergen tödlich verunglückt ist. Ingeborg war seit den Anfängen Mitglied des vdää. In München war sie sowohl in der Idää aktiv, die zentrale Anlaufstelle für die IPPNW in Bayern als auch in der Versorgung von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere. Zuletzt engagierte sie sich außerdem in der Griechenlandsolidarität, beim Volksbegehren für mehr Personal in den Kliniken und im Kampf gegen den Klimawandel. Im vdää übernahm sie jahrelang das undankbare Amt der Kassenprüferin.

Wir verlieren mit Ingeborg eine aktive Kämpferin für Gerechtigkeit, einen von Herzen freundlichen Menschen – und eine Freundin.

In großer Trauer

Vorstand des vdää



Ingeborg Oster
(1949-2019)

Der prekäre Care-Kapitalismus

Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung – von Christa Wichterich

Christa Wichterich diskutiert in diesem für uns leicht gekürzten und überarbeiteten Beitrag die in neo-liberalen Regimen verschärfte Ausbeutung von bisher noch nicht inwertgesetzten Bereichen, vor allem von Sorgearbeit, also jener Arbeit, die die Arbeitskraft und das Soziale reproduziert. Und sie zieht Parallelen zum Ressourcenextraktivismus.

Ob bei den bundesweiten Streiks der Kitabeschäftigten, den Arbeitsniederlegungen des Pflegepersonals in der Berliner Charité oder dem Hungerstreik der Assistenzärzte in Polen: Wie selten zuvor haben in den vergangenen Jahren Proteste in den Sozial-, Pflege- und Erziehungsberufen das Thema Sorgearbeit in die Öffentlichkeit getragen. Diese Proteste finden auch deshalb große Beachtung, weil es sich um einen neuen Typus von Arbeitskämpfen handelt. Ihre Protagonist*innen sind nicht nur überwiegend weiblich, sondern ihre Ziele gehen auch über gewerkschaftlich artikulierte Lohnforderungen hinaus und rücken die Frage nach der Qualität und Anerkennung von Sorgearbeit ins Zentrum.

Diese Auseinandersetzungen um Care-Arbeit – wie Ver-, Für- und Vorsorgearbeiten und personennahe Dienstleistungen in der feministischen Ökonomie genannt werden¹ – lassen sich als Kämpfe gegen den »Sorgeextraktivismus« bezeichnen.

Analog zum Ressourcenextraktivismus² beschreibt dieser Begriff die in neoliberalen Regimen verschärfte Ausbeutung von bisher noch nicht inwertgesetzten Bereichen, vor allem von Sorgearbeit, also jener Arbeit, die die Arbeitskraft und das Soziale reproduziert, die putzt und pflegt, wickelt und wäscht, ernährt und regeneriert. Der Markt, die Waren- und Geldökonomie, setzen diese Sorgearbeit als »natürliche« weibliche Fähigkeiten voraus, die scheinbar endlos nachwachsen.³ Mittels der als Sorgeextraktivismus bezeichneten Strategien werden Krisen der sozialen Reproduktion – wie beispielsweise Personalmangel in Pflege- und Erziehungsberufen – ebenso rücksichtslos wie kostengünstig überbrückt. Das Konzept betont, dass das Funktionieren von Ökonomien und die Überwindung von Krisensituationen nicht nur auf produktivistischer, industrieller Wertschöpfung beruhen, sondern auch auf reproduktiver Arbeit mit ihren emotionalen, nicht-rationalisierbaren Anteilen.

■ Rationalisierung und Transnationalisierung – die zwei Mechanismen des Sorgeextraktivismus

Sorgearbeit gehorcht der Logik der Fürsorge (*care*), des Sich-Kümmerns, und hat ihr eigenes Tempo. Im Neoliberalismus aber wird sie als Dienstleistung zunehmend in den Arbeitsmarkt, in nationale Versorgungsmärkte und transnationale Versorgungsketten integriert. Sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor sind dann die Marktprinzipien von Produk-

tivitäts- und Effizienzsteigerung, Konkurrenz und Rendite bestimmend. Doch das Füttern von Babys, Streicheleinheiten oder das Unterrichten von Kindern lassen sich nicht immer weiter beschleunigen. Zugleich gilt Sorgearbeit als unproduktiv und nicht wertschöpfend, weil sie keinen Warenwert erzeugt, sondern der Gewinn in scheinbar außerökonomischen Werten wie Zufriedenheit und sozialem Zusammenhalt besteht – sie wird entsprechend gering bewertet und schlecht bezahlt.

Die beiden zentralen Mechanismen der extraktivistischen Restrukturierung von Sorgearbeit im neoliberalen Kapitalismus sind Professionalisierung und Transnationalisierung. Durch den Mechanismus der Professionalisierung wird unbezahlte Arbeit in bezahlte Sorgearbeit systemisch eingeschlossen: Exemplarisch dafür steht die zunehmende Modularisierung und Standardisierung in Krankenhäusern, Arztpraxen und in der ambulanten Seniorenbetreuung. Module gelten als Methode der Rationalisierung, die Care-Arbeit wie industrielle Arbeit zerteilt und bemisst, dokumentiert und kontrolliert. Minutentakte und Standardisierungen werden dem ureigenen Tempo von Sorge- und Pflegearbeit übergestülpt und unterminieren damit die Logik der Fürsorge und des Sich-Kümmerns mit ihren altruistischen und emotionalen Elementen. Da die Module keine Zeit für Empathie und Zuwendung vorsehen, entsteht eine systematische Unterbezahlung. Denn die emotionale und Beziehungsarbeit ist unabdingbar und findet deshalb dennoch statt, geht aber nicht in die Lohnbildung ein. Somit organisieren Module Sorgearbeit extraktivistisch, bezahlte Arbeit schließt unbezahlte ständig ein.

Diese Verschränkung von bezahlter und unbezahlter Arbeit wird besonders deutlich bei der überwiegend durch migrantische Sorgearbeiterinnen geleisteten 24-Stunden-Altenbetreuung in Privathaushalten. Hier werden nur einige wenige Stunden des Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienstes entlohnt. Dies geschieht wie immer entlang der sozialen Ungleichheitsachsen von Geschlecht und Klasse, aber auch entlang von Herkunft, Hautfarbe und der Nord-Süd-Achse.

Der zweite zentrale Mechanismus des Sorgeextraktivismus besteht in der Transnationalisierung. Um Care-Notstände und Pflegeengpässe im globalen Norden kostengünstig zu lösen und die soziale Reproduktion zu gewährleisten, werden migrantische Sorgearbeiter*innen aus ärmeren Ländern und Haushalten »importiert«. Tausende polnische Ärzt*innen und Pflegekräfte, die in Westeuropa oder Skandinavien arbeiten, sind



ein Beispiel für solche transnationalen Sorgeketten, wie Arlie Russel Hochschild den transnationalen Extraktivismus bezeichnet hat (*Care Chain*).⁴ Die Sorgekette, die bei uns einen Mangel behebt, reißt am anderen Ende, etwa in Polen, durch den Abzug von Arbeitskräften eine Versorgungslücke auf. Care Chain bedeutet daher immer auch *Care Drain* und *Brain Drain*. Während ausgebildete Arbeitskräfte und mit ihnen ihr Wissen das Land verlassen, wird die Sorgekrise aus wohlhabenden Ländern und Haushalten in die ärmeren Herkunftshaushalte und -länder verschoben. Dadurch wird der Versorgungsnotstand seriell weiterverschoben.⁵ Diese transnationalen Reproduktionsregime externalisieren die Kosten und Lasten sozialer Reproduktion in den globalen Süden.

■ Die Externalisierung der Sorgekrise in den globalen Süden

Diese extraktivistische Strategie wird immer wieder mit dem Diskurs umnebelt, Migrantinnen seien für die Altenpflege prädestiniert, weil in den Kulturen des globalen Südens die Achtung für und die Empathie mit alten Menschen stärker seien als im globalen Norden. Bei diesem Narrativ handelt es

sich um eine kaum verhüllte ethnorassistische und kulturalistisch verbrämte Variante der Zuschreibung von Fürsorgebereitschaft und Verantwortungsgefühl an »andere« Frauen.

Der transnationale Sorgeextraktivismus als gesellschaftliche Reproduktionsstrategie ist nicht zuletzt Teil einer »imperialen Lebensweise«, wie Ulrich Brand und Markus Wissen die Produktions- und Konsumformen der globalen Mittelschichten zu Lasten »anderer«, natürlicher und menschlicher Ressourcen im globalen Süden nennen.⁶ Er führt nicht nur zu einer neuen internationalen Teilung von Sorgearbeit, sondern auch zu einer Verfestigung ungleicher Bedingungen sozialer Reproduktion und der sozialen Ungleichheiten gerade zwischen Frauen aus verschiedenen sozialen Klassen sowie unterschiedlicher Herkunft und Hautfarbe.

■ Die Zukunft der Sorgearbeit

Damit sich auch migrantische Pflegekräfte gegen neoliberale Zumutungen und Unterbezahlung zur Wehr setzen können, brauchen sie gewerkschaftliche Unterstützung vor Ort. Tatsächlich ist dies dringend notwendig, nicht zuletzt auch angesichts der unter dem Stichwort Industrie 4.0 diskutierten Automatisierung und der absehbaren

Einführung von Robotern im Gesundheits- und Betreuungssektor, aber auch angesichts von betriebswirtschaftlichen Strategien, technologische Lösungen für Personalmangel und Finanzknappheit zu suchen. Schon längst entstehen neue Wachstumsmärkte für assistierende digitale Technologien: Androide, die Patienten tragen können, Robocoaches als Physiotherapeuten und Kuscheltiere wie das Seehundbaby Paro, die das Bedürfnis nach körperlicher Nähe befriedigen sollen. Dieser Prozess wird sich unweigerlich auf den Bereich der Care-Arbeit und auf deren Bewertung auswirken. Umso wichtiger ist es, die nicht rationalisierbaren und nicht technisch zu leistenden Anteile der Sorgearbeit endlich finanziell aufzuwerten.

Gleichwohl löst die gewerkschaftliche Forderung nach mehr Anerkennung durch bessere Bezahlung die komplexe Reproduktionskrise nicht und bleibt hinter den Streikforderungen zurück. Denn die streikenden Sorgearbeitenden politisieren Care-Arbeit als Teil des neoliberalen Regimes sozialer Reproduktion und fordern einen politökonomischen und kulturellen Paradigmenwechsel. Es geht darum, dass Rechte und Bedürfnisse der Menschen Vorrang haben vor Effizienz und Profitstreben und dass die Care-Ökonomie



als Gemeinschaftsgut begriffen werden muss und keine Ware auf Gesundheits- und Betreuungsmärkten sein sollte. Sorgearbeit zu politisieren, heißt im Anschluss an die Philosophin Joan Tronto, sie als Gegenstand von Demokratie, sozialer Gerechtigkeit und Bürgerschaftlichkeit zu thematisieren.⁷

Das bedeutet auch, den Widerstand gegen den Sorgeextraktivismus mit einer sozialtransformativen und demokratisierenden Perspektive auf die Ökonomie zu verbinden. Emanzipatorische und transformatorische Potentiale liegen da, wo sich durch die Sorgepraktiken sowie die Logik des Sich-Kümmerns und der Achtsamkeit die Utopie einer Care-Ökonomie abzeichnet, die auf einer Anerkennung auch der nicht rationalisierbaren Anteile der Sorgearbeit beruht.

Gute Pflege und Sorgewohlstand für alle sind nur möglich, wenn die soziale Reproduktion und Daseinsvorsorge den neoliberalen Politikstrategien und dem destruktiven Extraktivismus des Marktes entzogen werden. Bündnisse zwischen Sorgearbeitenden und Versorgten sind ein erster Schritt, Erziehung, Pflege und Versorgung wieder als Gemeingüter, als Commons, zu begreifen und zu gestalten. Diese Umge-

staltung, die Umbewertung und Umverteilung von Sorgearbeit einschließt, muss aber zugleich dem Anspruch folgen, die national und transnational hegemonialen Herrschaftsstrukturen entlang von Geschlecht, Klasse, Herkunft und Hautfarbe aufzubrechen und hiesige Krisen nicht durch die Ausbeutung von Ressourcen und Arbeit im globalen Süden zu bewältigen.

Christa Wichterich ist Soziologin, war Gastprofessorin für Geschlechterpolitik an der Universität Kassel und arbeitet zu feministischer Ökonomie und feministischer Ökologie.

(Die Langfassung des Aufsatzes befindet sich in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 2/2018, S. 91-97)

- 1 Vgl. Gabriele Winker: »Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft«, Bielefeld 2015; Ingrid Artus, Peter Birke, Stefan Kerber-Clasen und Wolfgang Menz (Hg.): »Sorge-Kämpfe«, Hamburg 2017
- 2 Der Begriff Ressourcenextraktivismus beschreibt eine Entwicklungsstrategie, die primär auf der Ausbeutung und dem Export von Rohstoffen beruht, anstatt diese im eigenen Land zu verarbeiten – in der kurzsichtigen Annahme, sie würden unbegrenzt zur Verfügung stehen und für stetiges Wachstum sorgen
- 3 Vgl. Christa Wichterich: »Feministische internationale politische Ökonomie und Sorgeextraktivismus«, in: Ulrich Brand, Helen Schwenken und J. Wullweber (Hg.): »Globalisierung analysieren, kritisieren und verändern«, Hamburg 2016, S. 54-72
- 4 Vgl. Arlie Russel Hochschild: »Globale Betreuungsketten und emotionaler Mehrwert«, in: Will Hutton, Anthony Giddens (Hg.): »De Zukunft des globalen Kapitals«, Frankfurt a. M. 2001, S. 157-176; vgl. auch Heino Güllemann: »Der globale Pflegenotstand«, in: »Blätter«, 1/2017, S. 29-32
- 5 Vgl. Helma Lutz, Ewa Palenga-Möllenbeck: »Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand«, in: »Gender«, 3/2011, S. 9-27
- 6 Vgl. Ulrich Brand, Markus Wissen: »Imperiale Lebensweise«, München 2017
- 7 Vgl. Joan Tronto: »Kann ›sorgende Demokratie‹ eine politische Theorie der Transformation sein?«, in: Das Argument, 320/2016, S. 839-849

Die Feministischen Medizinerinnen*

Die Feministischen Medizinerinnen* ist ein sich seit Mai diesen Jahres im Aufbau befindlicher Verein. Aktuell mit engagierten ersten Mitgliedern in Berlin und hoffentlich bald deutschlandweit, verstehen wir uns als Plattform für alle Medizinerinnen*, die den Spagat zwischen Schulmedizin und Feminismus wagen und praktizieren wollen. Hierzu sollen feministische Themen aus medizinischer und medizinische Themen aus feministischer Sicht neu betrachtet, bewertet und verändert werden. Denn auch 2019 ist die klassische Medizin vor allem männlich besetzt und medizinisch-gesellschaftlich essenzielle Themen, wie u.a. Abtreibung, Genitalverstümmelung und häusliche Gewalt, finden nicht oder nicht hinreichend Eingang in Köpfe, Lehrpläne und klinische Arbeitsplätze. Wir wollen das ändern. Dass der Weg bis zur Veränderung weit und voller Hürden ist, ist leider selbstverständlich. Wir möchten gemeinsam diesen Weg bestreiten, mit gegenseitigem Respekt diskutieren, Netzwerke schaffen, mit anderen Medizinerinnen* auf

Verständnis stoßen, einander unterstützen und vor allem eins: gemeinsam kämpfen.

Aktuell arbeiten wir schon sehr eifrig an der Umsetzung unseres ersten ambitionierten Projektes: im Frühjahr 2020 soll in Berlin der erste **Feministische Medizinerinnen*tag** unter dem großen Überthema »Gewalt« stattfinden. Die Idee von feministischen Gruppen an medizinischen Universitäten ist dabei absolut nicht neu. Allerdings erhoffen wir uns durch die Vereinsgründung mehr Möglichkeiten, insbesondere was die Reichweite angeht. Außerdem wünschen wir uns, dass sich neben den Studentinnen* auch Ärztinnen* angesprochen fühlen. Und so würden wir uns ab sofort über Nachrichten ganz besonders von interessierten Mitstreiterinnen*, aber auch ermutigende und kritische Stimmen an feministmed@posteo.de freuen, damit wir wachsen, um gemeinsam eine vorwärtsdenkende Medizin zu schaffen.

Eure Feministischen Medizinerinnen*

»Unfaire Löhne wegmoppen«

Friedrich Paun und Marla Frenz zu den Tarifaueinandersetzungen an der ausgegründeten Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen

Letztes Jahr erstritten Beschäftigte der Klinik-Tochterfirma einen Haustarifvertrag für sich und machten damit einen ersten wichtigen Schritt zur Wiederangleichung ihrer Löhne und Arbeitsbedingungen an den Tarifvertrag der Länder (TV-L). Was bedeuten Arbeitskämpfe im Krankenhaus aus feministischer Perspektive?

Wie in vielen Krankenhäusern hat sich auch an der Unimedizin Göttingen das Management vor inzwischen über zehn Jahren entschieden, viele der sogenannten »patientenfernen« Bereiche in eine Tochterfirma auszugliedern. In der Klinikservice GmbH (UMG-KSG) sind seitdem die Gebäudereinigung (neben der Klinik auch für weitere Teile der Universität), die Wäscherei, der Patiententransport und einiges mehr untergebracht. Für die Klinikleitung ein lohnendes Geschäft: Sie behält die völlige Kontrolle über die Betriebsabläufe, während sie gleichzeitig nicht mehr an den Tarifvertrag der Länder (TV-L) gebunden ist. Neueingestellte bekommen dann bei gleicher Arbeit nur noch die Hälfte des Lohns.

In der UMG-KSG arbeiten rund 700 Menschen (zuzüglich 300 Beschäftigte mit alten TV-L-Verträgen) – der Anteil der Frauen liegt bei 70%. Ihre Arbeit ist Voraussetzung für einen reibungslosen Ablauf im Klinikum. Sie waschen die Kittel der Ärzt*innen und Medizinstudierenden, schieben Patient*innen kilometerweise und putzen die Hör- und Operationssäle. Dafür erhalten sie weder den Lohn noch die Anerkennung, die sie verdient hätten.

Viele der Beschäftigten sind zusätzlich zum Lohn auf Transferleistungen angewiesen. Sie erhalten Wohngeld und teilweise auch Leistungen nach SGB II (also Hartz IV). Der Arbeitgeber »vergesellschaftet« also einen Teil seiner Lohnkosten, indem von vornherein klar ist, dass die Bezahlung der Beschäftigten zum Leben nicht reicht.

