

Antidiskriminierung in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Wir sind nicht alle gleich

R. Schulte-Frohlinde, M. Dhanjal, B. Aktaş

Gerechte Versorgung als ärztlicher Auftrag

Eine gerechte Gesundheitsversorgung gehört zum Kern ärztlicher Ethik [1, 2]. Sie ist nicht nur Ausdruck humanistischer Haltung, sondern auch medizinisch notwendig: Diskriminierung und soziale Ausgrenzung wirken sich messbar negativ auf Gesundheit, Morbidität und Mortalität aus.

Bereits soziale Faktoren wie geringes Einkommen, niedriges Bildungsniveau oder eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem führen zu schlechteren gesundheitlichen Outcomes [3, 4].

Auch Menschen mit Behinderungen sind weiterhin strukturell von gynäkologischer Versorgung ausgeschlossen, etwa durch mangelnde Barrierefreiheit [5] oder fehlende angepasste Beratungsangebote. Gleichzeitig sind sie überdurchschnittlich häufig von sexualisierter Gewalt [6] betroffen und berichten Diskriminierung in der Verhütungsberatung [7]. Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die historische Verantwortung der deutschen Medizin Bedeutung. Die Beteiligung von Gynäkologinnen und Gynäkologen an Eugenik und Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus zeigt, dass medizinisches Handeln nie außerhalb gesellschaftlicher Machtstrukturen steht [46]. Diskriminierung entsteht nicht nur durch individuelles Fehlverhalten, sondern auch durch etablierte medizinische Denkweisen [1, 8].

Ausgrenzung ist kein neues Phänomen

Rassistische und kolonial geprägte Vorstellungen wirken bis heute fort.^A Ein Beispiel ist der inzwischen widerlegte, jedoch weiterhin verwendete Begriff „Morbus mediterraneus“ [8]. Solche Zuschreibungen beeinflussen klinische Entscheidungen: Das subjektive Schmerzempfinden bestimmter Patientinnengruppen wird häufiger infrage gestellt, was zu Fehldiagnosen [9], verzögerter Therapie [10] oder geringerer Analgesie unter der Geburt [11 – 13] führen kann.

„Diskriminierung entsteht häufig unbewusst – für Betroffene ist sie dennoch real.“

Diskriminierung entsteht häufig unbewusst – für Betroffene ist sie dennoch real. In einer großen bundesweiten Erhebung berichteten rassistisch markierte Frauen deutlich häufiger von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Sie wechselten häufiger ihre behandelnden Ärztinnen oder Ärzte oder vermieden medizinische Behandlung aus Sorge vor schlechterer Versorgung [10].

Bekannte Unterschiede bei Erkrankungen wie Myomen [15], Präeklampsie [16, 17], peripartaler Kardiomyopathie [18–20] oder Frühgeburtlichkeit [21] dürfen dabei nicht vorschnell biologisch interpretiert werden. Kategorien wie race

oder Ethnie beschreiben komplexe soziale und strukturelle Lebensrealitäten, nicht nur klar abgrenzbare genetische Gruppen [22]. Während gesundheitliche Folgen von Rassismus messbar sind, konnte eine Einteilung der Menschheit in biologische „Rassen“ wissenschaftlich nie belegt werden [23].

Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass Studienergebnisse kritisch eingeordnet werden müssen, um strukturelle Ungleichheit sichtbar zu machen ohne überholte biologische Konzepte zu reproduzieren [24 – 26].

Gewicht, Körpernormen und medizinische Versorgung

Auch hohes Körpergewicht korreliert mit zahlreichen gynäkologischen Erkrankungen, darunter Endometriumkarzinom [27], polyzystisches Ovarialsyndrom [28], Gestationsdiabetes [28] und Präeklampsie [29]. Körpergewicht ist jedoch kein Ausdruck individuellen Versagens, sondern Ergebnis komplexer biologischer, psychologischer und sozialer Zusammenhänge [30].

^A Schon seit der Antike wird Menschen-
gruppen als den „vermeintlich ‚Anderen‘
der Verstand, ihre Kultur- und Zivilisationsfähigkeit abgesprochen“ [22], um
deren Ausbeutung und Unterdrückung
zu legitimieren. Seit der Zeit der Aufklärung
kam der Wissenschaft eine zentrale Rolle
in dieser „Konstruktion von ‚Andersheit‘“
[22, 43] zu. Dazu gehörte zum Beispiel die
Pseudowissenschaft der „Kraniometrie“, also
der Schädelvermessung, mit dem Versuch der
Konstruktion menschlicher „Rassen“ [44].

