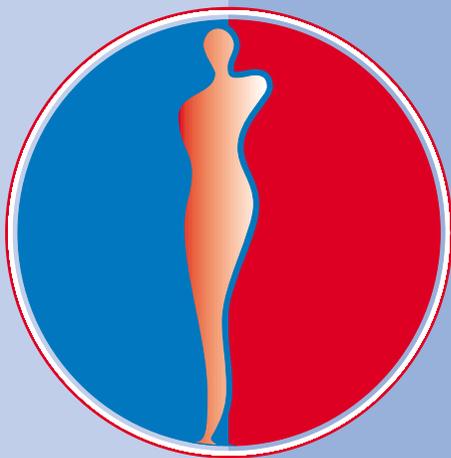


FRAUEN UND GESUNDHEIT



Empfehlungen für die Verbesserung
der Frauengesundheit in Hamburg



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

FRAUEN UND GESUNDHEIT

**Perspektiven und Empfehlungen
für ein Aktionsprogramm**

**Bericht der ExpertInnenkommission
Hamburg 2001**

Aktionsprogramm Frauengesundheit



Liebe Leserin und lieber Leser,

„viele Krankheiten“, so schrieb unlängst die Wochenzeitung DIE ZEIT, „plagen Frauen anders als Männer, und das nicht nur im Unterleib. Der kleine Unterschied lässt Knochen anders brechen (Osteoporose), Herzen anders klopfen (Herzinfarkt), Köpfe anders schmerzen (Migräne) und Seelen anders leiden – ob an Ängsten, Magersucht oder Depressionen¹.“ Dennoch orientieren sich medizinische und pharmakologische Forschung, Beratung und Behandlung vorwiegend an den Bedürfnissen des Mannes und seiner gesellschaftlichen Rolle. Eine Tatsache mit gravierenden Folgen für die Frauengesundheit: Die Unkenntnis weiblicher Krankheitssymptome kann zu gefährlichen Fehldiagnosen führen, das Primat der Hochleistungsmedizin und Medikamententherapie eine medizinische Über- oder Fehlversorgung und psychosoziale Unterversorgung zur Folge haben.

Es ist daher notwendig, die Gesundheit von Frauen durch frauenspezifische Forschung sowie individuell auf ihre Bedürfnisse und Möglichkeiten abgestimmte Gesundheitsangebote zu fördern. Zugleich sollen Frauen als Expertinnen in allen gesundheitspolitischen und medizinischen Institutionen und Gremien ausreichend vertreten sein. Ziel eines solchen Aktionsprogramms „Frauengesundheit“ ist die Stärkung der Selbstbestimmung der Frau.

¹ Schuh H 2000: Der gebildete Kranke, in: DIE ZEIT Nr. 43 vom 19. Oktober 2000

Im Februar 2000 berief ich daher die interdisziplinäre ExpertInnenkommission „Frauen und Gesundheit“, deren Auftrag darin bestand, Empfehlungen für die „Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg“ zu erarbeiten. In der Kommission waren Expertinnen und Experten aus allen gesundheitsrelevanten Bereichen vertreten: Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Soziologinnen und Soziologen, Mitarbeiterinnen aus Selbsthilfegruppen und anderen Institutionen. Entsprechend vielfältig waren die Erfahrungen, Standpunkte und Vorschläge, die gemeinsam besprochen und beschlossen wurden.

Das Ergebnis dieser gut einjährigen ehrenamtlichen Arbeit liegt jetzt vor: Es handelt sich um einen ambitionierten Perspektiven- und Empfehlungskatalog mit weitreichenden Forderungen, visionär und pragmatisch zugleich, Inspiration und Handlungsanleitung in einem. Für dieses Engagement möchte ich allen Kommissionsmitgliedern und insbesondere der Kommissionsvorsitzenden, Eva Rühmkorf, sehr herzlich danken.

Die Politik wird auf diesen Vorschlägen aufbauen können. Sie wird sie lesen, prüfen und Umsetzungsstrategien erarbeiten. Als wichtiger Beitrag für die Weiterentwicklung des Hamburger Gesundheitssystems liefern sie zugleich wichtige Impulse für die Verbesserung der Gesundheitsangebote und -strukturen bundesweit. So strahlt der Perspektiven- und Empfehlungskatalog weit über Hamburgs Grenzen hinaus, beflügelt den Diskurs und wird zur Veränderung von Einstellungen und Handlungen beitragen - und dadurch alle Menschen, Frauen wie Männer, bereichern.

Ihre



Karin Roth
Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

I. Präambel

Weibliche Gesundheitspolitik als Chance und Bereicherung für Frauen und Männer	8
---	---

II. Einführung

Von Ottawa nach Hamburg: Anlass, Inhalt und Aufbau des Berichtes	14
--	----

III. Perspektiven und Empfehlungen

Einführung	22
1. Frauengesundheit braucht Information, Transparenz und Kommunikation	24
2. Frauengesundheit braucht eine Adresse und einen Ort	37
3. Frauengesundheit braucht unabhängige Forschung	47
4. Frauengesundheit braucht gesicherte Qualität	56
5. Frauengesundheit braucht Öffentlichkeit und Leitbilder	70
6. Frauengesundheit braucht speziell geschultes Fachpersonal	82
7. Frauengesundheit braucht förderliche Arbeits- und Lebensbedingungen	91

IV. Ausblick

Frauengesundheit braucht engagierte PartnerInnen und Frauengesundheitsberichterstattung	97
--	----

V. Zusammenfassung

Die Empfehlungen der ExpertInnenkommission im Überblick	101
---	-----

VI. Anhang

1. Presseerklärung vom 28. Februar 2000 zur Einsetzung der ExpertInnenkommission	110
2. Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen 1999	118
3. Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Abschlusserklärung auf der Konferenz „Women's Health Counts: Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa“, Wien, 16. – 18. Februar 1994	126
4. Erklärung von München: Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit vom 17. Juni 2000. Regionalbüro der WHO Kopenhagen: Referenz EUR/00/5019309/6Ref1	135

Impressum

	138
--	-----

Weibliche Gesundheitspolitik als Chance und Bereicherung für Frauen und Männer

Gesundheit hat ein Geschlecht: Sie ist männlich oder weiblich. Aufgrund ihrer Sozialisation als Mädchen und Frau, ihrer weiblichen Körperlichkeit und der größeren Verletzbarkeit ihrer sexuellen Integrität erleben Frauen Gesundheit und Krankheit anders als Männer. Sie nehmen körperliche und seelische Veränderungen frühzeitiger wahr und setzen sich mit ihnen intensiver auseinander. Sie nehmen medizinische Beratungs- und Behandlungsangebote häufiger in Anspruch und bevorzugen die sprechende und hörende Medizin. Sie erkranken zwar überwiegend an den gleichen Krankheiten wie Männer, deren Ursachen und Symptomatik aber sind unterschiedlich. So etwa kündigt sich der Herzinfarkt bei Männern durch starke Schmerzen im Brustkorbbereich an, bei Frauen durch Schmerzen im Hals, im Oberbauch und im Rücken. Beide Geschlechter wiederum leiden unter männlichen oder weiblichen Krankheiten, die jeweils individuell behandelt werden müssen.

Dennoch orientieren sich Forschung, Behandlung und Organisation des Gesundheitssystems vorwiegend an der Körperlichkeit des Mannes und seiner gesellschaftlichen Stellung. Indem der Mann den Menschen repräsentiert, wird er zum Ausgangs- und Zielpunkt der medizinischen Forschung, Beratung und Behandlung. Deren Ergebnisse, Inhalte und Methoden werden in ihrer Bedeutung für Frauen und in ihren Auswirkungen auf die weibliche Gesundheit kaum reflektiert. Dadurch kann die derzeitige Gesundheitsversorgung und -förderung die spezifisch weiblichen Bedürfnisse nur unzureichend wahrnehmen.

Diese einseitige Ausrichtung des Gesundheitswesens kann nur über den konstruktiven Dialog zwischen der weiblichen und männlichen Sichtweise von Gesundheit zum Vorteil beider Geschlechter korrigiert werden. Weibliche und männliche Gesundheitspolitik ergänzen einander: Nur gemeinsam können sie die gesamte Vielfalt menschlicher Lebensäußerungen widerspiegeln. Indem sie den Menschen in seiner sozialen und biologischen Geschlechtsidentität reflektieren, ermöglichen sie eine auf Frauen und Männer individuell zugeschnittene, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und -förderung. Zugleich entsteht über die Kombination beider Ansätze eine neue, ganzheitliche Gesundheitspolitik, die Frauen und Männer gleichermaßen bereichern kann.

Eine derart umfassende und zugleich individuelle Förderung und Versorgung der Gesundheit ermöglicht die erfolgreiche Prävention und effiziente Behandlung von Beschwerden und Erkrankungen, reduziert dadurch die Gesundheitskosten und erhöht die Lebensqualität. Sie stabilisiert die kostbare gesellschaftliche Ressource „Mensch“ und führt so langfristig zu größerem wirtschaftlichen Wachstum.

Subjekt einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik ist demnach immer die Frau oder der Mann, nicht aber ein geschlechtsneutral gedachter Mensch. Die weibliche Sicht begreift Gesundheit und Krankheit nicht als ein ausschließlich medizinisches Phänomen, sondern als Ergebnis der persönlichen und sozialen Lebenssituation der Einzelnen. Gesundheit ist sowohl Voraussetzung als auch Folge sozialer, geschlechts- und altersspezifischer Lebensumstände und somit im besten Fall die Summe selbstbestimmter und gleichberechtigter Lebensäußerungen von Frauen und Männern. Indem der geschlechtsspezifische Gesundheitsansatz alle Lebensbereiche des Menschen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit reflektiert (so etwa die berufliche Situation, das Wohnumfeld oder die Partnerschaft), durchdringt er alle Politikbereiche, die Einfluss auf die Gesundheit des Menschen haben. Er reduziert sich daher nicht allein auf

gesundheitspolitische Maßnahmen, sondern berührt insbesondere die Arbeits-, Familien- und Sozialpolitik, aber auch mittelbar wirkende Politikfelder wie Umwelt-, Stadtentwicklungs- oder Innenpolitik. Gesundheitspolitik ist demnach immer eine Querschnittsaufgabe, die von allen Fachbehörden und -ministerien wahrgenommen und von allen betroffenen Institutionen, Initiativen und Verbänden getragen werden muss.

Konkret wirkt sich die weibliche Sicht von Gesundheit auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, die Beratungs- und Behandlungsinhalte und -methoden und die Organisation des Gesundheitssystems aus. Ihr ganzheitlicher Ansatz definiert Krankheit nicht ausschließlich negativ als bloße Abwesenheit von Gesundheit, sondern positiv als integralen Bestandteil des Lebens, der ebenso wie die Geburt und der Tod in die Mitte der Gesellschaft gehört. Gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen werden nicht allein als Beeinträchtigung des Lebens, sondern als Warnsignale des Körpers gewertet, die der Mensch als Chance und Aufgabe begreifen kann. Weibliche Gesundheitspolitik will der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Krankheiten entgegenwirken und so kranken Menschen die volle gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Ziel ist ein erfolgreiches Leben *mit*, nicht *gegen* Krankheit. Da die weibliche Perspektive Gesundheit als Summe der persönlichen Lebensumstände begreift, können sich darüber hinaus die Beratungsinhalte, Diagnose- und Behandlungsverfahren nicht mehr auf das bloße Krankheitsbild beschränken. Vielmehr müssen sie den Menschen als individuelle Persönlichkeit mit vielfältigen sozialen Bezügen wahrnehmen und ihre Methoden entsprechend erweitern bzw. neu definieren. Das bedeutet auch, dass sich die Behandlung körperlicher, geistiger und seelischer Beschwerden auf deren Ursachen, nicht auf deren Symptome konzentrieren muss. Unnötige Diagnose- und Behandlungsverfahren können vermieden werden, der Mensch wird zum Subjekt der medizinischen Bemühungen, nicht zu deren Objekt.

Auf der Beratungs- und Behandlungsebene verfolgt dieser Gesundheitsansatz die Veränderung der Arzt/PatientInnen-Beziehung. Diese ist auf Grund des ärztlichen Fachwissens häufig asymmetrisch. Im ungünstigsten Fall führt die Hierarchie zur Entmündigung der Patientin, indem ihr Wissen um die eigene Gesundheit und die eigenen Bedürfnisse nicht genügend ernst genommen wird. Erschwerend kommt hinzu, dass Frauen auf der Geschlechterebene zusätzlich als hilfebedürftig und ohnmächtig diskriminiert werden können. Dadurch wird ihre Entscheidungsfreiheit und ihr Selbsthilfe- und Heilungspotential nochmals empfindlich geschwächt.

Auf der Ebene der Gesundheitsorganisation führt der geschlechtersensible Gesundheitsansatz langfristig zur gleichberechtigten institutionellen Berücksichtigung frauenspezifischer Bedürfnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen. Noch sind die Patientinnen und Gesundheitsexpertinnen weder in der Forschung noch in den Entscheidungsgremien der verschiedenen Politik- und Gesundheitsinstitutionen in ausreichender Anzahl vertreten. Entsprechend unausgewogen sind die gesundheitlichen Versorgungs- und Informationsangebote für Frauen: Es kommt zur möglichen Fehlversorgung etwa in der Schwangerschaft (Überbetonung des medizinischen und Vernachlässigung des psychosozialen Aspektes) oder zur Vernachlässigung und Tabuisierung frauenspezifischer Gesundheitsrisiken (etwa Medikamentensucht oder Gewalt gegen Frauen).

Der geschlechtersensible Gesundheitsansatz würdigt Frauen als Patientinnen und als professionelle Gesundheitsexpertinnen gleichermaßen. Er achtet Frauen ausdrücklich als kompetente und selbstbestimmte Patientinnen und Expertinnen in eigener Sache. Da sie sich und ihren Körper am längsten und am besten kennen, muss ihr Wissen um die eigene Gesundheit und die eigenen Bedürfnisse zum Ausgangs- und Zielpunkt jeder Beratung und Behandlung werden. Darüber hinaus sind Frauen im Laufe ihres Lebens meist ausnahmslos als Töchter, Mütter, Ehefrauen oder Partnerinnen verant-

wortlich für die Gesundheitsfürsorge und -versorgung oder für die Pflege ihrer Angehörigen und verfügen insofern über ein breites Gesundheitswissen. Zugleich erkennt der geschlechtsspezifische Gesundheitsansatz die professionellen Leistungen der Frauen als Expertinnen im Gesundheitssystem an: etwa ihre Arbeit als Krankenschwestern, Ärztinnen, Hebammen oder Psychotherapeutinnen. Auf Grund ihres Wissens um die Sozialisation, Lebensphasen und das Gesundheitsempfinden von Frauen sind sie besonders prädestiniert, sich für weibliche Bedürfnisse und Belange einzusetzen.

Die vorliegenden Empfehlungen für ein Aktionsprogramm sind diesem geschlechtsspezifischen Ansatz und hier wiederum der weiblichen und damit parteilichen Sicht von Gesundheit verpflichtet. Sein Anliegen ist es, Handlungsoptionen für eine künftige frauenspezifische und gleichberechtigte Gesundheitspolitik aufzuzeigen. Es versteht sich als Grundsatzprogramm, das am Beispiel Hamburgs Handlungsmaximen für eine verbesserte Frauengesundheitspolitik entwickelt. Über die Formulierung von zukunftsgerichteten *Perspektiven* soll das Bewusstsein für deren Notwendigkeit gestärkt und die Frau mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt politischen Gestaltens gestellt werden. Die Perspektiven weisen auf wünschenswerte Ziele für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung von Frauen hin, die in den *Empfehlungen* als kurz- und mittelfristig umsetzbare Maßnahmen konkretisiert werden. Die Empfehlungen würdigen dabei ausdrücklich die bislang geleistete Arbeit der Hamburger Initiativen, Projekte und Institutionen in den verschiedenen Politikbereichen. Als Grundlage für die Weiterentwicklung der Frauengesundheit in Hamburg ist diese Arbeit unverzichtbar und muss daher gestärkt und gefördert werden.

Wenn im folgenden ausschließlich die Interessen der Frauen vertreten, dabei Defizite in der Versorgung und Förderung benannt und Lösungsvorschläge unterbreitet werden,

so soll dies nicht als Fundamentalkritik am derzeitigen Gesundheitssystem missverstanden werden. Dieses ist historisch bedingt männlich strukturiert. Die Errungenschaften der heutigen Medizin und das hochentwickelte bundesrepublikanische Gesundheitssystem werden als Voraussetzung für die Fortentwicklung der Gesundheitspolitik ausdrücklich wertgeschätzt. Dennoch bedürfen bestimmte Bereiche der Erweiterung, Spezifizierung und Korrektur. Diese Kritik ist konstruktiv und soll allen Menschen, Patientinnen und Patienten wie auch Medizinerinnen und Medizinern zugute kommen.

Die Empfehlungen für ein Aktionsprogramm richten sich daher an Frauen *und* Männer, an Politikerinnen und Politiker und an alle Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen, insbesondere an Ärztinnen und Ärzte in niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern, an Apothekerinnen und Apotheker, an Vertreterinnen und Vertreter in den Selbsthilfeorganisationen, Initiativen und Projekten sowie in Krankenkassen und Versicherungen. Zugleich wendet es sich an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger und alle Multiplikatoren in Schule, Hochschule und Medien, da die Umsetzung einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik nur gemeinsam gelingen kann.

Als Vision steht am Ende die selbstbestimmte Frau und der selbstbestimmte Mann, die aufgrund optimaler Informations-, Beratungs- und Behandlungsangebote die für sie richtigen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können. Diese „informierte Wahl- und Entscheidungsfreiheit“ zu ermöglichen, ist Ziel und Anliegen dieses Berichtes.

Von Ottawa nach Hamburg: Anlass, Inhalt und Aufbau des Berichtes

Auf ihrer ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung Ende 1986 in Ottawa deklarierte die WHO Gesundheit zum Grundrecht des Menschen¹. In ihrer Charta definiert sie Gesundheit verbindlich als Folge und Voraussetzung sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen. Sie ist somit vom individuellen *Verhalten* des Einzelnen (persönliche Ressourcen) ebenso abhängig wie von den strukturellen *Verhältnissen* (gesellschaftliche Ressourcen), in denen er lebt. Erfolgreiche Gesundheitspolitik muss daher den Einzelnen befähigen, seine Gesundheit zu erhalten und wiederzugewinnen, indem sie die hierfür notwendigen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen und Bedingungen schafft bzw. stärkt. Sie kann sich somit nicht auf die bloße Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsförderung und -versorgung beschränken. Zugleich misst die Ottawa-Charta präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen eine ebenso wichtige Bedeutung zu wie der Heilung von Krankheiten über eine entsprechende Versorgung. Damit wird die doppelte Aufgabe der Gesundheitspolitik als Gesundheitsförderung *und* -versorgung nochmals betont.

Die Bekenntnisse der WHO zu Chancengleichheit, Menschenrechten und primärer Gesundheitsversorgung wurden auf der Wiener Konferenz über die Gesundheit von Frauen im Jahre 1994 geschlechtsspezifisch konkretisiert². Um beiden Geschlechtern

¹ Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, Ottawa, 21. November 1986. Im Internet: www.sozialnetz-hessen.de/infoline/recht/ottawa.htm

² Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Abschlusserklärung auf der Konferenz „Women Health Counts: Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa“, Wien, 16. – 18. Februar 1994, s. Anhang

die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung und -förderung zu ermöglichen, forderten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Frauen-Gesundheitspolitik. Diese berücksichtigt das unterschiedliche Wissen und die unterschiedliche Erfahrung von Frauen und Männern, achtet geschlechtsspezifische Gesundheitsbedürfnisse und -probleme und kann so die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich fördern und das Gesundheitssystem über ein verbessertes Verständnis von Krankheitsursachen fortentwickeln. Die Wiener Expertinnen und Experten forderten, das Menschenrecht auf Gesundheit geschlechtsspezifisch zu definieren. Daraus ergibt sich notwendigerweise die gleichberechtigte Beteiligung der Frauen an gesundheitspolitischen Entscheidungen sowie der Aufbau einer frauenfreundlichen, lebenslangen und bedarfsgerechten Gesundheitsförderung und -versorgung. Über den Wandel des Geschlechterverhältnisses soll eine gleichberechtigte Aufgabenverteilung bei der Kindererziehung und Familienarbeit sowie eine gleichberechtigte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen möglich werden.

Dieser weltweite Diskurs um die Notwendigkeit frauenspezifischer Gesundheitspolitik veranlasste die Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karin Roth, im Februar 2000 die Hamburger Kommission „Frauen und Gesundheit“ ins Leben zu rufen. Sie wurde beauftragt, Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg zu erarbeiten.

Um ein möglichst breites Spektrum frauenspezifischer Gesundheitsbedürfnisse und -belange abdecken zu können, wurde die Kommission interdisziplinär besetzt. Die Kommissionsmitglieder – Frauen und Männer – arbeiten in unterschiedlichen frauenrelevanten Gesundheitsbereichen wie in der Kinderheilkunde, Gynäkologie und Psychiatrie, in der Wissenschaft und Forschung, in Beratungsstellen zu sexueller Gewalt und Institutionen des Arbeitsschutzes sowie in Einrichtungen der PatientInnenvertretung,

Selbsthilfe und zu Suchtproblemen. Ausschlaggebend für die Auswahl der Expertinnen und Experten war deren Praxis- und Erfahrungswissen. Indem sie täglich mit Frauen arbeiten, sie beraten und behandeln und mit den vielfältigen Institutionen, Projekten und Initiativen ihres Fachbereiches vernetzt sind, verfügen sie über ein aktuelles, in der Praxis gewonnenes und damit authentisches Wissen um die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau.

Folgende Kommissionsmitglieder wurden berufen:³

Prof. Dr. Monika Bullinger, Diplom-Psychologin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Abteilung für medizinische Psychologie

Thomas Dangers, Diplom-Psychologe und (bis zum 31.12.2000) Geschäftsführer des Vereins „Männer gegen Männer-Gewalt e. V.“

Dr. Hanneli Döhner, Soziologin, Leiterin des Arbeitsschwerpunktes für Sozialgerontologie im Institut für Medizinsoziologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf

Astrid Estorff-Klee, Projektleiterin von KISS – Kontakt und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen

Dr. Ezel Günay, niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Kerstin Hagemann, Diplom-Sozialarbeiterin und Projektleiterin der PatientenInitiative Hamburg e. V.

Rita Hülsmann, Hebamme und Lehrerin an der Hebammenschule; Vorsitzende des Hebammenverbandes in Hamburg

³ Die ausführliche Auflistung der Funktion und Arbeitsbereiche der einzelnen Kommissionsmitglieder findet sich im Anhang.

Prof. Dr. Regine Kollek, Diplom-Biologin und Professorin für Technikfolgenabschätzung der modernen Biotechnologie in der Medizin, Universität Hamburg

Dr. Hildegard Neubauer, Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, Leitende Krankenhausärztin im Klinikum Nord-Ochsenzoll

Monika Püschl, Pädagogin M. A. und Leiterin des Büros für Suchtprävention der „Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.“

Prof. Dr. Peter Scheidel, Gynäkologe und Chefarzt der Frauenklinik im Marienkrankenhaus

Margrit Schlankardt, Buchhändlerin und Geschäftsführerin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Angelika Schwabe, Sozialversicherungsfachangestellte und Leiterin der Landesvertretung Hamburg der Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Arzt und Soziologe, Abteilungsdirektor und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinsoziologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf

Dr. Ursula Weinsen, Fachärztin für Arbeitsmedizin/Umweltmedizin, Staatliche Gewerbeärztin, Amt für Arbeitsschutz, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Irmingard Zahn, Lehrerin und Vorsitzende des Landesfrauenrates Hamburg

Die Leitung der Kommission wurde

Eva Rühmkorf, Diplom-Psychologin und Vorsitzende des Bundesvorstandes Pro Familia, übertragen.

Als sachverständige Gäste haben an einer Arbeitssitzung der Kommission teilgenommen:
Dr. Dieter Fleisch-Janys, Arbeitsgruppe Epidemiologie der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Instituts für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin (Prof. Dr. Berger) am 19. Juni 2000: Brustkrebsinzidenz und -mortalität

Senatsdirektorin Marie-Luise Tolle, Senatsamt für die Gleichstellung
am 20. September 2000: Gewalt gegen Frauen

Geschäftsstelle

Aus Fachfrauen des Referates „Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, Hamburgisches Krebsregister“ des Amtes für Gesundheit der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde eine Geschäftsstelle gebildet, die in enger Zusammenarbeit mit der Vorsitzenden die Arbeit der Kommission koordiniert, dokumentiert und fachlich begleitet hat:

Regina Jürgens, Diplom-Soziologin, Sachgebiet: Frauen und Gesundheit

Dr. Katharina Juhl, Diplom-Psychologin, Sachgebiet: Gesundheitsförderung für Menschen mit chronischen Krankheiten

Ines Zimmermann, Diplom-Psychologin, Sachgebiet: Kinder- und Jugendgesundheit

Protokollierung der Kommissionssitzungen und ihrer Ergebnisse:

Juliane Ilse, Diplom-Gesundheitswirtin

Mitarbeit in der Geschäftsstelle:

Janne Klöpfer, Diplom-Sozialwissenschaftlerin und Referentin für Gesundheitsförderung

PraktikantInnen:

Regina Hostert, Zita Schillmöller, Dieter Tretow (Studierende im Studiengang Gesundheit an der FH Hamburg).

Die Kommission traf sich vom März 2000 bis Januar 2001 zu insgesamt zehn Arbeitssitzungen und einer ganztägigen Klausurtagung, in denen verschiedene gesundheitspolitische Schwerpunkte gesetzt und inhaltlich erarbeitet wurden. Bei der Themenauswahl konzentrierte sich die Kommission auf das Expertenwissen und die Erfahrungen und Kenntnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie auf die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion.

Folgende zehn Themenschwerpunkte wurden behandelt:

1. SELBSTHILFE
2. PATIENTINNENRECHTE
3. MIGRANTINNEN
4. FRAUEN UND SUCHT
5. GEWALT GEGEN FRAUEN
6. ARBEITS- UND LEBENSWELT
7. BRUSTKREBS
8. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT
9. FRAUEN IN DER PSYCHIATRIE
10. LEBENSPHASEN (Jugend – Wechseljahre – Alter)

Jeder Themenbereich wurde von den zuständigen Expertinnen und Experten vorbereitet und anschließend in seiner Abhängigkeit zur Gesamtpolitik von allen Kommissionsmitgliedern diskutiert und reflektiert (*gender mainstreaming*). Indem alle Kommissionsmitglieder ihr jeweiliges Experten- und Allgemeinwissen (bei fachfremden Themen) ein-

brachten und die gemeinsam gewonnenen Erkenntnisse vor ihrem Erfahrungshorizont beleuchteten, konnte eine einseitige Beurteilung der Themen vermieden und der Vielfalt frauenspezifischer Gesundheitsbedürfnisse Rechnung getragen werden.

Dennoch erhebt der Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit: Er handelt weder alle frauenspezifischen Gesundheitsbelange ab noch liefert er erschöpfende Analysen der ausgewählten Themen. Vielmehr benennt er Themenschwerpunkte, bei denen aus Sicht der Kommissionsmitglieder vordringlicher Handlungsbedarf besteht. Aus der Diskussion dieser Themen ergaben sich übergreifende *Perspektiven* und konkrete *Empfehlungen* für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg, die von allen Kommissionsmitgliedern und beschlossen wurden. Die Perspektiven geben langfristige Ziele vor, die über die konkreten Empfehlungen schrittweise erreicht werden können. Sie sind Handlungsmaximen, die wünschenswerte Ziele benennen und für die konkreten Empfehlungen richtungsweisend sind.