Für die Menschen, die bei der UMG KSG arbeiten, bedeutet das nicht nur demütigende Gänge zum Sozialamt

und Bedürftigkeitsprüfungen, sondern hier wird bereits der Weg in die Altersarmut geebnet, denn die Rente fällt am Ende natürlich dementsprechend gering aus. Zudem haben viele Beschäftigte einen Zweitjob, um im Monat genug für Miete und Familie zu verdienen. Jobs, Zweitjobs und der Verantwortung für ihre Kinder nachzukommen, bedeutet eine große Mehrfachbelastung – gerade für Frauen, die noch immer den Großteil der häuslichen Sorgearbeit übernehmen.

■ In die Auseinandersetzung gehen...

Bereits Ende 2017 kamen Beschäftigte der Klinikservice GmbH auf den verantwortlichen ver.di-Sekretär in Göttingen zu, um über Strategien für eine Verbesserung der Löhne nachzudenken. Mögliche Inspirationsquelle für diesen Schritt mag der kurz zuvor gewesene erfolgreiche Arbeitskampf der UMG-Gastronomie gewesen sein, einer weiteren Tochterfirma der UMG.

Den eigentlichen Tarifaueinandersetzungen ging eine relativ lange Vorbereitungszeit voraus, mit Schulungswochenenden organisiert durch ver.di, an denen die Beschäftigten sich mit dem Konzept Tarifverträge und der spezifischen Situation an der UMG vertraut machten. Im Jahre 2018 spitzte sich die Tarifaueinandersetzung dann immer weiter zu. Anfangs war die Geschäftsführung nicht bereit, ein auch nur im Ansatz ernstzunehmendes Angebot zu unterbreiten. Den Beschäftigten gelang es aber, sich zunehmend besser zu vernetzen und kollektiv gegen den Arbeitgeber zu agieren. Sie

skandalisierten die ungleiche Bezahlung und nahmen neben der Geschäftsführung der KSG auch die Leitung der Universitätsmedizin und die Präsidentin der Universität in die Pflicht. Letztlich gelang es ihnen öffentlichkeitswirksam zu streiken und damit neben dem öffentlichen Druck auch ökonomischen Druck aufzubauen. Letzteres gestaltet sich bei Streiks im Krankenhaus immer sehr schwierig. Bedeutendster Druckpunkt waren die Operationssäle, die ebenfalls von den Beschäftigten gereinigt werden. Beim zweiten Streik traten so viele Beschäftigte in den Ausstand, dass nur noch Notfall-OPs durchgeführt werden konnten und für das Klinikum ein erheblicher (und wahrscheinlich auch gänzlich unerwarteter) finanzieller Schaden entstand. Der Arbeitgeber konnte so letztlich bewegt werden, ein ernsthaftes Angebot zu unterbreiten. Heute verdienen die Beschäftigten bis zu 30 Prozent mehr. Der TV-L oder eine Wiedereingliederung in die Klinik sind damit noch nicht erreicht, aber ein erster wichtiger Schritt ist getan.



■ Am Kreuzungspunkt von Klasse und Geschlecht

Arbeitskämpfe in Krankenhäusern sind aus vielen Gründen schwierig. Zum einen stellt natürlich die Gewährleistung der Patientenversorgung auch während des Streiks eine Herausforderung dar. Die allermeisten Krankenhausbeschäftigten haben außerdem ein deutlich ausgeprägteres Verantwortungsgefühl für ihre Patient*innen als mutmaßlich ein Beschäftigter bei z.B. VW für ein halbfertig gebautes Auto. Hinzu kommt ein Narrativ der Abwertung, das zwei Teile umfasst: Einerseits die »patientenferne« Arbeit, die vorgeblich nicht direkt mit den Menschen zu tun hat, wird dabei als weniger wichtig für die Genesung eingestuft. Es ist dabei gleichgültig, dass die »Patientenferne« im beruflichen Alltag nicht besteht: Reinigungskräfte machen Krankenzimmer sauber und auch für den internen Patiententransport ist sofort ersichtlich, dass dieser wohl nicht patientenfern sein kann. Aber auch die Wäscherei leistet einen unverzichtbaren Anteil zur Hygiene im Krankenhaus und damit für die Genesung der Patient*innen.

Der zweite Teil des Narrativs besteht darin, die verrichteten Tätigkeiten nicht nur wegen ihres Ortes, sondern auch wegen ihres Inhalts abzuwerten. Sauber machen und Wäsche waschen kann ja schließlich jede*r, also sei die Tätigkeit anspruchslos und könne

schlecht entlohnt werden. Auch das geht am Arbeitsalltag der Beschäftigten vorbei. Eine Wäscherei hat im Inneren weit mehr mit einer Fabrik gemeinsam (Hitze, Lautstärke, Automatisierung), als die heimische Waschmaschine. Gleichzeitig besteht hier eine Anknüpfung an den größeren patriarchalen Diskurs, der jede Form von häuslicher Arbeit, also eben Tätigkeiten wie sauber machen, waschen oder kochen, grundsätzlich im Vergleich zur »schweren den Lebensunterhalt finanzierenden Lohnarbeit« abwertet und bewusst die Notwendigkeit der Reproduktion verschweigt.

Für die Ökonomisierung im Krankenhaus ist diese Argumentationslogik hochfunktional, ungeachtet dessen, wie wenig logisch sie beim genaueren Hinschauen tatsächlich ist. Sie legitimiert letztlich die enorme Verringerung des Lohns der Beschäftigten, sowohl nach außen, aber auch für die Geschäftsführer (die männliche Form ist absichtlich gewählt) vor sich selbst.

Dies führt zum zweiten feministischen Aspekt der Auseinandersetzung: Sie wird zum Kreuzungspunkt von Klasse und Geschlecht. Im Krankenhaus findet sich in allen Bereichen eine ungleiche Geschlechterverteilung entlang der betrieblichen Hierarchie. So wird auch die Klinikservice GmbH mit ihren überwiegend weiblichen Beschäftigten von einer rein männlichen Geschäftsführung geleitet. Die Tarifauf-



andersetzung ist somit auch eine Selbstermächtigung gegenüber diesen Männern. Viele der beschäftigten Frauen hatten anfangs keinerlei Mut und Rückhalt, ihren Forderungen Stimme zu verleihen. Durch die kollektive Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber konnten sie die Vereinzelung und Erniedrigung am Arbeitsplatz durchbrechen und zumindest ein Stück weit Kontrolle über ihre Arbeits- und Lebensbedingungen gewinnen.

Obwohl diese Tarifauf Auseinandersetzung für uns immer auch eine immanent feministische Auseinandersetzung war, gestaltete es sich schwierig, diesen Punkt in der Praxis zu vermitteln. Dies gilt sowohl gegenüber der Öffentlichkeit, als auch in der Hinsicht, dass sich die Beschäftigten mit dieser Argumentation nicht identifizierten und ihr teilweise sogar ablehnend gegenüberstanden.

Nach unserer Einschätzung liegt hier die zentrale Herausforderung für eine feministische Praxis von Arbeitskämpfen: Das Verständnis solcher Arbeitskämpfe als feministische Kämpfe muss vermittelbar werden und für die Beschäftigten von einem fremden akademischen Thema zu ihrem eigenen Anliegen werden. Grundlegend dafür erscheint uns die eigene Schulung, feministische Thesen in eine einfachere, anwendbare Sprache zu übersetzen und gemeinsam mit den beschäftigten Frauen für sie relevante Themen herauszuarbeiten. Es ist ein gegenseitiges Lernen, ein Lernprozess, in dem Theorie und Praxis aufeinandertreffen. Gelingt er uns, scheint auch ein 8. März mit Millionen von Frauen auf der Straße denkbar.

Marla Frentz studiert Medizin im 9. Semester und Friedrich Paun Soziologie im 3. Mastersemester. Beide sind bei ver.di und im Bündnis »Supportbündnis Tarifvertrag« aktiv und kämpfen mit Leidenschaft für bessere Arbeitsbedingungen.





... und was zahlen wir unseren Angestellten?

Eckhardt Zeigert über die Gehälter der Praxismitarbeiter*innen

Seit Mitte der 90er Jahre öffnet sich die Schere hierzulande stetig weiter: zwischen Arm und Reich, zwischen Gering- und Gutverdienern. Immer häufiger müssen Vollzeitbeschäftigte mehrere Jobs annehmen oder über das Jobcenter ›aufstocken‹. Infolge dieses Missstandes entbrannte ein nationaler Diskurs über die geringe Höhe der Pflorgetarife.

Am 01.01.2019 ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in Kraft getreten. Dieses Gesetz ist eine werbewirksame Schummelpackung. Trotzdem sieht es vor, dass die Pflegekosten in Krankenhäusern von den Krankenkassen unabhängig von den Fallpauschalen vollständig getragen werden müssen. Jede zusätzliche Stelle soll voll finanziert werden. In der häuslichen Pflege werden die Kassen verpflichtet, endlich nicht mehr nur Dumping-Löhne sondern Tariflöhne zu tragen [1]. Gesundheitsminister Jens Spahn bereitet einen gesetzlich verbindlichen Tarifvertrag vor, der die Attraktivität der Pflegearbeit durch finanzielle Aufwertung steigern soll [2].

Wenn schon die Löhne in der Pflege so stark öffentlich diskutiert werden, wie sieht es in unseren Praxen aus, was zahlen wir unseren Mitarbeiter*innen, die mit geteilten Diensten, Arbeit am Abend, hoher Arbeitsdichte und ständigem Multitasking eine hoch qualifizierte Arbeit leisten?

Die *Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelfer/MFA (AAA)* in der Bundesärztekammer ist dafür zuständig, mit dem *Verband Medizinischer Fachberufe e.V. (VMF)* Tarifverträge auszuhandeln. Sie wird dabei vom *Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)*, das statistische Erhebungen durchführt, unterstützt. Dieser Tarifvertrag ist allerdings nur dann verbindlich, wenn Ärzt*innen und MFA jeweils in ihrem Verband organisiert sind, was nur ausnahmsweise der Fall ist.

Die jüngsten Erhebungen zum Gehalt der MFA über jeweils ca. 3.000 Mitarbeiter*innen sind aus den Jahren 2017 (VMF) [3] und 2016 (Zi) [4] und betreffen jeweils das Vorjahr. 67% der Ärzt*innen zahlen Tariflohn, zu 49% den Lohn der niedrigen Gruppen I und II, nur 64% zahlen ein 13. Gehalt [3]. Die gezahlten Monatsgehälter liegen über alle Gruppen und Regionen bei durchschnittlich 2.250 € [4]. Löhne ohne tarifliche Bindung fallen deutlich geringer aus [4]. Die geringe Entlohnung ist sicherlich Ausdruck zum einen der in Deutschland immer noch weit verbreiteten finanziellen Diskriminierung von Frauen – MFA ist immer noch ein klassischer Frauenberuf [5] – und zum anderen des geringen Organisationsgrades der MFAs. 2013 wurde jede vierte MFA unter Tarif und jede fünfte MFA in zu niedriger Gehaltsgruppe ent-

lohnt [6]. Noch immer vergüten 11% der Ärzt*innen unterhalb des Tarifvertrags [3].

Aus den Beiträgen zur Krankenversicherung werden nicht nur die Gewinne der Gesundheitskonzerne, die Löhne und Gewinne der Ärzt*innen, sondern auch die Löhne der Angestellten geschöpft. Im ersten Berufsjahr nach der Ausbildung verdient im Vergleich z.Zt. monatlich:

eine Sozialversicherungsfachangestellte bei der AOK/E7	2.945 € [7]
eine Pflegekraft nach dem TVöD-P7	2.712 € [8]
eine MFA der Tätigkeitsgruppe I [4]	1.884 € [9]

Definitionsgemäß zählt damit eine ausgelernte Medizinische Fachangestellte zu den 16% Niedrigverdienern im Lande. Das ist ein Skandal! Zur Klarstellung der Verhältnismäßigkeit: ein durchschnittlicher Bürojob bringt hierzulande 2.990 €/Monat [5]. Besonders deutlich wird es beim Stundenlohn: eine Arbeitnehmer*in in Deutschland verdient im Durchschnitt 20,08 €/Std., eine Pflegefachkraft 15,41 €/Std. [1] und eine MFA 13,61 €/Std. [5]

Wenn wir weiterhin so geringe Löhne zahlen, wer will dann noch bei uns arbeiten? Schon jetzt sollen 40% der ausgebildeten MFA in andere Berufe gewechselt sein, weil sie von un-

seren Gehältern nicht leben können. Auf dem Arbeitsmarkt sieht es demzufolge schlecht aus, knapp 20% der Ärzt*innen suchen händeringend Mitarbeiter*innen und weitere 20% möchten Arbeitsbereiche wegen hoher eigener Belastung delegieren [4]. Wie sollen wir in Zukunft unsere Arbeit leisten ohne ausreichendes und qualifiziertes Personal?

Die Krankenkassen zahlen ihren Sozialversicherungsangestellten in der Regel Tariflöhne, sollen jetzt auch Tariflöhne in der stationären und ambulanten Pflege zahlen und zahlen indirekt auch die Löhne unserer Medizinischen Fachangestellten. Es ist nicht einzusehen, warum die Gehälter unserer MFA geringer sind als die der Versicherungs-Angestellten und der Pflegenden. Gesundheitsminister Jens Spahn will die Löhne in der Pflege anheben. Im Bundestag empört er sich darüber, dass regional Altenpfleger*innen sehr viel weniger verdienen als Krankenpfleger*innen. Es ist höchste Zeit, jetzt von Herrn Spahn zu fordern, für unsere MFA ebenfalls einen verbindlichen Tarifvertrag zu beschließen und die dringlichen Tarifsteigerungen analog den steigenden Löhnen in der Pflege von den Kassen refinanzieren zu lassen. Allerdings muss es dann eine überprüfbare Regelung geben, dass dieses Geld auch tatsächlich bei den MFAs ankommt.

Befreien wir niedergelassene Ärzt*innen uns endlich aus der beschämenden Situation, dass unsere Mitarbeiter*innen nicht von ihren Löhnen leben können! Wir haben nicht nur Verantwortung für unsere Patient*innen sondern sehr wohl auch für unsere Angestellten. Nehmen wir sie wahr! Jetzt!

E. Zeigert ist Hausarzt in Hamburg.

- 1 Bundesgesundheitsministerium.de
- 2 Zeit online, 2018/05
- 3 VMF, www.vmf-online.de
- 4 Zi, www.Zi.de
- 5 ZDFzeit 23.10.18 20:15
- 6 Ärztezeitung 13.06.2013
- 7 TVöD-P
- 8 Öffentlicher-Dienst-News.de
- 9 Tarifvertrag MFA, Bundesärztekammer

<https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/auch-die-mfa-besser-bezahlen/>

Frischfleisch für die Oberärzte

30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem. Eine Diskussion zwischen unterschiedlichen Generationen von Mediziner*innen

Nadja: Was ist für Euch Sexismus? Was ist Diskriminierung? Und was ist der Unterschied von beiden und wie verhalten sie sich zu einander?

Therese: Sexismus ist eine Diskriminierungsform, die eine gesellschaftliche Struktur hat und sich auf Diskriminierung aufgrund von Gender oder Geschlecht bezieht – in irgendeiner Form – und die alle betrifft. Die Frage ist nur, wen es mehr betrifft oder wer in der Gesellschaftsstruktur aktuell mehr diskriminiert wird und bei wem es dann auch negative Konsequenzen hat. Es gibt ja auch Verhalten, das sexistisch ist, aber eher positiv bewertet wird. Ich würde es ganz basal sehen: Es ist eine gesellschaftlich strukturelle Diskriminierung, die immer auch auf Macht bzw. verschiedenen Machtverhältnissen basiert.

Susanne: Ich habe nicht verstanden, was Du damit meinst, wenn es positive Diskriminierung z.B. in Bezug auf Männer gibt.

Therese: Wenn ich z.B. typisch cis-männlich aussehe und das positiv von jemandem kommentiert wird, ist das sexistisch, aber vielleicht geht es den Beteiligten gut damit. Aber wenn sich jemand sexistisch z.B. auf eine Transperson bezieht, schwingen ganz andere Begleitumstände mit und machen die Äußerung häufig zur Diskriminierung. Das meinte ich damit, dass Sexismus meist aber nicht immer diskriminierend sein muss.

Roxana: Aber hier passiert doch trotzdem eine Diskriminierung, eben weil jemand in ein konformes Rollenbild ge-

presst und danach als »gut« bewertet wird. Ob der*diejenige damit ein Problem hat, ist m.E. zweitrangig. In meinen Augen gibt es keinen positiven Sexismus, Rassismus etc. bzw. führt diese Aufteilung nicht weit.

Susanne: Ich tue mir schwer mit dieser Definition und dem Positiven. Ich halte das für eine Reduktion auf Äußerlichkeiten, die immer auch ein Moment von blöder Anmache hat und immer auch schmierig ist. Deshalb finde ich es in diesem Kontext schwierig, von positiver Diskriminierung zu sprechen.

Roxana: Ich finde, dass wir hier an einem spannenden Punkt angekommen sind, denn hier rekurriert das auf die Machtverhältnisse, die relevant sind bei der Bewertung von Diskriminierung und wie man diese erfährt. Wenn man sich auf demselben Level unterhält, empfindet man das vielleicht als viel weniger diskriminierend, als wenn das Dein Chef macht oder irgendein ärztlicher Vorgesetzter. Mir ist das aus dem PJ in den Chirurgie noch gut in Erinnerung: Dort hatte man das Gefühl, man ist so etwas wie ein bisschen Frischfleisch für die Oberärzte und Chefs, und die meinen das total positiv; aber eigentlich können sie nicht anders, als einen nur als junge Frau wahrzunehmen. Ich fand das damals sehr unprofessionell und es würde mich interessieren, ob Ihr es auch so wahrnehmt, dass dieses Verhalten in bestimmten Teilbereichen der Medizin, z.B. in der Chirurgie, wo das Männliche und Handwerkliche, also ein männlicher Habitus, vielleicht noch eher für wichtig gehalten werden, einfach auch noch überrepräsentiert ist.