Gewichtsdiskriminierung selbst stellt ein eigenständiges Gesundheitsrisiko dar: Sie erhöht psychische Belastungen, erschwert Arzt-Patient-Beziehungen und kann gesundheitsförderndes Verhalten behindern [31 – 33]. Eine respektvolle Kommunikation ist daher nicht nur ethisch geboten, sondern therapeutisch relevant.

Wer gehört zur Gynäkologie?

Bereits der Begriff „Gynäkologie“, die „Lehre der Frau“, macht deutlich, dass fachliche Zuständigkeit historisch an Geschlechtervorstellungen gebunden ist. In der klinischen Realität lässt sich jedoch nicht immer eindeutig bestimmen, wer als „Frau“ gilt.

„Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob Diskriminierung existiert, sondern wie wir professionell damit umgehen.“

Queere Menschen, insbesondere trans- und intergeschlechtliche Patientinnen und Patienten, berichten neben Diskriminierung häufig von Unsicherheit oder Überforderung seitens des medizinischen Personals. Die entsprechende S3-Leitlinie empfiehlt daher ausdrücklich ein Verständnis von Geschlecht,^B das über eine strikt binäre Einteilung hinausgeht [34].

Auch über die Gynäkologie hinaus zeigt sich ein messbarer Gender Bias in der

^B Während die deutsche Sprache keine Differenzierung der verschiedenen Dimensionen von Geschlecht ermöglicht, bezieht sich das englische Gender auf die soziale (Selbst-)Zuschreibung und Sex auf biologische Eigenschaften wie Gene, Hormone, Geschlechtsorgane und Gameten [45].

Medizin: Männern werden häufiger Analgetika, Frauen häufiger psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlungen empfohlen und dies unabhängig von objektiven Befunden [35].

Antidiskriminierung als professionelle Kompetenz

Diskriminierung in der gynäkologischen Versorgung ist selten das Ergebnis bewusster Absicht [1]. Sie entsteht vielmehr aus Routinen, Zeitdruck, impliziten Annahmen und strukturellen Rahmenbedingungen. Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob Diskriminierung existiert, sondern wie wir professionell damit umgehen.

Ärztliche Verantwortung bedeutet, eigene Vorannahmen zu reflektieren, strukturelle Barrieren zu erkennen, Patientenperspektiven ernst zu nehmen und Versorgung aktiv inklusiver zu gestalten. Mehr noch: „Als machtvoller gesellschaftlicher Akteur ist die Medizin in der Lage, auf solche Prozesse in negativer, wie positiver Hinsicht nachhaltigen Einfluss zu nehmen, etwa darauf, wer in einer Gesellschaft als normal und wer als in unerwünschter Weise anders gilt.“ [1]

Die medizinische Ausbildung wird diesem Anspruch bislang nur unzureichend gerecht [36, 37]. Verpflichtende Aus- und Weiterbildungsformate zur diskriminierungssensiblen Versorgung könnten einen wichtigen ersten Schritt darstellen [38].

Programme wie „Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“ [39] zeigen, dass strukturelle Veränderungen möglich sind. An der Universitätsfrauenklinik Leipzig wurden im Rahmen dieses von der Stiftung Mercator geförderten Projekts unter anderem Mitarbeiterschulungen [40] sowie ein Pflichtwahlfach für Medizin-

studierende etabliert, das intersektionale Perspektiven [14] im Peer-to-Peer-Format vermittelt [41]. Gerechte Gesundheitsversorgung beginnt mit einem einfachen Schritt: hinsehen statt wegsehen.

Patientinnen befinden sich in der gynäkologischen Versorgung häufig in einer vulnerablen Situation. Marginalisierte Gruppen erleben strukturelle und interpersonelle Diskriminierung weiterhin regelmäßig. Die Folgen reichen von Vertrauensverlust bis hin zu erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken.

„Gerechte Gesundheitsversorgung beginnt mit einem einfachen Schritt: hinsehen statt wegsehen.“

Dabei ist Diskriminierung kein Randphänomen, sondern Teil des medizinischen Alltags. Gerade deshalb erfordert sie professionelle Aufmerksamkeit.

Eine diskriminierungssensible Medizin bedeutet nicht zusätzliche Bürokratie, sondern bessere Versorgung durch reflektierte Kommunikation, gezielte Aus- und Weiterbildung, strukturelle Qualitätssicherung, sowie durch niedrigschwellige Beratungs- und Meldesysteme für Betroffene [42]. ■

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Korrespondierende Autorin
Prof. Dr. med. habil. Bahriye Aktaş
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
Liebigstraße 20a, Haus 6, 04103 Leipzig
E-Mail: bahriye.aktas@uniklinik-leipzig.de