Folgende sieben Perspektiven wurden entwickelt,

wobei den ersten drei als Voraussetzung der folgenden eine herausragende Bedeutung zukommt:

- 1. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT INFORMATION, TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION**
- 2. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT EINE ADRESSE UND EINEN ORT**
- 3. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT UNABHÄNGIGE, NICHT VON ÖKONOMISCHEN INTERESSEN GELEITETE FORSCHUNG**
- 4. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT GESICHERTE QUALITÄT**
- 5. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT ÖFFENTLICHKEIT UND LEITBILDER**
- 6. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT SPEZIELL GESCHULTES FACHPERSONAL**
- 7. FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT FÖRDERLICHE ARBEITS- UND LEBENSBEDINGUNGEN**

In den nun folgenden Empfehlungen werden die zehn Themenschwerpunkte jeweils in ihrer Bedeutung für die konkrete Umsetzung der sieben Perspektiven benannt und reflektiert. Jede Perspektive wird zunächst inhaltlich eingeführt, danach werden allgemeine Empfehlungen gegeben, um anschließend auf die konkreten Themenschwerpunkte einzugehen.

Der Bericht ist Vision und pragmatische Handlungsanleitung in einem. Die gesundheitspolitischen Empfehlungen reflektieren die Bedürfnisse der Frau in ihren verschiedenen Lebensphasen und sind kurz- und mittelfristig umsetzbar. Es handelt sich somit weder um einen Rechenschaftsbericht noch um eine Utopiensammlung, sondern um Perspektiven und Empfehlungen für ein Aktionsprogramm, die umgesetzt werden wollen.

III. Perspektiven und Empfehlungen

Die nun folgenden sieben Perspektiven sind zukunftsgerichtete Vorschläge für ein Aktionsprogramm „Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg“.

Alle sieben Perspektiven sind

- **beteiligungsorientiert:** Sowohl Frauen mit ihren Erfahrungen und Interessen als auch die ärztlichen und nicht-ärztlichen Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen an gesundheitspolitischen Beratungen und Entscheidungen beteiligt werden. Dies gilt für staatliche, privatwirtschaftliche und freie Institutionen, Praxen und Einrichtungen, Standes- und PatientInnenvertretungen, Selbsthilfegruppen, Frauenprojekte, Krankenkassen und andere Institutionen gleichermaßen.
- **prozessorientiert:** Der Auf- und Ausbau frauenspezifischer Gesundheitsangebote und -strukturen ist eine kontinuierliche, nicht einmalige Aufgabe. Die Perspektiven sind in die Zukunft gerichtet und ziehen neue Strukturen und Entwicklungen nach sich. Ihre Umsetzung erfolgt schrittweise.
- **kundinnen- und wettbewerbsorientiert:** Die Rolle der Patientin als entscheidungsfähige und zahlende *Kundin* im Gesundheitssystem darf nicht weiter geschwächt werden. Als Versicherte finanziert *sie* die Gesundheitsleistungen und ermöglicht dadurch erst die Existenz von Gesundheitsanbietern. Bei Unzufriedenheit kann sie Anbieter oder Dienstleistung jederzeit wechseln oder austauschen. Die Förderung der weiblichen Nachfragemacht führt zugleich zu mehr Wettbewerb und Qualität.

- **nachhaltig:** Alle Vorschläge sind auf Dauer angelegt, d. h. sie schaffen neue Strukturen (neue Angebote, neue Anlaufstellen u. a.) und sie erweitern die Kompetenz der Patientinnen, indem sie deren Rechte stärken, ihre Selbstbestimmung unterstützen und ihre Autonomie ausbauen.

Alle Perspektiven und Empfehlungen beziehen sich auf die konkrete Situation Hamburgs. Es werden beispielhaft Probleme verdeutlicht und Lösungen aufgezeigt, die zum großen Teil jedoch nur verwirklicht werden können, wenn sie über bundesweite Reformen und städteübergreifende Allianzen unterstützt werden. Der Perspektivenkatalog versteht sich daher auch als ein über Hamburg hinaus weisendes Plädoyer für eine grundsätzliche Neuausrichtung in der Gesundheitspolitik.

1 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT INFORMATION, TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION

Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen und eigenverantwortliches Handeln ist Information. Als wichtigstes Patientenrecht ist sie Dreh- und Angelpunkt einer weiblichen Gesundheitspolitik.

Sinnvolle Informationspolitik schafft Transparenz und Kommunikation und hat zwei Aufgaben: Sie muss zum einen die Einrichtungen und Angebote des Gesundheitswesens über geeignete Kommunikationsmittel bekannt machen. Nur wer die Alternativen kennt und imstande ist, sie zu bewerten und in Anspruch zu nehmen, kann als gleichberechtigte Partnerin und selbstbewusste Kundin im Gesundheitssystem auftreten. Dazu gehört auch die Kenntnis der Patientenrechte, etwa das Recht auf Aufklärung, Dokumenteneinsicht oder das Einholen einer zweiten Meinung. Erst das Wissen um die eigene Rechtsposition stärkt das Selbstbewusstsein der Patientinnen und Patienten, ermöglicht die Inanspruchnahme der Institutionen, die im Streitfall Unterstützung anbieten und verbessert langfristig das Gesundheitssystem.

Zum anderen muss sinnvolle Informationspolitik die Menschen befähigen, Informationen schnell, leicht und aktuell abfragen zu können. Informationstechnologien sollten öffentlich zugänglich sein (etwa in Bibliotheken und Stadtteilzentren), kommunikative Schlüsselqualifikationen wie Internet- und Mobilfunkkompetenz in Schule, Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden (s. hierzu die Empfehlung „Frauengesundheitsinformation“).

Adressaten dieser Informationspolitik sind sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die professionellen Anbieter von Gesundheitsleistungen. Als erste Ansprechpart-

ner und Multiplikatoren sind gerade Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen, Frauenprojekten und anderen Institutionen des Gesundheitswesens sowie Mitglieder von Selbsthilfegruppen auf seriöse, schnell, leicht und aktuell verfügbare Informationen angewiesen. Zugleich dient der Informationspool ihrer Fort- und Weiterbildung, indem er sie zeitnah über neue Entwicklungen informiert.

Noch aber werden diese Ansprüche nicht zur Genüge erfüllt. Auf der Gesprächsebene ist die Arzt/Patientinnen-Beziehung oft hierarchisch geprägt: Der Wissensvorsprung des Arztes (und anderer Gesundheitsanbieter) lässt aus dem gewünschten Dialog dann einen Monolog werden, der die PatientInnen nicht hinreichend informiert. Noch verstehen sich zu wenige PatientInnen als *KundInnen*, obgleich sie das Gesundheitssystem finanzieren und daher ihre Wünsche für das Dienstleistungsangebot ausschlaggebend sein sollten. Kritik an den Beratungs- und Behandlungsmethoden ist meist nicht erwünscht. Dabei ist sie ein wichtiger Indikator für die Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen, ihrer Patientenorientierung und für das Ausmaß der Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, der von Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen als kostenloses (!) Kontrollinstrument zur Sicherung der Qualität genutzt werden könnte. Dadurch erfüllten sie zugleich den Anspruch, Patientinnen als gleichberechtigte Partnerinnen im Gesundheitswesen ernst zu nehmen.

Auf der schriftlichen Ebene wiederum sind die Veröffentlichungen zu medizinischen und gesundheitspolitischen Angeboten zahlreich und von unterschiedlicher Qualität. Als Metropole verfügt Hamburg über eine Fülle von Einrichtungen zur Prävention, Therapie, Rehabilitation und Gesundheitsförderung, die meist unabhängig voneinander für sich werben. So lobenswert diese Informationsfülle ist, so ist sie doch bereits für professionelle Anbieter kaum zu überblicken, für Laien aber gänzlich unübersichtlich.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Adressen und Telefonnummern bereits nach kurzer Zeit überholt sein können, da die Daten von keiner zentralen Stelle gepflegt werden. Zwar gibt es mehrere Einrichtungen, deren Aufgabe es ist, die Bürgerin und Patientin bei der Suche nach geeigneten Angeboten zu unterstützen: etwa das Patiententelefon der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die Patientenberatung der Verbraucherzentrale, die PatientenInitiative und die Gesundheitslotsen der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Diese Einrichtungen aber sind zu wenig bekannt. Eine Studie zur Informiertheit chronisch kranker Menschen zeigte beispielsweise, dass lediglich ein Viertel über das Angebotsspektrum Bescheid wusste¹. Diese Befunde wurden auch in Workshops mit anderen Gruppen chronisch Kranker bestätigt. Es ist daher davon auszugehen, dass sie auch auf andere Zielgruppen zutreffen.

Ursache für die mangelnde Informiertheit der Patientinnen und Patienten sind die Hierarchie im Arzt/PatientInnen-Verhältnis, die verwirrende Vielfalt der Angebote und deren unzureichende Vernetzung, Kooperation und Koordination sowie die fehlenden zentralen Informationsstellen mit Wegweiserfunktion. Diese Informationsflut erschwert nicht nur die Auswahl optimaler Gesundheitsleistungen. Sie führt auf der Anbieterseite zu doppelter Arbeit oder zu Reibungsverlusten durch Konkurrenz und auf der Patientinnenseite zu doppelten Wegen, zu Unter- oder Überversorgung und zu Vertrauensverlusten – eine Fehlentwicklung, die sich auch ökonomisch auswirkt.

¹ Bullinger M u. a. 1999: Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Amt für Gesundheit. Es wurden 750 Menschen telefonisch befragt, die unter rheumatischen Erkrankungen, Diabetes mellitus oder Schlaganfall litten. Alle Befragten waren Mitglied in Selbsthilfegruppen/-organisationen. Auf die Frage, was sie über Informations- und Beratungsangebote für ihre Zielgruppe wissen, zeigten sich ca. 1/4 der Befragten informiert. Selbsthilfeorganisationen und KISS wurden dabei vorrangig genannt. Alle anderen Angebote lagen bei den Nennungen weit dahinter zurück. Auf die Frage nach einem Ansprechpartner für die jeweilige Erkrankung wussten im Durchschnitt weniger als 1/5 der TeilnehmerInnen, an wen sie sich wenden könnten. Auf die Frage, ob öffentliche Stellen sich um die Zielgruppe kümmern würden, antworteten nur 5% mit ja und 95% mit nein.

Hamburger Pilotprojekt „Frauengesundheitsinformation“ entwickeln

Frauen müssen zu jedem Zeitpunkt von jedem Ort aus schnell und unkompliziert Informations- und Beratungsangebote nutzen können – und zwar immer dann, wenn sie sie aktuell benötigen. Dazu ist es notwendig, neben den traditionellen Medien modernste Informationstechnologien öffentlich bereitzustellen und Kommunikationstechniken zu vermitteln. Das Pilotprojekt „Frauengesundheitsinformation“ soll die Fülle an Fachwissen und Erfahrungen im professionellen und ehrenamtlichen Gesundheitsbereich an einem leicht zugänglichen Ort bündeln und vernetzen. Die notwendigen Informationen und die entsprechende Infrastruktur sollen bereitgestellt und Frauen bei der Informationsrecherche beraten und begleitet werden. Denkbar wäre die Darbietung aller frauenspezifischen Gesundheitsinformationen im Internet, die Ausstattung öffentlich zugänglicher Anlaufstellen mit Informationstechnologie (z. Bsp. Frauengesundheitsprojekte) und die Internetberatung und -begleitung von Frauen über Expertinnen vor Ort oder per Telefon (Hotline). Dabei ist es wünschenswert, dass nicht nur quantitative Informationen – Anzahl der Angebote, Ansprechpartner und Adressen – publiziert werden, sondern vor allem qualitative, d. h. kommentierende und orientierende Informationen.

„Frauengesundheitsbrief“ entwickeln

Um ExpertInnen und Patientinnen zeitnah über aktuelle frauenspezifische Entwicklungen im Gesundheitswesen zu informieren, soll ein Newsletter zur Frauengesundheit herausgegeben werden. Dieser soll blitzlichtartig aktuelle Probleme aufgreifen und als regelmäßiges Periodikum Transparenz und Vertrauen schaffen.

Informationen frauengerecht aufbereiten und vermitteln

Informationen über Angebote und Einrichtungen müssen nutzerinnenfreundlich und niedrigschwellig sein, d.h. sie müssen verständlich dargeboten und ohne Schwellenängste abrufbar sein. Die Zielgruppen der Information müssen definiert werden (Nutzerinnen, Patientinnen, Angehörige, ehrenamtliche und professionelle Anbieter im Versorgungssystem), um die Informationen in Aufbau, Inhalt und Sprache leserinnengerecht zu verfassen. Es muss ein Netz von Multiplikatoren gebildet werden, das Informationen niedrigschwellig weitergibt (etwa Apotheken, Pflegedienste, Gesundheitsämter, Arztpraxen, Krankenhäuser). Damit die Multiplikatoren wissen, wie sie Informationen recherchieren und bewerten können, müssen die Ausbildungsordnungen entsprechende Lehrinhalte anbieten. Der Zugang zu Gesundheitsstatistiken und -daten sollte professionellen Anbietern und Patientinnen gleichermaßen offen stehen.

Koordination, Kooperation und Vernetzung von Gesundheitsdiensten verbessern

Bei der Weitergabe von Informationen kommt allen Anbietern im Gesundheitssystem, insbesondere Arztpraxen und Krankenhäusern als Erstkontaktstellen eine wichtige Rolle zu. Ihre Informationspolitik sollte hierarchiefrei und offen sein, mögliche Konkurrenzen zwischen professionellen Gesundheitsanbietern einerseits und Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen der PatientInnen andererseits müssen überwunden werden. Um die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern und doppelten Wegen und Reibungsverlusten entgegenzuwirken, müssen die Gesundheitsanbieter stärker kooperieren und ihre Dienstleistungen besser koordinieren. Die Beratungsstellen sollen sich zu einem Netzwerk zusammenschließen können, um untereinander Informationen austauschen, gemeinsam Öffentlichkeitsarbeit und Schnittstellenmanagement betreiben zu können.

Patientinnenrechte bekannt machen und weiterentwickeln

Bereits im Juni 1999 verabschiedete die Gesundheitsministerkonferenz die „Patientenrechte in Deutschland heute“ (zuvor: Patientencharta)². Diese schufen zwar kein neues Recht, fassten jedoch das bestehende, in mehreren Gesetzeswerken verteilte Recht übersichtlich zusammen. Dennoch sind die Patientinnenrechte, die vom Informationsrecht über die Einsicht in die Krankenunterlagen bis hin zur freien Arzt- und Krankenhauswahl reichen, nur ungenügend bekannt. Entsprechend gering ist die Beschwerdemacht der Patientinnen und Patienten. Ihre Rechte müssen daher stärker kommuniziert werden. Darüber hinaus müssen sie neueren, insbesondere geschlechtsspezifischen Erkenntnissen angepasst werden.

Das Recht auf eine „Zweite Meinung“ etablieren

Um schwerwiegende Entscheidungen doppelt absichern, das Risiko von Fehldiagnosen verringern und unterschiedliche Behandlungsmethoden abwägen zu können, müssen Patientinnen eine „Zweitdiagnose“ bzw. „Zweite Meinung“ einholen können. Dies gilt besonders für Frauen, die an einer schweren Krankheit leiden (s. auch Themenschwerpunkt Brustkrebs) oder aber für das Leben eines anderen Menschen – das Ungeborene, das Kind oder betreute Angehörige – Entscheidungen von großer Tragweite treffen müssen (s. auch Themenschwerpunkt Schwangerschaft und Geburt, Pränataldiagnostik).

2 s. auch die Kurzfassung: Patientenrechte in Deutschland. Beschluss der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999 in Trier, hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, März 2000; Francke R, Hart D 1999: Charta der Patientenrechte. Baden-Baden: Nomos

Dieses Recht steht zwar allen Menschen zu, ist aber zu wenig bekannt und wird von den behandelnden ÄrztInnen nicht ausreichend kommuniziert. In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die freie Arztwahl zwar verbindlich geregelt, aber nicht der Anspruch auf das Einholen einer „Zweiten Meinung“. Dieser Anspruch muss analog zu den europäischen Richtlinien in Deutschland Standard werden.

SELBSTHILFE

Selbsthilfe- und Frauengesundheitsprojekte mit moderner Kommunikationstechnologie ausstatten

In Hamburg gibt es im Gesundheitsbereich rund 1.500 Selbsthilfegruppen, die von drei Kontakt- und Informationsstellen (KISS) koordiniert und betreut werden, sowie eine Vielzahl von Frauengesundheitsprojekten. Ihre informelle Organisation an einem geschützten Ort, ihr kommunikativer Ansatz (Problembehandlung über das Gespräch) und ihre Unabhängigkeit gegenüber dem Arzt- und Klinikbetrieb machen Selbsthilfegruppen zu einem äußerst frauenfreundlichen Bewältigungsmodell. Um sie in ihrer Arbeit bestmöglich zu unterstützen, sollen staatliche und öffentlich geförderte Selbsthilfe- und Frauengesundheitsprojekte mit der erforderlichen Hardware und speziell entwickelter Software ausgestattet werden, die fortlaufend aktualisiert werden muss.

MIGRANTINNEN

Schriftliche Patientinnen-Informationen übersetzen

In Hamburg leben mehr als 270.000 Menschen aus insgesamt 192 Ländern, davon rund 125.000 Frauen. Mögliche Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache und Kultur sowie die Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems können dazu führen, dass ausländische Frauen einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind. Im ungünstig-

sten Fall können sie weder die Präventionsmöglichkeiten in ausreichendem Maße nutzen noch im Krankheitsfall bedarfsgerechte Hilfe nachfragen. Es müssen daher alle Patientinnen-Informationen in die wichtigsten Fremdsprachen übersetzt werden, die in Hamburg vertreten sind³.

Dolmetscherdienste einrichten

Kranksein kann in einer mehr oder weniger fremden Kultur einen Kulturschock auslösen, auf jeden Fall aber ist es mit Ängsten und Unsicherheit verbunden. Die muttersprachliche Vermittlung des Krankheitsgeschehens ist daher im Krankheits- und Gesundungsprozess von größter Bedeutung, insbesondere in der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik und Therapie. Aus rechtlicher Sicht wird eine schriftliche Einverständniserklärung zu einem medizinischen Eingriff erst wirksam, wenn die Patientin verständlich aufgeklärt wurde. Ebenso müssen behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen von Frauengesundheitsprojekten und andere Dienstleister im Gesundheitswesen ihre Patientinnen und Ratsuchenden verstehen, um bestmögliche Hilfe leisten zu können. Für Gesundheitsanbieter und Betroffene müssen daher spezifisch für das Gesundheits- und Sozialsystem qualifizierte Dolmetscherdienste zur Verfügung gestellt werden, vorzugsweise muttersprachlich aus dem Herkunftsland der Patientin (analog zu den Gerichtsdolmetschern). Als Vorbild kann die Niederländische Dolmetscherzentrale dienen: Als wichtige Basiseinrichtung der Gesundheitsversorgung stellt sie einen Pool aus Dolmetschern bereit, der von Ärztinnen und Ärzten, Betrof-

³ Zwei Beispiele muttersprachlicher Information sind: Hamburger Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten, hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit. 2. ergänzte und in Teilen neu bearbeitete Auflage, November 1999 und das Video: Aktiv im Alter, hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Soziales und Rehabilitation, Januar 2001. Die über hundert Seiten starke Broschüre bietet ein nahezu vollständiges Adressverzeichnis muttersprachlicher ÄrztInnen in Praxen und Kliniken, Hebammen und PsychotherapeutInnen, Beratungsstellen und Aktionskreisen sowie HerausgeberInnen fremdsprachlicher Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen. Das Video „Aktiv im Alter“ gibt Auskunft über das Hamburger Altenhilfesystem (Altenkreise, Pflegedienste, Altenheime u. a.). Es wurde in türkischer Sprache gedreht, da der Großteil älterer Hamburger Ausländerinnen und Ausländer aus der Türkei stammt und häufig weder der deutschen Sprache in Wort und Schrift noch der türkischen Schriftsprache mächtig ist.

fenen und anderen Interessierten rund um die Uhr erreicht, vor Ort gebucht oder für eine telefonische Beratung genutzt werden kann.⁴ Bestehende Einrichtungen in Hamburg, wie z. Bsp. am Universitätsklinikum Eppendorf müssen weiterentwickelt werden.

GEWALT GEGEN FRAUEN

Leitfaden „Schutz vor Gewalt“ entwickeln

Gewalttaten werden zu 95 Prozent von Männern ausgeübt. Jede dritte Frau in Deutschland wird mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt, jede siebte Opfer sexualisierter Gewalt. In zwei von drei Fällen ist die Frau dem Täter bekannt: Sie ist seine Ehefrau, Verwandte, Tochter, Freundin oder Bekannte. Dennoch wird gerade die häusliche Gewalt von beiden Geschlechtern tabuisiert. Betroffene Frauen verschweigen und verleugnen das erlittene Leid aus Angst, Scham und Abhängigkeit gegenüber dem Mann. Um dennoch Zugang zu den Frauen zu finden, soll – analog zum Hamburger Leitfaden für Arztpraxen „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“⁵ – ein Leitfaden „Schutz vor Gewalt – Hilfe für Frauen“ erstellt werden, der professionellen und ehrenamtlichen Gesundheitsanbietern Hilfestellung bei der Diagnose, Befunderhebung und im Umgang mit den betroffenen Frauen bieten soll.

BRUSTKREBS

Über Früherkennungsmöglichkeiten informieren

Pro Jahr erkranken rund 1.200 Hamburgerinnen an Brustkrebs. Bei den Krebs-

4 Zu den niederländischen Dolmetscherdiensten, s.: Geert Drenthen in: David M, Borde T, Kantenich H (Hg.) 2000: Migration, Frauen, Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/Main: Mabuse

5 Hamburger Leitfaden für Arztpraxen. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit und der Techniker Krankenkasse Hamburg. 2 Auflage. März 2000

Neuerkrankungen der Frauen steht der Brustkrebs an erster Stelle (28 Prozent), gefolgt von Dickdarm- und Mastdarmkrebs (15 Prozent) und Lungenkrebs (8 Prozent). Nur wenigen Frauen ist bewusst, dass die Röntgenaufnahme der Brust (Mammographie) als Früherkennungsmaßnahme nur begrenzt aussagefähig ist⁶. Lange Untersuchungsintervalle, veraltete Technik und/oder mangelnde Erfahrung können dazu führen, dass der Krebs zu spät entdeckt, falsch positive oder falsch negative Diagnosen erstellt werden. Beste Überlebenschancen aber haben Frauen, wenn der Krebs zum frühestmöglichen Zeitpunkt behandelt wird. Die Mammographie als ausschließliche Früherkennungsmethode reicht daher nicht aus: Erst die Kombination mit Ultraschall- oder Kernspintomographieuntersuchungen und das Einholen einer zweiten Meinung erhöhen die lebenswichtige Gewissheit. Trotzdem bleiben die Abstände zwischen den Untersuchungen zu lang: Frauen müssen daher in der sorgfältigen Beobachtung ihres Körpers bestärkt werden, damit sie Veränderungen in der Brust selbst ertasten können. Diese Patientinnenschulung sollten Ärztinnen und Ärzte unaufgefordert anbieten.

Mammographie-Angebote bewerten

Die Aussagekraft der Mammographie hängt insbesondere von der Erfahrung der Ärztin/des Arztes und der zur Verfügung stehenden Technik ab. Diese qualitativen Unterschiede müssen benannt und den Frauen zugänglich gemacht werden. Dabei kann auf das bereits vorhandene Wissen und die bereits vorhandene Kommunikationskultur der Frauen zurückgegriffen werden. Qualitätssicherungsmaßnahmen – z. Bsp. Leitlinien und Qualitätsstandards – müssen verbindlich werden.

⁶ In einer vom Kopenhagener Nordic Cochrane Institut veröffentlichten Meta-Analyse wird die Annahme, dass ein Mammographie-Screening das Brustkrebsrisiko senke, angezweifelt. So rettet etwa die Mammographie heute mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb von zehn Jahren nur eine von tausend Frauen. Allerdings wird in der Analyse nicht berücksichtigt, dass sich die Qualität der Methode verbessert hat bzw. zusätzliche Untersuchungen zur Verfügung stehen. S. The Lancet Bd. 355, S. 129, 2000

ARBEITS- UND LEBENSWELT

Bewusstsein für die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialen Lebensumständen stärken

Gesundheit ist Folge und Voraussetzung sozialer und beruflicher Lebensumstände. Finanzielle Sorgen etwa können zu hohen seelischen und nervlichen Belastungen führen, eine geringe Schulbildung kann die Berufswahl auf ausschließlich körperliche, monotone Tätigkeiten beschränken. Sozial benachteiligte Frauen sind häufiger Opfer von häuslicher Gewalt, in ihrer freien Zeit erleben sie weniger Ansprache und Vielfalt. Frauenspezifische Gesundheitspolitik bedeutet daher immer auch Gesundheitsförderung. Die sozialen und beruflichen Lebensumstände der Frauen müssen bei der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen ausreichend berücksichtigt werden, ihre Wechselbeziehung zur Gesundheit stärker bewusst gemacht werden.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Alternative Geburtsmöglichkeiten bekannt machen

In Hamburg wurden 1999 rund 18.000 Kinder zur Welt gebracht: 17.800 in Kliniken, ca. 200 in Geburtshäusern oder zu Hause⁷. Diese Zahlen lassen vermuten, dass nur wenige Frauen über alternative Geburtsmöglichkeiten und anschließende Betreuungsangebote ausreichend informiert sind. Viele von ihnen glauben, dass sie ihr Kind nur in einer Klinik gefahrlos zur Welt bringen können. Ursache dieser weit verbreiteten Meinung ist die Wahrnehmung der Geburt als Risiko für Mutter und Kind, das nur durch den Einsatz neuester Technologie eingeschränkt werden kann. Diese Vorstellung wird durch die Tatsache genährt, dass 75 Prozent (!) aller Schwangeren als Risiko-

7 Zahlen für die Entbindungen im Geburtshaus bzw. zu Hause: eigene Berechnungen des Hebammenverbandes Hamburg

schwängere gelten (1982 waren es noch 58 Prozent), obgleich 70 Prozent kerngesund sind⁸. Für die Frau kann die Einstufung als Risikoschwängere erhebliche Folgen im Umgang mit ihrer Schwangerschaft haben, etwa die eingeschränkte Wahl ihres „Geburtsraumes“. Im Unterschied zur geburtsmedizinischen ist die geburtshilfliche Versorgung im Krankenhaus – wie etwa die Unterstützung der Gebärenden durch permanenten Beistand und die Mobilisierung ihrer Ressourcen – meist unzureichend. Frauen sollen daher über alternative Geburtsmöglichkeiten besser informiert und darin bestärkt werden, ihren Geburtsraum frei zu wählen.

Chancen und Grenzen der Pränataldiagnostik stärker kommunizieren

Die Pränataldiagnostik kann Fehlbildungen des Fötus während der Schwangerschaft über Ultraschalluntersuchungen, Fruchtwasser- und Placenta-Analysen feststellen. Diese Diagnostik kann insbesondere für Frauen und Paare mit familiären Erbkrankheiten bedeutsam sein. Sie kann jedoch weder etwas über den Schweregrad und individuellen Verlauf der Krankheiten bei dem Kind aussagen noch kann sie den Großteil der festgestellten Erkrankungen therapieren und heilen. Auch Fehldiagnosen sind nicht ausgeschlossen. Obgleich nur rund 3 Prozent aller Ungeborenen überhaupt Fehlbildungen aufweisen, die teilweise auch nach der Geburt behandelbar sind, wird die Pränataldiagnostik per Ultraschalluntersuchung routinemäßig vorgenommen – häufig ohne die Patientinnen ausreichend über das Verfahren und seine Konsequenzen aufzuklären⁹. Frauen, die pränatale Untersuchungen ablehnen, müssen sich häufig gegen den gesellschaftlichen Vorwurf wehren, nicht genügend für die Gesundheit ihres Kindes zu tun. Wird bei einem Fötus eine Fehlbildung festgestellt, so müssen sich die Frauen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Der Abbruch ist

⁸ Perinatal- und Neonatalerhebung in Hamburg 1982 bis 1998

⁹ s. hierzu auch III.2 Adresse und Ort. Schwangerschaft und Geburt. Empfehlung: Unabhängige Beratungsstelle zur Pränataldiagnostik aufbauen

in einem solchen Fall an keine Frist gebunden und kann auch in einem sehr späten Stadium als eingeleitete Geburt vorgenommen werden. Für die Gebärende, die Hebammen, Ärztinnen und Ärzte stellt ein solcher Schwangerschaftsabbruch eine große emotionale Belastung dar. Aus diesen Gründen ist es dringend erforderlich, Frauen über Aussagekraft, Verfahren und Konsequenzen der Pränataldiagnostik intensiver zu informieren¹⁰.