Therese: Ich meine nicht den sexistischen Kommentar, der lediglich von der Person, die ihn sagt, positiv gemeint ist. Sondern ich würde sagen, es geht bei der Bewertung nur darum, wie die/der Empfänger*in das empfindet, nicht der/die Kommentator*in. Ich wollte lediglich noch mal einen Schritt zurückgehen und sagen: Sexismus ist etwas, was wir nicht gänzlich abschaffen können. Wenn ich bestimmte Vorstellungen von Geschlechtern habe, von Geschlechtsidentitäten und Stereotypen im Kopf, dann können wir die nicht abschaffen, aber die darauffolgende Diskriminierung müssen wir unbedingt reflektieren und letztlich abschaffen.

Susanne: Es geht meines Erachtens tatsächlich um die Machtverhältnisse, die das dann zu Diskriminierung oder sexualisierter Diskriminierung machen. Das ist etwas anderes, wenn das auf der gleichen Hierarchieebene passiert, wo man sich auch viel leichter dagegen positionieren könnte und sagen: So redest Du nicht mit mir. Oder man kann das als Kompliment annehmen und auch so zurückgeben. Aber ich finde das Problem ist, wenn es tatsächlich ein Hierarchiegefälle gibt – und in der Regel geht so etwas ja von oben nach unten und nicht umgekehrt.

Roxana: Die Frage der Mehrheiten oder der Machtverhältnisse ist für eine Definition von Diskriminierung total wichtig, letztlich können nur Minderheiten diskriminiert werden. Nun es gibt ja nicht weniger Frauen als Männer, aber zahlenmäßig in der Klinik und zumal in bestimmten Positionen dann eben doch. Definierend für eine Diskriminierungsmöglichkeit ist erstmal die Macht – sei sie nun ökonomisch oder hierarchisch. Auch eine Wissenshierarchie würde ich nicht ausblenden. Durch gesellschaftliche Zustände und Zuschreibungen entstandene Hierarchien und Rollenbilder. Es fiel mir vorhin schwer, das zu greifen, deshalb bin ich mit einem Beispiel eingestiegen. Letztlich verhält sich Sexismus zu Diskriminierung als einer Unterform derselben und basiert auf Geschlechtszuschreibungen, aber auch auf dem, was Therese meinte mit diesen Clustern oder Zuschreibungen, die die Leute da in sich tragen gegenüber einem bestimmten Geschlecht oder den verschiedenen Geschlechtern.

Nadja: Wollen wir dann auf Eure Erfahrungen zu sprechen kommen und da auch die Hierarchie-Frage mitbesprechen? Welche Erfahrung habt Ihr? Wer war beteiligt? Wie reagieren andere darauf?

Susanne: Ich habe etwas erlebt gegenüber einer Patientin, die sich zur Entbindung angemeldet hatte und die in der Kindheit massive sexuelle Gewalt durch ihren Vater erlebt hatte. Sie hatte ambulant eine gute Frauenärztin und kam auf deren Rat extra zum Geburtsplanungs-Gespräch, um abzuklären, ob es geht, dass kein männlicher Arzt bei der Geburt dabei ist – außer im Notfall. Da es nur einen männlichen Oberarzt und Chefarzt gab, war die Frage, wie man das regeln kann. Ich war dann für sie verantwortlich unter der Geburt. Aber hinterher gab es dann solche Sätze vom Chef: »Na ja, da hat der Papa vielleicht mal irgendwie ein bisschen intensiver gestreichelt.« Es wurde also einfach abgestritten, dass es sowas gibt wie Gewalt von Vätern gegenüber Töchtern. Diese relativ



prägenden Erfahrungen haben mich dann veranlasst, in diesem Krankenhaus-System mit so einer männlichen sexualisierten Gewalt sowohl gegenüber den Patientinnen als auch gegenüber den Kolleginnen auf Dauer nicht zu arbeiten. Jetzt in der psychosomatischen Klinik ist das deutlich weniger. Aber das liegt vielleicht auch daran, dass es eine Chefin gibt, die leitende Oberärztin ist. Da hat sich aus meiner Sicht etwas geändert mit meinem Fachwechsel, aber auch mit der zeitlichen Entwicklung.

Christiane: Ich kann den Klassiker aus dem Orthopädie-Unterricht erzählen: Wir waren eine Kleingruppe an Studentinnen und ein Student und haben uns alle umgezogen für den OP. Als wir später rauskamen aus der Umkleide, meinte der Orthopäde, ein Assistenzarzt, gleich: »Ach Ihr Frauen musstet Euch erstmal wieder schick machen und ein paar Selfies von Euch machen.« »Wenn Euch dann schlecht wird, dann sagt frühzeitig Bescheid, dann könnt Ihr Euch setzen.« Der Kommilitone hat dann gesagt: »Entschuldigen Sie bitte, aber ich bin der einzige, der immer umkippt.« Der Assistenzarzt hat dann auch noch mal Konter von uns bekommen und dann hat er auch seine Klappe gehalten.

Susanne: Was ich noch aus dem Studium erinnere, ist die Vorlesung in Gynäkologie, die natürlich nur von männlichen Gynäkologen gehalten wurden. Beim Thema Kontrazeption wurde ein Riesenvortrag darüber gehalten, dass die Pille doch super verträglich wäre und dass das alles psychosomatische eingebildete Nebenwirkungen seien. Und in der nächsten Vorlesung ging es dann um Verhütungsmittel für Männer. Da sagte der gleiche, der die Verhütungsvorlesung für Frauen gemacht hatte, dass man noch gar nicht über die möglichen Langzeitwirkungen Bescheid wisse. Und bevor das nicht völlig geklärt sei, könne man das wirklich keinem Mann zumuten.

Roxana: In meinem Studiengang war jemand schwul, und das war wirklich widerlich, was da ablief. Das ging hinter sei-

nem Rücken – die »Nachwuchs-Männerriege« war damals super homophob. In meiner PJ-Gruppe waren wir aber nur Frauen, weil wir ja inzwischen auch die Mehrheit der Studienanfänger*innen stellen

Nadja: Christiane, Du hattest doch auch als Pflegekraft im Krankenhaus gearbeitet. Gibt es da Unterschiede wie man mit Dir als Pflegekraft und jetzt als Medizinstudierende umgeht?

Christiane: Definitiv. Es gibt ja noch Kliniken, wo man noch einen weißen Kittel trägt. Dann wird man anders angeschaut, als wenn man seinen Kasack anhat, auch von den Patienten. Oder z.B. bei den weißen Hosen, da kann man ja immer so leicht durchgucken. Wenn der Kasack nicht drüber ist, dann wurden z.B. Unterhosen kommentiert, sowohl von Patienten als später auch von Kollegen. Und weil ich noch ziemlich jung aussehe, wurde immer so das Mädchenhafte betont, besonders von den älteren weißen Herrn unter den Patienten – und ich wurde auch nicht ernst genommen. Ich bin sehr gespannt, ob oder wie sich das ändern wird, wenn ich dann im PJ arbeite oder später als Ärztin.

Nadja: Wird so etwas im Team, an der Uni, im Seminar, in der Seminargruppe thematisiert? Wird da überlegt, wie man damit systematisch umgehen kann? Wie gehen denn die Männer damit um, die das auch falsch finden, wenn so etwas stattfindet?

Susanne: Zu meinen Studienzeiten haben wir z.B. beschlossen, gezielt als Gruppe von Studentinnen in diese Vorlesung zu gehen, und wir haben uns vorher überlegt, wie reagieren wir auf bestimmte Sachen und welche Fragen stellen wir. In der Gynäkologischen Klinik habe ich es eher so erlebt, dass einem / einer Neuen gesagt wurde: »Bei dem musst Du vorsichtig sein, der ist potentiell sexuell übergriffig«. Aber es gab nichts Organisiertes dagegen. Jetzt in der Psychosomatik spielt so etwas Sexualisiertes keine Rolle. Aber bei den jüngeren Kolleg*innen erlebe ich es heute eher so, wenn man z.B. mit einer Entscheidung der Chefetage nicht einverstanden ist, dass untereinander eher beim Mittagessen darüber geredet wird – und wenn dann die Besprechungen sind, wo der Rahmen wäre, das auch offen einzubringen, trauen sich dann die wenigsten. Ich habe mehrfach etwas gesagt, und mir wurde dann hinterher gesagt: »Finde ich total gut, dass Du das gesagt hast« – aber selten springt einem jemand bei.

Christiane: In der Pflege haben wir als Team über so etwas überhaupt nicht geredet, vor allem zwischen Pflege-Team und Ärzte-Team wurde die Kommunikation auch zunehmend schlechter, in allen Bereichen. In der Uni, klar im Freundeskreis haben wir viel über Stereotypen und über Themen wie Diskriminierung, Sexismus geredet. Allgemein sehe ich schon das Problem, vielleicht auch in meiner Generation. Ich komme aus einer gewerkschaftlichen Familie, wir konnten alle gut schimpfen, wenn etwas nicht gut läuft auf der Arbeit. Und das habe ich auch so gemacht, ich konnte auch mit Ärztinnen und Ärzten diskutieren und meine Meinung sagen, ohne dass ich dann gleich doof da stand, sondern es war konstruktive Kritik.

Und ich werde das auch so weiterführen, habe aber auch das Gefühl, dass da jetzt eine Generation kommt, die vieles einfach so hinnimmt und akzeptiert – sowohl bei den Pflegekräften als auch bei Kommilitoninnen und Kommilitonen. Die überbieten sich beispielsweise jetzt schon damit, in Famulaturen und im PJ Überstunden zu machen, wo ich einfach nur den Kopf schüttle. Damit fängt's an. Ich habe das Gefühl, die stehen nicht mehr für sich auf, die stehen auch nicht mehr zusammen.

Nadja: Was müsste getan werden, was müsste man ändern und was könnte ein linke Ärzteorganisation tun?

Roxana: Man muss bei der Diskussion mitbedenken, dass es ganz viele Kolleginnen nicht stört. Agiert man für die mit oder ist das nicht auch übergriffig, wie geht man denn damit um, dass man sich für jemanden einsetzt, der das gar nicht so empfindet? Aber wenn ich das nochmal aufgreife, was Christiane gesagt hat, dann macht man das andererseits ja auch bei allen gewerkschaftlichen Kämpfen. Ich erlebe das genauso auf Arbeit, dass die sich alle am Mittagstisch total »auskotzen«, aber niemand macht mal den Mund auf. Ich habe tatsächlich das Gefühl des massiven Rückzugs ins Private bei vielen Leuten. Wo wollen die Leute hin, welche Rolle spielt Arbeit? Das ist total schwierig zu beantworten und das muss man ja sicher berücksichtigen. Ich habe das Gefühl, dass sich das ändert damit, dass mehr Frauen sichtbar sind in den Chefetagen, aber auch, wie diese dann selber drauf sind. Leider sind das ja nur wenige Feministinnen.

Susanne: Ja, aber wir haben ja zum Beispiel eine Chefin und über sie reden die Leute viel häufiger schlecht, als wenn es ein männlicher Chef ist, der schwierig ist. Sie muss sich viel mehr beweisen als gute Chefin und wenn sie kritische Sachen macht, wird das mehr verurteilt als wenn das ein männlicher Chef gemacht hat. Übrigens auch von weiblichen Assistenzärztinnen. Das finde ich erstaunlich.

Roxana: Ich würde Dir auf jeden Fall zustimmen. Da fallen mir gleich mehrere Beispiele ein, vor allem im universitären Kontext.

Therese: Wobei ich immer den Eindruck habe, dass das vielleicht eine Entwicklung zum Negativen ist: Wenn man heute mal was anspricht oder einsteht für eine feministische Sichtweise, kommt gerne der Gegensatz: ABER heute ist doch die Gleichberechtigung schon so weit, ABER... ABER Du bist doch gleichberechtigt, ABER Du bist doch erfolgreich. Dass das so abgetan wird, und einem die Argumentationsgrundlage weggerissen wird, als ob man jetzt keine Gründe mehr hätte für gewisse Themen einzustehen. Es ist ja besser als in den 50er-Jahren, das ist so eine absurde Gegenargumentation, die dann auch eher mal von älteren Herren kommt.

Roxana: Ich habe schon auch das Gefühl, die Schwestern bei uns, die sind natürlich unzufrieden, weil ständig das ärztliche Personal wechselt bzw. rotiert wegen des schlechten Personalschlüssels, die glorifizieren noch die Zeiten, wo vorrangig Männer das ganze Wochenende da waren. Und dann hatte



deren Frau noch einen Kuchen backen und das war total schön. Und heute ist ja alles anders... Wenn Du als Assistenzärztin zeitgleich mit einem männlichen Kollegen anfängst, hat dieser auf jeden Fall einen besseren Stand und Du selbst als Frau wirst viel öfter in Frage gestellt, leider durch die Pflege. Das habe ich auch selbst ziemlich oft erlebt, diese Diskriminierung oder Benachteiligung und das Infrage-Stellen zwischen Frauen ist mega-frustrierend.

Nadja: Wie erklärt Ihr Euch das?

Susanne: Ich weiß nicht, ob das was mit Neid zu tun hat, dass es irgendwie sichtbarer ist, was Frauen erreichen können, oder vielleicht war es auch der Traum derjenigen gewesen, die einen dann angreifen oder kritischer sehen und die das auch gerne gemacht hätten und es vielleicht nicht konnten aus historischen oder persönlichen Gründen.

Roxana: Da findet irgendeine Projektion statt, die kann man nicht gut greifen. Ich habe das auch erlebt: Die 60-jährigen, fast berenteten Schwestern, die den 30-jährigen Ärztinnen das Leben schwer machen. Während die männlichen Kollegen, die sich m.E. genauso verhalten, oder mit diesem Selbstbewusstsein ankommen, nicht kritisiert werden. Das sind sehr männliche, in diesem Sinne sehr positive Charakterzüge und der Mann macht die

Arbeit ganz toll, während die Frauen arrogante Zicken sind.

Therese: Ich glaube, das sind ganz unreflektierte Rollenbilder, die sie in sich tragen. Das sind männlich konnotierte Eigenschaften, die positiv bewertet werden. Oder wie Deine Chefin, Susanne, wenn die eben durchsetzungstark ist und unliebsame Entscheidungen trifft, dann wird sie z.B. für eine arrogante Zicke gehalten und ist wider Erwarten nicht so einfühlsam, wie es oft Frauen zugeschrieben wird.

Nadja: Was müsste eigentlich geschehen, damit sich etwas in den realen gesellschaftlichen Beziehungen ändert? Und was könnte man da als linke Ärzte-Organisation tun?

Therese: Mehr Workshops anbieten, wo man übt, auf solche Situationen zu reagieren.

Christiane: Und langfristig sollte es auch in der Uni im Unterricht auftauchen und in den Lehrplan aufgenommen werden. Wir hatten z.B. schon Unterricht zu kulturellen Diversitäten, was bedingt durch Kommilitonen und Kommilitoninnen aber auch sehr schwierig war. Insgesamt viel zu wenig. Allgemein sollte im Unterricht mehr Zeit und Raum für kritische Diskussionen sein.

Susanne: Es wäre z.B. gut, wenn Workshops, wie Therese sie in Berlin gemacht hat, ins Curriculum aufge-

nommen würden, am besten gleich zu Beginn des Studiums oder spätestens vor dem PJ – dass das wie ein Untersuchungskurs einfach Teil des Studiums ist.

Roxana: Könnten wir nicht auch jemandem vom vdää als Ansprechpartner*in für die, die interessiert sind am Thema »Sexismus in Studium und Klinik« auf die Website setzen?

Nadja: Gute Idee! Und vielleicht auch eine Sammlung von Texten dazu. Und dieses Workshop-Angebot aufgreifen, das kann man ja auch nochmal machen, da gibt es ja schon ein Konzept.

Roxana: Ich fände es auch mal total cool von den Männern im erweiterten Vorstand zu erfahren, was deren Erfahrungen sind und wie die diese Thematik empfinden. Ich habe z.B. eine positive Erinnerung. Hier in Dresden gibt es immer den Fem-Talk, eine feministische Gesprächsrunde. Kürzlich war »work – polit – life-Balance« das Thema: Geht das oder ist das nicht eh nur ein neoliberales Konzept? Vielleicht kann man so ein Format ja in den vdää-Lokalgruppen oder als vdää-Untergruppe übernehmen, gut vorbereitet und mit Leuten aus verschiedenen Bereichen – also das, was wir jetzt hier gerade im Kleinen machen, und um es am Laufen zu halten.

Therese: Das ist eine gute Idee. Die Idee der Veranstaltungen im Podiumsdiskussionsformat finde ich auch gut: ein paar Diskussionsfragen zur Vorbereitung, und das dann als lokale Veranstaltung.

Nadja: Dann lasst uns überlegen, so ein Format anzubieten und ein Veranstaltungskonzept dazu zu machen.

Christiane ist Medizinstudentin (2.Staats-examen), gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin, z.Zt. Arbeit an der Dissertation und Lohnarbeit im Seniorenheim; Therese Jakobs ist Ärztin in Weiterbildung Innere Medizin; Roxana Müller ist Ärztin in Weiterbildung Kinderheilkunde; Susanne Zickler ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Ärztin in Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Let's talk about sexism

Bericht der Ortsgruppe Berlin des vdää

Die oft gehörte Behauptung, Sexismus sei heutzutage kein Thema mehr, erscheint zynisch in Anbetracht der aufgewirbelten Debatten der letzten Jahre. #MeToo verlief im Gesundheitssektor zwar leiser und zögerlicher als in anderen Branchen, aber dennoch wurde die Tragweite des Problems deutlich. Laut der *Watch-Protect-Prevent Studie*, die im Oktober 2018 veröffentlicht wurde, haben 76% der weiblichen und 62% der männlichen befragten Angestellten der Charité Berlin bereits sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz erlebt.¹ Demzufolge würden ihnen im Kolleg*innenkreis wahrscheinlich die meisten Frauen* von Erfahrungen mit sexistischen Äußerungen, Belästigungen, verbalen oder sogar physischen Übergriffen berichten können. Durch die Initiative der Berliner Gruppen der Kritischen Mediziner*innen und der Medical students for choice wurden Beispiele solcher Situationen gesammelt und anonymisiert veröffentlicht.² Dies sind keine Einzelfälle und es deckt sich mit einigen unserer persönlichen Erfahrungen in Studium und Klinik, befanden wir in der Berliner Gruppe des vdää. Wir organisierten einen Workshop zu antisexistischen Argumentationen und Empowerment speziell für im Gesundheitswesen Tätige und Studierende. Wir wollen mit diesem Artikel die Debatte um sexistische Strukturen im Kontext von Krankenhaushierarchien weiterführen und auch in den vdää tragen, eine Einführung in unser Verständnis von Sexismus geben und von dem Anti-Sexismus-Workshop berichten, den wir am 2. März 2019 erfolgreich veranstaltet haben.

■ **Worüber sprechen wir, wenn wir Sexismus sagen?**

Sexismus ...

... ist ein gesellschaftliches strukturelles Problem, das sich durch weit

verbreitete Vorstellungen, Erwartungen und Einstellungen aufgrund des zugeschriebenen Geschlechts auf alle Menschen auswirkt, dies jedoch auf unterschiedliche Art und Weise. Sexismus ist ein strukturelles aber auch ein interaktionelles, kommunikatives Problem.

... ist eine Erscheinungsform eines ungleichen Machtverhältnisses, dieses bestimmt den Handlungsspielraum

... begründet soziale und materielle Benachteiligungen zum Beispiel auf dem Arbeitsmarkt, bei Lohnniveaus zeigt sich eine Gender-pay-gap, bei Redeverhalten, durch gesellschaftlich vermitteltes Sicherheitsgefühl (wie oft wird Mädchen gesagt, sie sollen abends nicht alleine rausgehen und wie oft ihren Brüdern?), in Körpersprache, bei zugeschriebenen Fähigkeiten und Eigenschaften, bei Rollenerwartungen...

... hat verschiedene Ebenen: Alltagssexismus, sexualisiertes Verhalten, sexuelle Belästigung, sexualisierte Gewalt / verbal, non-verbal oder physisch

... betrifft meist Frauen*, Queers und verschiedene Menschen nicht heteronormativer sexueller Identität oder Orientierung

... muss auch intersektional gedacht werden und betrifft häufiger auch Menschen, die zusätzlich andere Diskriminierungsformen erleben müssen, z.B. aufgrund von Herkunft, sexueller Identität, Behinderung, Ethnizität.

Der Übergang von einer sexistisch bestimmten verbalen Äußerung, von subtilen Gesten oder Kommentaren hin zu einem sexuellen Übergriff oder sexualisierter Gewalt ist fließend, manchmal schwer bestimmbar, aber enorm wichtig zu erkennen. Juristische Grundlagen im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), Ansprechpartner*innen und Handlungsmöglichkeiten bei sexueller Belästigung finden sich am Ende des Textes. Wir wollen uns aber nun ganz bewusst auf die sexistischen Strukturen fokussieren, die oft

nicht juristisch erfasst werden, sondern subtil im Alltag, in Kommunikationsformen und Stereotypen enthalten sind. Dort anzusetzen und diese zu verändern, weicht – so unsere feste Überzeugung – auch den strukturellen Nährboden für sexualisierte Übergriffe und Gewalt auf.

Das Krankenhaus mag als beispielhafter Mikrokosmos für strukturelle Machtverhältnisse und Abhängigkeiten dienen, welcher häufig durchsetzt ist von starren Hierarchien und männlich geprägten Chefetagen, nicht selten weißhaarig dazu. So können althergebrachte sexistische Denkmuster bestehen bleiben und in entsprechende Umgangsformen gemünzt werden. Und das, obwohl die Mehrheit der Medizinstudierenden schon seit Jahren und der Pflegekräfte im Krankenhaus sowieso weiblich ist. Wir sprechen aber nicht nur von Problemen auf der Ebene zwischen Vorgesetzten und Angestellten, sondern auch unter Kolleg*innen und im Umgang mit Patient*innen.

■ **Anti-Sexismus-Workshop – Berlin – März 2019**

Für unseren Workshop in Berlin konnten wir mit Dorothea Sautter und Marion Winterholler von *S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt* zwei erfahrene Referentinnen gewinnen.³ Gemeinsam mit 30 Teilnehmer*innen haben wir einen Tag mit zahlreichen spannenden Diskussionen, Argumentationsübungen und Rollenspielen verbracht.

Immer wieder arbeiteten wir mit beispielhaften Erfahrungen, die Teilnehmer*innen gemacht haben und mit der Gruppe teilen wollten. Anhand dieser Beispiele analysierten wir Situationen mit Blick auf Stereotype und Grundannahmen auf zugrundeliegende Machtverhältnisse, auf Rollen- und Selbstverständnisse, auf die Hand-



lungsmöglichkeiten der betreffenden Personen, wie auch des Umfelds. Mit Hilfe solcher Analyse ließen sich zum einen die manchmal unsäglichen Situationen besser verstehen, vor allem aber fiel es leichter, gemeinsam Gegenargumente und Antworten darauf zu finden. Um die Handlungsfähigkeit und die Schlagfertigkeit in der konkreten Situation zu verbessern, gilt es zu üben. Genau das haben wir in kleinen Gruppen von drei Personen getan, immer wieder Rollen getauscht, argumentieren geübt und versucht, Sprachlosigkeiten zu überwinden. Die Menge der geteilten Situationen und Erfahrungen hat noch einmal deutlich gemacht, dass sexistische Erfahrungen im (Krankenhaus-)Alltag für viele leider keine Besonderheit sind.

Mehrmals gelangten wir bei der Diskussion an schwierige und umstrittene Punkte. Gehe ich in die Offensive, in den Konflikt oder beende ich die Situation lieber leiser, konfliktärmer, indem ich womöglich die Arbeitsstelle wechsele oder der betreffenden Person auf andere Art ausweiche? Die Reflektion der speziellen Situation ist persönlich und abhängig von diversen Faktoren. Die eigene Bewertung und die sich jeweils ergebenden Handlungsmöglichkeiten sind immer auch in ihrer Bedingtheit von den Machtverhältnissen und Abhängigkeiten zu sehen. Auch das zu erkennen, war für uns ein wichtiger Bestandteil des Workshops. Besonders, wenn der Kampf gegen Sexismus an der einen oder anderen Stelle nicht laut und kraftvoll geführt werden kann, ist der sichere Raum zum Austausch und zur Reflektion mit anderen umso wichtiger und aufbauender. Da wir auch gemerkt haben, wie schwierig das Überwinden der eigenen Sprachlosigkeit und Handlungsunfähigkeit selbst in einem geschützteren Rahmen sein

kann, wollen wir in den nächsten Workshops noch mehr Zeit zum Üben und Ausprobieren einplanen. Mitgenommen haben wir vor allem Momente des Empowerments, des gegenseitigen Austauschs und der Unterstützung, ebenso wie handfeste Argumente, wehrhafte Antworten und Strategien, der nächsten sexistischen Äußerung besser entgegen zu treten.

Wir haben im Anschluss ein Workshopkonzept erarbeitet, um die Inhalte und Methoden im Sinne einer Multiplikation weiterzutragen, einen ähnlichen Workshop selbst erneut durchführen zu können und anderen Hilfestellung zu bieten bei der Realisierung eigener Workshops. Wer Interesse an der Teilnahme hat oder gerne selbst einen Workshop anbieten möchte, kann sich gerne an uns wenden unter: og_berlin@vdaee.de

Anmerkungen:

- 1 Jenner S, Djermester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S.: »Prevalence of Sexual Harassment«, in: *Academic Medicine, JAMA Intern Med*, online October 03/2018, doi:10.1001/jamainternmed.2018.4859
- 2 <https://msfberlin.com/diagnose-sexismus/warum-diese-seite/>
- 3 Mehr Infos und Kontakt zum Verein unter www.signal-intervention.de

Wir schreiben Frauen und Queers, um die Binärität zweier Geschlechter in Frage zu stellen und meinen hiermit nicht nur Frauen*, die sich auch als Frauen* identifizieren, sondern auch jene, die sich der heteronormativen Definition nicht zuordnen lassen möchten.*

Zum Weiterlesen:

- »Ist doch ein Kompliment... Behauptungen und Fakten zu Sexismus«, Broschüre der Rosa-Luxemburg-Stiftung, <https://www.rosalux.de/publikation/id/8932/ist-doch-ein-kompliment-1/>
- Eva Fels / Dagmar Fink: »Was ist Sexismus?«, Wien 2002, <http://gendertalk.transgender.at/sexismus.htm>
- Antisexismusbroschüre vom Unabhängigen Redaxkollektiv, Wien 2014, <http://antisexismusbroschuere.wordpress.com>
- Mithu M.Sanyal: »Vergewaltigung-Aspekte eines Verbrechens«, Hamburg 2016

Broschüren/Flyer:

- »Was sage ich, wenn«, Reihe zu Sexismus mit Plakat und Broschüre von der Bundeszentrale für politische Bildung
- Deutscher Ärztinnenbund e.V.: »Informationsflyer für Ärztinnen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz«, 2018, https://www.aerztinnenbund.de/downloads/5/Faltblatt_MeToo.pdf

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

Neben den *Allgemeinen Menschenrechten*, der *Gleichbehandlungsrichtlinie der EU*, dem Grundgesetz und dem Strafgesetzbuch ist in Deutschland 2006 das *Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)* zum Schutz vor Diskriminierung in Kraft getreten. Im Gegensatz zum Grundgesetz, das vor allem staatliches Handeln betrifft, greift das AGG auch in das Privatrecht ein. »Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.« (§1 AGG). Es gilt u.a. für die Bereiche Zugang zu Erwerbstätigkeit und beruflichem Aufstieg, Arbeits- und Entlassungsbedingungen, Bildung, soziale Sicherheit und Wohnraum.

Arbeitgeber*innen werden durch das Gesetz verpflichtet, erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vor Benachteiligungen zu treffen. Das beinhaltet Prävention, Schutz der betroffenen Person durch geeignete Maßnahmen zur Unterbindung (ggf. Abmahnung, Umsetzung, Versetzung oder Kündigung der ausübenden Person), Bekanntmachung des AGG sowie Einrichtung einer Beschwerdestelle bzw. eines Beschwerdeverfahrens.

Arbeitnehmer*innen haben ein Leistungsverweigerungsrecht, wenn keine oder ungeeignete Maßnahmen erfolgen sowie Anspruch auf Entschädigung bzw. Schadenersatz.

Anlaufstellen

Intern: Betriebsrat, Personalrat, MAV, Gleichstellungsbeauftragte
Extern:

- Antidiskriminierungsstelle des Bundes: Unterstützung und juristische Erstberatung für Menschen, die Diskriminierungen erfahren haben
- verdi: bietet Mitgliedern Beratung und Rechtsbeistand
- Hilfeteléfono: Gewalt gegen Frauen*: bundesweites Beratungsangebot für Frauen, die Gewalt erlebt haben oder noch erleben, telefonisch (0800 0116016) und per Online-Beratung
- Wildwasser e.V.: Beratung für Betroffene sexualisierter Gewalt

Diagnose: Sexismus

Alicia Baier über #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité

Die *Medical Students for Choice (MSFC) Berlin* sind Medizinstudierende der Berliner Charité, deren Kernthemen die Verbesserung der medizinischen Ausbildung zum Schwangerschaftsabbruch und die Organisation der sogenannten »Papaya-Workshops« sind.

2018 beschäftigten wir uns jedoch zusätzlich mit dem Thema Sexismus in der Medizin, und davon möchte ich hier berichten. Auf Station beschleicht uns bisweilen das Gefühl, als ob die feministischen Debatten der letzten Jahre die seit Jahrhunderten festgefahrenen, patriarchalen Strukturen in der Medizin kaum tangiert hätten. Ärzte, die – obgleich ihre Partnerinnen ebenfalls Medizin studiert haben – maximal zwei Monate Elternzeit nehmen, sind die Regel. Selbst hierfür werden sie von ihren Chefs bisweilen gerügt und gefragt, ob ihnen ihre Karriere denn nicht wichtig sei. Obwohl wir mittlerweile einen dermaßen hohen Frauenanteil im Medizinstudium haben, treffen wir nur selten auf Ober- und Chefärztinnen. Und natürlich waren wir selbst – ausschließlich cis-Frauen – mehrfach sexistischen Sprüchen im Krankenhaus ausgesetzt. Als feministische Gruppe konnten wir das Thema Sexismus nicht mehr ignorieren. So entstand das dringende Bedürfnis, den massiven Alltagssexismus in Klinik und medizinischer Fakultät sichtbar zu machen, um à la #MeToo eine Grundlage für eine kritische Diskussion innerhalb von Medizin, Politik und Gesellschaft zu schaffen. In Kooperation mit den Kritischen Mediziner*innen schrieben wir einen Aufruf an Studierende, Pfleger*innen und Ärzt*innen, ihre Sexismuserfahrungen an Klinik und medizinischer Fakultät anonym auf einer Online-Plattform mit uns zu teilen. Innerhalb weniger Wochen sammelten wir über 200 Erfahrungen, die unter <https://msfcb Berlin.com/diagnose-sexismus/zusendungen/nachzulesen> sind.

Wir lasen uns gemeinsam durch die Fülle der Einsendungen und sprachen dabei auch über unsere eigenen Erfahrungen. Ein empowerndes Treffen: Wir waren nicht alleine, gemeinsam können wir etwas bewegen! Wir überlegten uns zu einigen sexistischen Sprüchen mögliche Antworten: ironisch, ernsthaft, wütend, kühl. Es gibt so viele Modi, in denen man sich wehren könnte. Aber wir waren uns einig – meist ist man in der entsprechenden Situation erstmal sprachlos, in Schockstarre oder mit einem innerlichen Wutanfall beschäftigt. Klare Machthierarchien im Krankenhaus erschweren zudem eine angemessene Reaktion.

Angesichts des Ausmaßes der Einsendungen und um einen tiefergehenden Austausch zu ermöglichen, beschlossen wir, dem Thema eine ganze Aktionswoche an der Charité zu widmen, die wir auf den Namen *Diagnose Sexismus* taufte. Die Frauenbeauftragte Dr. Christiane Kurmeyer eröffnete die Woche mit einem tollen Vortrag. Sie berichtete unter anderem von den Ergebnissen ihrer Studie über die Sexismuserfahrungen von Mitarbeiter*innen der Charité – eine stimmige quantitative Ergänzung zu den qualitativen Ergebnissen unserer



Umfrage. Laura Méritt, Autorin des Buches »Frauenkörper neu gesehen«, sprach in einem gut besuchten Hörsaal über die weiblichen Lustorgane, die in der medizinischen Ausbildung oft vernachlässigt werden. So wissen viele Ärzt*innen beispielsweise gar nicht, wie die Klitoris mitsamt ihren Schwellkörpern und Schenkeln eigentlich aussieht – sie kennen meist nur die von außen sichtbare Klitorisperle. Sarah Diehl, Autorin des Buches »Die Uhr, die nicht tickt – kinderlos glücklich«, luden wir ein, über die Erwartungen an Frauen zu sprechen, eine bestimmte Mutterrolle erfüllen zu müssen. Wer sich als Frau gegen die Mutterschaft entscheidet, muss sich häufig dafür rechtfertigen. Zugleich bedeutet eine Schwangerschaft und die Entscheidung für ein Kind für viele Ärztinnen leider immer noch das Aus ihrer Krankenhaus-Karriere – und das, obwohl sich die junge Generation seit Langem familienfreundlichere Arbeitsmodelle wünscht.

Aus unserer Aktionswoche nehmen wir mit, dass es zwar durchaus auch positive Entwicklungen in der Medizin gibt, was das Thema Antisexismus betrifft. In einem System mit starren Hierarchien und überwiegend männlich besetzten Führungspositionen liegt jedoch noch ein weiter Weg vor uns, bis wir die Gleichberechtigung wirklich erreicht haben werden. Es braucht viele, viele kritische Stimmen, die nicht müde werden, sich gegen berufliche Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts einzusetzen. Wir wünschen uns eine moderne Medizin frei von Alltagssexismus und altmodischen Geschlechterrollen, und werden weiter dafür kämpfen.

Alicia Baier ist Gründerin der Medical Students for Choice Berlin, aktuell im Aufbau von Doctors for Choice Germany e.V. aktiv

»...oder wollen Sie, dass Ihr Kind stirbt?«

Mascha Grieschat über Gewalt im Kontext von Geburtshilfe

Weil wir von verschiedener Seite auf die Diskussion über Gewalt bei der Geburtshilfe aufmerksam gemacht wurden, baten wir Mascha Grieschat, dazu einen Text für uns zu schreiben. Über diesen gab es in der Redaktion allerdings Dispute – unter anderem darüber, ob es der Sache dienlich ist oder diese eher relativiert, wenn man den Gewaltbegriff dermaßen ausweitet. Die Leser*innen mögen selbst entscheiden.

In wohl kaum einer anderen medizinischen Disziplin gipfelt die Diskriminierung von Frauen so sehr wie im Kontext von Geburtshilfe. Obwohl die Frau gerade bei der Geburt – im Moment der größten Vulnerabilität – auf Schutz, Respekt, kompetente Begleitung und ggf. auf medizinische Betreuung angewiesen ist, berichten Betroffene sowie Fachpersonal viel zu häufig von traumatischen Geburtserfahrungen durch verbale Misshandlung, physische, psychische und strukturelle Gewalt – aber auch von systemischen Missständen, von sekundärer Traumatisierung durch Bezeugen oder Zwang zur Täterschaft.

Offizielle Zahlen fehlen noch immer, aber eine aktuelle journalistische Befragung von über 10.000 Teilnehmerinnen (SternTV, nicht repräsentativ) zeichnet ein Bild von 56% Betroffenen von geburtshilflicher Gewalt in Deutschland. Schätzungen von Fachleuten und Geburtsaktivist*innen bewegen sich je nach Definition der Gewalt zwischen 10% und 50%. Die Auswertungen der *Roses Revolution*, einer globalen Aktion gegen Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe, zeigen jedes Jahr die massiven Verletzungen der Grundrechte von Mutter und Baby sowie den Patientenrechten auf. Das Ausmaß und der Handlungsbedarf offenbaren sich in jedem der Erfahrungsberichte, die wir vom Team *Roses Revolution Deutschland* (anonym) veröffentlichen.

■ Was ist Gewalt?

Grundsätzlich unterscheidet man bei Gewaltformen grob zwischen physischer, psychischer und struktureller Gewalt, die sich oft gegenseitig bedin-

gen und hier nur in einem Ausschnitt mit besonderem Fokus auf die eigentliche Geburt gezeigt werden können. Bei der genaueren Definition zeigt sich, wie facettenreich und komplex diese nach wie vor tabuisierte Gewaltform ist: Gewalt im Kontext von Geburtshilfe sind Handlungen und/oder Vorgänge, die sich sowohl während der Geburt, als auch in der Schwangerschaft oder im Wochenbett negativ beeinflussend, verändernd oder schädigend auf Frauen, gebärfähige Menschen (Transsexuelle) und ihre (ungeborenen) Kinder auswirken. Indirekt können Väter, Partner*innen, Familienangehörige oder geburtshilfliches Personal wie Hebammen, Ärzt*innen und Anästhesist*innen betroffen sein.