LEBENSPHASEN

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige besser bekannt machen

80 Prozent der Pflege findet zu Hause statt. Pflegende Angehörige sind in erster Linie Frauen (Töchter, Mütter, Lebenspartnerinnen, Schwiegertöchter). Nur in den höheren Altersgruppen finden sich häufiger auch pflegende Männer, die ihre Lebenspartnerin versorgen. Die mit der Pflege verbundenen physischen und psychischen Belastungen sind gravierend, bei dementen und sterbenden Angehörigen sind sie extrem hoch. Lebensqualität und Lebenszufriedenheit können reduziert sein, das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko der pflegenden Angehörigen ist erhöht. Entsprechend umfassend müssen sie über Unterstützungsangebote – etwa durch Werbung, Faltblätter und Verzeichnisse – informiert werden. Dazu gehören Informationen über Krankheitsbilder und Pflege Techniken. Pflegende Angehörige sind wegen ihrer Anbindung ans Haus insbesondere durch aufsuchende Strategien der Angebotsvermittlung und alltagspraktische sowie psychische und soziale Unterstützung erreichbar. Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten auch Bedürfnisse pflegender Angehöriger berücksichtigen.

¹⁰ s. beispielsweise das Informationsblatt zur Pränataldiagnostik der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung (HAG)

2 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT EINE ADRESSE UND EINEN ORT

Informationen über Gesundheitsthemen und -dienstleistungen gibt es in Hamburg in großer Zahl und unterschiedlicher Qualität an vielen Orten dieser Stadt. Um sich orientieren zu können, müssen diese Angebote nicht nur medial abrufbar, sondern „begehrbar“ sein: Das Pendant zur *virtuellen* Frauengesundheitsinformation¹ ist ein realer Ort für Frauengesundheit, an dem alle Informationen zusammenlaufen und die wichtigsten frauenspezifischen Beratungen und Behandlungen angeboten werden.

Die Idee einer zentralen Anlaufstelle für Frauengesundheit stammt ursprünglich aus den USA. Als Reaktion auf die unzureichende Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse von Frauen im Gesundheitswesen wurden so genannte *Women's Health Care Centers* eingerichtet, die alle Angebote für Frauen unter einem Dach bündeln: Das Zentrum bietet frauenfreundliche und qualifizierte Information, Beratung und Behandlung. Die Zentren arbeiten interdisziplinär, Patientinnenvertretung und Selbsthilfe sind integriert. Die Auswahl der konkreten Angebote orientiert sich an frauentypischen Problemschwerpunkten und Versorgungsdefiziten der Region. Mit Ausnahme der Leitung und Verwaltung werden alle Arbeiten ehrenamtlich bzw. durch delegierte Mitarbeiterinnen anderer Gesundheitsanbieter erbracht. Die Leitung setzt sich interdisziplinär zusammen, auch Patientinnen und Selbsthilfegruppen sind dort vertreten. Ihre Aufgabe ist es, Ziele und Angebote der Einrichtung den Bedürfnissen der Nutzerinnen entsprechend weiterzuentwickeln. Indem Beratung, medizinische und pflegerische Betreuung und Behandlung von abgeordneten Mitarbeiterinnen anderer arbeitgebender Institutionen geleistet wird, ist das Angebot entsprechend vielfältig und kostengünstig.

¹ s. III.1 Information. Empfehlung: Frauengesundheitsinformation

Die Women's Health Care Centers erfüllen folgende Kriterien:

- 1. Alles unter einem Dach:** Als eine „*location of its own*“ und „*one-stop-location*“ ist das Gesundheitszentrum ein kleiner Kosmos für sich, der Frauen bei allen nur erdenklichen Fragen zur Gesundheit entweder selbst helfen oder aber Hilfe organisieren und vermitteln kann.
- 2. Ansprechende Atmosphäre:** Die frauenorientierte Ausrichtung der Zentren spiegelt sich in Architektur und Innendesign wider: Frauen sollen sich wohlfühlen und entspannen. Entsprechend liebevoll sind die Zentren gebaut und gestaltet.
- 3. Ausstattung mit neuester Technologie:** Um den hohen Anspruch an eine bestmögliche Beratung und Versorgung zu erfüllen, sind die Zentren mit neuester medizinischer und kommunikativer Technologie ausgestattet.
- 4. Klare Richtlinien und Standards in der Versorgung:** Verbindliche „*strong managerial directions*“ sorgen im gesamten Zentrum für gleichbleibend hohe, vertrauenswürdige Qualität der Dienstleistungen.
- 5. Ausgebildete Frauengesundheits-Fachkräfte:** Die Mitarbeiterinnen der Zentren sind Frauen mit Frauengesundheitswissen: Das medizinische Fachpersonal besteht aus Ärztinnen, Therapeutinnen, Psychologinnen u. a. (*female physicians and staff*), das Fachpersonal der Beratungsstellen ist in frauenspezifischer Gesundheitsberatung geschult (*specialized counselors on staff*), die Verwaltungskräfte bringen entsprechende Bildung oder Berufserfahrung mit (*providers with experience or education in women's health care*).
- 6. Empowerment – Frauen stärken und befähigen:** Indem Frauen in offenen, hierarchiefreien Gesprächen über präventive oder therapeutische Maßnahmen informiert werden, bestimmen sie, wer sie wann, wo und wie behandelt. Diese Befähigung (*empowerment*) zur informierten Wahl- und Entscheidungsfreiheit ist Aufgabe der Zentren.

7. **Frauenspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote:** Die Zentren bieten wichtige frauenrelevante Gesundheitsangebote, insbesondere medizinische und psychosoziale Unterstützung rund um Schwangerschaft und Geburt, Vorsorge und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten (auch HIV und AIDS) sowie Beratung und Betreuung von Frauen, die zu Hause Gewalttaten ausgesetzt sind.
8. **Quartiersentwicklung:** Die Zentren tragen durch ihr Wirken nach innen und außen aktiv zur Weiterentwicklung ihres Stadtteils bei (*continuing community education*).

In den USA gibt es insgesamt vierzehn Frauengesundheitszentren: Sie bieten demnach keine flächendeckende Versorgung, sondern Räume, in denen Expertinnen und Betroffene initiativ und beispielgebend für andere Städte und Gemeinden tätig werden².

EMPFEHLUNG

„Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit“ einrichten

In Hamburg gibt es zwar eine Vielzahl niedrigschwelliger, wohnortnaher und hochspezialisierter Angebote für Frauen und Mädchen in nahezu jedem Gesundheitsbereich, deren Kapazitäten sind jedoch personell und finanziell erschöpft. Das Problem ist dennoch weniger das Angebotsdefizit, sondern die mangelnde Vernetzung der Einrichtungen untereinander sowie daraus resultierende Schwierigkeiten. Insofern eignet sich Hamburg für die modellhafte Erprobung eines Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit nach dem Modell der *Women's Health Care Centers* ganz besonders, da die

² Einen Überblick über deutsche – wenn auch nach anderen Grundsätzen gestaltete – Frauengesundheitszentren bietet die Dokumentation: *Die Entwicklung der Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen*, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abteilung Frauenpolitik. Materialien zur Frauenpolitik, Nr. 64/1997.

Stadt über eine ausgezeichnete medizinische Infrastruktur und eine Vielzahl frauenspezifischer Angebote verfügt, die an einem zentralen Ort gebündelt oder mit diesem vernetzt werden können.

Das Zentrum soll in verkehrsgünstiger, zentraler Lage entstehen, die vorhandenen dezentralen Angebote konzentrieren oder über Vernetzung anbinden und Lücken in der Versorgung schließen bzw. Zugangsbarrieren abbauen. Es pflegt einen regen Austausch mit mittelbar gesundheitsrelevanten Einrichtungen wie soziale und arbeitsmarktpolitische Beratungsstellen im Quartier. Das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit soll außerhalb bekannter staatlicher Einrichtungen angesiedelt sein, um über neue Strukturen neue Akzente im Gesundheitssystem zu ermöglichen. Bedürfnisse der Nutzerinnen sollen das Angebotsprofil bestimmen. Das Zentrum öffnet sich besonders für Frauen mit Zugangsschwierigkeiten zu den traditionellen Versorgungseinrichtungen (z. Bsp. Migrantinnen). Das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit ist ein geschützter Raum, insbesondere für Frauen, die stark patriarchal geprägten Kulturkreisen angehören, durch Gewalterfahrungen traumatisiert wurden oder für Migrantinnen, in deren Kultur die Frauen-Gemeinschaft als selbstverständliche und alltägliche Form der Lebensgestaltung und -bewältigung unverzichtbar ist.

PATIENTINNENRECHTE UND SELBSTHILFE

Selbsthilfegruppen, Patientinnenberatungsstellen und Frauengesundheitsprojekte an der Leitung des Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit beteiligen

Art und Umfang der medizinischen und beratenden Angebote eines Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit richten sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Kundinnen aus. Selbsthilfegruppen, Patientinnenberatungsstellen und Frauengesundheitsprojekte können als unmittelbare Interessenvertretung der Betroffenen direkt Auskunft geben. Sie müssen daher eng an das Dienstleistungszentrum angebunden werden: nicht nur als Adresse und Anlaufstelle, sondern im Beirat der Zentrumsleitung, der über Art und Ausrichtung der Angebote mit entscheidet.

MIGRANTINNEN

Frauen ausländischer Herkunft als Gesundheitsexpertinnen beschäftigen

Herausragendes Charakteristikum eines Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit ist unter anderem die ausschließliche Beschäftigung von *Expertinnen*. Sie soll sicherstellen, dass Kundinnen die Angebote angstfrei und ohne Hemmschwellen in Anspruch nehmen können, dass ein Höchstmaß an Wissen um Frauengesundheit und Einfühlungsvermögen für weibliche Lebensumstände garantiert ist. Um diesen Anspruch auch für Migrantinnen einlösen zu können, müssen im Zentrum Expertinnen ausländischer Herkunft tätig sein.

Kulturübergreifende, muttersprachliche Beratung und Behandlung anbieten – Dolmetscherdienste anbinden

Kommunikationsschwierigkeiten und kulturelle Fremdheit sind Barrieren im Zugang zu gesellschaftlichen Angeboten. Im gesundheitlichen Bereich können sie lebensgefährliche Folgen haben, etwa durch die Verschleppung von Krankheiten oder falsche Diagnosen und Behandlungen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratung und Heilung ist daher die muttersprachliche Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patientin. Zu dieser gehört auch die Kenntnis ihres kulturellen Hintergrundes³. Das „integrierte Versorgungsangebot“ eines Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit bietet Migrantinnen muttersprachliche *und* interkulturelle Beratung und Behandlung, die entweder über die Beschäftigung muttersprachlicher Expertinnen oder die Inanspruchnahme professioneller Dolmetscherdienste sichergestellt wird⁴. Dadurch können auch Migrantinnen ihre Ärztinnen frei wählen.

Information und Beratung zur Genitalverstümmelung, Unterstützung und Betreuung der betroffenen Frauen

Allein in Deutschland leben rund 21.000 Afrikanerinnen, deren Genitalien verstümmelt wurden. Rund 5.500 Mädchen sind potentiell gefährdet bzw. bereits verletzt. Schätzungen zufolge sind weltweit zwischen 100 und 157 Millionen Mädchen und Frauen von diesem traumatischen und lebensgefährlichen Eingriff betroffen. Sie leiden ein Leben lang unter den körperlichen und seelischen Schmerzen, ihre sexuelle und körperliche Integrität wird zutiefst verletzt⁵. Genitalverstümmelungen sind fundamen-

3 So etwa werden im binationalen Arzt/Ärztin-Patientinnen-Gespräch bestimmte Grundkenntnisse der Patientin über ihren Körper und seine Funktionen vorausgesetzt. Sie bilden die Grundlage vieler Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen (etwa im Bereich Ernährung, Bewegung und Kindererziehung oder der Verhütung und Vermeidung sexuell übertragbarer Krankheiten). Da das Körperverständnis kulturell geprägt ist, kann es zu Missverständnissen kommen, die den Gesundungsprozess beeinträchtigen.

4 s. III.1 Information. Migrantinnen. Empfehlung: Dolmetscherdienste einrichten

5 Richter G, Hulverscheidt M 2000: Fundamentale Menschenrechtsverletzung. Die weibliche Genitalverstümmelung. In: Mabuse 123, S. 56 – 60; Weitere Informationen auch bei Amnesty für Women, Städtegruppe Hamburg, Große Bergstr. 231, D-22767 Hamburg, Tel.: 040/38 47 53

tale Menschenrechtsverletzungen, die geächtet werden müssen. Die betroffenen Frauen sollen daher in einem Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit nicht nur Beratung, Hilfe und Unterstützung finden, sondern einen Ort, der sie schützt.

FRAUEN UND SUCHT

Zentrale Informations- und Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen aufbauen und in das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit integrieren

In Hamburg leben zwischen 90.000 bis 100.000 Mädchen und Frauen, die in ihrem Essverhalten gestört sind. Nahezu 95 Prozent aller Hamburger, die an einer Anorexia Nervosa (Magersucht) oder Bulimia Nervosa (Ess-Brech-Sucht) leiden, sind Frauen. Als zu dick gelten 9 – 25 % der Frauen (10 – 16 % der Männer). Die Grundlagen für Essstörungen und Suchtverhalten werden häufig in Kindheit und Jugend gelegt. Werden sie nicht frühzeitig genug behandelt, ziehen sie häufig lebenslange Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Gesundheit nach sich. Dennoch gibt es in Hamburg keine Anlaufstelle für essgestörte Mädchen unter 18 Jahren. Die jungen Patientinnen werden an die überlaufenen und für dieses Problem nicht ausreichend qualifizierten Erziehungsberatungsstellen oder den Kinder- und Jugendtherapiebereich verwiesen. Es ist daher notwendig, eine entsprechende Beratungsstelle für weibliche Kinder und Jugendliche im Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit einzurichten.

ARBEITS- UND LEBENSWELT

Ganzheitliche Lebenssituation der Frauen berücksichtigen

Im Sinne einer ganzheitlichen Sicht von Frauengesundheit muss der Aspekt „Erwerbsarbeit“ als Ansatz in alle Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen einfließen und/oder als eigene Beratungsstelle in das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit integriert werden. Dadurch können die positiven oder negativen Auswirkungen der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit der Frauen – etwa gesellschaftliche Anerkennung oder Überforderung, Selbstbewusstsein oder Selbstzweifel durch Mobbing/sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, Kreativität und Zufriedenheit oder Frustration durch stereotype Arbeitsabläufe u. ä. – bei der Diagnostik und Beratung berücksichtigt und für den Gesundheitsprozess genutzt werden.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Wohnortnahe Angebote für Mütter ausbauen und mit dem Dienstleistungszentrum vernetzen

Mütterberatungsstellen der bezirklichen Gesundheitsämter sind niedrigschwellige Anlaufstellen im Stadtteil, deren Mitarbeiterinnen in allen Fragen der Pflege und Entwicklung des Kindes beratend tätig sind. Gerade jungen Müttern, die erstmalig ein Kind zu versorgen haben und dabei mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden, wollen sie umfassende Unterstützung, etwa Beratung in Fragen der Partnerschaft und Ernährung, Stillberatung, Impfberatung und Informationen über weitere Hilfsangebote bieten. Mütterzentren, die in Selbstverwaltung entstanden sind, leisten einen wertvollen Beitrag zur Stabilisierung junger Mütter und Familien. Beide Angebote müssen daher weiter ausgebaut werden. Durch die Anbindung an das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit können sie mit den übrigen Gesundheitsangeboten der

Stadt stärker vernetzt werden und Informationen zentral austauschen. Ratsuchende können schnell und bedürfnisgerecht vermittelt werden.

Unabhängige Beratungsstelle zur Pränataldiagnostik aufbauen

Frauen und ihre Partner müssen die Möglichkeit haben, sich vor und nach einer pränatalen Diagnose unabhängig psychosozial beraten zu lassen. Die Beratungsstelle muss der Komplexität und Tragweite des Themas gerecht werden und Frauen/Paare wertfrei über ihre Entscheidungsmöglichkeiten und deren eventuelle Folgen sowie über Hilfeangebote informieren. Gerade wenn eine Fehlbildung festgestellt wird, müssen die Frauen nach der Beratung imstande sein, eine sichere und gut informierte Entscheidung zu treffen, die sie eigenverantwortlich tragen können.

FRAUEN IN DER PSYCHIATRIE

Angebote für Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern ausbauen

Die „Rooming-In-Behandlungsmethode“ ermöglicht psychisch kranken Müttern, in der Klinik gemeinsam mit ihrem Kind behandelt zu werden. Dadurch kann der Kontaktabbruch zwischen Mutter und Kind verhindert, die Frauen im Umgang mit sich *und* dem Kind stabilisiert und den Kindern eine gesunde Entwicklung ermöglicht werden. Zwar wurden 1998 in Hamburger Krankenhäusern modellhaft zwei Frauenstationen für „Psychisch kranke Mütter mit Säugling“ eingerichtet, deren Arbeit weit über Hamburgs Stadtgrenzen hinaus anerkannt ist. Der Bedarf übersteigt das Angebot in der Hansestadt jedoch um ein Vielfaches. Über Ausbau oder Umwidmung bestehender Kapazitäten soll dieser Nachfrage Rechnung getragen werden⁷.

7 Neubauer H 2001: Frauen und Psychiatrie. Frauengerechte Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen Versorgung von Frauen in Hamburg. Unveröffentlichtes Manuskript. Frau Dr. Neubauer ist Leitende Ärztin in der II. Psychiatrischen Abteilung des Klinikum Nord-Ochsenzoll.

Angebote für Frauen mit Gewalterfahrungen ausbauen

Eine ähnliche Unterversorgung zeigt sich bei der Behandlung von Frauen, die durch Vergewaltigung, Gewalterfahrungen oder sexuellen Missbrauch traumatisiert wurden. Auch hier wurde 1998 in einem Hamburger Krankenhaus modellhaft die Funktionseinheit „Traumatisierte Frauen“ eingerichtet. Auf der Station haben Männer keinen Zutritt, die psychisch kranken Frauen werden von multiprofessionellen weiblichen Teams betreut. Der Ausbau dieses Angebotes ist ebenso dringend erforderlich wie die Vernetzung mit ambulanten und komplementären Angeboten zur poststationären Versorgung der Patientinnen.

3 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT UNABHÄNGIGE, NICHT VON ÖKONOMISCHEN INTERESSEN GELEITETE FORSCHUNG

Voraussetzung für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik und den Aufbau frauenspezifischer Angebote und Strukturen sind verlässliche Planungsdaten wie Statistiken, Erhebungen und Studien zu ausgewählten Fragestellungen sowie Evaluationen von Maßnahmen und Methoden.

Die Unabhängigkeit der Forschung muss über staatliche und öffentlich geförderte Finanzierung sichergestellt werden. Dadurch kann der Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf medizinische Forschungsvorhaben und -ergebnisse begrenzt und relativiert werden. Zugleich erhalten ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen die notwendige Freiheit, auch ethische und moralische Fragen gebührend zu berücksichtigen.

Auf der Wiener Konferenz¹ wurde der Paradigmenwechsel von einer männerorientierten zu einer ganzheitlichen, geschlechterspezifischen Gesundheitspolitik vollzogen. Dieser äußert sich unter anderem in der Neuausrichtung der Gesundheitsforschung: Frauen müssen paritätisch an der Planung und Durchführung von Forschungsvorhaben und an der Auswertung der Ergebnisse beteiligt werden, bei der Formulierung von Fragestellung und Forschungsdesign müssen Geschlechterdifferenzen berücksichtigt werden.

Derzeit richtet sich die Forschung vornehmlich am Mann aus², auch wenn in den letzten Jahren positive Veränderungen zu beobachten sind. Neue Medikamente und Behandlungsmethoden werden in der Regel von Männern an Männern für Männer erforscht und getestet – selbst wenn sie nach der Zulassung überwiegend Frauen ver-

¹ s. Präambel

² ebd.

schrieben werden. Dieser einseitige Fokus führt zu einseitigen Forschungsergebnissen, auf deren Grundlage wiederum einseitige Beratungs- und Behandlungsmethoden entwickelt werden. Entsprechend eingeschränkt ist deren Aussagekraft für Frauengesundheit. Sie können daher nicht unreflektiert auf Frauen übertragen werden, sondern müssen geschlechtsspezifisch hinterfragt werden.

Die Kritik an einer für geschlechtsspezifische Unterschiede blinden Wissenschaft und Forschung geht von der Grundannahme aus, dass Forschung nicht objektiv und geschlechtsneutral erbracht werden kann. Sie wird immer von Menschen, also Subjekten, und hier wiederum von Geschlechtern, also von Frauen oder Männern mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und erkenntnisleitenden Interessen betrieben. Wird dieser geschlechtsspezifische Ansatz nicht reflektiert, sondern vorwiegend männlich geprägte Forschung als geschlechtsneutral und objektiv gedacht, so können frauengesundheitliche Aspekte nur ungenügend berücksichtigt werden. Werden männliche und weibliche Erfahrungen und Interessen und die sich daraus entwickelnden Fragen und Methoden gefördert, so können weibliche und männliche Wissenschaftler trotz gleicher Thematik zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Forschung wird dadurch nicht beliebig, sondern vielfältig.

EMPFEHLUNGEN

Interdisziplinären Schwerpunkt „Frauengesundheit“ an Hamburger Hochschulen einrichten

Um die wissenschaftliche Anerkennung frauenrelevanter Gesundheitsfragen und Probleme zu fördern, die geschlechtsspezifische Methode in der Medizin zu etablieren und Frauen als Expertinnen paritätisch an Wissenschaft und Forschung zu beteiligen,

soll an den Hamburger Hochschulen ein interdisziplinärer Schwerpunkt „Frauengesundheit“ eingerichtet werden.

Regionale und bundesweite Forschungsprojekte initiieren und fördern

Staatliche, öffentlich-rechtliche und privatwirtschaftliche Institutionen des Gesundheitssystems sollen verstärkt Forschungsvorhaben zur Frauengesundheit initiieren und fördern. Denkbar wäre die Überprüfung der Forschungsanträge anhand eines Kriterienkataloges, der frauenspezifische Belange berücksichtigt.

Frauenfreundlichkeit gesundheitlicher Dienste und Angebote evaluieren

Bei der Auswahl von Gesundheitsleistungen orientieren sich Frauen zunehmend an der „Frauenfreundlichkeit“ einer Einrichtung. Sie stellt somit ein wichtiges Qualitätsmerkmal für Frauengesundheit dar. Es sollen daher Kriterien für „frauenfreundliche Einrichtungen und Angebote“ entwickelt und deren Umsetzung in der Praxis überprüft werden. Die dadurch gewonnenen Beurteilungsergebnisse können für die spätere Einführung des Qualitätssiegels „frauenfreundliche Einrichtung“³ hilfreich sein.

Sinn und Ziel medizinischer Maßnahmen für Frauen bewerten

Da ein Großteil der Beratungs- und Behandlungsmethoden von männlichen Wissenschaftlern an männlichen Testpersonen entwickelt wird (s. o.), stellt sich grundsätzlich die Frage ihrer Übertragbarkeit auf Frauen. Alle medizinischen Maßnahmen sollen daher unter diesem Gesichtspunkt überprüft und gegebenenfalls neu bewertet werden.

3 s. III.4 Qualität. Empfehlung: Qualitätssiegel „Frauengesundheit“ einführen

Informationsdefizite und -methoden erforschen

Um Informationsdefizite im medizinischen Bereich systematisch beheben zu können, sollen Gutachten und Studien zu den bisherigen Methoden der Informationsvermittlung erstellt werden. Dabei sollen insbesondere die Auswirkungen der Informationsvermittlung in unterschiedlichen Settings, z. Bsp. „Mann diagnostiziert, berät und behandelt Frau“⁴, untersucht werden.

Das Kriterium „Lebensqualität“ in klinischen und epidemiologischen Studien stärker berücksichtigen

Lebensqualität bedeutet erlebte Gesundheit, reflektiert also die subjektive Wahrnehmung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit in körperlicher, physischer, sozialer, mentaler und alltagsbezogener Perspektive. Als Ergänzung zu klassischen Gesundheitsindikatoren ist die erlebte Gesundheit ein wichtiges Bewertungskriterium für die Ergebnisse von Behandlungsmaßnahmen. Die Berücksichtigung dieses Kriteriums in der Forschung, aber auch in der Praxis ermöglicht die Einbeziehung der Patientensicht. Sowohl in bevölkerungsbezogenen Studien – z. Bsp. Gesundheitsberichterstattung – als auch in klinischen Studien – z. Bsp. in der Bewertung der Wirkung von spezifischen Arzneimitteln oder von diagnostischen und therapeutischen Verfahren – sollte das Kriterium Lebensqualität einbezogen werden.

⁴ Hier können Erfahrungen aus der Beratungstätigkeit von Selbsthilfegruppen herangezogen werden: Der informelle Kontakt von Frau zu Frau ist als Methode in der Selbsthilfeförderung sehr erfolgreich.

PATIENTINNENRECHTE

Auswirkungen der „Zweiten Meinung“ evaluieren

Die Etablierung der „Zweiten Meinung“ gehört zu den wichtigsten Strukturveränderungen einer Gesundheitspolitik, um Autonomie und Selbstbestimmung von Patientinnen zu stärken. Das Einholen einer zweiten Meinung ist wichtig für die Entscheidungsfindung, für das Selbstvertrauen der Patientinnen, für die Qualität der Gesundheitsleistungen und für ihre Kostenentwicklung. Diese Auswirkungen sollen evaluiert werden.

MIGRANTINNEN

Informationsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste erforschen

Um Quantität und Qualität der Leistungen eines Dolmetscherdienstes planen zu können, ist es notwendig, das Informationsverhalten von Migrantinnen und ihre Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste zu erforschen.

Oggleich Beratung und Hilfestellung unter Frauen in den meisten Herkunftsländern der Migrantinnen kulturell weit verbreitet ist, sind sie unterproportional in Hamburger Frauenprojekten und Selbsthilfegruppen vertreten. Die Ursachen hierfür sollen erforscht und handlungsorientierte Konzepte für den Aufbau migrantinnenspezifischer Angebote entwickelt werden.

FRAU UND SUCHT

Wechselwirkung zwischen Berufstätigkeit und Alkoholsucht erforschen

In Hamburg leben schätzungsweise 20.000 alkoholabhängige Frauen. Das Durchschnittsalter von Frauen mit Alkoholproblemen liegt bei etwa 40 Jahren, überdurchschnittlich viele von ihnen sind berufstätig. Als kulturell akzeptierte und in ihrem Suchtpotential unterschätzte Alltagsdroge stellt Alkohol für Frauen eine besondere Gefahr dar: Der Weg in die Abhängigkeit ist für Frauen kürzer, die Folgeerkrankungen (z. Bsp. Leberzirrhose, hirnanorganische Störungen) treten schneller ein. Eine Studie zu Konsummotiven von Frauen⁵ kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen Suchtmittel im wesentlichen dazu einsetzen, um mit psychosozialen Belastungen besser umgehen zu können. Probleme, die auf Grund äußerer Bedingungen und Erwartungen entstehen – etwa in Ausbildung und Arbeitsplatz, als Mutter, Ehefrau oder Erwerbstätige – werden häufig als eigenes Ungenügen empfunden und nicht zuletzt mit Suchtmitteln bekämpft. Insofern bildet die Entwicklung von Sucht immer auch die psychosozialen Belastungen ab, denen Frauen in ihrem sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Kontext ausgesetzt sind. Der Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Alkoholerkrankung soll daher erforscht werden.

ARBEITS- UND LEBENSWELT

Forschung zur Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Gesundheit intensivieren

Der Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Frauen und ihrer beruflichen oder familiären Tätigkeit ist ungenügend erforscht. So gibt es nur vereinzelt Studien zu

⁵ Franke A, Elsesser K, Sitzler F, Algermissen G, Kötter S 1998: Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg: Runge.

arbeitsbedingten Erkrankungen, die bei der Entstehung von Krankheit die Gesamtsituation am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld mit einbeziehen. Es fehlt auch an Untersuchungen über die positive Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit und Familienarbeit einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits. Darüber hinaus ist das Wissen über den Zusammenhang zwischen Bildung, sozialer Schicht und Arbeitsbedingungen unzureichend. Die Forschung muss daher intensiviert werden.