Zumeist wird die Gewaltform durch medizinisches Personal oder andere an Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beteiligte Menschen ausgeübt. Dabei kann sie jedoch stark sozial, strukturell bzw. systemisch bedingt sein, z.B. durch (veraltete) praxis- und klinikinterne Vorgaben, »falsche« Routinen, Raum-, Personal- und/oder Zeitmangel und sie ist in einigen Punkten vergleichbar mit Gewalt in der Pflege.

Die Ursachen sind facettenreich und reichen von der Weitergabe selbst erlebter Traumata über mangelhafte Arbeitsbedingungen und übersteigerter Ökonomisierung bis hin zu Machtmiss-

brauch. Hinzu kommen eine schwierige Fehlerkultur, die fehlende Gelegenheit zur Supervision und mangelnde Fachkenntnis über den physiologischen Geburtsprozess sowie ein veralteter Fortbildungsstatus – z.B. in Bezug auf den Zustand nach einer Sectio oder die Besonderheiten einer traumasensiblen Begleitung nach anderen Gewalterfahrungen.

Rechtlich gilt, dass alle medizinisch nicht indizierten Untersuchungen bzw. Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit, ohne Aufklärung und/oder ohne Einverständnis der Gebärenden/Schwangeren Körperverletzung sind, z.B. Dammschnitt, Kaiserschnitt, Fruchtblasensprengung, Ausschaben, Medikamentengabe, Kristellern, Katheter legen u.ä. Umgekehrt sind fehlende oder nicht ausreichende Gabe von Schmerzmitteln während der Wehen, beim Nähen von Geburtsverletzungen oder gar beim Kaiserschnitt ebenfalls physische Gewalt. Als weitere Punkte sind zu nennen:

- Festhalten,
- Festschnallen der Beine,
- grobe Behandlung (z.B. unnötige Schmerzen zufügen),
- keine freie Wahl der Geburtsposition und/oder Zwang, unter Wehen still zu liegen,
- Kneifen, Ohrfeigen oder Schläge.

»Meine Geburt war eine einzige Misshandlung! Eine Misshandlung meines Körpers, meiner Würde, meiner Seele, meines Stolzes.«
(Mutter, *Roses Revolution Deutschland* – RRD, 25.11.2018)

»Ich bin Hebammenschülerin in Süddeutschland. Jeden Tag aufs Neue erlebe ich hautnah Gewalt im Kreißaal, teils so schlimm, dass ich einfach nur noch sprachlos bin.«
(Hebamme, RRD 2017)

Es ist nicht nur offensichtlich brutale Gewalt, z.B. durch ein fachlich nicht korrektes Kristellermanöver, welche großen Schaden bei den Betroffenen verursachen kann, auch eine gewalttätige Kommunikation verletzt nachhaltig, wie dieses Beispiel zeigt: »Als Vater habe ich die Geburt meines ersten Kindes als gewaltsam erlebt, weil der behandelnde Chefarzt meine Frau während der Geburt wiederholt erniedrigend angesprochen hat und durch heftigen Druck auf den Bauch körperlich geradezu misshandelt hat.« (Erzähl-Café-Aktion 2018). Verbale Gewalt äußert sich außerdem sehr häufig durch Drohungen (»... oder wollen Sie, dass ihr Kind stirbt?«) und abschätzige Bemerkungen (»... ach Schätzchen«), aber auch durch Anschreien oder Beschimpfen. Dazu gehört das Nicht-Kommunizieren durch Alleine-Lassen und Ignorieren.

Eltern sind – aus Angst um ihr Kind – Machtmissbrauch, Nötigung und Willkür oft schutzlos ausgeliefert. Weitere Aspekte der psychischen Gewalt sind:

- Druck ausüben oder erpressen,
- Entmündigen,
- Gebärende unter Geburt allein lassen, obwohl sie Begleitung braucht und will,
- keine (echte) Wahlfreiheit bei medizinischen Interventionen lassen bzw. »programmierend« oder einseitig aufklären,
- Nicht-ernst-Nehmen,
- Zwang,
- Verbot zu essen/trinken, sich zu bewegen.

»Der Schließmuskel, die Schamlippen, die Klitoris und der Harnaussgang waren gerissen – dritten Grades. Genäht wurde sie über eine Stunde lang nur mit örtlicher Betäubung (...) Der OA sagte: »Dafür machen wir nicht extra den OP dreckig.« (...) Schmerzen wie als würde sie sterben. Ihre Kraft, ihre Weiblichkeit, ihre Sexualität und ihre Würde wurden ihr sozusagen weggenäht.« (Therapeutin Doula, RRD 2018)

Die **Diskriminierung** in Bezug auf Alter, (soziale) Herkunft, sexuelle Neigung oder Gewicht etc. ist ein weiteres großes Feld der geburtshilflichen Gewalt und zeigt sich jeweils in den verschiedenen Gewaltformen, auffällig häufig jedoch verbal durch Anspielungen oder offene Beleidigungen, z.B.: »Für eine natürliche Geburt sind sie viel zu fett« Oder: »Die versteht eh kein Deutsch und beim fünften Kind kannst'e da nichts mehr kaputt machen«. (Hebammenschülerin wurde so zum Dammschnitt bei einer Sinti-Frau genötigt (med. Mitarbeiterin RRD 2017).

Sexualisierte Gewalt

- Husband Stich (zu enges Nähen nach Dammschnitt/-riss),
- vaginale Untersuchungen unnötig oder unnötig häufig und grob durchführen,
- vaginale, anale Untersuchungen oder Einläufe ohne Einverständnis,
- sexualisierte Witze (»Raus kommt's nicht so leicht wie rein, gell?«),
- sexuelle Stimulation
- Re-Traumatisierung z.B. durch Beine auseinanderdrücken, Zwang in bestimmte Position.

Strukturell bedingte Gewalt

- fehlende Raumkapazitäten oder Personalangel: geburtshilfliche Klini-

ken weisen Frauen selbst unter Wehen und mit Voranmeldung ab,

- Hierarchien im Kreißsaal,
- Defensivmedizin (aus Angst vor Regressforderungen),
- systemisch bedingter Druck,
- veraltete interne Standards (z.B. Legen eines Zugangs ohne Notwendigkeit, medizinisch nicht indizierte Einleitung: »Wir leiten spätestens an ET+7 ein«, »Einmal Kaiserschnitt immer Kaiserschnitt«)
- Kreißsaalschließungen, fehlende wohnortnahe Versorgung
- Hebammenunterversorgung
 - Qualität der Geburtshilfe sinkt: Gebärende werden im Kreißsaal allein gelassen, da die Hebamme sich um bis zu fünf andere Frauen kümmern muss. Die Geburt wird dahingehend »programmiert« – z.B. wird der Frau eine schmerzstillende PDA aufgedrängt, weniger aus medizinischer Indikation als aus Arbeitserleichterung: Die Frau ist ruhig.
 - Schwangere bleiben ohne Betreuung zur Vorsorge, zur individuellen Geburtsbegleitung durch Bezugs-/ Beleghebamme oder zur Nachsorge
 - trotz »blutiger« Entlassung keine Wochenbettversorgung zuhause für Mutter und Kind, mangelhafte Stillbegleitung
- Ökonomisierung, DRG-System: interventionsfreie Geburtshilfe lohnt sich nicht
- Überversorgung: hohe Interventionsraten (ca. 93% aller Geburten), hohe Kaiserschnitttrate (ca. 33%)

Bei allen Gewaltformen ist festzuhalten, dass das (ungeborene) Kind durch die enge Bindung zur Mutter ohne Ausnahme mitbetroffen ist. Zusätzlich kann es unmittelbar betroffen sein, z.B. durch frühzeitiges Abnabeln, was mit unnötig hohem Blutverlust und Stress einhergeht.

Rückblickend sprechen Frauen in Bezug auf das gewaltvolle Geburts-



erleben häufig von Entmündigung, Trauer, Wut, Empörung, gar Entmenschlichung. Fast immer geht es mit Angst, Hilflosigkeit und Vertrauensverlust, aber auch Resignation einher. Oft werden Parallelen zu einer Vergewaltigung gezogen.

Grundsätzlich variieren die Folgen bei den Betroffenen je nach Gewaltform stark und können ihre Gesundheit auch noch Jahre später negativ beeinflussen. Nach physischer Gewalt reichen sie von (Wundheilungs-)Schmerzen bis hin zu chronischen körperlichen Einschränkungen. Auf psychischer Ebene reichen sie von kurzzeitiger Erschütterung bis hin zu schweren Depressionen, Traumatisierungen und post-traumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Häufig leiden die Beziehungen zum Kind und zum Partner bzw. zur Partnerin nachhaltig. Insgesamt sind die Langzeitfolgen bei Mutter und Kind erst wenig untersucht. Fest steht, dass Frauen nach einer negativen Geburtserfahrung im Verhältnis weniger Kinder bekommen und der Zeitraum zu einer eventuellen Folgeschwangerschaft erheblich länger ist. Laut der nationalen Befragung von Doxa und OVOItalia 2017 werden in Italien jedes Jahr 20.0000 Kinder weniger geboren, weil 6% der Mütter aufgrund gewaltvoller Geburtsbehandlung auf weitere Kinder verzichten. Internationale Studien zeigen außerdem, dass zwischen ca. 3-6% der Mütter nach der Geburt das volle Krankheitsbild einer PTBS entwickeln.

Angesichts des Ausmaßes der individuellen und gesellschaftlichen Folgen ist das Angebot an niedrigschwelligen, qualitativen und kostenfreien Hilfangeboten für Betroffene viel zu gering. Dennoch gibt es Möglichkeiten zur (Trauma-)Therapie, z.B. via *Schatten und Licht* e.V., das Hilfetelefon »Gewalt gegen Frauen« oder das für Oktober 2019 geplante »Hilfetelefon nach Geburt«, mancherorts sind Selbsthilfegruppen gegründet, das Fortbildungsangebot wächst. Die Heilungswege sind verschieden: Den Einen hilft ein klärendes Geburtsnachgespräch in der Klinik oder eine Aussprache in Briefen an das Beschwerdemanagement, andere wählen den juristischen Weg (Strafanzeige, Strafverfahren), der ohne Schädigung des Kindes jedoch



meist erfolglos bleibt. Als heilsam beschreiben Betroffene die Teilnahme an der *Roses Revolution*, bei der am 25.11. rosafarbene Rosen niedergelegt und Berichte unter dem Hashtag #rosrev (anonym) veröffentlicht werden, um ein Zeichen gegen geburtshilfliche Gewalt zu setzen. Auf diese Weise können sie Rückmeldung geben, in Kommunikation treten und ihrem Schmerz Ausdruck verleihen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hielt in ihrem Statement zur Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen bereits 2014 fest: »Jede Frau hat das Recht auf die bestmöglichen Gesundheitsstandards, welche das Recht auf eine würde- und respektvolle Behandlung beinhalten«, und stellte ein umfassendes Maßnahmenpaket für eine würdevolle Geburtshilfe vor. Die Umsetzung dieser Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt *aller* Beteiligten sowie die Berücksichtigung der Istanbul Konvention habe ich im Januar 2018 in einer Bundestagspetition für eine umfassende Geburtshilfe reform eingefordert, welche u.a. von allen drei Hebammenverbänden, der ISPPM (International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine), dem AKF und Terre des Femmes unterzeichnet wurde. Auf Antwort des Petitionsausschusses warten wir noch heute. Dringend nötige politische Maßnahmen blieben trotz Protesten, Brandbriefen

und Petitionen aus bzw. gehen nicht weit genug: So wurden im bemerkenswerten nationalen Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« (Januar 2017) zwar sehr gute Handlungsempfehlungen entwickelt, die aber keinerlei explizite Gewaltprävention beinhalten und bei der Umsetzung allein auf die Freiwilligkeit der vielfältigen Akteur*innen setzen. Positiv lässt sich bewerten, dass die Leitlinien »Vaginale Geburt am Termin« und »Sectio caesarea« – z.T. sogar unter Beteiligung von Elternvertreter*innen – nach langer Überarbeitungszeit Ende 2019 und Anfang 2020 fertig gestellt werden sollen. Sie sind ein wichtiger Schritt für eine verbindliche Veränderung im System.

Erfreulich ist außerdem, dass endlich auch große Kongresse die Auswirkungen von Geburtserfahrung ausführlich behandeln, wie z.B. die Jahrestagung der ISPPM am 25.-27. Oktober 2019 in Fulda mit dem aussagekräftigen Titel: »Traumatische Geburtserfahrung als lebenslanger Belastungsfaktor – Gesunde Geburtserfahrung als lebenslange Ressource«.

Mehr Infos zum Thema auf:
www.gerechte-geburt.de

Mascha Grieschat, Hamburg, Lehrerin, Theaterpädagogin, Doula und Mutter von drei Kindern, Gründungsmitglied im Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur, Mother Hood e.V. sowie Gründerin der Initiative für gerechte Geburtshilfe, Team Roses Revolution Deutschland.

Müttergesundheit als Gütezeichen

Melanie M. Klimmer über ein Kriterium für die Stärke eines Gesundheitssystems

Stärke und Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems lassen sich am sichersten über die Müttersterblichkeitsrate einschätzen: Sie ist der sensibelste und verlässlichste Hinweisgeber, so unsere Autorin Melanie M. Klimmer.

■ Soziale Integrationskraft

Gesundheitssysteme sind immer Ausdruck des bestehenden politischen Systems, den dominierenden kulturellen Praktiken und Gendernormen sowie dem wirtschaftlichen Umfeld. Die Gesundheitsversorgung ist somit auch ein Zuteilungs- und Verteilungsinstrument in der jeweiligen Gesellschaft. Durch sie wird sichtbar, ob Gesundheit und körperliche und seelische Unversehrtheit jedes einzelnen als Menschenrecht aufgefasst und deshalb unabhängig vom sozialen oder ökonomischen Status der Person gewährleistet werden. Daher sind Gesundheitssysteme, die ungewollt schwangere Frauen und Minderjährige für unsichere Abtreibungen in sogenannte »Backstreet Clinics« abdrängen (taz, 7/2008) oder solche, die Menschen ohne Papiere und mit unsicherem Status durch die Zusammenarbeit von Sozial- und Migrationsbehörden in den Untergrund treiben, die keine Antwort auf sexualisierte Gewalt finden, die Gewalt unter der Geburt dulden oder sogar noch aus ökonomischer Rason befördern, keine wirklich hervorzuhebenden »starken« Gesundheitssysteme.

■ Soziale Integrationskraft bis in die Peripherie?

Die Stärke eines Gesundheitssystems bemisst sich an seiner sozialen Integrationskraft, seiner Reichweite, seinem Umverteilungsgrad und der Wertschätzung des Lebens in all seinen Facetten. Die Müttersterblichkeitsrate (*Maternal Mortality Rate* – *MMR*) ist ein sicherer Indikator: Ist man auch auf dem Land professionell, personell, materiell und infrastrukturell auf alle Situationen

vorbereitet, die mit einer umfassenden Primärversorgung, einschließlich der Geburtshilfe, einhergehen? Werden auch diejenigen Mütter vom System eingebunden, die am sozialen und wirtschaftlichen Rand der Gesellschaft leben, weil sie vielleicht zu der unteren Gesellschaftsschicht gehören, im falschen Stadtviertel wohnen, die falsche Sprache sprechen, aufgrund ihres Geschlechts Nachteile erfahren, wegen ihrer Lebenssituation illegalisiert oder kriminalisiert sind? Ein ausgrenzendes Gesundheitssystem kann kein starkes sein.

■ Unerledigte Aufgaben

Der *Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)* hat am 10. April 2019 in Berlin seinen Weltbevölkerungsbericht vorgestellt. Er steht in diesem Jahr unter dem Titel *Unfinished Business* – dies deshalb, weil nun verstärkt eine menschenrechtsbasierte Bevölkerungspolitik zur weltweiten Durchsetzung sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung und der Gleichstellung der Geschlechter in den Mittelpunkt gerückt werden soll. Die UNFPA fördert »eine Welt, in der jede Schwangerschaft gewollt, jede Geburt sicher und das Potenzial jedes jungen Menschen verwirklicht wird«. 136 Millionen Menschen sollen 2018 zudem auf humanitäre Unterstützung angewiesen gewesen sein. Dies stellt auch die Gesundheitssysteme derjenigen Länder zusätzlich vor sehr große Herausforderungen, die Binnenflüchtlinge und Geflüchtete aus Nachbarländern aufnehmen.

Krisen durch Kriege, Bürgerkriege, politische Unruhen und Umweltkatastrophen wirken sich immer unmittelbar

auf die humanitäre Situation eines Landes oder einer Region aus und haben damit direkten oder indirekten Einfluss auf das Überleben und die Sicherheit von Müttern (und Kindern). Das Risiko für Früh-, Fehl- und Totgeburten steigt an. Auch beklagen verschiedene humanitäre Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen oder *Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.* einen nicht tolerierbaren Tabubruch hinsichtlich der immer häufiger stattfindenden, gezielten Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal in Krisengebieten, so dass nötige Hilfe nicht mehr geleistet werden kann. In Krisenregionen ist Frauen oft der notwendige Zugang zu Hilfsgütern erschwert, die Mobilität durch sexualisierte Gewalt wegen unsicheren Wegen, unzureichenden Schutzmaßnahmen in Flüchtlingsunterkünften und -lagern oder fehlenden Zahlungsmitteln eingeschränkt und die Gefahr ungewollter Schwangerschaften – auch durch die mangelnde Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, erhöht. Noch immer gibt es nach UNFPA-Angaben rund 89 Milli-

Müttersterblichkeit (WHO-Definition)

»Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft oder dem Ort, an dem sie stattfindet oder die Maßnahmen, die in Bezug auf sie getroffen wurden, jedoch nicht wenn die Todesfälle auf Zufälle oder Versagen zurückzuführen sind.« Als Ursache mit eingeschlossen sind Extrauterin gravidität und Schwangerschaftsabbruch.

onen ungewollte Schwangerschaften in Ländern des globalen Südens. Unsichere Abtreibungen gelten dabei als die Hauptursache für Verletzungen und Todesfälle bei Müttern. UNFPA und Ärzte ohne Grenzen berichten von knapp 7 Millionen Frauen und Mädchen, die jedes Jahr wegen Komplikationen im Rahmen von unsicheren Abtreibungen in Kliniken eingeliefert werden, und noch viel mehr Frauen fehlt ein solcher Zugang.¹

■ **Müttersterblichkeit in den USA gestiegen**

Während man zum Beispiel in Kasachstan, Ost-Timor oder Vietnam die MMR deutlich senken konnte, verschlechterten sich die Raten in den USA neben denen in Guyana, Serbien, Südafrika, Südkorea, Surinam oder Venezuela. So starben 1990 laut *The Lancet* in den USA noch 12 Mütter auf 100.000 Lebendgeburten; das entspricht in absoluten Zahlen 470 Fällen. 2015 lag die MMR bei 14/100.000 (absolut 550 Fälle). Das Civil Registration System gibt für 2013 sogar 998 Fälle an. Zum Vergleich: In Deutschland ging die MMR von 11 im Jahr 1990 auf 6/100.000 Lebensgeburten im Jahr 2015 zurück – jede Frau konnte sicher und in Begleitung von qualifiziertem Personal entbinden, seit 2014 auch anonym. In den einzelnen US-Bundesstaaten sorgt ein Flickwerk im Reporting-System mit dafür, dass mütterliche Todesfälle nicht eigenständig erfasst werden, so dass Ursachen nicht gezielt erforscht werden können.