BRUSTKREBS

Unabhängige, begleitende und evaluierende Forschungsprogramme zur Früherkennung und Primärintervention ermöglichen

Die regelmäßige Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) ist als Brustkrebsfrüherkennung nicht ausreichend⁶. Um die Überlebenschancen der betroffenen Frauen zu verbessern, ist es erforderlich, die herkömmlichen Methoden weiter zu entwickeln und nach neuen Möglichkeiten zu suchen. So müssen die bestehenden Früherkennungs- und Interventionsmethoden über unabhängige, begleitende und evaluierende Forschung optimiert werden und die Forschung am internationalen Wettbewerb um innovative Konzepte stärker als bislang teilnehmen.

Auswirkungen der gentechnischen Diagnostik evaluieren

Das Risiko einer Brustkrebserkrankung kann über genetische Diagnosen eingeschätzt werden. Für manche Frauen ist es erleichternd, über ihren Genstatus Bescheid zu wissen, für andere bedeutet es einen eklatanten Verlust an Hoffnung und Lebensqualität. Dies gilt besonders für Frauen, bei denen eine genetische Veranlagung für Brustkrebs

⁶ s. III.1 Information. Brustkrebs. Empfehlung: Über Früherkennungsmöglichkeiten informieren

besteht, da noch keine wissenschaftlich nachgewiesenermaßen wirksamen Möglichkeiten existieren, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern oder zu verzögern. Die Praxis der genetischen Brustkrebsdiagnostik muss daher langfristig unter Berücksichtigung des psychosozialen Erlebens der Patientinnen und ihrer Mortalitätsentwicklung evaluiert werden.

LEBENSPHASEN

Forschung zu den Belastungen und zum Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger verstärken

Pflegende Angehörige leisten täglich seelische, körperliche und geistige Schwerarbeit, ohne in ihrer schwierigen Aufgabe ausreichend unterstützt zu werden. Gerade Frauen sind in der häuslichen Pflege als Mütter behinderter Kinder oder Töchter pflegebedürftiger Eltern deutlich überrepräsentiert. Ihre Rolle in der Versorgung von Angehörigen soll daher untersucht werden. Auf Grundlage der so ermittelten qualitativen und quantitativen Daten sollen geeignete Entlastungs- und Unterstützungsangebote aufgebaut werden.

PSYCHIATRIE

Forschung zur frauenspezifischen Psychiatrie intensivieren

Psychiatrische Diagnostik und Therapie müssen nach geschlechtsspezifischen Kriterien erforscht und konzipiert werden: Frauen entwickeln auf Grund ihrer Sozialisation spezifische Überlebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien, die entsprechend entschlüsselt werden müssen. Das Wissen um Übergriffe, Grenzverletzungen und Traumatisierungen, die Frauen im Laufe ihres Lebens erfahren haben, ist für das Verständnis der innerpsychischen Widersprüche unverzichtbar. Geschlechter-

sensible Diagnostik ist kontextbezogen und ein subjektiver Prozess, der der Klientin ausreichend Raum gewährt, ihre Situation im Sinne einer Selbstdiagnostik selbst einzuschätzen. Frauengerechte Therapie soll die Lebensbewältigung der Klientin unterstützen und ihre Möglichkeiten erweitern, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Therapie orientiert sich sowohl an den Ressourcen und Handlungskonzepten als auch an ihren Konflikten und Traumatisierungen.

Forschung zur postnatalen Depression intensivieren

Bei manchen Frauen löst die Geburt ihres Kindes schwerwiegende Psychosen aus. Diese „postnatale Depression“ wird gesellschaftlich weitgehend tabuisiert. Tatsächlich aber leiden 50 Prozent aller jungen Mütter in der ersten Woche nach der Geburt unter einer leichten Verstimmung, die in der Regel nicht behandlungsbedürftig, wohl aber ernst zu nehmen ist. Immerhin 12 Prozent der jungen Frauen erkranken an einer paranoid-halluzinatorischen oder endogenen Depression. Gefühle der Überforderung, Angst vor Veränderungen innerhalb der Familie, Widersprüche mit dem eigenen Rollenverständnis und Lebensentwurf, Nähe-Rivalitäts-Konflikte und Autonomiebestreben können die Ursache sein. Um die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung von Mutter und Kind besser planen und steuern zu können⁷ und die Erkrankung von ihrer Stigmatisierung als „hysterisches Frauenleiden“ zu befreien, muss ihre interdisziplinäre Erforschung intensiviert werden.

⁷ s. III.2 Ort und Adresse. Frauen und Psychiatrie. Empfehlung: Angebote für Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern ausbauen

4 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT GESICHERTE QUALITÄT

Voraussetzung für dauerhaft hochwertige Leistungen im Gesundheitssystem sind verbindliche, kontrollierbare Qualitätsstandards.

In der Frauengesundheit sollten diese grundsätzlich frauenspezifisch, ganzheitlich, kundinnen- und beteiligungsorientiert sein. Darüber hinaus müssen die einzelnen fachmedizinischen Bereiche individuell auf ihre Disziplin zugeschnittene Qualitätskriterien erfüllen, die unter geschlechtsspezifischer Perspektive entwickelt werden. Sobald diese vorliegen, ist deren Einhaltung über ein effizientes Sanktionssystem sicherzustellen. Als Kundin steht die Patientin im Mittelpunkt des medizinischen Dienstleistungsgewerbes: Ihre Nachfrage sollte den Wettbewerb, Angebot, Preis und Qualität der Leistungen steuern.

Damit tatsächlich eine Nachfragemacht der Kundinnen entstehen kann, benötigen sie Informationen über die Qualität der Gesundheitsleistungen. Die für die Frauengesundheit zu entwickelnden Qualitätskriterien und deren Überprüfung in der Praxis müssen daher öffentlich zugänglich und transparent gemacht werden. Erst dadurch können sie ihre steuernde Funktion für den Wettbewerb entfalten, indem sie Anbietern die aktuelle Markt- und Konkurrenzsituation aufzeigen und den Kundinnen als Navigator und Orientierungsmöglichkeit dienen. Dabei sollen nur die besten Angebote und Einrichtungen ausgezeichnet, nicht die schlechtesten benannt werden, da ein solches Ranking im Sinne eines „Best of“ bereits den gewünschten Steuerungs- und Controllingeffekt nach sich zieht. Vergleichbar mit der Stiftung Warentest oder der Verbraucherzentrale in der Konsumgüterwirtschaft müssen im Gesundheitssystem unabhängige Institutionen Kundenumfragen und externe Qualitätskontrollen durchfüh-

ren und die Daten veröffentlichen. Darüber hinaus können sich die Gesundheitsinstitutionen an freiwilligen, flächendeckenden „Benchmarkings“ beteiligen, die ihre Leistungen untereinander vergleichen und dadurch Kompetenzen und Defizite in den einzelnen Einrichtungen sichtbar machen. Diese Methode des „Learning of the Best“ gibt es als externes und internes Qualitätsmanagement bereits in vielen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wünschenswert wäre es, dass die hier gewonnenen Ergebnisse – englischen und amerikanischen Beispielen folgend – auch einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, so dass sich PatientInnen über Behandlungsschwerpunkte und Qualitätsstandards einer Einrichtung informieren können.

Die Bereitschaft, interne Qualitätsdaten zu veröffentlichen, wird sich dabei am ehesten einstellen, wenn die Güte des Qualitätsmanagements zum unverzichtbaren Imagefaktor und zur Voraussetzung von Zertifizierungen für Praxen und Krankenhäuser geworden ist.

EMPFEHLUNGEN

Wettbewerb fördern

Um qualitativ hochwertige Gesundheitsangebote und -leistungen für Frauen zu erzielen, müssen Prinzipien wie die Regulierung des Angebotes über Qualität und Nachfrage sowie Image- und Produktbewusstsein der Kundinnen gefördert werden. Der Wettbewerb um die Kundin muss ausschlaggebend für die dauerhafte Existenzsicherung gesundheitlicher Einrichtungen werden. Dadurch wird zugleich der Wandel von einer angebotsorientierten zu einer nachfrageorientierten Gesundheitspolitik vollzogen.

Qualitätssiegel „Frauengesundheit“ einführen – Frauen an der Zertifizierung frauenfreundlicher Angebote beteiligen

Um für Gesundheitsanbieter den Anreiz zu erhöhen, sich auf dem Gebiet der Frauengesundheit zu profilieren, soll ein Qualitätssiegel „Frauengesundheit“ entwickelt und an frauenfreundliche Einrichtungen und Angebote vergeben werden. Die Zertifizierung der Einrichtungen sollen Patientinnen als Betroffene gemeinsam mit professionellen ExpertInnen vornehmen. Darüber hinaus sind Preisverleihungen oder staatlich ausgelobte Wettbewerbe denkbar, die als kostenlose Werbung Image und Bekanntheitsgrad der Gesundheitsinstitutionen steigern. Der grundsätzlich zu befürwortende Wettbewerb im Gesundheitssystem würde dadurch entsprechend frauenfreundlich gestaltet.

Angebote vernetzen – Synergien nutzen – doppelte Arbeit vermeiden

Die stärkere Vernetzung der Angebote und die angemessene Kooperation der AnbieterInnen untereinander – sei es in einem vernetzten Verbund oder räumlich zentralisiert – führen über Kommunikation und verbesserten Informationsaustausch auf Dauer zu hoher Qualität in allen Einrichtungen. Die Versorgung wird insgesamt verbessert, da Synergien genutzt und doppelte Arbeit vermieden werden kann.

EMPFEHLUNGEN ZU EINZELNEN THEMENSCHWERPUNKTEN

PATIENTINNENRECHTE

Recht auf „Zweite Meinung“ etablieren

Die körperliche Gesundheit und Lebensqualität von Patientinnen, ihre Autonomie und Selbstbestimmung werden durch das Recht auf eine zweite Meinung entscheidend gestärkt. Dadurch wird zunächst die Versorgungsqualität für den einzelnen Menschen

optimiert. Zugleich dient das Recht auf eine zweite Meinung der qualitativen Weiterentwicklung des Gesamtsystems, da Fehlleistungen korrigiert und konstruktiv zur Verbesserung der Leistungen genutzt werden können. Ein Gesundheitssystem, das dieses Recht einräumt und fördert, begreift sich selbst als unvollkommen und fehlbar – eine Selbstwahrnehmung, die Grundvoraussetzung für Veränderungen ist, die Hierarchie zwischen Arzt/Ärztin und Patientin abbaut und das Bewusstsein der Kundinnen für die Relativität medizinischer Diagnostik und Behandlung schärft.

Unabhängige Beratungseinrichtungen und Interessenvertretungen aufbauen

PatientInnen benötigen unabhängige Beratungsstellen und parteiliche Interessenvertretungen, deren Aufgabe es ist, objektive Informationen zu bieten sowie Wünsche und Beschwerden stellvertretend weiterzureichen, außergerichtlich zu beraten und den Gesundheitsanbietern Rückmeldung über ihre Leistung zu geben. Im Wettbewerb nehmen sie eine wichtige Rolle ein, da sie die Rechtsposition der Kundinnen stärken, ihre Wünsche und Kritik artikulieren und sie darüber an der Gestaltung des Gesundheitssystems beteiligen. Diese Rückmeldungen wiederum sind für die Anbieter von Gesundheitsleistungen unverzichtbar, damit sie ihre Leistungen verbessern können. Noch aber gibt es in Deutschland keine einheitlichen Strukturen der PatientInnenunterstützung (regionale Strukturen sind teilweise vorhanden), ebenso fehlen patientenfreundliche, verbindliche Regelungen zur Klärung von Beschwerden. Der Auf- und Ausbau von unabhängigen Beratungsstellen und Patientinnenvertretungen und deren stärkere Einbindung in die klassischen medizinischen Versorgungseinrichtungen¹ muss daher gefördert werden. Dies führt langfristig zu geregelten Beschwerdewegen, damit zu einer definierten Rechtsposition der Patientinnen und letztlich zu mehr Qualität und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

¹ Ein Beispiel ist die Patienteninitiative e. V. in Hamburg. Sie wurde 1984 von PatientInnen gegründet. In einem Modellversuch wurden zwei ihrer Beratungsstellen als unabhängige Patientenvertretung und -beratung in zwei Hamburger Krankenhäuser integriert.

SELBSTHILFE

Selbsthilfe als Methode und Institution im Gesundheitssystem etablieren

Selbsthilfegruppen und -organisationen fördern die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und Krankheit, unterstützen die Krankheitsbewältigung und stärken das Selbstbewusstsein im Umgang mit professionellen Gesundheitsanbietern. Ihre Methode, außerhalb des etablierten Medizinbetriebes über angstfreie, einfühlsame Gespräche mit anderen Betroffenen die drohende Isolation zu überwinden und Geborgenheit und Verständnis im Anderssein zu erfahren, ist für die Gesundheit des Menschen wertvoll als Ergänzung zu klassischen schulmedizinischen Behandlungsmethoden. Zwei Drittel der TeilnehmerInnen sind Frauen.

Die in Selbsthilfegruppen besprochenen Alltagserfahrungen der Betroffenen können dabei eine Fachlichkeit entwickeln, die in ihrer Breite und Tiefe beruflichen ExpertInnen kaum zugänglich ist. Einer Studie zufolge² erweitern 90 Prozent der TeilnehmerInnen ihre Kompetenz, indem sie ihr Verhalten verändern, mehr Selbstvertrauen gewinnen und neue Strategien im Umgang mit ihren Problemen erlernen. Selbsthilfegruppen erfüllen insofern zwei wichtige Kriterien frauengerechter Gesundheitsangebote: Sie sind bedürfnisorientiert und erweitern die Selbstbestimmung der Frauen. Selbsthilfe muss daher als Methode und als Institution im Gesundheitssystem etabliert werden. Professionelle AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen sollen künftig das Selbsthilfepotential der Patientinnen bei der Beratung und Behandlung stärker berücksichtigen und fördern. Auf institutioneller Ebene sollen SelbsthilfevertreterInnen in Planungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Übergreifend ist darüber hinaus darauf zu achten, dass Selbsthilfe als Querschnittsaufgabe wahrgenommen wird.

2 Trojan A (Hg.) 1986: Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/Main: Fischer

Das Erfahrungswissen in Selbsthilfegruppen systematisch zur Evaluation und Qualitätssicherung heranziehen

Die in Selbsthilfegruppen gewonnene Kompetenz und Fachlichkeit der Frauen als Expertinnen in eigener Sache stärkt ihre Kundinnenposition und sichert dadurch Qualität. Diese Kompetenz kann professionellen Anbietern helfen, ihre Angebote stärker auf die Wünsche der Frauen auszurichten. Indem das Erfahrungswissen der Patientinnen ernst genommen und gefördert und in den Arbeitsstrukturen der professionellen Anbieter verankert wird – etwa in Form von zeitlichen Verfügungsrahmen und/oder räumlichen Möglichkeiten – wandelt sich deren berufliche ExpertInnenrolle und damit ihr Angebot. Diese wertvolle Funktion der Selbsthilfe als Rückmeldung und Kritik soll für die systematische Evaluation und Qualitätssicherung genutzt werden.

Kriterien für selbsthilfefreundliche Institutionen erarbeiten und als Qualitätskriterien nutzen

Selbsthilfegruppen und professionelle Gesundheitsleistungen stehen häufig in Konkurrenz zueinander: So etwa lehnen es viele professionelle Anbieter ab, sich mit den alltäglichen Lebenswelten der Betroffenen auseinander zu setzen. Dabei kann die ganzheitliche Betrachtung der Patientin und die Förderung ihres Selbsthilfepotentials für ihre Gesundung von entscheidender Bedeutung sein. Um die Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitssystem zu fördern, soll ein entsprechendes Qualitätskriterium entwickelt werden.

MIGRANTINNEN

Verbindliche Qualitätsstandards für Dolmetscherdienste entwickeln

Da die muttersprachliche Gesundheitsberatung und -behandlung die Chancen auf effektive Beratung und erfolgreiche Heilung stark erhöht³, soll sie über die Beschäftigung muttersprachlicher Fachfrauen oder den Zugriff auf speziell qualifizierte Dolmetscherdienste grundsätzlich sichergestellt werden. Um eine gleichbleibend hohe Qualität in Beratung und Behandlung zu ermöglichen, müssen verbindliche Qualitätskriterien für Dolmetscherinnen im Gesundheits- und Sozialsystem entwickelt werden. Dazu gehören umfassende Gesundheitskenntnisse oder Erfahrungen im Umgang mit frauengesundheitlichen Methoden und Themen.

BRUSTKREBS

EU-Richtlinie zum Mammographie-Screening umsetzen

Die EU-Richtlinie *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*⁴ (Europäische Richtlinien zur Qualitätssicherung bei Mammographie-Reihenuntersuchungen) von 1996 definiert Qualitätsstandards für die Röntgenuntersuchung der Brust bei Reihenuntersuchungen (*Screening*). Obgleich die Umsetzung der Richtlinien in Deutschland bereits in aktuellen Entschlüssen der Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) und der Gleichstellungs- und Frauenminister-Konferenz (GFMK)⁵ gefordert wurde, steht sie nach wie vor aus.

3 III.1 s. Information. Migrantinnen. Empfehlung: Dolmetscherdienste einrichten

4 European Commission: *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*. 2nd Edition. June 1996. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-827-7430-9.

5 10. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder, 7./8. Juni 2000 Hannover

Qualität der Früherkennungsuntersuchungen sichern

Aussagekraft und Qualität der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen sind von der Erfahrung und Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und dem technischen Stand der zur Verfügung stehenden Geräte abhängig. Ebenso entscheidend aber ist die Beteiligung der Frau an Früherkennungsuntersuchungen und daraus resultierenden medizinischen Entscheidungen. Die fachkundige Selbstuntersuchung der Brust – also das Abtasten des Drüsengewebes nach der Menstruation – ist eine der wichtigsten Früherkennungsmethoden und sollte daher schon früh erlernt werden. Die Beratung und Begleitung junger Mädchen und Frauen z.Bsp. im Rahmen von Mädchenspezifischen Schul- und Jugendprojekten können förderlich sein, ebenso Angebote in Frauengesundheitszentren. ÄrztInnen, die Frauen im Umgang mit ihrem Körper schulen und dadurch deren Eigenkompetenzen stärken, sollen vom Gesundheitssystem entsprechend honoriert werden.

Zugleich muss die Entscheidungsfreiheit der Frau, die an Brustkrebs erkrankt ist, bei der Auswahl der Therapiemöglichkeiten gestärkt werden. Forschungsergebnisse belegen, dass Frauen, die über einen brusterhaltenden oder brustamputierenden Eingriff entscheiden können, mit dem Resultat in der Regel besser leben können. Unabhängig davon gehört die Autonomie im Entscheidungsprozess zu den zentralen Forderungen einer weiblichen Gesundheitspolitik und ist daher in allen Bereichen umzusetzen.

Psychosoziale Beratung und Nachsorge bei Brustkrebserkrankungen fördern

Eine Brustkrebsdiagnose setzt Frauen in der Regel großen emotionalen Belastungen aus: Neben der Todesangst kann ihr Selbstbild und Selbstvertrauen in hohem Maße erschüttert werden. Die körperliche Integrität wird bedroht und kann die weibliche Identität und das Selbstwertgefühl der Frau stark beschädigen. Der Auf- und Ausbau einer psycho-onkologischen Begleitung und Betreuung ist daher von hoher Dring-

lichkeit: Sie erstreckt sich von der vorstationären Diagnostik über die stationäre Behandlung bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation oder der Begleitung im Sterben.

Qualitätsstandards für genetische Brustkrebsdiagnostik entwickeln

Nur etwa fünf Prozent aller Brustkrebspatientinnen sind nach heutigem Erkenntnisstand von erblichem Brustkrebs betroffen, im Vergleich zu anderen Frauen aber haben diese in Einzelfällen ein bis zu 80 Prozent höheres Risiko, an dem Tumor zu erkranken. Bislang stellt sich die prophylaktische Brustamputation, die das Erkrankungsrisiko um bis zu 90 Prozent senkt, als effektivste Methode der Prävention dar – auch wenn ihre Wirksamkeit für die spezifische Gruppe der genetisch belasteten Frauen noch nicht abschließend belegt ist. Eine Brustamputation hat weitreichende Konsequenzen für Selbstbild, Selbstvertrauen und psychosoziale Gesundheit der Frauen. Einzige Alternative sind engmaschige, regelmäßige Kontrollen, die jedoch auf Grund ihrer begrenzten Aussagefähigkeit sowie der gesundheitsschädigenden Wirkung häufiger Strahlendiagnostik nicht unproblematisch sind.

Darüber hinaus erkranken Frauen mit erblichem Brustkrebs überdurchschnittlich oft an Ovarialkrebs (Eierstockkrebs), für den es bislang keine adäquate Früherkennungsmaßnahme gibt. Die Diagnose eines genetisch erhöhten Brustkrebsrisikos kann dadurch von doppelter Bedeutung sein.

In beiden Fällen handelt es sich um schwerwiegende Eingriffe. Es müssen daher Qualitätsstandards für die genetische Brustkrebsdiagnose und für die Beratung und psychosoziale Betreuung und Begleitung nach der Diagnose entwickelt werden.

Hebammenkreißsäle einführen

Die Fortschritte in der geburtsmedizinischen Forschung und medikamentösen Behandlung haben dazu geführt, dass auch natürliche Lebensphasen wie Schwangerschaft und Geburt zunehmend als Gesundheitsrisiko und Erkrankung wahrgenommen werden. Diese Pathologisierung weiblicher Lebensphasen steht im Widerspruch zu dem Bedürfnis vieler schwangerer Frauen nach ganzheitlicher Begleitung, Versorgung und Betreuung vor, während und nach der Geburt ihres Kindes.

Ein positives Beispiel, das diesem Bedürfnis Rechnung trägt, ist das Modell der von Hebammen geleiteten Kreißsäle. Solche Kreißsäle wurden in den vergangenen zehn Jahren in den Niederlanden, Großbritannien und Skandinavien eingerichtet. Die Betreuung und der Kontakt zur Schwangeren durch eine Hebamme bzw. ein Hebammenteam ist schon in der Schwangerschaft, der Vorsorge und der Geburtsvorbereitung gewährleistet. Originäre Aufgaben der Geburtshilfe wie die individuelle und persönliche Unterstützung und Begleitung der Schwangeren und Gebärenden können hier – im Unterschied zu konventionellen Geburtsabteilungen – stärker wahrgenommen werden.

Die begleitende Forschung ergab, dass in den Hebammenkreißsälen die Zufriedenheit der Gebärenden und die Arbeitszufriedenheit der Hebammen sehr hoch sind, die Interventionsrate niedrig und der Gesundheitszustand der Neugeborenen gut ist. Die Gebärenden benötigen weniger Schmerzmittel und haben eine niedrigere Kaiserschnitttrate⁶. Auch in Hamburg sollen daher zusätzlich zu den konventionellen Geburtsabteilungen Hebammenkreißsäle in den Kliniken eingerichtet werden.

⁶ Vgl. Groß M, Dudenhausen JW (Hg.) 1998: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Wiesbaden: Ullstein

Familienhebammenprojekte ausbauen und fördern

Das Konzept der Familienhebammen basiert auf der Verknüpfung von sozialen und medizinischen Angeboten insbesondere in sozialen Brennpunkten. Es ist ein niedrigschwelliges Angebot mit einfachen Zugangsmöglichkeiten zu lebensunterstützenden Hilfen, um junge Familien und alleinerziehende Mütter möglichst früh in der Schwangerschaft zu erreichen. Mit dieser aufsuchenden Hilfe sollen insbesondere jene Frauen angesprochen werden, die bereits bestehende Angebote nur selten oder gar nicht in Anspruch nehmen. Die Familienhebammen betreuen, meist gemeinsam mit den GynäkologInnen, die Schwangerschaft, sie begleiten die Frauen bei Arztbesuchen, Ämtergängen und zu Beratungsstellen. Ein wichtiger Teil ihrer Arbeit ist die Vernetzung der in diesem Bereich tätigen Stellen in einer für die betroffenen Frauen angemessen Art. Das Modell der Familienhebammen existiert in Hamburg/Barmbek-Süd seit drei Jahren und arbeitet mit deutlich sichtbaren Erfolgen. Ähnliche Projekte sollen daher eingerichtet und gefördert werden.

Mutterschaftsrichtlinien weiterentwickeln

Um psychosozialen, geburtshilflichen und geburtsmedizinischen Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge gleichermaßen Raum und Aufmerksamkeit zu geben, sollen die geltenden Mutterschaftsrichtlinien von Hebammen und GynäkologInnen überarbeitet und neu gestaltet werden. Ziel ist es, die Schwangerenvorsorge mit ihrem Schwerpunkt auf medizinischen Versorgungsmaßnahmen zu einer Schwangeren*betreuung* weiter zu entwickeln, die die psychosoziale, geburtshilfliche Versorgung gebührend berücksichtigt. Der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen, der für die Mutterschaftsrichtlinien zuständig ist, wird aufgefordert, die Richtlinien gemeinsam mit Hebammen und GynäkologInnen fortzuschreiben.

Psychosoziale Betreuung sicherstellen

Mindestens ein Drittel aller Frauen wird im Wochenbett nicht von Hebammen betreut. Die nachgeburtliche Unterversorgung hat unter anderem zur Folge, dass zwar 90 Prozent aller Frauen stillend aus der Klinik entlassen werden, nach vier Wochen sind es jedoch nur noch zwei Drittel der Frauen und nach sechs Monaten gar nur 20 Prozent (im Vergleich dazu sind es in Norwegen 75 Prozent). Ein ebenso großes Problem ist die postnatale Depression, die mit 15 Prozent – und einer sehr hohen Dunkelziffer – die häufigste Komplikation im Wochenbett darstellt⁷. Möglichkeiten, die Versorgungslücken zu schließen, sind die Beschäftigung von freiberuflich tätigen Hebammen, der Ausbau der Familienhebammenprojekte, die Einrichtung von Hebammenkreißsälen und die Erweiterung der Kapazitäten der Hebammenschule.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von ÄrztInnen fördern

Der gesellschaftliche Druck auf Frauen und ÄrztInnen, das in der Schwangerschaft medizinisch-technisch Mögliche zum Schutz des Kindes anzuwenden, ist sehr groß. Beide müssen sie der enormen Erwartungshaltung standhalten, unbedingt ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Dieser Anspruch führt zugleich zur verstärkten Ablehnung von behinderten oder chronisch kranken Menschen. Für Gebärende, Hebammen und ÄrztInnen ist die Einleitung einer Geburt auf Grund einer Fehlbildungsdiagnose emotional äußerst belastend. Da dieser Schwangerschaftsabbruch in einem sehr späten Stadium vorgenommen werden kann, kann es zu Lebendgeburten oder zu gefährlichen Komplikationen für die Gebärende kommen. In diesem Kontext muss eine fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen GynäkologInnen und KinderärztInnen sichergestellt werden.

7 Vgl. Salis B 2000: Postpartale Depression, in: Die Hebamme Heft 3/2000 sowie Informationsmaterial zu postpartaler Depression des Vereins Schatten und Licht - Krise nach der Geburt e. V. S. auch III.2 Adresse und Ort. Psychiatrie. Empfehlung: Angebote für Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern ausbauen.

Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche adäquat finanzieren

In Hamburg können Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen wollen, auf ein breites Beratungs-, Unterstützungs- und Behandlungsnetz zurückgreifen. Bei der Wahl, mit welcher Methode sie abtreiben möchten, sind sie allerdings beschränkt. Zwar besteht seit Zulassung des Präparates RU 486 (unter dem registrierten Namen Mifegyne) im November 1999 grundsätzlich die Möglichkeit, zwischen einem chirurgischen Abbruch, der Absaugmethode (unter Vollnarkose oder lokaler Betäubung) oder einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu wählen. Dennoch ist die Anzahl der deutschen Praxen, die diese schonendere Abtreibungsmethode anwenden, verschwindend gering – obgleich sie in anderen europäischen Ländern durchaus etabliert ist (Anteil zwischen 8 und 40 Prozent). Ursache hierfür ist die Unterbewertung der ärztlichen Leistungen, die eine kostendeckende und damit wirtschaftliche Anwendung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unterbindet. Um Frauen die volle Entscheidungsfreiheit zu ermöglichen, muss daher der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch gleich vergütet werden.

FRAUEN IN DER PSYCHIATRIE

Stationäre und ambulante Angebote stärker vernetzen

Die umfassende und begleitende Beratung und Betreuung von psychisch kranken Frauen vor, während und nach einem stationären Aufenthalt soll ihnen ein unabhängiges Leben außerhalb der Klinik ermöglichen. Der Auf- und Ausbau ambulanter, diversifizierter Angebote vor und nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung müssen daher gefördert werden. Ebenso müssen die vorhandenen Versorgungseinrichtungen für Mutter/Kind gesichert und ausgebaut werden⁸.

⁸ III.2 Adresse und Ort. Psychiatrie. Empfehlung: Angebote für Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern ausbauen

Leitlinien für die psychosoziale und psychiatrische Versorgung von Frauen entwickeln

Frauen benötigen grundsätzlich andere psychosoziale und psychiatrische Angebote und Behandlungsmethoden als Männer⁹. Sie brauchen geschützte Räume und eine Behandlung, die ihre Ressourcen und Stärken fördert, damit sie ihre Lebenskrise eigenständig und selbstbestimmt bewältigen können (Empowerment und Selbsthilfe-Stärkung). Es sollen daher Leitlinien entwickelt werden, die in Form eines Empfehlungskataloges eine frauenfreundliche Gestaltung der psychosozialen Versorgung ermöglichen.

LEBENSPHASEN

Versicherungsleistungen an die Bedürfnisse pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger anpassen – Qualität der Unterstützungsangebote erhöhen

Seit Einführung der Pflegeversicherung können pflegende Angehörige entlastet und Heimeinweisungen vermieden werden. Die Unterstützung ist jedoch nicht ausreichend: Pflegende Angehörige sind in der Regel rund um die Uhr tätig und ordnen ihren eigenen Tagesablauf den Anforderungen der Pflege unter. Um ihre Lebensqualität zu wahren, müssen die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung dem Versorgungsbedarf dementer und sterbender Menschen angepasst werden. Dazu gehört, dass die Betreuung des Angehörigen während der Abwesenheit der Pflegeperson gewährleistet ist oder Freistellungsmöglichkeiten analog zum Erziehungsurlaub (neu: Elternzeit) für die Pflege von Angehörigen finanziert werden. Die Unterstützungsangebote müssen auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zugeschnitten werden. So etwa sollen muttersprachliche Angebote konzipiert, Vor-Ort-Beratungen sowie Anleitungen und Pflegekurse zu konkreten Krankheitsbildern angeboten werden.

⁹ III.3 Forschung. Psychiatrie. Empfehlung: Forschung zur frauenspezifischen Psychiatrie intensivieren

5 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT ÖFFENTLICHKEIT UND LEITBILDER

Voraussetzung für die Förderung der Frauengesundheit ist ein öffentliches Bewusstsein für die Notwendigkeit geschlechterspezifischer Gesundheitspolitik.

Noch ist die Einsicht in die gesundheitspolitische, sozialpolitische und ökonomische Bedeutung geschlechtersensibler Angebote und Strukturen bei EntscheidungsträgerInnen in Politik und Verwaltung, bei professionellen AnbieterInnen gesundheitlicher Dienstleitungen und nicht zuletzt auch bei den Patientinnen zu wenig verbreitet. Einer der Gründe hierfür ist die unbestritten hervorragende medizinische Infrastruktur der Bundesrepublik Deutschland, die mit einer bestmöglichen Versorgung und Förderung der Gesundheit von Frauen und Männern gleichgesetzt wird. Solange das Gesundheitssystem jedoch nicht geschlechtsspezifisch hinterfragt wird, können die Defizite in der Frauengesundheitsversorgung nicht wahrgenommen, kritisiert und verändert werden. Der Mangel an frauenspezifischen Gesundheitsangeboten ist ökonomisch unvernünftig, da er zu Fehlversorgungen und Überversorgungen führt. Weil die geschlechtersensible Gesundheitssicht auch die Gesundheit von Männern verbessern wird, müssen Kranken- und Pflegekassen, AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen und männliche Patienten ein ureigenes Interesse an der Förderung der Frauengesundheit haben. Um einen grundsätzlichen Bewusstseinswandel einleiten zu können, müssen deren Ziele und der Gewinn für die Gesundheit beider Geschlechter über eine breite Öffentlichkeit kommuniziert werden. Mit dem nötigen Rückhalt können die Anliegen der Frauengesundheitspolitik durchgesetzt und bereits umgesetzte gesundheitspolitische Ansätze abgesichert und weiterentwickelt werden.

Frauengesundheit setzt veränderte gesellschaftliche und gesundheitspolitische Leit-

bilder voraus. Einerseits stärken sie das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein von Frauen. Andererseits bilden sie als Unternehmensphilosophie die gemeinsame Basis frauengerechter Angebote und dienen als Orientierung und Qualitätskontrolle. Leitbilder ermöglichen den Gesundheitseinrichtungen, ein frauenfreundliches Profil auszubilden oder das bereits vorhandene stärker sichtbar zu machen. Vergleichbar mit der Corporate Identity privatwirtschaftlicher Unternehmen stärken sie das Image und das Qualitätsbewusstsein der Kundinnen und Kunden sowie die berufliche Identifikation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Beide Faktoren sind in Zeiten knapper öffentlicher Kassen für einen erfolgreichen Wettbewerb und eine dauerhafte Existenzsicherung unverzichtbar.

EMPFEHLUNGEN

Kampagnen zu Frauengesundheitsthemen durchführen

Um ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der frauenspezifischen Gesundheitspolitik zu schaffen und für mehr Akzeptanz zu werben, ist es notwendig, Kampagnen zu unterschiedlichen Frauengesundheitsthemen durchzuführen. Frauen sollen dadurch befähigt werden, vorherrschende weibliche Körperbilder und Rollenzuschreibungen als gesellschaftliche Fremdbestimmung wahrzunehmen und über diese Kritik ein selbstbestimmtes Körper- und Rollenverständnis entwickeln zu können. Darüber hinaus soll die weibliche Perspektive der Gesundheitspolitik allen Bürgerinnen und Bürgern näher gebracht, sie von deren Bedeutung für ihre Gesundheit überzeugt oder ihr kritisches Potential für die Diskussion aktiviert werden. Denkbar wären von den Medien unter-

stützte Kampagnen zu Themen wie Brustkrebs, Sucht, Pränataldiagnostik oder zum Frauenbild in Werbung und Medien¹.

Selbstbewusstsein der Frauen stärken, stützen und fördern

Im Zentrum einer frauenspezifischen Gesundheitspolitik steht die Stärkung der Autonomie, des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins von Frauen. Dies gelingt im ersten Schritt darüber, dass sie in ihrer Person und mit ihren Problemen uneingeschränkt ernst genommen werden. Ihre Bedürfnisse müssen im Mittelpunkt medizinischen Handelns stehen, ihre Entscheidungen, Fähigkeiten und Erfahrungen ausschlaggebend für die weitere Behandlung sein. An dieser Zielvorgabe – Empowerment und Autonomie – müssen alle gesundheitlichen Angebote und Strukturen gemessen werden.

Kooperation statt Konkurrenz

Wettbewerb und Kooperation schließen einander nicht aus: Frauenfreundliche Einrichtungen überwinden das Konkurrenzdenken innerhalb des Gesundheitssystems und vernetzen ihre Angebote kundinnenorientiert und wirtschaftlich. Ihre Existenz wird dadurch nicht gefährdet, sondern gestärkt, da sie im Verbund frauengerechter Gesundheitspolitik ein unverzichtbarer Bestandteil des Ganzen sind. Dabei gewinnen Patientinnen wie Anbieterinnen und Anbieter gleichermaßen: Frauen steht ein ineinandergreifendes System spezialisierter Angebote zur Verfügung, das sie zielgenau und umfassend berät und betreut. Anbieterinnen und Anbieter wiederum können ihre Gesundheitsleistungen bedürfnisgerecht spezialisieren und kostenintensive Leistungen wie beispielsweise technische Geräte im Verbund gemeinsam anbieten und nutzen.

¹ Ein positives Beispiel für eine Zusammenarbeit zwischen Medien und Gesundheitspolitik ist die Initiative des Hamburger Radiosenders Hamburg Welle 90,3 in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Abendblatt. Seit 1998 veranstaltet der Sender regelmäßig ein „Pflegeforum“ und ein „Gesundheitsforum“, auf denen gesundheitspolitische Expertinnen und Experten aktuelle gesundheits- und pflegepolitische Themen diskutieren.

Ambulant vor stationär

Die Berücksichtigung des vertrauten Wohn-, Arbeits- und Lebensumfeldes ist für die Gesundheit von Frauen von hoher Bedeutung. Ambulante und aufsuchende Versorgungsangebote fördern das Selbsthilfepotential und die Eigenständigkeit der Patientinnen und ermöglichen ihnen ein selbstbestimmtes Leben während und nach der Therapie. Als niedrighschwellige, wohnortnahe Angebote bieten sie Frauen einen leichteren Zugang und können sie dadurch frühzeitiger erreichen. Gerade für den Behandlungserfolg längerfristiger Therapien – etwa bei psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen – ist es wichtig, dass die Patientin die Ursachen ihrer Erkrankung im Alltag ändern bzw. neue Problemlösungsstrategien und Verhaltensweisen zeitnah und selbstständig umsetzen kann. Der Ausbau ambulanter Angebote ist eine notwendige und auch ökonomisch sinnvolle Ergänzung stationärer Angebote. Beide greifen ineinander, um eine nahtlose vor- und nachstationäre Betreuung und damit einen langfristigen Therapieerfolg zu ermöglichen.

EMPFEHLUNGEN ZU EINZELNEN THEMENSCHWERPUNKTEN

PATIENTINNENRECHTE

Beteiligung von Patientinnen an Entscheidungsprozessen fördern

Frauenfreundliche Einrichtungen zeichnen sich durch die Beteiligung der Frauen an medizinischen Entscheidungen und Handlungen aus. Anbieterinnen und Anbieter gesundheitlicher Leistungen fördern die Partizipation der Patientinnen als Expertinnen in eigener Sache, indem sie zuhören, Diagnoseverfahren und -ergebnisse verständlich erklären und über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Sie bieten oder organisieren psychosoziale Unterstützung und weisen auf die Möglichkeit einer

„Zweiten Meinung“ und Beratung hin. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen wird gemeinsam mit der Patientin getroffen.

SELBSTHILFE

Selbsthilfe in allen gesundheitlichen und sozialen Bereichen verankern

Die Arbeit in Selbsthilfegruppen ist eine äußerst frauenfreundliche Form der Krisenbewältigung und Problemlösung: Das hierarchiefreie Sprechen und Hören unter Betroffenen führt zu selbstverantwortlichen Entscheidungen. Das Gespräch in der Selbsthilfegruppe öffnet den Blick für Wahlmöglichkeiten in Diagnose, Behandlung und Pflege. Darüber hinaus unterstützt die Selbsthilfe die Rolle der Patientin als informierte Verbraucherin im Gesundheits- und Sozialwesen, indem sie ihr Selbstbewusstsein stärkt, ihre Kompetenzen erweitert und ihre Fachlichkeit unterstreicht. Selbsthilfe muss in allen gesundheitlichen und sozialen Bereichen institutionell und methodisch verankert werden.

FRAUEN UND SUCHT

Über die Gefahren psychisch wirksamer Medikamente aufklären

In Hamburg sind bis zu 12.000 Frauen medikamentenabhängig, insbesondere Frauen ab 45 Jahren. Ihren Arzneimittelkonsum erleben sie in der Regel nicht als Suchterkrankung und Abhängigkeit, da er gesellschaftlich akzeptiert zu sein scheint. Eine Beratung und Therapie wird entsprechend spät oder gar nicht in Anspruch genommen. Einer der auslösenden Faktoren für die relativ hohe Zahl medikamentenabhängiger Frauen ist vermutlich die Gefühls- und Beziehungsarbeit, die ein Großteil von ihnen in Partnerschaft, Kindererziehung und der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger leistet. Bei zu geringem Selbstschutz und Abgrenzungsvermögen kann es zu psychosomatischen Beschwerden und Erschöpfungszuständen kommen. Medikamente scheinen

hier schnelle Abhilfe zu schaffen, indem die Leistungsfähigkeit wiederhergestellt und zunächst aufrecht erhalten wird.

Da ein Teil der Ärztinnen und Ärzte relativ sorglos psychisch wirksame Medikamente verschreibt, tragen sie zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Sucht bei: So etwa werden Tranquilizer zu 65 Prozent von Allgemeinmedizinerinnen, zu 23 Prozent von Internisten und nur zu 10 Prozent von Nervenärztinnen verschrieben.

Um das Bewusstsein für die Suchtproblematik „Medikamentenabhängigkeit“ zu schärfen, müssen daher ÄrztInnen und ApothekerInnen ihre Verschreibungs- und Ausgabepraxis ändern. Patientinnen müssen Unterstützungsangebote für den suchtfreien, konstruktiven Umgang mit ihren Problemen aufgezeigt werden. Insgesamt muss die Gesellschaft über öffentlichkeitswirksame Maßnahmen für das Suchtpotenzial psychisch wirksamer Medikamente sensibilisiert werden.

Suchtprävention und Therapie als Querschnittsaufgabe verankern

Suchtprobleme und Erkrankungen treten in allen gesellschaftlichen Schichten und Bereichen auf. Zwar werden einerseits Suchtmittel wie Alkohol und Nikotin und der zunehmende Gebrauch von Drogen wie Cannabis, Ecstasy, Kokain und Amphetaminen in weiten Gesellschaftskreisen grundsätzlich akzeptiert, andererseits daraus resultierende Suchterkrankungen gesellschaftlich verschleiert. Um den Suchtmittelkonsum zu verhindern bzw. frühzeitig Hilfe anbieten zu können, muss Suchtprävention und Therapie als Querschnittsaufgabe von allen sozialen, beruflichen, politischen und medizinischen Institutionen interdisziplinär und intersektoral wahrgenommen werden. Erfolgreiche Suchtprävention und -behandlung bietet Frauen und Mädchen einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfeeinrichtungen und Unterstützung beim Erlernen alternativer Handlungsstrategien in der Bewältigung der komplexen Anforderungen.

GEWALT GEGEN FRAUEN

Für soziale Geschlechterrollen sensibilisieren

Die Entwicklung eines Menschen wird weitgehend durch sein soziales Geschlecht (*gender*) bestimmt. Rollenzuschreibungen sind kulturell bedingt, zwingen die Individuen zu rollenkonformem Verhalten und stabilisieren dadurch die soziale Gruppe. Normabweichungen werden in der Regel mit dem Ausschluss aus der Gemeinschaft sanktioniert oder zumindest so erlebt.

Rollenbilder müssen geschlechtsspezifisch hinterfragt werden, um Frauen eine freie und selbstbestimmte Entwicklung zu ermöglichen. Diese Reflexion der Geschlechterrollen eröffnet Frauen und Männern Freiräume, da auch Männer unter Rollenzuschreibungen leiden, etwa unter den Ansprüchen, Gefühle zurückzuhalten oder beruflich erfolgreich sein zu müssen.

Öffentliches Bewusstsein für sexualisierte Gewalt schärfen

In der Diskussion der zurückliegenden zwanzig Jahre hat sich die gesellschaftliche Wahrnehmung von Opfern und Tätern zunehmend verändert. Indem sie das Bewusstsein für die Verantwortung von Männern an Prostitution, Frauenhandel und Gewalt schärfte, wurde der Mann als Täter stärker als bislang in das Zentrum der Auseinandersetzung gerückt. Der Ausbau der freiwilligen Beratungs- und Therapieangebote (wie „Männer gegen Männer-Gewalt e.V.“) wurde ebenso diskutiert wie die Intensivierung und Veränderung repressiver Maßnahmen. Zugleich sollten Frauen von ihrem Stigma als mitschuldiges Opfer befreit und ihr Schutz und ihre Selbstbestimmung in den Mittelpunkt des politischen Handelns gestellt werden. Gesetzliche Regelungen wie etwa zur Strafbarkeit der Vergewaltigung in der Ehe oder die Diskussion um die Anerkennung der Prostitution als sozialversicherungspflichtiger Beruf zeugen von diesem

gewandelten öffentlichen Bewusstseins und Verständnis. Dieser Diskurs muss ressort-übergreifend fortgeführt werden.

BRUSTKREBS

Brustkrebserkrankungen enttabuisieren

In den letzten Jahren hat sich der Umgang mit der Brustkrebserkrankung gewandelt. Frauen setzen sich aktiver und selbstbewusster mit dem Thema auseinander. Sie fordern mehr Informationen, mehr Forschung und mehr begleitende Unterstützung, mehr Transparenz der Therapiemethoden und eine Beteiligung am Entscheidungsprozess bei therapeutischen Maßnahmen (z. Bsp. brusterhaltende Operationen). Themen wie das Brustkrebs-Screening oder die Auswirkungen einer Brustamputation auf das Leben einer Frau werden verstärkt und sehr kontrovers diskutiert.

Diese Entwicklung gilt es zu unterstützen, da sie langfristig zur Enttabuisierung der Brustkrebserkrankung beiträgt und dadurch sowohl betroffene Frauen psychosozial unterstützt als auch gesunde Frauen für das Erkrankungsrisiko sensibilisiert.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Diskussion um die „anonyme Geburt“ öffentlich und ehrlich führen

In jüngster Zeit haben Medienberichte über das Aussetzen neugeborener Kinder eine Diskussion über die „anonyme Geburt“ ausgelöst. Diese Mütter bringen ihr Kind meist allein, ohne fachgerechte Hilfe zur Welt, was für beide ein hohes Gesundheitsrisiko bedeutet. Ausgesetzte Säuglinge haben nur eine geringe Überlebenschance. Findelkinder, die frühzeitig genug gefunden werden, sind anonyme Kinder ohne Chance, ihre Identität über persönliche Wurzeln und Herkunft zu finden. Auch die Mutter bleibt mit

ihren Problemen allein und kämpft möglicherweise ein Leben lang mit ihrer Entscheidung. Anders als Mütter, die ihr Kind legal zur Adoption freigeben, hat sie keine Chance, ihr Leid zu artikulieren und Hilfe zu erbitten.

Die Frage, ob und wie Frauen eine anonyme Geburt in einem geschützten Raum ermöglicht werden kann, ohne die spätere Entwicklung des Kindes zu beeinträchtigen, muss in einem offenen, ehrlichen Diskurs geklärt werden.

Öffentliche Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik so breit und interdisziplinär wie möglich führen

Durch die Ende der 70er Jahre eingeführte künstliche Befruchtung sind Embryonen erstmalig außerhalb des weiblichen Körpers verfügbar geworden. Dadurch eröffnen sich neue Möglichkeiten der Untersuchung, aber auch der Manipulation menschlicher Embryonen. Die in Deutschland verbotene Präimplantationsdiagnostik nimmt genetische Untersuchungen an Embryonen im Reagenzglas vor. Nur unauffällige Embryonen, die weder Chromosomenveränderungen noch bestimmte Erbkrankheiten aufzeigen, werden in den Körper der Frau eingepflanzt, auffällige werden dagegen abgetötet. Dadurch findet eine gezielte Selektion der Embryonen vor der Schwangerschaft statt. Spätere Schwangerschaftsabbrüche aufgrund von Fehlbildungen und Erbkrankheiten könnten grundsätzlich vermieden werden – dies allerdings um den Preis einer belastenden Behandlung. Die Diagnostik wird daher von Teilen der Wissenschaft, Ärzteschaft und von manchen Frauen und Paaren befürwortet, ihre Zulassung auch für Deutschland gefordert.

Chancen und Grenzen der Präimplantationsdiagnostik lassen sich noch nicht abschließend bewerten. Die Debatte um die moderne Reproduktionsmedizin und Gendiagnostik muss daher so breit und interdisziplinär wie möglich unter Hinzuziehung unterschiedlicher Erfahrungen geführt werden. Dabei ist es erforderlich, dass Aspekte der

Frauengesundheit und der weiblichen Autonomie stärker berücksichtigt werden müssen, als dies bislang der Fall ist².

LEBENSPHASEN

Die Darstellung des weiblichen Körpers in Medien und Werbung verändern

Schlankheitsideale, Schönheits- und Körperkult belasten Mädchen und Frauen seelisch und körperlich in weitaus stärkerem Maße als Jungen und Männer. Die Darstellung der Frauen in Werbung und Medien als immer junges, schönes und attraktives Wesen führt zu einem fremdbestimmten Körper- und Selbstverständnis, das zu Essstörungen und rigiden Gewichtsm Manipulationen bis hin zu Suchterkrankungen oder gesundheitsgefährdenden Schönheitsoperationen führen kann. Plastische Chirurgie, Pharmaindustrie und Medien suggerieren, dass Schönheit machbar und für jede Frau erreichbar sei. Dadurch wird Schönheit zu einer individuellen Leistung, die ältere und/oder nicht den medialen Schönheitsnormen entsprechende Frauen gleich doppelt diskriminiert. Ihr Aussehen wird zum selbstverschuldeten Makel, der Auskunft über das Maß ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und Leistungsbereitschaft gibt. Dieser Druck beeinträchtigt die freie Entfaltung und Identitätsfindung *aller* Frauen im hohen Maße und kann zu gravierenden Folgen für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden führen. Es ist daher dringend notwendig, dass über Kampagnen und andere öffentlichkeitswirksame Maßnahmen Einfluss auf die Vermittlung weiblicher Körperbilder genommen wird und die Medien sich ihrer Verantwortung für die Gesundheit und Lebensqualität von Männern und Frauen bewusst werden.

² Kollek R 2000: Präimplantationsdiagnostik: Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht. Tübingen: Francke-Verlag

Diskussion um die Medikalisierung weiblicher Lebensphasen initiieren

Wichtige Lebensabschnitte der Frau – Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre – sind mit körperlichen und seelischen Veränderungen verbunden, die ein Ende und einen Neuanfang ankündigen. Medizin und Pharmaindustrie nehmen diese Lebensphasen zunehmend als „riskantes Ereignis“ wahr, das behandelt werden muss. So etwa werden für die Zyklusregulierung junger Mädchen oder die Wechseljahre älterer Frauen Hormonersatztherapien empfohlen und verordnet, deren gesundheitsfördernde Wirkung bzw. Notwendigkeit umstritten ist. Das Vermögen der Frauen, Kinder zu gebären, wird zu einem Risiko umgedeutet und zugleich entwertet. Um Frauen die Chance auf einen selbstbewussten Umgang mit ihrem Körper und ihrer Sexualität zu ermöglichen, soll das Bewusstsein für unangemessene Kontrollen und gefährliche Eingriffe geschärft werden.

Mütter stärker unterstützen – Mutter-Kind-Kuren aufwerten

Für die Versorgung von Müttern mit ihren kleinen Kindern sind Orte zur Bewältigung von Krisensituationen notwendig, die nicht diskreditiert werden. Da die Überforderung von Müttern gesellschaftlich stigmatisiert und von den betroffenen Frauen häufig selbst als Versagen empfunden wird, ist die Akzeptanz und Wertschätzung von unterstützenden Einrichtungen wie Mutter-Kind-Kuren zu gering. Sie werden als kollektiv finanzierter Urlaub für Frauen diskriminiert, die selbstverschuldet ihr Leben nicht meistern. Das Image der Mutter-Kind-Kuren muss daher dringend aufgewertet werden. Darüber hinaus müssen sie nicht nur als Rehabilitations-, sondern auch als Präventionsmaßnahme in Anspruch genommen werden können. Damit einher geht die Wertschätzung der Leistungen von Frauen als Mutter und Erzieherin ihrer Kinder.

Leistungen der pflegenden Angehörigen in das öffentliche Bewusstsein rücken und anerkennen

Die Leistungen pflegender Angehöriger sind ein substantieller Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Sie ermöglichen kranken Menschen ein humanes Leben und würdevolles Sterben im Kreise der Familie und in der eigenen Häuslichkeit, das in dieser umfassenden Form in Alten- und Pflegeheimen nicht geleistet werden kann. Abgesehen davon wären weder die strukturellen, personellen noch finanziellen Voraussetzungen gegeben, alle pflegebedürftigen Menschen professionell zu versorgen. So entlasten pflegende Angehörige nicht zuletzt auch die Kranken- und Pflegeversicherungen und das Gesundheitssystem. Ihre anspruchsvolle Arbeit muss als gesellschaftliche Leistung in das öffentliche Bewusstsein gerückt und stärker anerkannt werden.

6 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT SPEZIELL GESCHULTES FACHPERSONAL

Voraussetzung für qualitativ hochwertige frauengerechte Gesundheitsangebote sind speziell geschulte Fachkräfte in ausreichender Zahl auf allen Entscheidungsebenen.

In ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen sich Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater sowie Pflegerinnen und Pfleger ein vertieftes Wissen über Frauengesundheit aneignen können. Dieses reicht von der geschlechtsspezifischen, ganzheitlichen Sicht von Gesundheit und Krankheit über das unterschiedliche Erleben von Krankheit und Gesundheit bei Frauen und Männern und die unterschiedlichen Ursachen und Symptome von Krankheit bis hin zur geschlechtersensiblen Beratung und Behandlung von Lebensphasen und Krankheitsrisiken.

Ebenso wichtig wie die qualitative Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung ist die Personalentwicklung. Gerade frauengerechte Angebote sind personalintensiv: Das ausführliche Gespräch nimmt einen hohen Stellenwert in der medizinischen und psychosozialen Beratung und Behandlung von Frauen ein. Die Qualität geschlechtsspezifischer Angebote ist nicht allein von den frauengerechten Inhalten und Methoden und der geschlechtersensiblen Ausbildung, sondern ganz entscheidend von der Anzahl der Fachkräfte abhängig. Einige frauenspezifische Gesundheitsbereiche sind aus Personalmangel unterversorgt. So werden viele wünschenswerte und finanzierbare Gesundheitsleistungen nicht angeboten und Patientinnen in ihrer Entscheidungsfreiheit beschränkt.

Die Ursachen für das mangelnde Interesse junger Auszubildender an bestimmten medizinischen und pflegenden Berufen sind vielfältig: Sie reichen von der geringen

Bezahlung über unregelmäßige Arbeitszeiten, mangelnde Aufstiegschancen und schlechte Arbeitsbedingungen bis hin zur fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung des Engagements, etwa für Pflegekräfte im Krankenhaus und in der Altenpflege. Durch die mangelnde Nachfrage besteht die Gefahr, dass trotz des dringenden Bedarfs Ausbildungsplätze abgebaut werden. Hier müssen alle gemeinsam Sorge tragen, dass die pflegenden und beratenden Gesundheitsberufe gesellschaftlich stärker anerkannt und besser entlohnt werden.

Um eine hohe Qualität in Lehre und Ausbildung sicherstellen zu können, ist es ferner notwendig, Frauen paritätisch als Dozentinnen und Ausbilderinnen zu beschäftigen. Durch ihr Wissen um weibliche Lebensphasen, Lebensumstände und Sozialisation sind sie besonders geeignet, Ausbildungsinhalte geschlechtersensibel zu hinterfragen, neu zu konzipieren und zu unterrichten. Über die Reflexion gegebener Lehrinhalte und Ziele wird das Wissen um Gesundheit qualitativ erweitert und permanent aktualisiert. Dadurch wird zugleich der Auftrag einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik erfüllt, über die stete konstruktive Auseinandersetzung mit den geschlechtsspezifischen Aspekten von Gesundheit bestmögliche Ergebnisse für alle zu erzielen.