Es werden verschiedene Ursachen für den Anstieg in den USA diskutiert: Im Gesundheitssystem der USA werden nachgeburtliche Depressionen und andere psychische Erkrankungen nur unzureichend aufgefangen. Im US-Bundesstaat Texas machen Suizide, Tötungsdelikte und Überdosierungen nach Drogenkonsum knapp die Hälfte aller Todesfälle im Wochenbett aus. Oft stehen finanzielle Sorgen im Vordergrund. Auch diskutieren Fachleute die Rolle von Diskriminierungserfahrungen von Müttern mit nicht-weißer Hautfarbe, wenn sie Gesundheitsleistungen wahrnehmen. Misstrauen und erhöhte Schwangerschafts- und Geburtsrisiken seien die Folge. Auch die Ausrichtung



von Gesundheitseinrichtungen auf häufiger vorkommende, klinische Notfälle und weniger auf seltene Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, wird als Ursache angeführt. In stark ökonomisierten Gesundheitssystemen ist aber auch eine hohe Sectio-Rate auffällig. Geplante Termine, routinemäßige Abwicklung und höhere Einnahmen sind die Grundlage dieser fragwürdigen Entwicklung. Dabei wird außer Acht gelassen, dass jede weitere Geburt mit erhöhten Risiken, beispielsweise für Blutungen, Uterusrupturen und Placentae praeviae einhergeht und die Psyche der betroffenen Frauen massiv leidet.

■ **Besondere Herausforderungen an das Knowhow**

Schwangerschaft und Geburt stellen immer eine besondere Herausforderung an das Knowhow von Gesundheitsfachpersonal dar. Um eine sichere Geburt gewährleisten zu können, sollte daher geschultes, professionell ausgebildetes Fachpersonal vorgehalten werden, seien es Traditional Birth Attendants oder Hebammen. Richtig einzuordnen und zu behandeln sind nicht allein die Risiken und möglichen Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett selbst – beispielsweise Frühgestosen bis zur 20. SSW, Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Mehrlingsschwangerschaften, ausbleibende Kindsbewegungen, Schwangerschaftsabbruch, u.a. Schwangerschaft und Geburt sind immer auch eingebettet in die allgemeine Lebenssituation

der Mutter, in kulturelle Wertvorstellungen, soziale Normen, den sozio-ökonomischen und genderspezifischen Status und die rechtliche und politische Situation eines Landes. Daher: Wird auch der Allgemeinzustand der Mutter bei der medizinischen Beratung und Betreuung mitberücksichtigt, und dazu gehören unter anderem Unterernährung, Vorerkrankungen wie Polio, bestehende Infektionskrankheiten mit besonderer Behandlungsbedürftigkeit, besondere Stresssituationen, Familienplanung, Impfstatus, Stillberatung, soziale Ausgrenzung, vielleicht sogar eine sexuelle posttraumatische Belastungsstörung? Wird Hilfe unabhängig vom sozialen und ökonomischen Status und der sozialen Einbindung durch Familie ermöglicht? Ist der Zugang niedrigschwellig und vor Ort, die Hilfe vor und nach der Geburt regelmäßig und zugehend? Sind Notfalldienste bei Geburtskomplikationen rasch verfügbar? Ist das nicht der Fall, ist mit einem Anstieg der Müttersterblichkeit zu rechnen.

■ **Weltweite Gesundheitssystemkrisen**

Fast jeder zweite Staat der Erde hat eine Gesundheitssystemkrise². Der oft damit einhergehende Fachkräftemangel wird zu einem Gegenspieler für die Erzielung der Globalen Millennium-Ziele der UN und zu einer eigenständigen Determinante von Gesundheit mit entsprechender Wirkung auf die Müttersterblichkeit. Die Gesundheitssysteme von 57 Staaten Afrikas, Asiens und Lateinamerikas befinden sich nach



Kriterien der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) sogar in akut kritischem Zustand. Dort stehen weniger als 2,28 Gesundheitsfachkräfte auf 1.000 Einwohner für die primäre Gesundheitsversorgung und damit auch für die Geburtshilfe zur Verfügung³. Es fehlten weltweit rund 18 Millionen qualifizierte Fachkräfte im Gesundheitswesen, hieß es auf der diesjährigen Jahreshauptversammlung der WHO im Mai in Genf.⁴ Während die Länder des globalen Nordens die Anwerbung von Gesundheitsfachpersonal aus Afrika und Asien sogar noch forcieren, zeigte man sich beim G7-Gipfel der führenden Wirtschaftsnationen im Mai in Paris darin einig, die Gesundheitssysteme in diesen Ländern stärken zu wollen. Infektionskrankheiten wie Malaria, Aids und Tuberkulose sollen bis zum Jahre 2030 ausgerottet und Ebola-Epidemien, wie zuletzt im Kongo, eingedämmt werden.⁵

Die Stärke eines Gesundheitssystems kann aus verschiedenen Gründen aber nicht am Erfolg von Parallelstrukturen

Müttersterblichkeitsrate in Deutschland und weltweit

Nach einer 400-seitigen Publikation der UN Maternal Estimation Inter-Agency Group vom 13.11.2015 in *The Lancet*, an der 2.500 Forscher aus 130 Ländern mitgewirkt haben, ging die Müttersterblichkeit weltweit um 43,9 % gegenüber 1990 zurück; in absoluten Zahlen ausgedrückt, von 523.000 auf 289.000 Todesfälle im Jahr 2013. Noch immer sterben jeden Tag 820 Frauen an vermeidbaren Komplikationen in Folge von Schwangerschaft und Geburt, 99 Prozent davon im globalen Süden. (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, www.dsw.org) In Deutschland ist die MMR von elf in 1990 auf sechs Todesfälle in 2015 zurückgegangen. Jede Frau konnte sicher und in Begleitung von qualifiziertem Personal entbinden, seit 2014 auch anonym. In 57 Staaten der Erde hat hingegen nur jede fünfte Frau im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt eine qualifizierte, geburtshilfliche Fachkraft an ihrer Seite.

gemessen werden, wie sie durch die *Globale Impfallianz* (GAVI) oder durch die, vom *Global Fund* finanzierten, speziellen Behandlungszentren zur Bekämpfung von Malaria, Aids und Tuberkulose geschaffen wurden und weiter unterstützt werden sollen – so das Vorhaben der G7-Staaten im Mai. Es handele sich hierbei um gut finanzierte aber von außen kommende Strukturen, die sich nicht ausreichend in das vorhandene Gesundheitssystem integrieren und deshalb auch nicht einer allgemeinen Gesundheitssystemstärkung und damit dann auch der Mutter-Kind-Gesundheit zu Gute kommen, so der Gesundheitswissenschaftler und Ethnologe Heino Güllemann von der Berliner *Stiftung Umverteilen*. »Der ganze Bereich der Betreuung von Schwangeren, der Geburtshilfe, der Mütter- und Kindergesundheit bedarf nach wie vor eines flächendeckenden Angebots an Gesundheitsleistungen«, so Güllemann weiter. Es müsse tatsächlich darum gehen, in die primäre Gesundheitsversorgung in den Ländern des Südens zu investieren und im Norden die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften entsprechend dem Verhaltenscodex der WHO zu gestalten. Das heißt, vor allem für verbesserte Arbeitsbedingungen im eigenen Land zu sorgen, um den Eigenbedarf ausreichend zu decken. Andernfalls schaffe man internationale Verwerfungen, verschärfe die globalen Ungleichheiten und gefährde das Menschenrecht auf Gesundheit im globalen Süden.

Eine hohe MMR signalisiert fehlende Versorgungsstrukturen rund um diesen vulnerablen Moment von Schwangerschaft und Geburt und dass Mütter auf der Strecke bleiben und sterben. Sie ist eine Aufforderung, genau hinzuschauen, wo eine niedrigschwellige Gesundheitsversorgung fehlt, wo kulturelle Normen Frauen in der Wahrnehmung ihrer Rechte einschränken, wo geringe finanzielle Mittel ein Hindernis darstellen oder strukturelle Defizite ausgeräumt werden müssen. Sie ist Hinweisgeberin dafür, dass es Verbesserungsbedarfe gibt. Ist die MMR extrem niedrig, kann man erst von einem starken Gesundheitssystem sprechen, vorausgesetzt mütterliche Todesfälle werden tatsächlich flächendeckend erfasst und auch die psychische Gesundheit von Müttern berücksichtigt.

Melanie M. Klimmer ist Ethnologin und Sozialwissenschaftlerin, freie Wissenschaftsjournalistin (DFJV), Gesundheits- und Krankenpflegerin, Mediatorin und Inhaberin des Ateliers für Publizistik und Coaching in Würzburg, sie lehrt an Universitäten, politischen Bildungsstätten und Akademien. atelier.fuer.publizistik@gmail.com

(Dieser Artikel ist eine geänderte Version eines Kommentars von Melanie M. Klimmer aus der Deutschen Hebammen Zeitschrift, 9-2019, 71. Jahrgang)

Eine Literaturliste bekommen Sie von der Redaktion.

- 1 Ärzte ohne Grenzen Newsletter vom 4. März 2019 und UNFPA-Weltbevölkerungsbericht: »Unfinished Business«, 2019, S. 38, in: https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2019/04/WBB2019_50-dpi-1.pdf
- 2 *Terre des hommes Deutschland e.V.*: »Handbuch. Der globale Verhaltenscodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften«, August 2013, S. 3
- 3 Ebd.
- 4 Ärzte Zeitung online, 21.05.2019, Zitat des WHO-Direktors Tedros Adhanom Ghebreyesus
- 5 Ärzte Zeitung online, 17.05.2019



Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung

Von Christiane von Rauch

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung über Themen wie Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren versus »Lebensrecht« des Ungeborenen, über gleichgeschlechtliche Beziehungen und Patchworkfamilien, über die Selbstbestimmungsrechte von Schwulen, Lesben, Inter- und Transsexuellen oder polyamourösen Menschen, über künstliche Befruchtung, Leihmutterschaft, Pränataldiagnostik etc. haben in den letzten Jahren enorm zugenommen.

Nicht erst zur Zeit der zweiten Frauenbewegung in den 60er und 70er Jahren bringen sich rechte und fundamentalistisch-christliche Organisationen in die Diskussion ein und stellen ihre mehr oder weniger abstrusen, immer aber frauenfeindlichen und rückwärtsgerichteten Lebensvorstellungen in der Öffentlichkeit zur Schau. Mahnwachen, wie wir sie heute fast alltäglich vor Beratungsstellen, Arztpraxen und Kliniken erleben, die mit Abtreibung befasst sind, »1000 Kreuze-Märsche Für das Leben«, internationale Kongresse (World Congress of Families XIII, Verona 2019, veranstaltet von der International Organization for the Family – IOF) nehmen seit gut zehn Jahren weltweit zu. Sie sind Ausdruck einer weltweiten, rechten und fundamenta-

listischen Bewegung, die seit Jahrzehnten sehr aktiv und gewaltbereit in den USA agiert und unter anderem eng mit russischen, christlich fundamentalistischen Kreisen vernetzt ist. Sie verfügen über große finanzielle Ressourcen und Verbindungen zu einflussreichen Organisationen und Personen in zahlreichen Ländern. Ihr Ziel ist sehr treffend zusammengefasst unter dem Motto: Restore the natural order.¹ Die von langer Hand geplante Wahl des Richters Brett Kavanaugh in den US Supreme Court zeigt, in welchen Zusammenhängen wir hier denken müssen.

2012 gründete sich das erste Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung in Berlin als Reaktion auf mittlerweile regelmäßig in Berlin, Annaberg-Buchholz, Münster und München stattfindenden »Märsche für das Leben«. Das Bündnis setzt sich »seit 2012 gegen die von christlich-fundamentalistischen Gruppierungen angestrebte Kriminalisierung und moralisch-gesellschaftliche Ächtung von Schwangerschaftsabbrüchen ein. Wir verteidigen das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität und fordern eine aufgeklärte Familienpolitik. Wir wollen, dass alle Menschen in Deutschland ohne Bevormundung und Diskriminierung über ihr Liebesleben

und die eigene Familienplanung entscheiden können und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt werden, unabhängig von ihrer Herkunft, sexuellen und geschlechtlichen Orientierung oder sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Situation.« (<https://www.epfweb.org/node/690>)

Als im Herbst 2017 die Allgemeinmedizinerin Kristina Hänel aus Gießen aufgrund der Anzeige eines selbsternannten »Lebensschützers«, also Abtreibungsgegners – wir nennen sie Selbstbestimmungsgegner – wegen Verstoß gegen den §219a (Werbung für Schwangerschaftsabbruch) zu einer Geldstrafe in Höhe von 6.000 € verurteilt wurde, entstand schnell eine bundesweite Solidaritätswelle für Kristina Hänel und weitere angeklagte Kolleg*innen. Hier wurden auch maßgeblich Mitglieder des vdää und der Liste Demokratischer Ärzt*innen Hessen initiativ.

Die Empörung über das Informationsverbot, aber vor allem die in weiten Kreisen besonders der jüngeren Generation in Vergessenheit geratene Tatsache, dass der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland mit dem §218ff StGB nach wie vor unter Strafe steht, dass die Beratungsregelung der Schwangeren nur Straffreiheit ge-



währt, diese aber nicht vor Stigmatisierung schützt, dass immer weniger Abtreibungsmöglichkeiten bittere Realität sind, entfachte die jahrelang totgeschwiegene Diskussion über Abtreibung neu und ist bis heute nicht mehr verstummt. Im Gegenteil!

In vielen Städten bildeten sich Bündnisse für sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung oder Prochoice-Bündnisse. Es sind breite Bündnisse, die sich aus der Mitte der Gesellschaft heraus, mit vielen Fachverbänden, Parteien, Gewerkschaften, Frauenverbänden, LGBTQ-Gruppen, Studierenden gegründet haben und alle das gleiche Ziel verfolgen:

Schwangerschaftsabbruch raus aus dem Strafgesetzbuch, Abschaffung des Informationsverbots für Ärzt*innen über die Abtreibung (§219a) – also die internationale und von der WHO geforderte Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs mit dem Ziel: Safe abortion worldwide. Darüber hinaus stehen die Bündnisse für die Anerkennung und gesellschaftliche Akzeptanz der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung aller Menschen. Sie wenden sich gegen eine Kehrtwende in Sachen Menschenrechte, wie sie die rechten und fundamentalistischen Bewegungen durchsetzen wollen.

Für Mediziner*innen sind dabei folgende Aspekte wichtig:

- die Durchsetzung eines flächendeckenden medizinischen Angebots für Abbrüche,
- die Wahlmöglichkeit der Abbruchmethode,
- die Ächtung der Kürettage als in Deutschland immer noch bei 15% aller Abbrüche angewandter Methode,
- die Anerkennung und Durchsetzung des medikamentösen Abbruchs als sicherster und am meisten schonende Abbruchmethode,
- die Verankerung des Themas Schwangerschaftsabbruch im Medizinstudium,
- die Unterstützung und Förderung junger Ärzt*innen, die lernen möchten, wie Abbrüche durchgeführt werden, und die Forderung nach mehr und besseren Ausbildungsmöglichkeiten,
- die Erarbeitung von Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch und eines Curriculums, wie es sie zum Beispiel in den Niederlanden seit Jahren für die Allgemeinmediziner*innen (!) und Gynäkolog*innen gibt.

Dazu gehört der Kampf gegen die Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Gesellschaft, gegen die Stigmatisierung von Schwangeren, Berater*innen und Ärzt*innen, die mit Abbrüchen befasst sind. Hierhin gehört auch die Diskussion über das im deutschen Gesetz verbriefte Recht, aus Gewissensgründen die Mitwirkung an einer Abtreibung abzulehnen (conscientious objection), sowie die Diskussion über

die Pränataldiagnostik und das Lebensrecht behinderter Menschen, das von den Fundamentalist*innen infamerweise als moralisches Schwert gegen das Recht auf Abtreibung benutzt wird.

Nicht zuletzt geht es um die Erhaltung und Sicherung der Menschenrechte, insbesondere der Rechte von Frauen, wie sie in den *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) / UN Frauenrechtskonvention von 1979 und die Allgemeine Empfehlung Nr. 35, von 2017 zum Thema »Genderbasierte Gewalt gegen Frauen«* festgehalten sind. Das Abkommen wurde 1985 von der damaligen BRD unterzeichnet.

Zuerst in Berlin, auch in anderen Universitätsstädten wie Münster und Marburg haben sich kritische Medizinstudent*innen nach internationalem Vorbild zu *Medical students for choice – MSFC* – zusammengetan, um über Abtreibung im Allgemeinen zu informieren und im speziellen aufzuzeigen, dass Abtreibung im Medizinstudium weder inhaltlich noch praktisch »vorkommt«.