EMPFEHLUNGEN

Frauengesundheit als wesentlichen Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigen

Die geschlechtersensible Sicht der Gesundheit unterscheidet sich von der „allgemein medizinischen“ thematisch und methodisch. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung muss daher sowohl um neue Lehrinhalte erweitert werden – etwa um frauenspezifische Lebensphasen und Krankheitsbilder – als auch bestehende Lehrinhalte neu reflektieren.

ren. Wie bereits in der Präambel ausführlich dargestellt, setzt Frauengesundheitspolitik andere Schwerpunkte: Sie betrachtet den ganzen Menschen, nicht ausschließlich Teilaspekte einer körperlichen, seelischen oder geistigen Erkrankung. Sie stellt die Patientin in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen, nicht das technisch Machbare der Apparatemedizin. Werden diese Sichtweisen und Methoden in die Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert, so ergibt sich daraus eine Neuausrichtung *aller* Lehrinhalte. Von dieser profitieren männliche Patienten ebenso, da auch sie durch das bestehende Gesundheitssystem in ihrer Autonomie beschränkt werden. Zum Wohle aller Patientinnen und Patienten ist daher anzustreben, dass weibliche Gesundheitsthemen und Beratungs- und Behandlungsmethoden in alle Curricula der Universitäten und Schulen integriert werden.

EMPFEHLUNGEN ZU EINZELNEN THEMENSCHWERPUNKTEN

SELBSTHILFE

Aufgabe, Inhalte und Methoden der Selbsthilfe in den medizinischen und sozialen Ausbildungsgängen berücksichtigen und wertschätzen

Wie wichtig Selbsthilfe für die Gesundheit und Gesundung von Frauen ist, wurde bereits an mehreren Stellen des Berichtes dargestellt. Als Ergänzung zur medizinisch-psychosozialen Beratung und Behandlung ist Selbsthilfe unverzichtbar für den (ganzheitlichen) Heilungsprozess. Indem Frauen in einem geschützten Rahmen Erfahrungen, Sorgen und Probleme austauschen, werden sie aufgefangen und stabilisiert. Selbsthilfe bietet Raum für gesellschaftlich tabuisierte Themen wie Alkoholsucht oder langandauernde Trauer über den Verlust eines Menschen. Als äußerst niedrigschwellige Angebote zielen sie in ihrer Methode auf die eigenständige Bewältigung der Probleme.

Angehende Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater, Pflegerinnen und Pfleger müssen daher über Inhalte, Methoden und Ziele dieser Arbeit informiert werden. Sie müssen Umsetzungsstrategien erlernen, mit denen sie das Selbsthilfepotential ihrer Patientinnen wecken und fördern und für den Heilungsprozess in ihre Beratung und Behandlung integrieren können. Voraussetzung für diese Erweiterung des medizinischen Handelns ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen.

Unterstützungsangebote für LaienhelferInnen und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen bereitstellen

Zwar zeichnen sich VertreterInnen von Selbsthilfegruppen und LaienhelferInnen gerade durch ihre spezielle Herangehensweise aus. Ihr Einfühlungs- und Kommunikationsvermögen und ihre Bereitschaft zuzuhören sind für Ratsuchende authentisch und hilfreich. Dennoch brauchen auch sie Unterstützung. VertreterInnen von Selbsthilfegruppen und LaienhelferInnen leisten emotional und geistig hoch anspruchsvolle Arbeit, die nicht nur gesellschaftlich stärker anerkannt, sondern auch gefördert werden muss, etwa durch Angebote der Supervision oder über Möglichkeiten, sich untereinander auszutauschen und fortzubilden.

MIGRANTINNEN

Professionelle AnbieterInnen für die Kulturenvielfalt ihres Klientels schulen – Migrantinnen in Gesundheitsberufen ausbilden

Knapp ein Fünftel aller Hamburgerinnen und Hamburger sind ausländischer Herkunft. Sie kommen vor allem aus ost- oder nichteuropäischen Ländern mit einer je eigenständigen Kultur, Sprache und Sozialisation. Um diese Menschen bestmöglich gesundheitlich versorgen und fördern zu können, ist es wichtig, kultursensibel zu beraten und zu

behandeln¹. Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater, Pflegerinnen und Pfleger müssen in ihrer Ausbildung auf die kulturelle Vielfalt ihrer zukünftigen Klientel und auf die daraus resultierenden Konsequenzen für eine effektive Beratung und Behandlung vorbereitet werden. Dazu gehört auch, die Aus- und Fortbildung von Migrantinnen in Gesundheitsberufen zu fördern². Der Umgang mit anderen Kulturen muss integraler Bestandteil der medizinisch-gesundheitlichen Ausbildung werden, staatliche Ausbildungseinrichtungen müssen hier eine Vorreiterrolle einnehmen.

FRAUEN UND SUCHT

ÄrztInnen und ApothekerInnen für Suchtproblematik sensibilisieren

Die Verschreibungs- und Ausgabep Praxis mancher Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker fördert die hohe Zahl medikamentenabhängiger Frauen³. Um diesen Missstand zu beheben, müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker über Weiterbildungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit⁴ für diese Suchtproblematik sensibilisiert werden.

GEWALT GEGEN FRAUEN

Medizinisches Personal für die Gewaltproblematik sensibilisieren

Statistiken und repräsentative Untersuchungen dokumentieren ein kaum vorstellbares Maß an Gewalt gegen Frauen⁵. Zwei Drittel aller Gewalttaten findet im häuslichen

1 s. III.1 Information. Migrantinnen. Empfehlung: Schriftliche Patientinnen-Informationen übersetzen; Dolmetscherdienste einrichten
2 Viele Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gehen hier bereits mit gutem Beispiel voran. So etwa beschäftigt der städtische Alten- und Pflegeheimträger „pflegen und wohnen“ Altenpflegekräfte ausländischer und insbesondere türkischer Herkunft, um der zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund in ihren Einrichtungen in Pflege und Betreuung gerecht zu werden.

3 s. III.5 Leitbilder. Frauen und Sucht. Empfehlung: Über die Gefahren psychisch wirksamer Medikamente aufklären
4 ebd.

5 s. III.1 Information. Gewalt gegen Frauen. Empfehlung: Leitfaden „Schutz vor Gewalt“ entwickeln

Umfeld statt. Opfer und Täter kennen einander. Die gefährlichsten Orte für Frauen sind insofern nicht die dunklen Ecken im Park, sondern die eigenen vier Wände.

Die volkswirtschaftliche Dimensionen der häuslichen Gewalt – also die Folgekosten durch Arbeitsausfall, Krankenhausaufenthalt u. a. – wurden anlässlich einer Anfrage im Deutschen Bundestag für das Jahr 1999 auf 29 Milliarden Mark geschätzt. Betroffene Frauen erleiden in der Regel nachhaltige gesundheitliche Schäden: entweder direkt in Form von Verletzungen oder indirekt in Form von psychosomatischen Störungen und psychischen Problemen wie Ängsten, Panikattacken oder Schlafstörungen und nicht selten Selbstmordgedanken oder -versuchen. Die meisten der betroffenen Frauen suchen irgendwann eine Ärztin oder einen Arzt auf, für viele sind diese sogar die einzigen Kontaktpersonen außerhalb ihrer Familie. MedizinerInnen nehmen insofern eine wichtige Schlüsselrolle ein. Eine Studie⁶ belegt jedoch, dass ein Drittel der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte glaubt, noch niemals eine misshandelte Frau behandelt zu haben, zwei Drittel fühlen sich nicht ausreichend informiert. Hier besteht dringender Aufklärungs- und Fortbildungsbedarf. Neben dem bereits erwähnten Leitfaden „Schutz vor Gewalt“ müssen Fachtagungen organisiert und Fort- und Weiterbildungsangebote geschaffen werden.

Fortbildung bei Polizei und Justiz kontinuierlich verbessern

Ende 1999 verabschiedete die Bundesregierung erstmals ein umfassendes Gesamtkonzept, um die Gewalt gegen Frauen in der Gesellschaft nachhaltig zu reduzieren. Zu dem *Aktionsplan: Bekämpfung von Gewalt in der Familie* gehört unter anderem das *Gewaltschutzgesetz*, das Frauen erstmalig einen zivilrechtlichen Schutzanspruch vor

⁶ Gewalt gegen Frauen. Journal für Gesundheit Heft II/98, hrsg. v. Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Abt. Gesundheit, Personal und Verwaltung, Plan- und Leitstelle Gesundheit, 1998

Gewalt in Partnerbeziehungen und im engen sozialen Nahraum einräumt und den Anspruch des Opfers auf Überlassung der gemeinsamen Wohnung regelt. Dennoch haben Frauen, die sich auf Grund einer erlebten Bedrohung an die Polizei wenden, nach wie vor erst dann Hilfe zu erwarten, wenn eine Straftat begangen wurde. Diese irrwitzige Rechtslage dreht die Beweislast zu Ungunsten des Opfers um und akzeptiert, dass Frauen zunächst neue Gewalttaten erleiden oder um ihr Leben fürchten müssen, bevor der Rechtsstaat für sie tätig werden kann. Solange sich an dieser Rechtslage nichts ändert und Polizistinnen und Polizisten gegen Täter nicht vorgehen können, müssen sie zumindest über Fort- und Weiterbildungen in die Lage versetzt werden, bedrohte Frauen angemessen zu beraten und ihnen konkrete Hilfestellung zu vermitteln. Gleiches gilt für die VertreterInnen der Justiz, die für die Gefährdung von Frauen durch männliche Gewalt sensibilisiert werden müssen.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Pränatale Diagnosen interdisziplinär bewerten – Psychosoziale Auswirkungen stärker berücksichtigen – Eltern ein Leben mit einem behinderten Kind ermöglichen

Nur rund 3 Prozent aller Ungeborenen weisen eine genetische oder entwicklungsbedingte Fehlbildung auf, die teilweise auch nach der Geburt behandelt werden kann. Die Pränataldiagnostik kann selten den Schweregrad der Fehlbildung bestimmen, auch Fehldiagnosen sind nicht ausgeschlossen⁷. Um das Risiko einer Fehldiagnose zu minimieren, müssen Diagnoseergebnisse fachübergreifend bewertet werden. Entsprechend interdisziplinär müssen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte aus- und weitergebildet werden. Darüber hinaus müssen sie in der Lage sein, im Falle eines positiven Ergeb-

7 s. III.1 Information. Schwangerschaft und Geburt. Empfehlung: Chancen und Grenzen der Pränataldiagnostik stärker kommunizieren

nisses der Pränataldiagnostik werdende Mütter und Väter in ihren Sorgen und Ängsten aufzufangen und einfühlsam über die möglichen Konsequenzen aufzuklären. Dieses Gespräch über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft sollte Eltern auch über die Unterstützungsangebote informieren, die ihnen und ihrem behinderten Kind ein erfülltes Leben ermöglichen können. Darüber hinaus sollten Ärztinnen und Ärzte angesichts der Schwere der Entscheidung routinemäßig auf die Möglichkeit hinweisen, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen oder eine unabhängige Beratungsstelle aufzusuchen.

LEBENSPHASEN

Lebensqualität der Patientinnen stärker berücksichtigen

In der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen Medizinnerinnen für den hohen Stellenwert der Lebensqualität der Patientinnen stärker sensibilisiert werden. Bei Diagnoseverfahren und insbesondere bei der Wahl der Therapie sollte nicht nur das medizinisch-technisch Mögliche ausschlaggebend sein, sondern vor allem auch deren Auswirkungen auf die subjektive Gesundheit der Patientin. Die Möglichkeiten, die Lebensqualität als unverzichtbares Kriterium in Beratung und Behandlung zu berücksichtigen, müssen daher in Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker vermittelt werden.

FRAUEN IN DER PSYCHIATRIE

Frauenspezifische Psychiatrie als eigenständigen Schwerpunkt in den Lehr- und Ausbildungskanon aufnehmen

Da Frauen auf Grund ihrer Sozialisation andere Lebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien entwickeln als Männer, muss die Psychiatrie frauengerechte Diagnoseverfahren und Therapiemethoden praktizieren. Diese überprüfen die Konzepte von Diagnostik und Therapie auf geschlechtsspezifische Denkweisen und

auf das ihnen zugrundeliegende Frauenbild. Psychische und psychosomatische Symptome und Störungen werden als nachvollziehbare Reaktion auf widersprüchliche, repressive und einengende Lebensbedingungen und/oder traumatisierende Erfahrungen hinterfragt und verstanden. Der diagnostische Prozess und die angestrebten Therapieziele gehen von den Fähigkeiten und dem Veränderungswillen der Klientin aus und werden gemeinsam mit ihr gestaltet. Das Heilungskonzept begreift Frauen als Einheit aus Körper, Seele und Geist und bietet Raum für Sinnfragen. Alle Phasen der Therapie sind für die Klientin durchschaubar und fördern den Transfer von Erleben, Einsicht und Selbstveränderung in den Lebensalltag.

Neben diesen frauengerechten professionellen Standards müssen TherapeutInnen darüber hinaus hohen psychosozialen Anforderungen gerecht werden. Sie müssen ein großes Interesse am lebenslangen Lernen besitzen, ihre eigenen Kompetenzen und Begrenzungen kennen, den kollegialen Austausch in verschiedenen Formen der Intervention und Supervision pflegen.

Um angehende Fachärztinnen auf diese anspruchsvolle Tätigkeit bestmöglich vorzubereiten oder für diese Aufgabe weiterzubilden, muss frauenspezifische Psychiatrie als eigenständiger Schwerpunkt unterrichtet werden.

7 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT FÖRDERLICHE ARBEITS- UND LEBENSBEDINGUNGEN

Weibliche Gesundheitspolitik begreift körperliche Gesundheit und psychosoziale Lebensqualität als Einheit und reflektiert den Menschen in seiner Sozialisation und in seinen sozialen, partnerschaftlichen und beruflichen Lebensumständen. Da diese Sicht von Gesundheit als Voraussetzung und Zielsetzung allen vorangegangenen Perspektiven zu Grunde lag, soll sie in dem nun folgenden Kapitel zusammenfassend und abschließend dargestellt werden. Die Systematik aus grundsätzlichen und spezifischen Empfehlungen zu einzelnen Themenbereichen wird daher durchbrochen und der Schwerpunkt auf die gesundheitsfördernden bzw. gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekte von Beruf und Arbeit gelegt.

Der Begriff Arbeit reduziert sich dabei nicht auf die bezahlte Erwerbsarbeit, sondern umfasst ebenso familiäre und gesellschaftliche Aufgaben, etwa Kindererziehung oder ehrenamtliche Tätigkeit. Arbeit als Erwerbs-, Familien- und Freiwilligenarbeit wirkt identitäts- und sinnstiftend und fördert das Selbstbewusstsein und die Lebenszufriedenheit. Ausschlaggebend für diese gesundheitsfördernde Wirkung sind unter anderem die inhaltlichen Arbeitsanforderungen, die mit den Fähigkeiten der Arbeitnehmerin korrespondieren müssen sowie das Maß an gesellschaftlicher Anerkennung, das der Tätigkeit zuteil wird. Gesundheitsförderliche Arbeit zeichnet sich durch selbstbestimmte und abwechslungsreiche, alle Sinne und Talente des Menschen ansprechende Aufgaben aus, die gesellschaftliche Teilhabe und Mitbestimmung ermöglichen. Da die weibliche Sicht Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Wohlbefinden und entwickelte Handlungsfähigkeit begreift, müssen nicht nur Belastungen abgebaut, sondern Chancen eröffnet und menschliche Fähigkeiten gefördert werden. Die hierfür notwendigen Maßnahmen werden in den folgenden

Empfehlungen dargestellt.

EMPFEHLUNGEN

Familien- und Freiwilligenarbeit stärker anerkennen und fördern

Die Familienarbeit von Müttern und Hausfrauen, Vätern und Hausmännern wird weit weniger gesellschaftlich anerkannt als die Erwerbsarbeit. Entsprechendes gilt für die Freiwilligenarbeit, wengleich sich hier positive Ansätze zur gesellschaftlichen Aufwertung und Förderung abzeichnen. Da ehrenamtlich Tätige insbesondere in sozialen und gesundheitlichen Bereichen wirken, ist es erforderlich, ihre Arbeit zu unterstützen, etwa indem Räume und Kommunikationstechnologien zur Verfügung gestellt oder Kampagnen, Wettbewerbe und Ehrungen veranstaltet werden.

Frauen und Männer müssen realistische Möglichkeiten haben, zwischen Familienarbeit und Erwerbstätigkeit zu wählen oder beides miteinander zu verbinden. Dazu ist es notwendig, die Zahl der Teilzeitarbeitsplätze auszubauen und die betrieblichen und öffentlichen Kinderkrippen- und Kindertagesstättenplätze sowie die Zahl der verlässlichen Halbtagschulen zu sichern. Zugleich muss die berufliche Wiedereingliederung durch umfassendere Unterstützungsangebote erleichtert werden.

Frauenarbeitsplätze sozial und rechtlich absichern

In der Regel arbeiten Frauen in geringer qualifizierten, abhängigen und untergeordneten Positionen. Ein Großteil der Frauenarbeitsplätze ist prekär, d.h. das Arbeitsverhältnis ist nicht gesichert und nicht dauerhaft oder aber die Arbeitnehmerinnen sind auf Abruf beschäftigt. Frauen tragen die damit verbundenen psychosozialen Belastungen der unsicheren zeitlichen Planung, der unsicheren Einkommens-

verhältnisse und der geringen Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Der gesetzliche Schutz muss daher erhöht werden. Rechtliche Regelungen wie die *Neureglung zur Bekämpfung der Scheinselbstständigkeit* sind erste positive Ansätze. Da Frauen nach wie vor durchschnittlich ein Drittel weniger als Männer in vergleichbaren Positionen verdienen, bedarf es der gesetzgeberischen Tätigkeit und des verstärkten Engagements der Tarifpartner, um die finanzielle Diskriminierung von Frauen am Arbeitsplatz zu beenden.

Gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen über geschlechtsspezifische Arbeitsschutzstrategien und durch gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz reduzieren

Viele Frauenarbeitsplätze wirken durch sich wiederholende, manuelle Tätigkeiten, insbesondere kleine Bewegungen der Hände und Finger (Elektroindustrie, Schreibearbeit) gesundheitsschädigend. Diese frauentypischen Tätigkeiten können das so genannte *Repetitive Strain Injury (RSI)* Syndrom zur Folge haben, das sich als chronischer Schmerz im Schulter-Arm-Hand-Bereich äußert. Die hautbelastenden Tätigkeiten im Friseur- und Reinigungsgewerbe können Allergien, Atemwegs- und Hauterkrankungen verursachen. Die Doppel- und Mehrfachrolle der Frau als Berufstätige, Mutter, Ehefrau/Freundin und pflegende Angehörige kann Erkrankungen auslösen, die von psychischen Beeinträchtigungen über vegetative Störungen bis zu manifesten Psychosen reichen können.

Die Hamburger Daten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) zeigen, dass die Anzahl der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage für die Skelett- und Muskelerkrankungen¹ am höchsten ist. Bei den Atemwegserkrankungen und bei den psychiatrischen Erkrankungen liegt die Anzahl der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage für Frauen deutlich höher als für Männer. Werden die Arbeitsunfähigkeitstage nach

¹ Auswertung der Daten des Bundesverbandes BKK für Hamburg, BAGS, Gesundheitsberichterstattung, 1998

Industriezweigen aufgeschlüsselt, so sind Frauen in manchen Branchen eindeutig häufiger krank als Männer.

Es ist daher erforderlich, über einen geschlechtsspezifischen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (etwa durch Ergonomie-Schulungen, Fortbildungen zum Stressabbau u. ä.) das Erkrankungsrisiko der hier tätigen Frauen zu reduzieren.

Frauen an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligen

Als Expertinnen für Frauengesundheit am Arbeitsplatz müssen Arbeitnehmerinnen am betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligt werden. Ziel muss dabei sein, nicht nur aktuelle Belastungen abzubauen, sondern Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten der Frauen an ihren Arbeitsplätzen zu erweitern. Das Gesundheitsmanagement ist insofern Teil der Personalentwicklung und der Arbeitsplatzgestaltung. Es stärkt die Gesundheitsressourcen und das Selbsthilfepotential und trägt somit auch zur gesundheitsfördernden Integration und Kommunikation bei.

Berufskrankheiten geschlechtersensibel betrachten

Berufskrankheiten sind juristisch, nicht medizinisch definiert. Dadurch können sie die Beeinträchtigungen der Gesundheit nur sehr eingeschränkt widerspiegeln. Da ihnen kein multifaktorielles Ursache-Wirkungskonzept zu Grunde liegt, können sie nur einen kleinen Ausschnitt der möglichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen erfassen, die durch die Arbeitswelt (mit)verursacht werden. Befindlichkeitsstörungen werden ebenso wenig berücksichtigt wie das RSI-Syndrom, das nicht als organische Schädigung nachgewiesen werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den häufig in Frauenberufen auftretenden arbeitsbedingten Erkrankungen der Beruf aufgegeben werden muss, damit eine Berufserkrankung anerkannt werden kann. Die Anerkennungsrate, insbesondere bei Atemwegs- und Hauterkrankungen, ist gering. Berufskrankheiten

müssen daher geschlechtersensibel betrachtet werden. Im Rahmen der Arbeitsmedizin sollen geschlechtsspezifische Indikatoren entwickelt werden.

Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen geschlechterspezifisch dokumentieren

Frauen erkranken arbeitsbedingt an anderen Krankheiten als Männer. In einer Studie, in der die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Befindlichkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in sechzehn Bürogebäuden mit rund 5000 Beschäftigten untersucht wurde², berichteten weitaus mehr Frauen über Befindlichkeitsstörungen als Männer. Die Untersuchung ergab auch, dass die grundsätzlich schlechteren Arbeitsplatzbedingungen für das psychische Ungleichgewicht der Frauen mit verantwortlich sind. Es ist daher notwendig, Arbeitsbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern und Frauen geschlechtersensibel zu dokumentieren und zu vergleichen. Das Phänomen der Befindlichkeitsstörung muss dabei berücksichtigt werden.

Handlungsspielräume durch berufsbegleitende Fortbildung, innerbetriebliche Aufstiegschancen und Job-Rotation erweitern

Die Optimierung der industriellen Produktion und des Dienstleistungsgewerbes durch Maschinen und Informationstechnologien hat die Zahl der Beschäftigten mit monoton repetitiven, geistig wenig anspruchsvollen Tätigkeiten nicht reduziert, sondern lediglich auf andere Aufgabenfelder verschoben. Die Tätigkeiten belasten den Körper einseitig, bieten wenig oder gar keinen Handlungsspielraum für eigene Ideen und Kreativität und führen langfristig zur geistigen und seelischen Verarmung. Um auch diejenigen Frauen fördern zu können, die zunächst in Berufen mit geringer Qualifikations- und Anforderungsstruktur beschäftigt sind, müssen berufsbegleitende Fortbildungen und inner-

2 Bullinger M, Mackensen S von, Morfeld M 1997: Psychosoziale Determinanten des Sick-Building-Syndroms. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin Heft 6, S. 225 – 230

betriebliche Aufstiegschancen angeboten werden. Eine auch ökonomisch sinnvolle Möglichkeit ist es darüber hinaus, Frauen in bestimmten Abständen in unterschiedlichen Unternehmensabteilungen einzusetzen (Job-Rotation). Dadurch erweitern diese nicht nur ihre Fertigkeiten und ihre Flexibilität. Auch das Unternehmen selbst profitiert, da durch zufriedene Mitarbeiterinnen eine höhere Produktivität erzielt und arbeitsbedingte Krankheitsausfälle reduziert werden können.

Frauengesundheit braucht engagierte PartnerInnen und Frauengesundheitsberichterstattung

Zielsetzung aller Perspektiven und Empfehlungen ist der Zuwachs an Eigenkompetenz für jede Frau. Ihre Wahl- und Entscheidungskompetenz und ihre Selbstorganisation im Gesundheitssystem gilt es zu stärken und zu fördern.

Da Frauengesundheitspolitik den Menschen in seinen vielfältigen sozialen Bezügen wahrnimmt, setzt ihre Perspektive zwar zunächst im Gesundheitsbereich an, erschöpft sich aber nicht darin. Vielmehr müssen *alle* gesellschaftlichen Bereiche unter dem Blickwinkel des *gender mainstreaming* – der Verwirklichung der Chancengleichheit unter den Geschlechtern – auf das bereits erreichte Maß an Gleichberechtigung unter Männern und Frauen hinterfragt werden. Das Anliegen einer solchen Gesundheitspolitik erfüllt sich erst dann, wenn auch in scheinbar gesundheitspolitisch ferneren Bereichen – wie der Wirtschafts-, Umwelt- oder Sozialpolitik, der beruflichen Ausbildung, Partnerschaft oder Kindererziehung – Frauen und Männer ihr Leben gleichberechtigt gestalten und an der Gesellschaft teilhaben können.

Auf vier PartnerInnen kommt es dabei vorrangig an: auf die Politik, die AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen, die Patientinnen und Patienten und die Gesetzliche Krankenversicherung.

Über Planung, Steuerung und Finanzierung gesundheitlicher Angebote nimmt die Politik entscheidenden Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und -förderung der Bevölkerung. Dabei stützt sie sich auf Datenerhebungen, Expertisen und Bericht-

erstattungen, die jedoch kaum oder selten geschlechtersensibel ausgerichtet sind. Um effizient und bedarfsgerecht planen und steuern zu können, müssen Politik und Verwaltung daher kontinuierlich auch über weibliche Gesundheitsbedürfnisse und Probleme informiert werden. Diese Informationen müssen in Form einer regelmäßig erscheinenden Publikation über Frauengesundheit veröffentlicht werden.

Als allgemeiner Bericht zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung wird die Gesundheitsberichterstattung bereits in vielen Kommunen und Ländern eingesetzt. Im Abstand von zwei bis drei Jahren erstellt, dient der Bericht als Planungs- und Steuerungsinstrument, das eine rationale, zielgerichtete und nachvollziehbare Gesundheitspolitik ermöglicht. Die Aufgabenschwerpunkte der Gesundheitsberichterstattung – Information und Orientierung, Motivation und Koordinierung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen – bauen aufeinander auf und greifen ineinander. Die Thematik reicht von der Beschreibung gesundheitlicher Problemlagen über die Abstimmung von vorrangigen Handlungsfeldern und weiter über die Abstimmung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und deren Evaluation und Bewertung ihrer Ergebnisse¹. Gesundheitsberichterstattung ist insofern für eine ökonomische, bedarfs- und bedürfnisgerechte Planung von Gesundheitsangeboten unverzichtbar.

Um aktuelle frauengesundheitliche Entwicklungen aufgreifen und problematisieren, neue Ansätze diskutieren und umsetzen sowie mögliche Defizite ausräumen oder Überangebote abbauen zu können, ist es notwendig, über Gesundheit frauenspezifisch zu berichten. Weibliche Gesundheitsrisiken und -themen müssen behandelt, Daten zur Gesundheitssituation unterschiedlicher sozialer Schichten erhoben, Zusammenhänge

¹ Jürgens R 2000: Frauen und Gesundheit. Ein Einstieg in die Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2000, S. 694- 697.

zwischen Geschlecht und Erkrankung erforscht werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse müssen als Empfehlungen umgesetzt und evaluiert werden. Eine systematische Frauengesundheitsberichterstattung für Deutschland wird von der Frauengesundheitsforschung schon seit langem gefordert². Mit ihrer ersten Ausgabe „Frauen und Gesundheit. Werkstattgespräch Frauen und Pflege“ hat die Hamburger Gesundheitspolitik bereits ein Zeichen gesetzt³. Weitere müssen folgen.

Ebenso wichtig ist es, die Betroffenen und Expertinnen und Experten, die vor Ort professionelle oder ehrenamtlich selbsthelfende Arbeit verrichten, an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Als ExpertInnen in eigener Sache und als Seismographen für aktuelle Entwicklungen und Bedürfnisse stellen sie eine unverzichtbare Informationsquelle für Politik, Verwaltung und Kostenträger dar. Die Beteiligung am politischen Denk-, Diskussions- und Entscheidungsprozess kann regelhaft oder aber befristet – etwa über „Runde Tische“ – für ein bestimmtes Projekt organisiert werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer frauengerechten Gesundheitspolitik ist das Engagement der hauptverantwortlichen Kosten- und Leistungsträger. Die Gesetzliche Krankenversicherung bestimmt über die Angebotsvielfalt und -qualität entscheidend mit. Seit Einführung der Kassenwahlfreiheit im Januar 1996 müssen die Krankenversicherungen verstärkt um Kundinnen und Kunden konkurrieren. Ausschlaggebend für den Wettbewerb sind außer niedrigen Beitragssätzen Service sowie Vielfalt und Qualität der Leistungen. Weibliche Gesundheitspolitik bietet beides: Sie ist wirtschaftlich (Abbau von Über- und Fehlversorgungen, Synergie durch Vernetzung und

2 Helfferich C, Schehr K, Müller G 1995: Länderbericht für die WHO – Regional Office for European Research. Bundesrepublik Deutschland (Abschlussbericht)

3 Frauen und Gesundheit. Einstieg in die Gesundheitsberichterstattung. Werkstattgespräch: Frauen und Pflege, hrsg. v. d. Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit, Referat Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, November 1999

Bündelung), kundinnenorientiert (bedürfnisgerechte Angebote) und sie wirkt präventiv (Vermeidung kostenintensiver Behandlungen). Da Frauen nach wie vor einen Großteil der Familien- und Erziehungsarbeit wahrnehmen, kommt die Förderung ihrer Gesundheit allen Familienmitgliedern zugute. Kosten können gesenkt oder vermieden, freiwerdende Gelder zielgenau eingesetzt werden.

Darüber hinaus sind die Gesetzlichen Krankenversicherungen als mitglieder- und finanzstärkste Gesundheitsinstitution die wichtigsten Anwältinnen und Lobbyistinnen der Patientinnen und Patienten. Durch deren Beitragszahlungen sind sie beauftragt und verpflichtet, eine bestmögliche Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten sicherzustellen. Diese zahlt sich auch wirtschaftlich aus: So schafft der Mehrwert an Image und öffentlicher Aufmerksamkeit Vertrauen und einen höheren Bekanntheitsgrad und erleichtert die Kundenakquisition und politische Einflussnahme. Als engagierte Vertreterinnen ihrer Versicherten und ethisch-moralische Hüterinnen menschenwürdiger Gesundheitsleistungen sind die Gesetzlichen Krankenversicherungen insofern eine wichtige und unverzichtbare politische Instanz, die die Zukunft mit gestalten können und müssen. Der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft führt tendenziell zu einer zunehmenden Zahl von Arbeitnehmerinnen, die nicht mehr der Sozialversicherungspflicht unterliegen und gegebenenfalls das System verlassen. Daher ist eine kundInnenorientierte, engagierte Gesundheitspolitik eine existenzsichernde Investition in die Zukunft.

Diese vier PartnerInnen haben eine große Gestaltungsmacht und hohe Verantwortung – die Berücksichtigung des *gender*-Aspektes eröffnet ihnen neue Perspektiven und Chancen. Denn: Gesundheit hat ein Geschlecht. Sie ist männlich oder eben weiblich!

Die Empfehlungen der ExpertInnenkommission im Überblick

Die weltweite Diskussion um Frauengesundheit (WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung Ottawa 1986, Wiener Konferenz über die Gesundheit von Frauen, 1994) veranlasste die Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karin Roth im Februar 2000, die Kommission „Frauen und Gesundheit“ ins Leben zu rufen. Die 17 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Gesundheitsbereichen erarbeiteten zu folgenden Themenschwerpunkten Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg:

1. SELBSTHILFE
2. PATIENTINNENRECHTE
3. MIGRANTINNEN
4. FRAUEN UND SUCHT
5. GEWALT GEGEN FRAUEN
6. ARBEITS- UND LEBENSWELT
7. BRUSTKREBS
8. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT
9. FRAUEN IN DER PSYCHIATRIE
10. LEBENSPHASEN (Jugend – Wechseljahre – Alter)

Eine geschlechtersensible Sicht von Gesundheit reflektiert den Menschen in seiner sozialen und biologischen Geschlechtsidentität und ermöglicht eine auf Frauen und Männer individuell zugeschnittene, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und -förderung. Sie begreift Gesundheit und Krankheit als Ergebnis der persönlichen und sozialen

Lebenssituation der Einzelnen (so etwa ihrer beruflichen Situation, ihres Wohnumfeldes oder der Partnerschaft) und umfasst daher alle gesellschaftlichen Lebensbereiche.

Zielsetzung aller Empfehlungen ist der Zuwachs an Lebensqualität, Gesundheit und Kompetenz für jede Frau. Unter dem Blickwinkel des *gender mainstreaming* – der Verwirklichung der Chancengleichheit unter den Geschlechtern – müssen alle gesellschaftlichen Bereiche auf das bereits erreichte Maß an Gleichberechtigung unter Männern und Frauen hinterfragt werden. Erst wenn auch in scheinbar gesundheitspolitisch ferneren Bereichen – wie der Wirtschafts-, Umwelt- oder Sozialpolitik, der beruflichen Ausbildung, Partnerschaft oder Kindererziehung - Frauen und Männer ihr Leben gleichberechtigt gestalten und an der Gesellschaft teilhaben können, hat sich das Anliegen einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik erfüllt.

Auf vier PartnerInnen kommt es dabei vorrangig an: auf die Politik, die AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen, die Patientinnen und Patienten und die Gesetzliche Krankenversicherung. Sie müssen durch Frauengesundheitsberichterstattung kontinuierlich über weibliche Gesundheitsthemen und -risiken informiert werden und Patientinnen und Gesundheitsexpertinnen an Entscheidungsprozessen beteiligen.

1 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT INFORMATION, TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION

- Hamburger Pilotprojekt „Frauengesundheitsinformation“ entwickeln
- „Frauengesundheitsbrief“ entwickeln
- Informationen frauengerecht aufbereiten und vermitteln
- Koordination, Kooperation und Vernetzung von Gesundheitsdiensten verbessern
- Patientinnenrechte bekannt machen und weiterentwickeln
- Das Recht auf eine „Zweite Meinung“ etablieren
- Selbsthilfe- und Frauengesundheitsprojekte mit moderner Kommunikationstechnologie ausstatten
- Schriftliche Patientinnen-Informationen übersetzen
- Dolmetscherdienste einrichten
- Leitfaden „Schutz vor Gewalt“ entwickeln
- Über Früherkennungsmöglichkeiten informieren (Brustkrebs)
- Mammographie-Angebote bewerten
- Bewusstsein für die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialen Lebensumständen stärken
- Alternative Geburtsmöglichkeiten bekannt machen
- Chancen und Grenzen der Pränataldiagnostik stärker kommunizieren
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige besser bekannt machen

2 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT EINE ADRESSE UND EINEN ORT

- „Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit“ einrichten
- Selbsthilfegruppen, Patientinnenberatungsstellen und Frauengesundheitsprojekte an der Leitung des Dienstleistungszentrums für Frauengesundheit beteiligen
- Frauen ausländischer Herkunft als Gesundheitsexpertinnen beschäftigen
- Kulturübergreifende, muttersprachliche Beratung und Behandlung anbieten – Dolmetscherdienste anbinden
- Information und Beratung zur Genitalverstümmelung, Unterstützung und Betreuung der betroffenen Frauen
- Zentrale Informations- und Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen aufbauen und in das Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit integrieren
- Ganzheitliche Lebenssituation der Frauen berücksichtigen
- Wohnortnahe Angebote für Mütter ausbauen und mit dem Dienstleistungszentrum vernetzen
- Unabhängige Beratungsstelle zur Pränataldiagnostik aufbauen
- Angebote für Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern ausbauen (Psychiatrie)
- Angebote für Frauen mit Gewalterfahrungen ausbauen (Psychiatrie)

3 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT UNABHÄNGIGE, NICHT VON ÖKONOMISCHEN INTERESSEN GELEITETE FORSCHUNG

- Interdisziplinären Schwerpunkt „Frauengesundheit“ an Hamburger Hochschulen einrichten
- Regionale und bundesweite Forschungsprojekte initiieren und fördern
- Frauenfreundlichkeit gesundheitlicher Dienste und Angebote evaluieren
- Sinn und Ziel medizinischer Maßnahmen für Frauen bewerten
- Informationsdefizite und -methoden erforschen
- Das Kriterium „Lebensqualität“ in klinischen und epidemiologischen Studien stärker berücksichtigen
- Auswirkungen der „Zweiten Meinung“ evaluieren
- Informationsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste erforschen (Migrantinnen)
- Wechselwirkung zwischen Berufstätigkeit und Alkoholsucht erforschen
- Forschung zur Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Gesundheit intensivieren
- Unabhängige, begleitende und evaluierende Forschungsprogramme zur Früherkennung und Primärintervention ermöglichen (Brustkrebs)
- Auswirkungen der gentechnischen Diagnostik evaluieren (Brustkrebs)
- Forschung zu den Belastungen und zum Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger verstärken
- Forschung zur frauenspezifischen Psychiatrie intensivieren
- Forschung zur postnatalen Depression intensivieren

4 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT GESICHERTE QUALITÄT

- Wettbewerb fördern
- Qualitätssiegel „Frauengesundheit“ einführen – Frauen an der Zertifizierung frauenfreundlicher Angebote beteiligen
- Angebote vernetzen – Synergien nutzen – doppelte Arbeit vermeiden
- Recht auf „Zweite Meinung“ etablieren
- Unabhängige Beratungseinrichtungen und Interessenvertretungen aufbauen
- Selbsthilfe als Methode und Institution im Gesundheitssystem etablieren
- Das Erfahrungswissen in Selbsthilfegruppen systematisch zur Evaluation und Qualitätssicherung heranziehen
- Kriterien für selbsthilfefreundliche Institutionen erarbeiten und als Qualitätskriterien nutzen
- Verbindliche Qualitätsstandards für Dolmetscherdienste entwickeln
- EU-Richtlinie zum Mammographie-Screening umsetzen
- Qualität der Früherkennungsuntersuchungen sichern (Brustkrebs)
- Psychosoziale Beratung und Nachsorge bei Brustkrebs Erkrankungen fördern
- Qualitätsstandards für genetische Brustkrebsdiagnostik entwickeln
- Hebammenkreißsäle einführen
- Familienhebammenprojekte ausbauen und fördern
- Mutterschaftsrichtlinien weiterentwickeln
- Psychosoziale Betreuung sicherstellen (Schwangerschaft und Geburt)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit von ÄrztInnen fördern (Schwangerschaft und Geburt)
- Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche adäquat finanzieren
- Stationäre und ambulante Angebote stärker vernetzen (Psychiatrie)
- Leitlinien für die psychosoziale und psychiatrische Versorgung von Frauen entwickeln
- Versicherungsleistungen an die Bedürfnisse pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger anpassen – Qualität der Unterstützungsangebote erhöhen

5 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT ÖFFENTLICHKEIT UND LEITBILDER

- Kampagnen zu Frauengesundheitsthemen durchführen
- Selbstbewusstsein der Frauen stärken, stützen und fördern
- Kooperation statt Konkurrenz
- Ambulant vor stationär
- Beteiligung von Patientinnen an Entscheidungsprozessen fördern
- Selbsthilfe in allen gesundheitlichen und sozialen Bereichen verankern
- Über die Gefahren psychisch wirksamer Medikamente aufklären
- Suchtprävention und Therapie als Querschnittsaufgabe verankern
- Für soziale Geschlechterrollen sensibilisieren
- Öffentliches Bewusstsein für sexualisierte Gewalt schärfen
- Brustkrebserkrankungen enttabuisieren
- Diskussion um die „anonyme Geburt“ öffentlich und ehrlich führen
- Öffentliche Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik so breit und interdisziplinär wie möglich führen
- Die Darstellung des weiblichen Körpers in Medien und Werbung verändern
- Diskussion um die Medikalisierung weiblicher Lebensphasen initiieren
- Mütter stärker unterstützen – Mutter-Kind-Kuren aufwerten
- Leistungen der pflegenden Angehörigen in das öffentliche Bewusstsein rücken und anerkennen

6 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT SPEZIELL GESCHULTES FACHPERSONAL

- Frauengesundheit als wesentlichen Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigen
- Aufgabe, Inhalte und Methoden der Selbsthilfe in den medizinischen und sozialen Ausbildungsgängen berücksichtigen und wertschätzen
- Unterstützungsangebote für LaienhelferInnen und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen bereitstellen
- Professionelle AnbieterInnen für die Kulturenvielfalt ihres Klientels schulen – Migrantinnen in Gesundheitsberufen ausbilden
- ÄrztInnen und ApothekerInnen für Suchtproblematik sensibilisieren
- Medizinisches Personal für die Gewaltproblematik sensibilisieren
- Fortbildung bei Polizei und Justiz kontinuierlich verbessern
- Pränatale Diagnosen interdisziplinär bewerten – Psychosoziale Auswirkungen stärker berücksichtigen – Eltern ein Leben mit einem behinderten Kind ermöglichen
- Lebensqualität der Patientinnen stärker berücksichtigen
- Frauenspezifische Psychiatrie als eigenständigen Schwerpunkt in den Lehr- und Ausbildungskanon aufnehmen

7 FRAUENGESUNDHEIT BRAUCHT FÖRDERLICHE ARBEITS- UND LEBENSBEDINGUNGEN

- Familien- und Freiwilligenarbeit stärker anerkennen und fördern
- Frauenarbeitsplätze sozial und rechtlich absichern
- Gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen über geschlechtsspezifische Arbeitsschutzstrategien und durch gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz reduzieren
- Frauen an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligen
- Berufskrankheiten geschlechtersensibel betrachten
- Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen geschlechterspezifisch dokumentieren
- Handlungsspielräume durch berufsbegleitende Fortbildung, innerbetriebliche Aufstiegschancen und Job-Rotation erweitern

Freie und Hansestadt Hamburg Staatliche Pressestelle

28. Februar 2000

Gesundheitssenatorin Roth beruft ExpertInnen-Kommission

Hamburg initiiert Aktionsprogramm zur Verbesserung der Frauengesundheit

Frauen leben zwar fast überall auf der Welt länger als Männer – in Deutschland werden sie durchschnittlich 7 Jahre älter – andererseits werden sie im medizinischen Versorgungssystem mit ihren spezifischen weiblichen Besonderheiten nicht immer adäquat wahrgenommen und versorgt. Die Hamburger Gesundheitspolitik verfolgt das Ziel, die Gesundheit von Frauen in Hamburg zu verbessern. Gesundheitssenatorin Karin Roth hat hierzu eine ExpertInnen-Kommission berufen, die Vorschläge für ein Aktionsprogramm „Frauen und Gesundheit“ erarbeiten wird. Eva Rühmkorf, Bundesvorsitzende von Pro Familia, wird die Kommission leiten.

Das Aktionsprogramm „Frauen und Gesundheit“ soll die weibliche Seite der Gesundheit in den Blickpunkt rücken. Es wird eine Lobby für die Frauengesundheit aufbauen und kompetente Akteurinnen und Akteure für Frauengesundheit in Hamburg an einen Tisch bringen und sie beteiligen. Grundvoraussetzung für ein (dauerhaft) gelungenes Leben im städtischen Umfeld ist es, auf nachweisbare physische und psychische

Unterschiede zwischen Frau und Mann explizit Rücksicht zu nehmen und den Gesundheitsbegriff geschlechtsspezifisch zu denken. Denn: Gesundheit hat auch ein Geschlecht. Sie ist männlich. Oder eben weiblich.

Beispielhaft für die Planungen in Hamburg ist das Wiener Frauengesundheitsprogramm. In Wien wird neben der Berücksichtigung aller Lebensphasen im Leben einer Frau vor allem die Verknüpfung von Gesundheit und Krankheit mit der Lebenswelt insgesamt in den Mittelpunkt gerückt. Gesundheit umfasst mehr als die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung. Sie umfasst alle Bereiche des urbanen Lebens von einer aktiven Teilhabe an Arbeit, über die familiäre Einbindung bis hin zu attraktivem bezahlbarem Wohnraum. Als tragende Faktoren einer modernen Gesundheitsförderung werden heute von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) insbesondere soziale Determinanten der Gesundheit beschrieben. Folgende Rahmenbedingungen benennt die Wiener Expertinnen Kommission für ein nachhaltiges Frauen-Gesundheitsprogramm:

- Frauen haben andere gesundheitliche Risiken und Krisen zu bewältigen als Männer, z. B. Schwangerschaft, Geburt, Brustkrebs;
- Frauen haben im Alltag mehreren Rollen gerecht zu werden, und zwar als Berufstätige, als Partnerin, Mutter/berufstätige Mutter und Pflegende von Angehörigen;
- Frauen sind häufiger Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch;
- Noch immer sind Frauen von sozialen Benachteiligungen und schlechteren Arbeitsbedingungen betroffen. Besonders zu berücksichtigen sind auch die Situation von Migrantinnen sowie rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen.

Ziel des Aktionsprogramms ist es, die Gesundheit von Frauen weiter zu verbessern. Dazu werden Werkstattgespräche unter Einbeziehung der interessierten (Fach-) Öffent-

lichkeit durchgeführt. Die dort erarbeiteten Maßnahmen werden in ein Aktionsprogramm Frauengesundheit einfließen. Unter anderem kommen hierfür folgende Schwerpunkte in Betracht: Gesundheit rund um die Geburt; Pränatale Diagnostik; Ungewollte Kinderlosigkeit; Gewalt gegen Frauen; Brustkrebs; Migrantinnen und Prostitution; Frauen und Psychiatrie; Medizinversorgung von obdachlosen Frauen; Frauen im Alter; Alleinerziehende Mütter mit behinderten Kindern.

Die ExpertInnen-Kommission

Senatorin Roth hat eine ExpertInnen-Kommission berufen, die das Programm Frauen und Gesundheit inhaltlich strukturiert, gewichtet und begleitet. Die Kommission wird voraussichtlich sechsmal im Jahr tagen.

Entsprechend dem interdisziplinären Charakter des Programms setzt sich die ExpertInnen-Kommission aus Fachleuten des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie der Forschung zusammen. Die Mitglieder sind ExpertInnen und Experten, die sich bereits in ihrer bisherigen Tätigkeit mit der Förderung von Gesundheit, von Frauen und ihren sozialen Lebenswelten beschäftigt haben. Sie decken darüber hinaus unterschiedliche Berufsfelder ab und bringen unterschiedliche Lebenserfahrungen mit. Eva Rühmkorf, Bundesvorsitzende der Pro Familia übernimmt den Vorsitz der ExpertInnen-Kommission. Die BAGS richtet eine Geschäftsstelle ein, die das gesamte Aktionsprogramm „Frauen und Gesundheit“ unterstützt. Die Geschäftsstelle wird der ExpertInnenkommission zur Seite stehen und die Dokumentation sichern.

Gesundheitssenatorin Karin Roth: „Mit der Erarbeitung eines Aktionsprogramms Frauen und Gesundheit möchte ich die Aufmerksamkeit für die unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen und ihrer medizinischen Versorgung in unserer Stadt nachhaltig erhöhen. Dazu führen wir wichtige Akteurinnen und Akteure in einem gemein-

samen Projekt zusammen. Ich bin davon überzeugt, dass es der ExpertInnen-Kommission mit Kreativität und Sachverstand gelingen wird, wichtige Impulse für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens zu Gunsten der Frauen zu liefern. Ihre Arbeit wird sich mit Sicherheit positiv auswirken.“

Eva Rühmkorf, Vorsitzende der ExpertInnen-Kommission: „Für mich verknüpfen sich mit diesem Projekt zwei Stränge meines bisherigen Lebens: neun Jahre Frauenpolitik in Hamburg und meine jetzige ehrenamtliche Tätigkeit. Für Pro Familia steht Frauengesundheit im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit, wenn auch in einem speziellen Sektor, nämlich reproduktive Rechte und sexuelle Gesundheit.“

Mitglieder der ExpertInnen-Kommission (Stand 26. März 2000)

Eva Rühmkorf

Diplom-Psychologin, Bundesvorsitzende Pro Familia.

Prof. Dr. phil. Monika Bullinger

Diplom-Psychologin, Verhaltenstherapeutin, Professorin am Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE), Abteilung für medizinische Psychologie. Experte für Frauen und Gesundheit, Schwerpunkt Lebensqualität, Forschungsarbeiten zu chronisch kranken Kindern und ihren Familien, Kindern in der Rehabilitation, Umweltmedizin.

Thomas Dangers

Diplom-Psychologe, Geschäftsführer der Beratungsstelle „Männer gegen Männer-Gewalt e. V.“. Schwerpunkt Therapie, Rehabilitation, Intervention und Prävention von Gewalt, insb. Gewalt gegen Frauen.

Dr. Hanneli Döhner

Soziologin, Leiterin des Arbeitsschwerpunktes für Sozialgerontologie im Institut für Medizin-Soziologie des UKE. Langjährige Beteiligung an nationalen und internationalen Forschungsprojekten zur Versorgungsforschung. Schwerpunkte: Vernetzung und Überwindung von Schnittstellenproblemen, Gesundheitsförderung, Kooperation Wissenschaft und Praxis, Transferorientierung.

Astrid Estorff-Klee

Projektleiterin KISS (Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen), Hamburg. Gesundheits-Expertin mit Schwerpunkt Selbsthilfeförderung in Hamburg, Selbsthilfeförderung ist meist Gesundheitsförderung für Frauen; Selbsthilfegruppen u.a. für Alleinerziehende, für Frauen mit Essstörungen.

Dr. Ezel Günay

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin; hausärztliche Tätigkeit in Praxis; Dissertation über psychosomatische Störungen von türkischen Migrantinnen; Kontakte zu migrierten Ärztinnen und Ärzten. Erfahrungen mit sexualpädagogischen Angeboten für türkische Mädchen und Frauen.

Kerstin Hagemann

Dipl.-Sozialarbeiterin, Projektleiterin der PatientenInitiative; Betroffene und engagierte Streiterin für die Rechte und Interessen der Patientinnen und Patienten. Leitet die Beratungsstelle und das Modellvorhaben PatientenInitiative im Krankenhaus (AK St. Georg, Klinikum Nord). Vorstandsmitglied der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, dort als Initiativen-Vertreterin.

Rita Hülsmann

Hebamme, Lehrerin für das Hebammenwesen, Vorsitzende des Hebammenverbandes Hamburg (HVH); viele Jahre Hebamme und Lehrerin an der Hebammenschule; betont die Bedeutung der Hebammen für die Förderung der Frauengesundheit rund um die Geburt; setzt sich für eine Verbesserung der Hebammenversorgung durch Freiberuflerinnen in Hamburg ein.

Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek

Diplom Biologin, Professorin für Technikfolgenabschätzung der modernen Biotechnologie in der Medizin im Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt der Universität Hamburg. Forschungsschwerpunkte: konzeptionelle Weiterentwicklung der Technikfolgenabschätzung und Bewertung der Biotechnologie in der Medizin sowie Durchführung von Technikfolgenabschätzungs-Projekten in den Bereichen Reproduktionsmedizin, Gendiagnostik und Neurobiologie. Vorsitzende des Beirats für ethische Fragen im Bundesgesundheitsministerium.

Dagmar Kürschner

Ärztin, Diplom-Psychologin, Geschäftsführerin der Hamburgischen Krebsgesellschaft e.V.. Arbeitsschwerpunkte in der psychosozialen Beratungsarbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen, in der unabhängigen Patienten-Information über Möglichkeiten der Prävention, Behandlung und Nachsorge usw. Koordiniert interdisziplinären Austausch und vermittelt vielfältige Hilfsangebote für Betroffene.

Dr. Hildegard Neubauer

Ärztin für Psychiatrie/Neurologie, Psychotherapie, Diplom-Psychologin. Leitende Krankenhausärztin der II. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nord - Ochsenzoll; Expertin für Schwerpunkte frauenspezifischer Ansätze in der

Psychiatrie: Rooming-in für psychisch kranke Mütter mit ihren Säuglingen; traumaspezifische Psychotherapie für Frauen mit Gewalterfahrungen, sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung in der Vorgeschichte in einem Schutzraum für Frauen, der Männern nicht zugänglich ist.

Monika Püschl

Pädagogin M. A., Leiterin des Büros für Suchtprävention der Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Expertin für Suchtvorbeugung mit geschlechtsspezifischer Schwerpunktsetzung, zielgruppenübergreifende Expertise.

Prof. Dr. Peter Scheidel

Facharzt für Frauenheilkunde, Chefarzt der Frauenklinik im Marienkrankenhaus; Tätigkeit in der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer; Mitglied der Bundesakademie der Frauenärzte; Mitglied verschiedener nationaler und internationaler gynäkologischer Fachgesellschaften; Landesvorsitzender des Verbandes Leitender Krankenhausärzte in Deutschland.

Angelika Schwabe

Sozialversicherungsfachangestellte, Leiterin der Landesvertretung Hamburg der Techniker Krankenkasse; engagiert im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit; Kooperationspartnerin in vielen Projekten mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung; Expertin für das Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Margrit Schlankardt

Buchhändlerin, Geschäftsführerin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG); Schwerpunkt Prävention für Kinder und Jugendliche,

Gesundheitsförderung für die Gesamtbevölkerung; Kontaktperson zum HAG-Arbeitskreis Frauen-Gesundheit-Stadtentwicklung; pers. Schwerpunkt: Wechseljahre.

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Arzt und Soziologe, Abteilungsdirektor und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinsoziologie des UKE; langjähriger Experte und Förderer kommunaler Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Public Health; u.a. Vorstandsmitglied der HAG; Mitautor des TAB-Gutachtens (1999) zur Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen; mit Brigitte Stumm Leiter des Forschungsprojektes Gesundheitsförderungs politik für Frauen.

Dr. Ursula Weinsen

Fachärztin für Arbeitsmedizin/Umweltmedizin, Dermatologie/Allergologie, Diplom-Soziologin. Leiterin der Abteilung Staatlicher Gewerbearzt im Amt für Arbeitsschutz, Arbeitsschwerpunkte: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, insbes. Haut- und Atemwegserkrankungen, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.

Irmingard Zahn

Lehrerin, Vorsitzende des Landesfrauenrates Hamburg. Der Landesfrauenrat repräsentiert im Hamburger Raum 300.000 Frauen in 65 Mitgliedsverbänden, allen gemein ist frauenpolitisches Engagement und der Einsatz für die im Grundgesetz verankerte Gleichstellung.

Für Rückfragen: Stefan Marks, Pressereferat der BAGS, Tel. 42863-3083

Im Internet: www.hamburg.de/bags

Auszug aus:

Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Weltgesundheitsorganisation 1999. Seite 37 – 41

3.4 Gesundheit von Erwachsenen

Der folgende Abschnitt befaßt sich mit dem Gesundheitspotential von Erwachsenen. Gemeint ist damit die Zeit ab dem Eintritt in den Arbeitsmarkt bis zur Beendigung der Erwerbstätigkeit. Diese Lebensphase umfaßt ca. vierzig Jahre und beinhaltet Erlebnisse wie z. B. den Eintritt ins Arbeitsleben; das Aufziehen von Kindern; die Rolle als Bürger; die Versorgung der Eltern; zusehen, wie die Kinder das Haus verlassen; und das Ende der aktiven Erwerbstätigkeit.

Im Laufe der Jahre hat sich das Wesen solcher Lebensereignisse beträchtlich verändert. Viele Erwachsene in Europa leben unter für sie unbefriedigenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen. Für immer mehr Menschen gibt es Phasen, in denen sie aufgrund von Entwicklungen wie der Globalisierung des Handels und technischen Fortschritten unterbeschäftigt oder arbeitslos sind. Für diejenigen, die Arbeit haben, führen die abnehmende Bedeutung herkömmlicher Arbeitsverhältnisse und die Entstehung neuer Arbeitsformen dazu, daß zahlreiche Arbeitnehmer Gefahr laufen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dies gilt für ausländische Arbeitnehmer, Einwanderer, ethnische Minderheiten, ältere Arbeitnehmer und Frauen mit kleinen Kindern. Die Familienstrukturen sind von der Tendenz her weniger dauerhaft, und es entwickeln sich zahlreiche neue Formen des Zusammenlebens.

In bezug auf das Arbeitsumfeld wird kurzfristigen wirtschaftlichen Überlegungen zur Zeit viel mehr Bedeutung beigemessen als langfristigen Investitionen in Arbeitskräfte, durch die Menschen im erwerbsfähigen Alter in die Lage versetzt werden, eine gesellschaftlich produktive Rolle zu spielen. Ein hohes Maß an Arbeitsplatzunsicherheit mag zwar kurzfristig wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen, aber langfristig führt dies zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Erwerbstätigen und derjenigen, für die sie sorgen, so daß sich letztendlich der Druck auf das Gesundheitswesen verstärkt.