Die MSFC bieten ihren Kommiliton*innen Papayaworkshops an. Das sind international entwickelte und anerkannte praktische Workshops, in denen den Student*innen anhand der Papaya eine Vorstellung vermittelt wird, wie die Absaugmethode funktioniert und wie vergleichsweise einfach die Methode ist. Ein Hauptanliegen der Workshops ist dabei das Gespräch über den Schwangerschaftsabbruch, über die Gründe, warum Schwangere abtreiben, wie deren Gefühlslage sein kann und was bei den Studierenden selbst fachlich, emotional und politisch an Fragen auftaucht. Ärzt*innen, die selbst Abbrüche durchführen sind an den Workshops mit ihrem Knowhow beteiligt. So wird es möglich, das Tabu zu brechen.

Die Medical students for choice an der Charité in Berlin haben inzwischen erreicht, dass der Schwangerschaftsabbruch im Curriculum nicht mehr nur als irrelevantes Nebenthema im Ethikseminar behandelt wird oder auch gar nicht auftaucht, sondern dass es jetzt ein eigenes Seminar dazu gibt.

Die Solidaritätsinitiative für Kristina Hänel ist weiter aktiv und sammelt Informationen, Presseartikel, Veröffentlichungen zu den laufenden Prozessen und zur Diskussion um die §§ 218/219. Veranstaltungen zum Thema werden auf der Website gelistet, Berichte und Stellungnahmen veröffentlicht⁴.

Christiane von Rauch, Ärztin für Allgemeinmedizin i.R., Frankfurt a.M., Aktiv für die Solidaritätsinitiative für Kristina Hänel und andere, Prochoice-Aktivistin

- 1 Vertiefende Literatur dazu: Neil Datta, Secretary of the European Parliamentary Forum on Population and Development (EPF): »Restoring the Natural Order«: The religious extremists' vision to mobilize European societies against human rights on sexuality and reproduction, <https://www.epfweb.org/node/690>
- 2 Infos dazu finde sich unter: <https://www.sexuelle-selbstbestimmung.de/10603/aufruf-aktionstag-2019/>
- 3 Siehe: <https://www.sexuelle-selbstbestimmung.de/media/2019/06/28.9.-Safe-Abortion-Day-2.pdf>
- 4 Siehe: <https://solidaritaetfuerkristinahaanel.wordpress.com>

AKF

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft – vorgestellt von Susanne Zickler

» Wir sind entschlossen auf Fehlentwicklungen in der Medizin, in der wir eine Entfremdung eigentlicher medizinischer Aufgaben sehen, und durch die vor allen Dingen die Frau zum Medizinobjekt disqualifiziert wird, hinzuweisen und adäquat zu reagieren. Dabei gehen wir davon aus, dass ein Zusammenschluss kompetenter Frauen mehr Gewicht hat und somit effektiver ist, als eine Einzelstimme sein kann«. So steht es im Gründungsaufwurf des *Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft*, kurz AKF, von 1993. Frauengesundheit sollte nicht nur unter medizinischen Aspekten gesehen werden, sondern das soziale und politische Spektrum, d.h. alles, was Frauengesundheit beeinflusst, sollte mit einbezogen werden. Entgegen den Erwartungen der Gründungsfrauen trafen sie damit den Nerv sehr vieler im Gesundheitsbereich beschäftigter und engagierter Frauen: Zur ersten AKF-Tagung 1993 in Bad Pyrmont kamen über 300 Frauen, gerechnet hatten sie mit maximal 100! Die seitdem jährlich stattfindenden Jahrestagungen an wechselnden Orten sind Zeit für Begegnungen, Verortung und Debatten zu den unterschiedlichsten Themenbereichen, immer aber unter den Oberthemen »Frauengesundheit und psychosoziale Bedingungen« einerseits, und »Interprofessionalität« andererseits. Inzwischen ist der AKF

der größte Zusammenschluss von unabhängigen Frauengesundheitsorganisationen im deutschsprachigen Raum.

Die Mitglieder sind Hebammen, Ärztinnen, Psychologinnen und Pädagoginnen, Heilpraktikerinnen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen, Juristinnen, Pflegekräfte, in der Selbsthilfe engagierte Frauen und Gesundheitswissenschaftlerinnen, sowie Berufsverbände, Frauengesundheitszentren, Selbsthilfeverbände und Frauenberatungsstellen. Der gemeinsame Konsens ist das Verständnis von Frauengesundheit als Ergebnis von gesellschaftlichen Bedingungen und das Eintreten für die Selbstbestimmung von Frauen, unter Berücksichtigung der je nach Alter, körperlichen und seelischen Fähigkeiten und Einschränkungen, sexueller Orientierung sowie kultureller, religiöser, sozioökonomischer und ethnischer Erfahrung unterschiedlichen Bedarfe.

In den inzwischen über 25 Jahren ist eine Vielzahl von aktiven Fach- und Forschungsgruppen sowie einzelnen Regionalgruppen entstanden: Der runde Tisch »Lebensphase Eltern werden«, die Forschungsgruppen »Maternal & Child Health« und »Psychosomatische Forschung in der Praxis«, sowie die Fachgruppen »Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen«, »Frauenärztinnen-Gruppe«, »Brustkrebs«, »Psychische Gesundheit«, »Sexuelle Selbstbestimmung«, sowie »LiSa-Linksammlung zu Gesundheitsinformationen für Frauen«. Auch bei den Protesten gegen den §219a waren die AKF-Frauen sehr aktiv und bei den Prozessen zur Unterstützung vor Ort.

Für mich persönlich war es Mitte der 90er Jahre eine unheimliche Erleichterung und Bereicherung, als junge Weiterbildungsassistentin in der Frauenheilkunde nach den oft frauenverachtenden Erfahrungen in den gynäkologischen Kliniken oder Praxen auf



AKF – Arbeitskreis
Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie
und Gesellschaft e.V.
unabhängig – überparteilich

gleichgesinnte, engagierte und mutige Kolleginnen zu treffen, die eben keine männlich dominierte, spezielle Berufsgruppe und Interessenvertretung für Ärzte waren, sondern eine multiprofessionelle Vertretung für Frauengesundheit verbunden mit einer Kritik am industriell organisierten Gesundheitssystem darstellten, und dies sowohl bei sogenannten Fachthemen wie Mammographie-Screening, Krebsfrüherkennung, HPV-Impfung, Hormonsubstitution und Medikalisierung, als auch bei gesellschaftlichen Themen wie sexualisierte Gewalt und soziale Ungleichheit. Sowohl die Erfahrungen bei den Jahrestagungen als auch die persönlichen Kontakte innerhalb der sogenannten »Gynnie-Gruppe« haben meine Arbeit als Ärztin mit meinen Patientinnen, sowohl früher als Frauenärztin wie auch jetzt in der Psychosomatik, sehr geprägt.

Und ähnlich wie im vdää findet auch beim AKF ein Generationswechsel statt, mit vielen neuen jungen Mitgliedsfrauen und neuen Themen. Das lässt hoffen auf hoffentlich mindestens 25 weitere Jahre engagierter Arbeit für Frauengesundheit.

Die 26. AKF-Jahrestagung findet vom 2. – 3. November 2019 in Berlin-Spandau statt zum Thema: »Frauensache Pflege – Pflegen und gepflegt werden: Was ist da, was fehlt?«

Weitere Infos auf der Homepage: www.akf-info.de

* Susanne Zickler ist Frauenärztin und Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää.



Missverständnis?

Replik auf die Rezension von Kunkel / Rakowitz »Nur eine Seite der Medaille«* in GbP 2/2019 – von Sebastian Klinke

Ein Medizin-Lehrbuch lebt davon, von seinen primären Zielgruppen – ergo den Lehrenden und Lernenden der Humanmedizin – rezipiert und dann hoffentlich auch genutzt zu werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um ein Buch handelt, das sich mit sozialwissenschaftlichen Perspektiven auf die medizinische Profession in den Prüfungsbereichen »Professionelle Entwicklung« und »Ethik in der Medizin« beschäftigt und in Konkurrenz zu den primär historisch und von professionsinternen Sichtweisen geprägten traditionellen Lehrbüchern steht. Insofern hat es mich als Herausgeber und Mitautor des Lehrbuches »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung« erst einmal sehr gefreut, dass der vdää in der letzten Ausgabe seiner Zeitschrift *GbP* (2/2019) Teile des Lehrbuches direkt oder indirekt im Rahmen eigener Artikel, einer Rezension meines Lehrbuchbeitrags und dem Abdruck einer Kurzfassung des Lehrbuchbeitrags von Hagen Kühn thematisiert.

So wie ich die Zielsetzungen des Vereins verstehe – namentlich die Förderung einer sozialen, an individuellen und kollektiven Bedarfen orientierten Medizin – berührt das Lehrbuch sowohl konzeptionell als auch inhaltlich Kernelemente eben dieser verbandlichen Ziele. Insofern habe ich mit großem Erstaunen zur Kenntnis genommen, dass mein Lehrbuchbeitrag zum Thema berufliches Selbstverständnis von Ärzt*innen im DRG Krankenhaus in der Rezension von Thomas Kunkel / Nadja Rakowitz verrissen wird.

Die Überschrift des Beitrags von Kunkel / Rakowitz »Nur eine Seite der Medaille« (Kunkel/Rakowitz 2019: 16) deutet

an, der Lehrbuchbeitrag thematisiere nur die Hälfte der Wahrheit, während ihr Fazit dann unter dem Titel »Thema verfehlt« sogar noch vernichtender ausfällt und vor allem darauf abhebt, dass Tendenzen der Rationierung von Gesundheitsleistungen zu viel Gewicht eingeräumt würde, während gegenwärtige Tendenzen der Überversorgung nicht ausreichend behandelt würden, von denen jedoch derzeit die größte Bedrohung für das traditionelle berufliche Selbstverständnis ausgehe, da damit die Gültigkeit des Grundsatzes »nihil nocere« gefährdet sei. Ursächlich für diese Fehldeutung sei ein falsches Ökonomieverständnis (Kunkel/Rakowitz 2019: 18).

■ Ökonomieverständnis

Meinem Artikel wird unterstellt, er argumentiere implizit aus einem Verständnis von Ökonomie als »Hauswirtschaft« heraus (Kunkel/Rakowitz 2019: 18). Fakt ist, dass der Artikel kein Ökonomieverständnis expliziert, da er primär aus einer politikwissenschaftlichen Perspektive geschrieben ist, in der es um die empirische Überprüfung der auf die staatliche Regulierung des Politikfeld Gesundheit bezogenen These eines grundlegenden bzw. konkret eines »ordnungspolitischen Wandels« auf der Mikro- und Makroebene der Implementation geht (Klinke 2018, 107). Hauswirtschaftlich ist dabei nicht mein Verständnis von Ökonomie, sondern die staatlicherseits herrschende, neoliberale Auffassung, dass das öffentliche Gut Gesundheit effizienter und qualitativ hochwertiger produziert wird, wenn Anreize für gewinnwirtschaftliches Handeln und entsprechende organisationale Anpassungsprozesse gefördert werden. Es geht im Lehrbuchbeitrag um den spezifischen Einfluss der Einführung prospektiver Finanzierungssysteme (Deckelung der Gesamtausgaben, Pauschalierung des Einzelfalls) im akutstationären Sektor auf das Handeln der Ärzt*innen, ihre Eigen- bzw. Handlungslogiken, ihre normativen Orientierungen und ihr berufliches Selbstverständnis, bei einem gleichbleibend umfassenden und qualitativ hohen Versorgungsanspruch der Versicherten. Aufgezeigt wird, dass die staatlichen Intentionen einer Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der Abbau von Über- und Fehlversorgung, sich handlungspraktisch nicht realisieren, da ärztliche Handlungslogiken zunehmend gewinnwirtschaftlich präformiert und perspektivisch als Norm in das berufliche Selbstverständnis integriert werden.

■ Überversorgung

Kunkel/Rakowitz Behauptung, im Artikel werde viel zu sehr auf Kosten, Budgetierung und Rationierung bzw. Sparzwänge



abgestellt, während Erlössteigerungen durch Mengenwachstum bzw. Erlösoptimierungen nicht systematisch genug thematisiert würden, klingt sehr gewollt, denn das erwähne ich bereits in der Einleitung: »Inhaltlich liegt der Fokus in diesem Beitrag auf dem Spannungsverhältnis, das zwischen dem Anreiz [besteht], möglichst wenig Ressourcen zu verbrauchen bzw. möglichst hohe Erlöse zu generieren, und der Handlungsnorm, alle medizinisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen« (Klinke 2018, 107f.)

Im Hauptteil des Artikels werden die diesbezüglichen Fragen des WAMP-Projekts (www.wamp-drg.de) als Operationalisierung der Fragestellung vorgestellt und in diesen Items wird tatsächlich nicht nach Überversorgung gefragt, aber nicht, weil es vergessen wurde, sondern weil das Rationierungsthema zu dem Zeitpunkt besser geeignet war, die Tendenzen einer gewinnwirtschaftlichen Überformung traditioneller Handlungslogiken herauszuarbeiten. Ob über Rationierung oder Erlösoptimierung die Bereitschaft zur Inklusion gewinnwirtschaftlicher Kalküle in die Behandlungsentscheidung gefördert wird, ist für die Beantwortung der Fragestellung erstmal sekundär.

■ WAMP Revisited

Darüber hinaus liegt ein grobes Missverständnis bezüglich der Absichten des Lehrbuchbeitrags vor, wenn von Thomas Kunkel und Nadja Rakowitz die Tatsache kritisiert wird, dass mein Artikel hauptsächlich aus alten Daten zitiert, während jüngere Untersuchungen nur die letzten 5 Seiten beanspruchen. Denn die Fragestellungen und umfangreichen Daten des WAMP-Projekts stehen nun mal explizit konzeptionell im Mittelpunkt des Artikels. Anhand neuerer aber weitaus weniger umfangreicher Studien wird daher nur überprüft, ob die im WAMP-Projekt ermittelte primäre Tendenz einer zunehmenden Überformung des traditionellen beruflichen Selbstverständnisses von Krankenhausärzt*innen durch die Integration organisationaler und betriebswirtschaftlicher Kalküle weiterhin besteht – was bejaht werden muss.



■ Fallzahlsteigerungen

Letztendlich gipfelt die Kritik von Kunkel/Rakowitz in dem Vorwurf, dass der Artikel Tendenzen der Über- und Fehlversorgung »eher beiläufig erwähnt und [...] nicht erklärt« (Kunkel/Rakowitz 2019: 17). In der massiven Fallzahlsteigerungen und der invasiven Eingriffe liege dann auch die weitaus größere Bedrohung für die traditionelle medizinische Handlungsnorm »denn hier haben die Ärzt*innen eine aktivere Rolle, die ihr Selbstverständnis zugleich bedient und in Frage stellt«, so Kunkel/Rakowitz. Hierzu ist anzumerken, dass es nicht beiläufig ist, wenn ich bereits in der Einleitung schreibe, dass »natürlich die gleiche betriebswirtschaftliche Logik auch medizinisch nicht oder kaum indizierte Behandlungen zur Erlössteigerung begünstig[t].« (Klinke 2018: 109) Ob für Ärzt*innen die Körperverletzung oder die unterlassene Hilfeleistung als dissonanter bzw. stärker im Widerspruch zu ihrem beruflichen Selbstverständnis stehend wahrgenommen werden, ist weder empirisch noch theoretisch eindeutig (vgl. Reimann 2018; Vogd 2018) und für die in meinem Artikel thematisierte These eines Wandels des beruflichen Selbstverständnisses zweitrangig. Zumal unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung jede Überversorgung tendenziell zu Unterversorgung an anderer Stelle führt. Die hier angesprochene

»Rosinenpickerei« ist für das Gros der Krankenhäuser aufgrund ihres jeweiligen Versorgungsauftrags nur begrenzt möglich. Bisherige Fallzahlsteigerungen liegen kaum über den jährlichen Steigerungsraten vor Einführung der DRG (ca. 1,2 % jährlich; vgl. Radtke 2019), nur einzelne Behandlungen sind auffällig (Schreyögg/Bäumli/Krämer/Dette/et al. 2014: 20ff.). Somit ist auch weiterhin mit einer allgegenwärtigen Dualität von Unter- und Überversorgung in der krankenhausesärztlichen Praxis zu rechnen, die in beiden Fällen Formen gefährlicher Fehlversorgung beinhaltet und über eine fortgesetzte Einübung in diese Praxen das traditionelle berufliche Selbstverständnis betriebswirtschaftlich überformt. Genau diese Erfahrung machen derzeit Medizinstudierende bereits in ihren ersten Praktika, wenn sie beobachten, dass entgegen erlernter Vorgehensweisen praktiziert wird. Diese Konflikte werden anhand von diesem und anderen Artikeln des Lehrbuchs zwischen Lehrenden und Lernenden sprech- und diskutierbar gemacht.

Sebastian Klinke ist freiberuflicher Politologe und arbeitete zuletzt als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Medizinische Ausbildung und Ausbildungsforschung, Fakultät VI Medizin- und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg.

Eine Langfassung der Replik findet sich auf der Homepage: <https://gpb.vdaee.de/>

Theorie und Praxis

Maren Janotta, Simon Bimczok, Simone Böbling, Katharina Rosenberg über die Medizinische Notfallversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Bremen

Medizinische Notfallversorgung für alle Menschen zu gewährleisten, sollte das Ziel einer jeden Gesellschaft sein. Aufgrund verschiedener Barrieren ist dieses Menschenrecht auf Gesundheit für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Bremen jedoch nach wie vor nicht garantiert. Die erneute Bestandsaufnahme einer Gruppe von Public Health Studierenden der Universität Bremen und des MediNetz Bremen zeigt die eklatanten Mängel auf.