Ein wichtiges Hindernis für die Erreichung des Ziels der „Gesundheit für alle“ ist die Ungleichheit, die nicht nur zwischen Männern und Frauen sondern auch zwischen Frauen in verschiedenen Teilen der Europäischen Region sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und ethnischen Gruppen besteht. Männer und Frauen sind zwar gleichermaßen von den herrschenden Bedingungen betroffen, aber diese Bedingungen wirken sich unterschiedlich aus. Armut und wirtschaftliche Abhängigkeit, Gewalt, negative Einstellungen und andere Formen der Diskriminierung, begrenzter Einfluß auf das eigene Sexualleben und auf die Entscheidung, wie viele Kinder man haben will, sowie keine Beteiligung an Entscheidungen – all dies sind Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit von Frauen auswirken.

Teilweise ist der Zugang zur grundlegenden Gesundheitsversorgung für Frauen anders und entspricht nicht dem Gleichheitsgrundsatz. Dasselbe gilt auch für die Nutzung grundlegender Gesundheitsdienste und die Möglichkeiten zum Schutz sowie zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit. Häufig werden geschlechtsspezifische Klischees in gesundheitspolitischen Konzepten und Maßnahmen übernommen, ohne der Tatsache Rechnung zu tragen, daß Frauen in Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, nicht frei sind. In einigen Ländern, deren Wirtschaft sich in einer Übergangsphase befindet, gehören Komplikationen im Zusammenhang mit Schwan-

gerschaften und der Geburt von Kindern zu den Hauptursachen für Mortalität und Morbidität bei Frauen im gebärfähigen Alter. Unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche bedrohen das Leben zahlreicher Frauen – vor allem im östlicher gelegenen Teil der Region – und stellen ein ernsthaftes Problem im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar. In der Regel sind es die Ärmsten und die Jüngsten, die am stärksten gefährdet sind.

Der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist heute größer als in der Vergangenheit, und die Zunahme der berufstätigen Mütter und der Haushalte mit Doppelverdienern hat Folgen für die Betreuung von Kindern und alten Menschen. Traditionell wurde diese Rolle von Frauen gespielt, und in vielen Ländern hat sich daran bis heute nichts geändert, bis auf die Tatsache, daß die Frauen gleichzeitig auch berufstätig sind.

Das Leben in schlechten Wohnverhältnissen und Wohnbezirken (s. Kapitel 5) macht eine gesundheitsfördernde Lebensweise für viele Erwachsene unmöglich. Für Frauen aus einkommensschwachen Gruppen ist das Rauchen vielleicht ein Mittel, um mit dem Streß der Armut oder monotoner Arbeitsbedingungen fertig zu werden. In armen Wohnvierteln erschweren viele Faktoren eine gesunde Lebensweise:

- Es gibt weniger Erholungsgebiete.
- Die Angst vor der dort stärker präsenten Kriminalität hindert die Menschen daran, mehr Zeit außerhalb ihrer Wohnungen zuzubringen, an geselligen Zusammenkünften teilzunehmen und sich sportlich zu betätigen.
- Der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln ist schwieriger.
- Die in Strategien zur Gesundheitsförderung empfohlenen Nahrungsmittel sind entweder nicht vorhanden oder zu teuer.
- Primäre Gesundheitsversorgungsdienste sind weniger verfügbar als in besseren Wohngegenden.

Strategievorschlage

Mit Hilfe von gesundheitspolitischen Konzepten muß den Menschen geholfen werden, mit den Krankheiten, unter denen sie möglicherweise als Erwachsene leiden, fertig zu werden. Ein wichtiger Schwerpunkt jeder Gesundheitsstrategie sollte jedoch die Prävention von Krankheiten und frühzeitigem Tod durch Bekämpfung der zugrunde liegenden Ursachen und Risikofaktoren sein. Bei Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Diabetes – und zu einem gewissen Grad auch bei chronischen Atemwegserkrankungen – gibt es eine Reihe gemeinsamer Risikofaktoren: dazu gehört Rauchen, Alkoholmißbrauch, ungesunde Ernährung, Mangel an körperlicher Bewegung und zunehmend auch Streß. Aus diesem Grund sollte man sich bei den Anstrengungen zur Prävention von Krankheiten weniger auf einzelne Faktoren konzentrieren; vielmehr sollten im Rahmen eines integrierten Ansatzes, der Teil einer in Kapitel 5 beschriebenen, breiter angelegten Strategie zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist, alle wichtigen Risikofaktoren angegangen werden.

Die Gewährleistung sicherer Arbeitsplätze erhält und verbessert die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung. Die daraus resultierende Steigerung der Produktivität des einzelnen und die Abnahme der Kosten für die Gesundheitsversorgung bewirken auch langfristige wirtschaftliche Nutzen. Wie in Kapitel 5 dargestellt, kann die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung auch verbessert werden, wenn in der Arbeitsmarktpolitik nicht nur für Arbeitsplatzsicherheit gesorgt wird, sondern auch flexible und familienfreundliche Beschaftigungskonzepte gefördert werden, die den Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu sein, ohne dabei persönliche und familiäre Pflichten vernachlässigen zu müssen. Möglichkeiten wie Elternurlaub, Teilzeitarbeit und Job-Sharing-Modelle können die Gesundheit von Arbeitnehmern und ihren Familienangehörigen fördern.

Gesundheit und Wohlergehen von Frauen

Die Gesundheit von Frauen kann von staatlicher Stelle in Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden und mit der Unterstützung internationaler Institutionen gefördert und geschützt werden, wenn Regierungen die Verpflichtungen, die sie im Rahmen verschiedener völkerrechtlicher Abkommen eingegangen sind (vor allem in der Erklärung von Beijing und Handlungsplattform, im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, der Kopenhagener Erklärung zur Sozialen Entwicklung und dem Übereinkommen über die Eliminierung jeder Form von Diskriminierung gegenüber Frauen), unterstützen und erfüllen.

Die Gesundheit von Frauen kann durch die Bereitstellung einer leichter zugänglichen, besser verfügbaren und eher erschwinglichen, hochwertigen primären Gesundheitsversorgung verbessert werden. Dazu gehört auch die Verfügbarkeit sexual- und reproduktionsmedizinischer Dienste unter besonderer Berücksichtigung der Mutterschaftsfürsorge und der geburtshilflichen Notfallversorgung. Für einige Länder stellt die im Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung vereinbarte Anerkennung und Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen unsachgemäß durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche ein großes Problem im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar, das - wie bereits erwähnt - ein gut organisiertes Familienplanungsprogramm erforderlich macht.

Durch eine Umgestaltung der Gesundheitsinformationsdienste und der Ausbildungsgänge für Gesundheitsfachkräfte - mit dem Ziel, geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen, die Erwartungen der Nutzer in bezug auf zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten zu erfüllen und das Recht der Nutzer auf Geheimhaltung und Vertraulichkeit zu wahren - kann sichergestellt werden, daß mehr

Frauen Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung erhalten und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt werden.

Zur Förderung der Gleichheit nicht nur zwischen Mann und Frau sondern auch zwischen Frauen in verschiedenen Teilen der Europäischen Region sowie zwischen Frauen, die verschiedenen gesellschaftlichen Schichten oder ethnischen Gruppen angehören, sollten alle politischen Konzepte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise beinhalten. Besondere Bedeutung sollte dabei der Ausarbeitung von Konzepten und Programmen beigemessen werden, die Männer und Frauen in ihren verschiedenen Rollen und Aufgabenbereichen – u. a. als einzelne, Eltern, Arbeitnehmer und als Menschen, die sich um andere kümmern – unterstützen und geschlechtsspezifische Barrieren beseitigen, die den Zugang zu Gesundheit und menschlicher Entwicklung versperren.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise der Bedürfnisse von Männern und Frauen

In der Gesundheitspolitik ist eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise notwendig, weil:

- damit die Notwendigkeit einer vollen Teilhabe von Männern und Frauen an Entscheidungsprozessen anerkannt wird;
- dadurch dem Wissen sowie den Wertvorstellungen und Erfahrungen von Männern und Frauen gleiche Bedeutung beigemessen wird;
- damit sichergestellt wird, daß sich Frauen wie Männer ihrer eigenen Gesundheitsbedürfnisse und -prioritäten bewußt werden, wodurch anerkannt wird, daß bestimmte gesundheitliche Probleme nur Männer oder Frauen betreffen bzw. bei Männern oder Frauen zu gravierenderen Folgen führen;
- dies zu einem besseren Verständnis der Krankheitsursachen führt;
- damit wirksamere Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit entwickelt werden können;

- dies zur Erreichung von mehr Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung beiträgt.

Die Gewährleistung von Sicherheit – zu Hause und in der Gemeinde

Angemessene Wohnunterkünfte sind eine Voraussetzung für ein gesundes Leben. Da sich aber die Wohnbedürfnisse der Menschen in der Regel im Laufe ihres Lebens verändern, sollte das Wohnungsangebot an diese sich wandelnden Bedürfnisse angepaßt werden. Dazu gehört auch, daß immer mehr Menschen zu Hause arbeiten. Das Vorhandensein von Erholungsgebieten und sicheren Straßen sowie der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und grundlegenden sozialen Einrichtungen sind wichtige Voraussetzungen für gesunde und sichere Gemeinden sowie für leistungsfähige soziale Netze, die gepflegt und weiterentwickelt werden sollten. Eine Verbesserung der Gesundheitssituation läßt sich erreichen, wenn in der primären Gesundheitsversorgung der Impferfassungsgrad erhöht wird und die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs sowie die Rehabilitation von Menschen mit chronischen Krankheiten in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt werden. Dabei sollte man sich mit aufsuchenden Diensten um die am schwersten Betroffenen kümmern (s. Kapitel 6).

Eine gesunde Lebensweise

Erwachsene sind oft für die Pflege anderer Menschen verantwortlich. Wie sie sich in bezug auf die Lebensweise entscheiden bzw. entscheiden können, hat daher Auswirkungen auf die Gesundheit einer ganzen Reihe anderer Menschen. Die Gesundheit des einzelnen und seiner Familienangehörigen kann gefördert werden, wenn sichergestellt ist, daß gesundheitlich unbedenkliche und finanziell erschwingliche Lebensmittel verfügbar sind, diesbezügliche Informationen verbreitet und Lebensmittel – vor allem genetisch veränderte Produkte – entsprechend gekennzeichnet werden, und

wenn die Verbraucher in bezug auf die sichere Zubereitung von Lebensmitteln aufgeklärt und angeleitet werden. Eine vernünftige sportliche Betätigung gehört bei Erwachsenen zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Erhaltung der Gesundheit. Der gesundheitliche Nutzen einer sportlichen Betätigung wird in Kapitel 5 behandelt. Das Umfeld, in dem die Menschen ihren Alltag verbringen, sollte so gestaltet sein, daß es einer maßvollen sportlichen Betätigung förderlich ist.

WOMEN'S HEALTHS COUNTS

Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa

Wien, 16. – 18. Februar 1994

Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den Mittel- und Osteuropäischen Ländern

Diese Erklärung stellt einen Konsens der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Konferenz „Women's Health Counts: Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa“ dar.

„Der Gesundheit von Frauen muß ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden“

... erklärte die Weltgesundheitsversammlung 1992. Dies veranlaßte das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ zu starten. Diese Initiative beruht auf einem Netzwerk, das erstmals im Jahre 1991 anlässlich eines in Wien abgehaltenen WHO-Workshops für Frauen aus mittel- und osteuropäischen Ländern eingerichtet wurde. 1994 wurden alle Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region aufgefordert, eine Kontaktperson für Frauen und Gesundheit zu benennen. Diese Kontaktpersonen werden das erste europäische Frauengesundheitsforum bilden.

Angesichts der immer breiter werdenden Kluft zwischen der östlichen und der westlichen Hälfte der Region und entsprechend dem Bekenntnis der WHO zur Chancengleichheit konzentrierte sich die erste Phase der Initiative auf 11 Länder und eine Stadt des Gesunde-Städte-Projekts der WHO. Die Ergebnisse des ersten Arbeitsjahres der Initiative – eine vergleichende Analyse mit dem Titel „Highlights on Women's Health“

sowie detaillierte Länderprofile - wurden anlässlich der Konferenz „Women’s Health Counts“ präsentiert.

Diese Konferenz über die Gesundheit der Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern wurde vom 16. bis 18. Februar 1994 in Wien, Österreich, abgehalten. Die 270 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus 40 Ländern gaben folgende Konsenserklärung ab.

Diese Erklärung legt sechs Grundsätze zur Weiterentwicklung der weiblichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO vor. Zweitens benennt die Erklärung sechs Handlungsbereiche mit Prioritätscharakter. Obwohl diese besondere Bedeutung für Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern und den Nachfolgestaaten der UdSSR haben, stellen sie auch für die Frauen in den anderen Ländern der Region Prioritäten dar. Schließlich beschreibt das Statement noch sechs Handlungskonzepte zur Unterstützung des Engagements für Frauengesundheit im Rahmen politischer Reformen in der gesamten Europäischen Region der WHO.

Grundsätze

Die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ wird von sechs Grundsätzen geleitet. Diese Grundsätze liegen dem Konzept der Gesundheit von Frauen zugrunde, das auf dem Bekenntnis der WHO zu Chancengleichheit, Menschenrechten und primärer Gesundheitsversorgung aufbaut. Diese sechs Grundsätze sind:

1. Investition in Gesundheit
2. Menschenrechte
3. Gesundheit während des gesamten Lebens
4. Befähigungsstrategien
5. Frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste und
6. Beziehungen zwischen den Geschlechtern.

1. Investition in Gesundheit

Frauen sind eine wesentliche gesellschaftliche Ressource. Und doch zeigt der Index der menschlichen Entwicklung (Human Development Index) deutlich, daß kein Land seine Frauen so gut behandelt wie seine Männer oder ihre wirtschaftliche Leistung entsprechend würdigt. Eine Reihe von Studien, die von Vereinten Nationen und Weltbank durchgeführt wurden, belegt, daß Investitionen in Frauen sich außerordentlich bezahlt machen. Sie führen zu schnellerem Wachstum, verbesserter Effizienz, größeren Einsparungen und geringerer Armut. Durch die Verbesserung der Gesundheit von Frauen können Regierungen sehr viel für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung tun. Investitionen in die Gesundheit von Frauen sind jedoch schon vorteilhaft. Die Kinder sind gesünder, der Wohlstand der Familien und Gemeinden erhöht sich, die Kosten der Gesundheitsversorgung sinken und die Produktivität steigt. Die Erziehung und Ausbildung von Mädchen und Frauen, Unterstützung für Kinder, Wohnraumbeschaffung und primäre Gesundheitsversorgung für Frauen und ihre Kinder müssen für politische Entscheidungsträger zu wichtigen Prioritäten werden.

2. Menschenrechte

Die Satzung der WHO definiert Gesundheit als „eines der Grundrechte jedes Menschen“. Dieser Grundsatz galt bislang noch nicht ausreichend für Frauen und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse.

Die Ungleichheit der Geschlechter ist eine epidemiologische Tatsache. Interventionen des öffentlichen Gesundheitswesens müssen darauf abzielen, diese Ungleichheit aufzuheben. Das Recht der Frau, ihre Sexualität und Fruchtbarkeit selbst zu definieren, muß anerkannt werden. Es ist ihm der Status eines Grundrechts des Menschen zuzuerkennen. Die Gesetze zur Regelung der reproduktiven rechte sollen der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Konvention der Vereinten Nationen über die

Beseitigung aller Formen der Diskriminierung von Frauen entsprechen und das Recht der Frau auf sexuelle und reproduktive Wahlmöglichkeiten schützen.

3. Gesundheit während des gesamten Lebens

Konzeptionen zur Gesundheit von Frauen müssen auf der WHO-Definition von Gesundheit beruhen, die körperliches, soziales und seelisches Wohlbefinden bedeutet. Eine Gesundheitspolitik, die den Frauen nützt, muß die lebenslange Qualität ihrer Gesundheit berücksichtigen und auf die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Realitäten des weiblichen Lebens eingehen.

4. Befähigungsstrategien

Frauen lernen Befähigungsstrategien, wenn sie imstande sind, sich zusammenzuschließen, um Veränderungen zu fördern. Frauen müssen ihre führende Rolle in der Formulierung der Gesundheitspolitik, in Entscheidungsprozessen und der Umsetzung von Programmen spielen. Dies stellt eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Gesundheit der Frauen dar.

5. Frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste

Gesundheitsstrategien und Gesundheitsdienste müssen die Menschenwürde der Frau achten und schützen und ihr Recht auf Intimität garantieren. Keine Einzelperson oder Gruppe darf wegen ihres Geschlechts diskriminiert oder stigmatisiert werden. Gesundheitsdienste müssen geschlechtsspezifisch sein und den besonderen Bedürfnissen von Frauen entsprechen.

6. Beziehungen zwischen den Geschlechtern

Weitergehende Veränderungen in der Gesundheit von Frauen setzen voraus, daß sich die Beziehung zwischen Männern und Frauen ändern. Frauen und Männer müssen sich die Verantwortung für Familienplanung und Kindererziehung teilen.

Handlungsprioritäten

In den meisten Gesellschaften Mittel- und Osteuropas und in den Nachfolgestaaten der UdSSR verschlechtert sich die Gesundheit der Bevölkerung. Zum Beispiel beträgt der Unterschied zwischen der weiblichen Lebenserwartung in Ost- und Westeuropa durchschnittlich 5 bis 10 Jahre. Der empfindlichste Indikator hierfür ist heute die Müttersterblichkeit, die in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern und Nachfolgestaaten der UdSSR im Anstieg begriffen ist; in manchen Ländern ist sie sogar bis zu zehnmal so hoch wie in vielen westlichen Ländern der Region. Eine Trendwende erreicht man nur, wenn man umgehend reagiert und zugleich in langfristigen Investitionsstrategien denkt.

Eine Reform ihrer Gesundheitssysteme stellt die mittel- und osteuropäischen Länder und die Nachfolgestaaten der UdSSR vor ungeheure Herausforderungen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Konferenz identifizieren sechs Bereiche mit Prioritätscharakter für die Gesundheit von Frauen. Die Prioritätenbereiche konzentrieren sich zwar in erster Linie auf die von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus den mittel- und osteuropäischen Staaten und den Nachfolgestaaten der UdSSR angesprochenen Probleme, sind jedoch für Frauen in der gesamten Europäischen Region der WHO wichtig. Diese Prioritäten sind:

1. Senkung der Müttersterblichkeit und erhöhte Sicherheit von Müttern
2. Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

3. Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien
4. Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen
5. Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und
6. Verbesserungen für Frauen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten.

1. Zur Senkung der Müttersterblichkeit und Erhöhung der Sicherheit von Müttern sind erforderlich:

- eine verbesserte Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind
- kostenwirksame pränatale Intervention
- modernisierte und frauenfreundliche Geburtspraktiken
- Förderung des Stillens
- Verbesserung des Wissens und Könnens von Hebammen
- Schutz vor nicht bedarfsgerechten medizinischen Technologien
- weniger Schwangerschaftsabbrüche unter gesundheitsgefährdeten Bedingungen und
- eine qualitativ hochwertige Betreuung bei Schwangerschaftsabbrüchen

2. Zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind erforderlich:

- mehr sexuelle Aufklärung für Mädchen und Jungen
- leichter erhältliche Verhütungsmittel
- Wahlmöglichkeiten bei Verhütungsmitteln
- Integrierte Familienplanung von der Basis her
- vertrauliche Durchführung von Tests und
- vertrauliche Beratung bei sexuell übertragbaren Krankheiten
- Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten
- vertrauliche Beratung bei HIV-Infektionen und AIDS und
- Beratung für Prostituierte

3. Die Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien erfordert:

- Unterstützung der Kostenrückerstattung bei Verhütungsmitteln
- weitestgehende Förderung umfassender Gesundheitsdienste
- vorrangige Schaffung von Vorsorge- und Gesundheitsförderungsprogrammen, insbesondere in bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Gebärmutterhalskrebs

4. Die Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen würde:

- eine gesunde Ernährung fördern
- die psychische und physische Gesundheit fördern
- tabakfreie Lebensweisen schützen
- Suchtbehandlungsmöglichkeiten bieten und
- ein Altern in Gesundheit fördern

5. Die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen setzt voraus, daß

- häusliche Gewalt und Vergewaltigung als Probleme der öffentlichen Gesundheit erkannt werden
- Gesetze gegen Mißhandlung und Vergewaltigung verabschiedet und vollstreckt werden
- gegen Zwangsprostitution und Frauenhandel vorgegangen wird und
- Frauen in Not Beratung und Schutz finden

6. Verbesserungen für Frauen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, setzt voraus, daß

- Frauen besser bezahlt und
- ihre Arbeitsbedingungen verbessert werden und

- der Sozialstatus von Frauen in Gesundheitsberufen angehoben wird
- eine größere Zahl von Frauen in führende Positionen berufen wird und
- gute Fortbildungsmöglichkeiten bestehen

Politisches Bekenntnis zur Frauen-Gesundheitspolitik

Diese Konferenz belegte die breite Palette der bereits eingeleiteten politischen Initiativen. Dennoch ist das Bekenntnis zur Gesundheit von Frauen in der politischen Reform noch in vielerlei Hinsicht zu verstärken. Neben der umfassenden Einbeziehung von Frauengruppen und nichtstaatlichen Organisationen in interaktive politische Prozesse bedeutet dies, mehr Frauen in führende Positionen zu berufen. Sechs politische Mechanismen wurden empfohlen.

1. Jedes Land sollte ein Frauengesundheitsbüro einrichten, das sich mit der Entwicklung einer sektorübergreifenden Frauengesundheitspolitik und eines Aktionsplans befaßt.
2. In jedem Land sollte ein nationales Frauengesundheitsforum geschaffen werden.
3. Die Länder sollten eine zuverlässige Informationsgrundlage für eine ressortübergreifende Politik der Frauengesundheit schaffen, die z.B. die Bildungs-, Arbeits-, Sozial- und Wohnungssektoren umfaßt. Dies erfordert Monitoring- und Berichtssysteme, die mit geschlechtsspezifischen, nicht aggregierten Daten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage der Frau arbeiten.
4. Die Länder sollten regelmäßig umfassende Frauengesundheitsberichte veröffentlichen und diese den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorlegen.
5. Die Länder sollten Forschungsstrategien für den Bereich „Gesundheit der Frau“ entwickeln. In diesen Strategien sollten Prioritätsbereiche für Studien aufgeführt sowie sich daraus ergebende Maßnahmen beschrieben werden. Der Forschungsansatz sollte multidisziplinär sein und die Entwicklung einer neuen Sozialepidemiologie für

die Gesundheit von Frauen unterstützen. Alle Länder sollten ihre Forschungstätigkeit in Sachen Frauengesundheit intensivieren.

6. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region sollten im Rahmen der Frauengesundheitsinitiative des Regionalbüros Berichte zur Frauengesundheit erstellen. Sie werden Teil des Materials sein, das im September 1995 auf der 4. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Beijing vorgelegt wird. Außerdem wird das Material bei der nächsten regionalen Vorbereitungsstagung der Europäischen Wirtschaftskommission im Oktober 1994 in Wien sowie auf dem dieser Veranstaltung vorausgehenden Forum nichtstaatlicher Organisationen vorgelegt.

Erklärung von München

Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit

17. Juni 2000

Die Teilnehmer der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen in Europa befassen sich mit der einzigartigen Rolle, die die sechs Millionen Pflegenden und Hebammen von Europa in der gesundheitlichen Entwicklung und der Erbringung gesundheitlicher Leistungen spielen, und mit dem einzigartig wichtigen Beitrag, den sie dazu leisten. Seit der ersten WHO-Ministerkonferenz, die vor über zehn Jahren in Wien stattfand, wurden in Europa einige Schritte unternommen, um das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen zu stärken und das Potenzial dieser Berufsgruppen voll auszuschöpfen.

Als Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO und Teilnehmer der Konferenz von München

SIND WIR DER ÜBERZEUGUNG, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public-Health-Herausforderungen unserer Zeit sowie bei der Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern, **eine Schlüsselrolle** zufällt, **die zudem immer wichtiger wird.**

WIR BITTEN alle einschlägigen Behörden in der Europäischen Region der WHO EINDRINGLICH, ihre Maßnahmen **zur Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen** zu beschleunigen, indem sie:

- sicherstellen, dass Pflegende und Hebammen auf allen Ebenen der **Grundsatzarbeit und der Umsetzung von Konzepten** zur Entscheidungsfindung beitragen;
- sich mit den **Hindernissen**, insbesondere mit der Nachwuchspolitik, mit geschlechtsspezifischen und das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen betreffenden Problemen und mit der ärztlichen Dominanz auseinandersetzen;
- finanzielle Anreize bieten sowie **bessere Laufbahnmöglichkeiten** eröffnen;
- die **Aus- und Fortbildung** sowie den Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung verbessern;
- **Pflegenden, Hebammen und Ärzten Möglichkeiten bieten**, in der Aus- und Weiterbildung gemeinsam zu lernen, um im Interesse einer besseren Patientenversorgung ein stärker auf Zusammengehen und Interdisziplinarität ausgerichtetes Arbeiten sicherzustellen;
- die Forschung und die Verbreitung von Informationen unterstützen, um die **Wissens- und Faktengrundlage** für die Pflege- und Hebammenpraxis zu erweitern;
- nach Möglichkeiten suchen, **um in der Gemeinde familienorientierte Pflege- und Hebammenprogramme und -dienste**, darunter gegebenenfalls auch für die Familiengesundheitspflege, zu schaffen und **zu unterstützen**;
- die Rolle von Pflegenden und Hebammen in **Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit** ausweiten.

WIR AKZEPTIEREN, dass verpflichtendes Engagement und ernsthafte Bemühungen um eine Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen in unseren Ländern unterstützt werden sollten, indem:

- **umfassende Planungsstrategien für die Nutzung des Arbeitskräftepotenzials** entwickelt werden, um sicherzustellen, dass eine ausreichende Zahl von gut ausgebildeten Pflegenden und Hebammen zur Verfügung steht;
- sichergestellt wird, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems die **notwendigen gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen** gegeben sind;
- es den Pflegenden und Hebammen ermöglicht wird, effizient, effektiv und unter Ausnutzung ihres vollen Potenzials sowohl als **unabhängige** wie als **auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesene Fachkräfte** zu arbeiten;

WIR VERSPRECHEN, auf nationaler, teilnationaler und internationaler Ebene partnerschaftlich mit allen zuständigen Ministerien und mit gesetzlich verankerten sowie nichtstaatlichen Organen zusammenzuarbeiten, um die mit dieser Erklärung angestrebten Vorstellungen Wirklichkeit werden zu lassen, und

WIR ERHOFFEN uns vom Regionalbüro für Europa der WHO, dass es strategische Orientierungshilfe leistet und den; Mitgliedstaaten hilft. Koordinationsmechanismen zu entwickeln. so dass sie mit nationalen und internationalen Organisationen partnerschaftlich an einer Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens arbeiten können, und WIR ERSUCHEN den Regionaldirektor, dem Regionalkomitee für Europa regelmäßig zu berichten und im Jahr 2002 eine erste Tagung zum Sachstand und zur Evaluation der Umsetzung dieser Erklärung abzuhalten.



Andrea Fischer
Bundesministerin für Gesundheit
Bundesrepublik Deutschland



Dr. Marc Danzon
Regionaldirektor für Europa
Weltgesundheitsorganisation

Herausgeberin:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Amt für Gesundheit
Tesdorpfstraße 8
20 148 Hamburg

Inhalt: Mitglieder und Geschäftsstelle der ExpertInnenkommission

Text: Petra Baurle

Gestaltung: Ulrike Willenbrink

Druck: Horst Nickel KG

1. Auflage: März 2001, 3.000 Stück

Im Internet: www.hamburg.de/bags

Der Bericht ist kostenlos erhältlich in der:

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Amt für Gesundheit
Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung,
Hamburgisches Krebsregister
Tesdorpfstraße 8
20 148 Hamburg

oder kann telefonisch bestellt werden bei:

Ines Zimmermann: 040/428 48 2246

Regina Jürgens: 040/428 48 2252

Dr. Katharina Juhl: 040/428 48 2481

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senates der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben.

Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahlen zur Bezirksversammlung. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl die Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