In Deutschland ist der Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus weiterhin nicht gewährleistet. Die Organisation *Clandestina* schätzt, dass sich hierzulande zwischen 180.000 und 520.000 Menschen »ohne Papiere« oder: sogenannte »Menschen ohne Papiere« aufhalten (Vogel 2015). Diese Gruppe ist theoretisch durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) berechtigt, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Denn durch das Gesetz wird auch der Leistungsanspruch von Menschen ohne Aufenthaltsrecht geregelt. Jedoch dokumentiert die langjährige Arbeit der MediNetze und Medibüros, die medizi-

nische Versorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus ehrenamtlich organisieren, den fehlenden Zugang zu medizinischer Versorgung hinreichend (Kühne 2015). Auch 2005 kritisiert der 108. Deutsche Ärztetag, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung aufgrund der derzeitigen Rechtslage für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erschwert sei. Die medizinische Behandlung entspreche »nicht den erforderlichen medizinischen Standards« und werde zudem »durch gesetzliche Regelungen behindert« (Bundesärztekammer 2013). In einem medizinischen Notfall sind Ärzt*innen dazu verpflichtet zu behandeln, auch wenn der Aufenthaltsstatus bzw. der Versicherungsstatus des*r Patient*in unklar sein sollte. §6a AsylbLG besagt, dass Krankenhäuser und deren Ärzt*innen nach einer Behandlung mittelloser Patient*innen als Nothelfer einen Anspruch auf Erstattung bei dem zuständigen Sozialleistungsträger haben (vgl. § 6a AsylbLG). In diesem Fall gilt eine Ausnahme der Meldepflicht (§88 AufenthG), die in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz 2010 (AVV) konkretisiert wurde. Das bedeutet, dass Daten, die im Zuge der medizinischen Behandlung aufgenommen wurden, für die eine verlängerte Schweigepflicht gilt. Und diese reicht bis in die Sozialämter hinein, die diese Daten nicht weiter geben dürfen (Kühne 2015). Die Betroffenen sollen so vor einer sonst drohenden Abschiebung geschützt werden. Die Praxis sieht wie

so oft ganz anders aus, wie das Projekt der Public Health Studierenden aus Bremen und dem MediNetz Bremen zeigt.

■ Verlängerter Geheimnisschutz

Am Anfang der Bestandsaufnahme, die die Public Health Studierenden in Kooperation mit dem MediNetz Bremen durchführten¹, stand die Frage, ob der sogenannte »verlängerte Geheimnisschutz« mittlerweile von den Behörden umgesetzt sei. Durch die Recherchen wurde aber auch das Thema der Abrechnung von medizinischen Leistungen im Notfall durch die Sozialbehörden mit in die Fragestellung aufgenommen. Im Zuge ihrer anfänglichen Recherchen führten die Studierenden gemeinsam mit dem MediNetz Bremen ein Interview mit dem Flüchtlingsrat Bremen. Dort wird der Prozess der Konkretisierung der AVV in Bremen erläutert. Gemeinsam mit Mitarbeitenden der Inneren Mission, des MediNetz, der Leitung der Humanitären Sprechstunde und Mitarbeitenden des Ressorts Soziales wurde damals ein Kostenübernahmeformular entwickelt. Den Ersteller*innen des Dokumentes war wichtig, dass der § 88 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG), der einen Hinweis darauf gibt, dass die Daten nicht weiter gegeben werden dürfen, sowie eine Ansprechperson im Sozialamt auf dem Formular ausdrücklich benannt werden. Mit der festen Ansprechperson sollte sichergestellt wer-





den, dass sich die bearbeitende Person mit den Spezifizierungen des verlängerten Geheimnisschutzes auskennt und die persönlichen Daten der Patient*innen diesen kleinen Personenkreis nicht verlassen. Patient*innen ohne Aufenthaltsstatus sollte durch das Formular garantiert werden, dass ihre Daten sicher und sie nicht durch eine Weitergabe an die Ausländerbehörde gefährdet sind. Damit sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, dass Patient*innen sich trauen, wichtige Informationen, die zur Abrechnung benötigt werden, mitzuteilen.

■ Theorie und Praxis

Die Auswertung der Expert*innen-Interviews zum aktuellen Stand der Nutzung des Formulars und zum Abrechnungsprozess im Falle von Notfallleistungen bei Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus zu erheben, zeigte, dass das 2009 erarbeitete Formular zum Befragungszeitpunkt nur noch in einem Krankenhaus bekannt war. Dort lag es in der Verwaltung des Krankenhauses zur Antragsstellung bereit. In allen anderen interviewten Krankenhäusern war das Formular unbekannt. In den Interviews wurde außerdem deutlich, dass die Durchsetzung des verlängerten Geheimnis-

schutzes nach wie vor schwierig sei. So betonten die Kliniken, dass sie fast nie den Aufenthaltsstatus der*s Patient*in abfragen und somit auch keinem besonderen Prozedere folgen würden, wenn Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel in die Notaufnahme kämen.

Informationen zum Abrechnungsvorgang von Seiten der Behörde konnten aufgrund fehlender Interviewpartner*innen nur über die Antworten der Kleinen Anfrage (siehe Fn 1) »Gewährleistung medizinischer Notfallversorgung von Menschen ohne Papiere« gewonnen werden. Eines der Ergebnisse: Den Behörden ist das Erstattungsformular mit dem Hinweis auf § 88 Absatz 2 des AufenthG nicht bekannt: »Das Formular ist weder beim Amt für Soziale Dienste Bremen, beim Sozialamt Bremerhaven noch bei der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport bekannt. Auch bei der *Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. (HBKG)* ist dieses Formular unbekannt« (Antwort auf die Kleine Anfrage, Bremische Bürgerschaft 2018).

Weiter heißt es zum verlängerten Geheimnisschutz: »Die Stadt Bremen hat in der Verwaltungsanweisung zu § 6a AsylbLG auf den Geheimnisschutz, der durch § 88 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz geregelt wird, verwiesen. Für Fälle

nach § 25 SGB XII findet die Geheimnisschutzregelung aus der Verwaltungsanweisung zu § 6a AsylbLG Anwendung.« Wie dieser Geheimnisschutz aber praktisch ausgestaltet wird, bleibt unklar. Der Antwort zufolge würden generell keine Daten an die Ausländerbehörde, wohl aber an die Meldebehörde, weiter gegeben: »Zur Feststellung der Zuständigkeit der bremischen Sozialbehörden hinsichtlich der Kostenerstattung kann das Amt für Soziale Dienste nunmehr, soweit der oder die Betroffene nicht bekannt ist und eine Anfrage bei der Meldebehörde zu keinem Ergebnis führt, das Ausländerzentralregister (AZR) nach den Grunddaten des oder der Betroffenen abfragen« (ebd.). Ob die Meldebehörde in dem Fall, dass die Person nicht gemeldet ist, Daten an die Ausländerbehörde weitergibt, war nicht Teil der Kleinen Anfrage und wurde daher auch nicht näher erläutert. Es wird jedoch deutlich, dass Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus nicht besonders behandelt und ihre Daten auch nicht weitergehend geschützt werden. Ein durchgesetzter verlängerter Geheimnisschutz, bei dem Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in einer Notfallsituation den Krankenhäusern und Sozialbehörden vertrauen könnten, besteht demnach zur Zeit nicht.

■ Schwierigkeiten bei der Abrechnung

Neben der weiterhin nicht geklärten Umsetzung des verlängerten Geheimnisschutzes offenbarten die Expert*innen-Interviews vor allem aber eine andere gravierende Barriere in der Notfallversorgung von Menschen ohne Papiere: Die Kostenübernahme der Notfallbehandlungen wird derzeit in Bremen nicht umgesetzt.

Zur Erstattung von Notfallversorgungen bei Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)-Berechtigten (auch denen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus), die in Krankenhäusern erfolgen, hatte das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 30. Oktober 2013 einen Anspruch des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger auf Übernahme seiner Kosten analog § 25 SGB XII verneint (Bundessozialgericht 2013). Im Rahmen der AsylbLG-Novelle 2015 wurde eine Neuregelung getroffen (§ 6a AsylbLG), die für die Notfallversorgung die Kostenersatzansprüche der Krankenhäuser gegen die Leistungsträger des AsylbLG entsprechend § 25 SGB XII sicherstellt (Schülle 2014). Trotzdem hat diese Neuregelung in Bremen nicht dazu geführt, dass Kosten für Notfallbehandlungen von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus von den Sozialämtern übernommen werden.

Im Interview mit den Mitarbeitenden der Abrechnungsstelle der (kommunalen) Krankenhäuser Gesundheit-Nord wurde der Abrechnungsprozess mit dem Sozialamt als »letzter Anker« bezeichnet, da die Chance auf Erfolg bei der Erstattung einer gesundheitlichen Leistung, durchgeführt an Menschen ohne Papiere, als sehr gering eingeschätzt wurde. Ferner herrsche bei den Mitarbeitenden Unwissenheit darüber, wie genau das Sozialamt die Bedürftigkeitsprüfung durchführe und nach welchen Kriterien sie Kostenerstattung bewillige oder ablehne. Für eine gewisse Zeit wurde die Bedürftigkeitsprüfung von dem Klinikverbund selbstständig durchgeführt. Bei den Ablehnungen nenne das Sozialamt oft keine konkrete Begründung. Alle Interviewpartner*innen sagten, dass bisher nur sehr wenige oder keine Anträge auf Kostenerstattung bewilligt würden. Stattdessen würde darauf verwiesen, den Patient*innen Rechnungen auszustellen. Auf Nachfrage gäbe es kaum schlüssige Begründungen für das Ausbleiben der Kostenübernahme. In einem Krankenhaus wird den Betroffenen einfach eine Rechnung ausgestellt. In der abschließenden Arbeit der Projektgruppe heißt es: »Aus den Interviews konnten wir erkennen, dass ein erhebliches Problem in der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und dem Sozialamt besteht.« Das Sozialamt er-

statte nur äußerst selten die entstandenen Behandlungskosten«.

Dass Anträge in den allermeisten Fällen abgelehnt würden, bestätigt auch die Antwort der Kleinen Anfrage. In den letzten drei Jahren habe es in Bremerhaven 20 Anträge gegeben, in einem Fall von einer Person ohne gültigen Aufenthaltstitel. In keinem der Fälle wurde den Krankenhäusern die Notfallbehandlung erstattet. In Bremen seien keine Anträge gestellt worden. Auf die Frage, warum die Anträge nach Paragraph 6a AsylbLG abgelehnt worden seien, heißt es: »Hauptgründe waren fehlende Mitwirkung bzw. die Unmöglichkeit der Feststellung von Hilfebedürftigkeit, vorrangiger Krankenversicherungsschutz, Unzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers und das Vorliegen einer Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz«. Was im Einzelfall z.B. zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit benötigt werde, dazu gab auch die Antwort der Kleinen Anfrage keinen Aufschluss. Die genauen Dokumente könnten nur im Einzelfall benannt werden: »Nach § 25 SGB XII und § 6a AsylbLG gilt, dass (...) alle Einkommens- und Vermögensnachweise vorzulegen bzw. glaubhafte Angaben zu machen sind, wie zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes der Lebensunterhalt bestritten wurde. Eine abschließende Aufzählung der möglichen Nachweise hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Regelmäßig werden Identitäts- und Aufenthaltsnachweise, Erklärung zu den Aufenthaltsverhältnissen, Einkommens- und Vermögensnachweise, Nachweis/Erklärung über fehlenden vorrangigen Krankenversicherungsschutz gefordert. Die Erklärung der Krankenhäuser, dass beim Patienten Mittellosigkeit bestand, reicht für einen Anspruch nach § 25 SGB XII oder § 6a AsylbLG nicht aus.« Auch wenn es keine genaueren Informationen zur Bedürftigkeitsprüfung in Bremen gibt, kann angenommen werden, dass geforderte Dokumente (wie Kontoauszüge, Mietverträge, Meldeadresse etc.) Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus praktisch nie vorliegen werden.

■ Wer trägt die Kosten?

Momentan sind es demnach die Krankenhäuser, die die Notfallversorgungen



von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, bezahlen. Das MediNetz Bremen hat deshalb die Sorge, dass die Versorgung von diesen und auch von anderen Menschen ohne Krankenversicherung in Zukunft nur noch sehr eingeschränkt oder gar nicht stattfinden wird. Schon jetzt versuchen die Krankenhäuser, Patient*innen dazu zu drängen, Selbstzahlererklärungen zu unterschreiben; das bestätigen die Expert*innen-Interviews, das MediNetz Bremen und die anderen MediNetze/Medibüros in Deutschland. Auch schlechtere Behandlung bzw. frühere Entlassungen seien vorgekommen. Zudem würde verbal Druck auf die Patient*innen ausgeübt. An einigen Kliniken würde ohne die Selbstzahlererklärung gar nicht behandelt. Es gibt sogar Städte, in denen das MediNetz diese Erklärung selbst unterschreibt, um die Patient*innen zu entlasten. In einigen wenigen Kliniken, die schon lange mit den MediNetzen zusammenarbeiten, müssen solche Erklärungen nicht unterschrieben werden.

Es ist unterschiedlich, inwieweit bundesweit die Krankenhäuser versuchen, die Kosten von den Sozialämtern zurückerstattet zu bekommen. In allen Städten waren die Erfolgsquoten, wenn dies versucht wurde, sehr niedrig: 1-5% Erfolg wurden vermutet, es gibt dazu aber keine zuverlässigen Zahlen. Probleme bei der Erstattung machten in allen Städten vor allem die fehlenden Daten der Patient*innen (z.B. Meldeadresse) oder die Schwierigkeit des Nachweises der Bedürftigkeit. Ein weiterer Punkt schien teilweise das Unwissen der Krankenhäuser über die Möglichkeit der Abrechnungen von Notfällen über das Sozialamt zu sein. In der Befragung wurde ebenfalls bestätigt, dass auch der verlängerte Geheimnisschutz – meist aus Unkenntnis über die aktuelle Rechtslage – bisher in fast keiner Stadt gewahrt werde.

■ Fazit

Aus den Ergebnissen der Online-Befragung wird klar, dass die Gewährung einer medizinischen Notfallversorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus nicht nur in Bremen, sondern in ganz Deutschland ein Problem darstellt. Das Urteil von Mirjam Schülle



in ihrer Publikation zur medizinischen Notfallversorgung vor der Novellierung des AsylbLG hat somit weiterhin Bestand: »Die gegebene Situation der Rechts- und Praxislage ist aus verfassungs- und menschenrechtlicher Sicht nicht haltbar. (...) Im medizinischen Notfall gibt es bisher keinen praktikablen Abrechnungsweg ohne eine Statusaufdeckung« (Schülle 2014).

Die Novellierung des AsylbLG hat das Recht auf eine medizinische Leistung im Notfall analog zum SGB X bestätigt. Faktisch wird die Bezahlung aber weiterhin verwehrt. Wichtig wäre es, eine Bedürftigkeitsprüfung einzuführen, die dem Leben ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus Rechnung trüge und keine Unterlagen einforderte, die von den Betroffenen nicht erbracht werden können. Das Vertrauen der Krankenhäuser in die Sozialämter als Kostenträger muss erneut aufgebaut werden, damit der Erstattungskampf nicht mit Selbstzahlererklärungen auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen wird. Darüber hinaus muss der verlängerte Geheimnisschutz bei der Abrechnung mit den Sozialämtern endlich durchgesetzt werden.

Literatur:

Bremer Bürgerschaft, Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 8. November 2018: »Gewährleistung medizinischer Notfallversorgung von Menschen ohne Papiere«, https://www.bremische-buergerschaft.de/drs_abo/2018-12-19_Drs-19-1981_91d0d.pdf, abgerufen am 10.05.2019
 Bundesärztekammer: »Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis«, 2013,

https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf, abgerufen am 17.05.2019
 Bundessozialgericht, Urteil vom 30.10.2013, B 7 AY 2/12 R, <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=13265>, abgerufen am 10.05.2019

Kühne A.: »Kein Recht auf Gesundheit?«, *Gesundheit braucht Politik*, 03/2015

Schülle M.: »(K)eine gesundheitlich-medizinische Versorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus?«, in: *Soziale Sicherheit*, 10/2014

Vogel, D.: »Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014)«, *Clandestino – Database on irregular Migration*, 2015, http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Vogel_2015_Update_report_Germany_2014_fin-.pdf, abgerufen am 17. Mai 2019

Dr. Maren Janotta, Ärztin, ist im MediNetz Bremen aktiv; Simon Bimczok, Simone Böbling und Katharina Rosenberg sind Studierende des Bachelorstudienganges Public Health an der Universität Bremen

1 Methodik: Die Studierenden führten Expert*innen-Interviews mit den Mitarbeitenden der Abrechnungsstellen in fast allen bremischen Krankenhäusern durch. Im Amt für Soziales konnten war keine Person bereit zu einem solchen Interview. Informationen über die Abläufe im Amt für Soziales konnten nur durch eine Kleine Anfrage der Partei »Die Linke« gewonnen werden. Eine Online-Befragung der Medibüros und MediNetze in Deutschland zur medizinischen Notfallversorgung bei Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus wurde zusätzlich durchgeführt.

Gesundheitspolitisches Forum von vdäa und Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

15.–17. November 2019 im musa Kulturzentrum und im Haus der Kulturen in Göttingen

Freitagabend, 15. November

Gemeinsame Veranstaltung mit der Basisgruppe Medizin Göttingen zum Thema:

Rassismus im Gesundheitswesen

Die Veranstaltung am Freitag ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert.

Samstag, 16. November

Gesundheitspolitisches Forum des vdäa zum Thema:

Analog – Digital – Total?

Nutzen und Risiken von Big Data im Gesundheitswesen

Panel I: Das große Ganze: Big Data und Digital Health

- Carina Borzim (vdäa-Vorstand): Einführung – mit Ergebnissen des Workshops Big Data
 - Leon Kaiser (NETZPOLITIK.ORG): Vermarkten oder Versorgen: Was machen wir mit unseren Gesundheitsdaten?
- Kaffeepause

Panel II: Digitalisierung im Behandlungsalltag

- Wulf Dietrich (vdäa-Vorstand): Telematikinfrastruktur und digitales Versorgungsgesetz – Chancen und Risiken für eine bedarfsgerechte Versorgung
- Jürgen Kretschmer (Gesundheitsladen München): Digitalisierung braucht Patient*innenorientierung und -beteiligung

Samstag Nachmittag

Workshops

- Digitalisierung (mit Jürgen Kretschmer & Wulf Dietrich)
- Ideen einer intersektoralen Bedarfsplanung – Ergebnisse aus den vdäa-Arbeitskreisen (mit Michael Janßen & Peter Hoffmann)
- Einführung in die Strukturen des Gesundheitswesens (mit Nadja Rakowitz & Thomas Kunkel)
- Digitalisierung in der Psychiatrie (mit Timo Beeker & Carina Borzim)
- Klimawandel und Gesundheit (mit Stephanie Sebastiampillai & Andreas Wulf)

Die Veranstaltung am Samstag ist mit 8 CME-Punkten zertifiziert.

Samstag Abend

Zeit für Netzwerktreffen, Gespräche, Musik und Tanz

Sonntagvormittag, 17. November

Jahreshauptversammlung des vdäa – auch für Nicht-Mitglieder offen

Vorstellung und Diskussion der Idee zur zukünftigen Struktur der JHV

Mitgliederversammlung

Ende 12:30 Uhr

Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae