

Wahlprüfsteine Netzwerk Frauengesundheit Berlin

Kommentare

1. Themenbereich - Gesundheitliche Folgen von Gewalt

- 1.1. Die im Auftrag der Landeskommision Berlin gegen Gewalt durchgeführte Schnittstellenanalyse, (Veröffentlichung: Landeskommision Berlin gegen Gewalt, Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 40, Schnittstellenanalyse zum Themenkomplex Sexuelle Gewalt, Mai 2010) schlägt als Ergebnis die Einrichtung einer Landeskoordinierungsstelle sexuelle Gewalt vor. Mit der professionellen Koordinierung der Vernetzung, der fallübergreifenden Kooperation und einer Fortbildungsoffensive kann ein wichtiger Beitrag geleistet werden, um die Versorgung der vielfältigen Zielgruppen zu verbessern, Engpässe zu beheben und vermeidbare Belastungen der Betroffenen zu reduzieren. Die Koordinierungsstelle sollte über eine Koordinator/in sexueller Missbrauch bezogen auf Kinder und Jugendliche und über eine Koordinatorin Vergewaltigung /Sexuelle Nötigung bezogen auf Frauen und Männer verfügen und auf den in Berlin vorhandenen Strukturen aufbauen.
- 1.2. Die aktuelle regionale psychiatrische Versorgungsstruktur in Berlin ermöglicht keine Zielgruppenorientierten Angebote für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder. Die Ansätze, die Bedürfnisse von betroffenen Frauen in der Regelversorgung aufzugreifen, sind nicht ausreichend. Angesichts der hohen Prävalenz muss ein Angebot geschaffen werden, dass den Frauen in Berlin die Möglichkeit bietet, auch stationäre therapeutische Unterstützung auf fachlich hohem Niveau erhalten zu können. Daran angeschlossenen bedarf es einer Tagesklinik mit Kinderbetreuung, die Müttern die notwendige Versorgung anbietet und mit betroffene Kinder fachgerecht behandeln kann.
- 1.3. Die hohe Prävalenz von Gewalt gegen Frauen und ihren Kindern ist ebenso belegt wie die möglichen akuten und langfristigen gesundheitlichen Folgen. Ein großer Anteil der Betroffenen sucht die ambulanten und stationären medizinischen Versorgungseinrichtungen auf. Die Kosten, die durch Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder verursacht werden, sind enorm. Die Modellprojekte SIGNAL und MIGG haben gezeigt, dass ein großer Handlungsbedarf besteht und welche Wege der Intervention erfolgreich sein können. Eine grundsätzliche Verbesserung ist nur zu erreichen, wenn das Thema systematisch in den Curricula und den Prüfungsordnungen verankert wird sowie Fort- und Weiterbildungen wahrgenommen werden müssen. Dazu bedarf es der politischen Steuerung und Unterstützung. Ein erster Schritt sollte die Einberufung eines ExpertInnengremiums sein, das mögliche Umsetzungsstrategien erarbeitet.

2. Themenbereich - Reproduktive Gesundheit

- 2.1. 10% bis 15% aller Frauen erleben nach der Geburt ihres Kindes depressive Episoden. 0,1% bis 0,2% entwickeln eine Wochenbettpsychose. Eine depressive Stimmung mindert die Fähigkeit der Mutter auf die Bedürfnisse des Kindes adäquat einzugehen. Kommen weitere Belastungsfaktoren hinzu, kann eine riskante Lebenssituation entstehen. Es ist wichtig, dass die betroffenen Frauen frühzeitig adäquate Hilfe erhalten, um einer Verfestigung vorzubeugen und ggf. weiter gehende Hilfen einzuleiten (medikamentöse Behandlung, Klinikaufenthalt). Die Praxis zeigt, dass in leichten bis mittelschweren Fällen ein Konzept, das psychosoziale Beratung, Gruppen und Angebote der Familienbildung integriert, die Zielgruppe erreicht und gut akzeptiert wird. Jedoch reichen die personellen Kapazitäten für die hilfeschuchenden Frauen häufig nicht aus, so dass längere Wartezeiten auf Beratungstermine entstehen können. Für die Prävention und Früherkennung riskanter Lebenssituationen in der frühen Familienphase müssen mehr Ressourcen für Beratungsarbeit bereitgestellt werden, damit Netzwerke von Hebammen und Beratungsstellen im Sinne Früher Hilfen effektiver arbeiten können.

- 2.2. Die Rezeptpflicht für die „Pille danach“ ist eine unnötige Barriere für Frauen. In 20 europäischen Ländern ist die „Pille danach“ auf Gestagenbasis schon seit Jahren, inzwischen sogar seit Februar 2011 in Irland, ohne Rezept erhältlich, aber nicht in Deutschland. Dabei hat sich der zuständige Ausschuss des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) schon im Jahr 2004 dafür ausgesprochen, die „Pille danach“ auf der Basis des Hormons Levonorgestrel aus der Rezeptpflicht zu entlassen. Da sich nach den letzten Landes-Wahlen inzwischen die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat verändert haben, könnte die Berliner Landespolitik und die Berliner Bundestagsabgeordneten sich im Sinne der Frauen und zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften nun endlich für die rezeptfreie Vergabe der „Pille danach“ in Deutschland einsetzen und entsprechende Regelungen auf den Weg bringen.
- 2.3. In Berlin leben ca. 200.000 Mädchen und Frauen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen. Doch nach wie vor ist ihre gesundheitliche und gynäkologische Versorgung unzureichend und das Thema weiblicher Sexualität und Behinderung unterliegt nach wie vor einem Tabu. Es gibt nur wenige barrierefrei zugängliche Frauenarztpraxen und oft fehlt es am notwendigen Hilfspersonal oder den entsprechenden Hilfsmitteln. Um diese Situation behinderter Frauen in den Bereichen gynäkologische Untersuchung, Beratung und Information zu verbessern, bedarf es der Sensibilisierung für ihre Anliegen, der Fortbildung und Qualifikation von Fachkräften und der Entwicklung von Qualitätsstandards. Finanzierungskonzepte sowohl für die zeitaufwändige Beratung und Versorgung als auch für die barrierefreie Ausstattung und den personellen Aufwand müssen erstellt und umgehend umgesetzt werden.

3. Themenbereich - Frauen und Sucht

- 3.1. - Süchtige wohnungslose Frauen sind in den gemischten Notunterkünften unterrepräsentiert, da diese den Bedarfen der Frauen nicht gerecht werden. Wohnungslose, süchtige Frauen sind ungeschützt und daher verstärkt Gewalt im öffentlichen Raum ausgesetzt. Die Unterbringung in gemischtgeschlechtlichen, fast ausschließlich männlich dominierten Notunterkünften bietet keinen Schutz, sondern reproduziert strukturelle oder auch personalisierte Gewaltverhältnisse. Wichtig sind solche Einrichtungen in ausreichender Anzahl für die Frauen als Überlebenshilfe, Erst- und Notversorgung. Darüber hinaus bieten sie ihnen Fachberatung und Vermittlung in weiterführende Hilfemaßnahmen.
- Wohnen in verschiedenen Wohnformen wie vollversorgte Wohngruppen, Selbstversorgung, tagesstrukturierende Maßnahmen ... mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation / nachtherapeutische Eingliederung, auch wenn Therapie nur bedingt erfolgreich war
- 3.2. Erhalt eines geförderten Arbeitsmarktes für Beschäftigung und beruflichen (Wieder-)Einstieg clean bzw. abstinent lebender Frauen in Arbeit. Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten für diese Zielgruppe. Entwicklung spezieller Förderinstrumente für die Zielgruppe
- 3.3. muttersprachliches Angebot muss vorgehalten werden, Abschlüsse von Berufsgruppen müssen schneller anerkannt werden, kultursensible und kulturgerechte Beratung und Behandlung möglich sein
- 3.4. Bei vorliegender Wohnungslosigkeit suchtmittelabhängiger- oder gefährdeter Frauen kann ein Antrag nach § 67 gestellt werden. Die Bearbeitung ist jedoch von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich: Einige Bezirke verweisen grundsätzlich an den zuständigen SpD (Sozialpsychiatrischen Dienst) mit der Bitte der Prüfung, ob § 67 greift oder eine Unterbringung nach § 53 notwendig ist. Sollte eine Unterbringung nach § 53 befürwortet werden, muss die Klientin zunächst zur medizinischen Begutachtung bei dem zuständigen SpD und dann wird der Fall in die Steuerungsrunde des Bezirks eingebracht. In der Steuerungsrunde wird entschieden, in welche Einrichtung die Klientin zugewiesen wird. (= sehr hochschwellig für Klientinnen und vor allem langwierig). In einigen Bezirken entscheiden die sozialen Wohnhilfen „selbständig“, ohne Hinzuziehung des SpD's. Es steht zu vermuten, dass die Entscheidungen, ob nach § 67 oder nach § 53 untergebracht wird, auch einen finanziellen Hintergrund haben (unterschiedliche Töpfe, aus denen bezahlt wird).

4. Themenbereich - Migration und Frauengesundheit

- 4.1. Wir fordern die ExpertInnen der Berliner Gesundheitspolitik auf, sich u. a. bei den Krankenkassen, der KV Berlin und Einrichtungen des ÖGD (z.B. SPDs) dafür einzusetzen, dass in Berlin dem Bedarf entsprechende kultursensible muttersprachliche Psychotherapie und psychologische Beratung für Migrantinnen bereitgestellt werden. Dies ist bereits in Stellungnahmen der BERLINER INITIATIVE, der Berliner Psychotherapeutenkammer und der DG für Verhaltenstherapie gefordert. Es ist an der Zeit, hierzu konkrete Maßnahmen einzuleiten, wie z. B. lokale Sonderbedarfszulassungen durch die KV, die Ausweitung der Kostenerstattung durch Krankenkassen und verbesserte Finanzierung von niedrigschwelligen Angeboten in bestehender Struktur durch den Berliner Senat.
- 4.2. Die aktuelle Diskussion um einen steigenden Fachkräftemangel und demografischen Wandel in Deutschland verdeutlicht, wie dringend erforderlich die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen ist. Die Sonderauswertung des Mikrozensus 2008 hinsichtlich des hiesigen Migrationsanteils bestärkt, dass das Potenzial der Zuwanderer auf ca. 285.000 Personen geschätzt wird, die gegebenenfalls ein Anerkennungsverfahren anstreben werden. Dafür bedarf es vereinfachter und beschleunigter Verfahren, eindeutige Richtlinien mit klaren Zuständigkeiten. Zugleich können Defizite im gesundheitlichen Versorgungssystem durch die Nutzung von fachlichen, interkulturellen, sprachlichen Kompetenzen von Migrantinnen verringert werden.
- 4.3. Im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz wurde 2007 die Einführung einer migrationssensiblen Datenerhebung und Berichterstattung in den Fachbereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Soziologie der Charité Berlin in Aussicht gestellt. Dieses Vorhaben ist bis jetzt nicht umgesetzt und sollte weiterentwickelt werden.
- 4.4. Finanzierungsmöglichkeiten der Honorare der Gemeindedolmetscher/innen sind zu prüfen mit Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen, Integriertem Gesundheitsprogramm (IGP) und Senats- und Bezirksverwaltungen zur Sicherung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen. Die Weiterqualifizierung der Gemeindedolmetscher/innen im Rahmen der Berufsbildungsentwicklung in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule dient deren langfristiger Existenzsicherung bzw. Integrationsmöglichkeit in den 1. Arbeitsmarkt.
- 4.5. Entgegen der Erwartungen noch vor zwei Jahren konnte in dieser Legislaturperiode das Konzept des Anonymen Krankenscheins nicht umgesetzt werden. Auch wenn in Berlin seitdem einige Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus eingeleitet worden sind, reicht die bestehende Struktur und Finanzierung für die notwendige kultursensible Behandlung und Diagnostik von betroffenen Migrantinnen nicht aus, Beispiel: Schwangerenvorsorge und Geburt).
- 4.6. Nach wie vor finden sich im öffentlichen Gesundheitswesen zu wenig Migrantinnen als Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen. Für ein integratives Gesundheitssystem ist es unabdingbar, dass sich die Vielfalt der Berliner Bevölkerung in seinen Angeboten wieder spiegelt. Vor allem wenn wir den WHO-Begriff von Gesundheit zugrunde legen und nicht nur Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definieren. Es bedarf einer dringenden Aufwertung dieser Berufsfelder in der Gesundheits- und Altenpflege und einer besseren Vergütung, um dass u.a. auch Migrantinnen für diesen Sektor gewonnen werden können.

5. Themenbereich - Frauen mit Behinderungen /Chronischen Erkrankungen

- 5.1. Um das Befinden und damit die Leistungsfähigkeit im Alltag zu verbessern, soll es mehr Aufmerksamkeit für nicht-invasive Therapiemethoden im chronischen Bereich geben. Dazu gehört ein höherer Stellenwert für regelmäßige Physikalische Therapie. Für Assistenzbedarfe beim An- und Auskleiden bedarf es einer praktikablen Lösung. Die Entscheidung, ob und welche Heil- und Hilfsmittel gewährt werden sowie über notwendige Alltagshilfen, sollte unabhängig von einer Erwerbstätigkeit erfolgen. Die Ziele Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Erhalt und Verbesserung eigener Funktionen und das Hinausschieben von Assistenzbedarfen sind dem Ziel, die Arbeitskraft zu erhalten, gleichzustellen. Hier sehen wir den Gesetzgeber in der Pflicht. Es bedarf eines individuellen Präventionsbudgets für Maßnahmen der Tertiärprävention für Schwerbehinderte, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht an allgemeinen Präventionsangeboten teilnehmen können.
- 5.2. Bauliche und kommunikative Barrieren sind abzubauen und die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgungseinrichtungen sollte veröffentlicht werden. Ebenfalls sollten höhenverstellbare/flexible Untersuchungsmöbel bereitgehalten werden (Untersuchungsliegen, Gynäkologische Stühle, Zahnarztstühle) Bei der Notwendigkeit des Umsetzens aus dem Rollstuhl in einen Behandlungsstuhl, (z.B. bei Augen- oder HNO-Ärzten) müssen die Armlehnen wegklappbar sein oder eine ausreichende Bewegungsfläche für einen Rollstuhl (Behandlung ohne Umsetzen) vorhanden sein. Die Röntgenapparaturen beim Mammographie-Screening müssen auch für Frauen, die nicht allein frei stehen können, nutzbar sein.
- 5.3. Die Auszubildenden sollen lernen können, in allen Tätigkeitsfeldern geschlechtsspezifische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Die Besonderheiten verschiedener chronischer Erkrankungen und Behinderungen einschließlich sogenannter geistiger Behinderungen und psychischer Behinderungen kennen lernen. Sie sollen befähigt werden, die Symptome von Gewalt und Missbrauch zu erkennen und lernen, wie sie sich angesichts von Gewaltsituationen verhalten und wie sie die Betroffenen am effektivsten schützen können.
- 5.4. Neue Wege in der Armutsbekämpfung: Das Bemühen selbständig, aktiv, selbstbestimmt und auch gesund zu leben, ist anzuerkennen

6. Themenbereich - Brustkrebs

- 6.1. Mammographie-Screening in Berlin ist durch politische Akteure ins Rollen gebracht worden, doch die Begleitung von an Brustkrebs erkrankten Frauen durch spezialisierte Breast Care Nurses, so wie sie europäische Anforderungen an Brustzentren vorgeben, ist während Diagnosestellung und Behandlung bisher nicht berlinweit abgesichert und auf den Weg gebracht worden. Parteien müssen sich einsetzen für einen einheitlichen Ausbildungsgang für Breast Care Nurses (z.B. entsprechender Bachelor-Studiengang in Berlin) und die Förderung und Sicherstellung von Rahmenbedingungen für den gleichwertigen Anspruch von erkrankten Frauen auf derartige spezialisierte Betreuung in allen Berliner Brustzentren.
- 6.2. Umwelteinflüsse, die die Entstehung von Brustkrebs und vielen anderen Erkrankungen beeinflussen können, gehen beispielsweise von Chemikalien und Pestiziden in Haus und Garten aus. Kinderspielzeug und Haushaltsmaterialien sind häufig belastet mit schädlichen Weichmachern. Unnötige Medikalisierung, z.B. mit Hormontabletten, gefährdet Frauengesundheit zusätzlich. Kunststoffe bei der Verpackung von Nahrungsmitteln sind Quellen schädigender Umwelthormone, die nicht selbstverständlich akzeptiert werden müssen. Die Kontamination mit Tabakrauch ist eine weitere vermeidbare Gefährdung, die es fortgesetzt konsequent abzubauen gilt. Medizinische Strahlung wird über das notwendige Maß hinaus zum Einsatz gebracht. Dies sind Beispiele, die aufzeigen sollen, dass es vielfältige Ansatzmöglichkeiten für gesündere Lebenswelten für Frauen in Berlin gibt. Wirtschaftliche Interessen stehen einer Beseitigung von Gefährdungen oftmals in doppelter Weise entgegen:
Einerseits liegt der Absatz gefährdender Produkte - nicht aber eine etwaige Rücknahme - im Interesse der jeweiligen Hersteller. Andererseits bestehen keine wirtschaftlichen Interessen,

Gefährdungen im Interesse von Frauengesundheit abzubauen. Gesundheitsschutz ist Frauenrecht/Menschenrecht. Politik ist gefordert, ihrer Aufgabe beispielweise mit einem besonderen Aktionsplan Vermeidung (*Primärprävention*) gerecht zu werden und den politischen Rahmen im Interesse der Gesundheit von Frauen wirksam und sicher zu gestalten.

- 6.3. Die Berliner Parteien sollen darauf hinwirken, dass bundesweit die vollständige Registrierung aller klinischen Studien im von der WHO anerkannten Deutschen Register Klinischer Studien erfolgt, weil Forschung am Menschen unabdingbar diese Transparenz braucht. Berlin als Hauptstadt kann Vorreiterregion für eine transparentere Forschungslandschaft werden, beispielsweise wenn der Berliner Senat PatientInnen empfiehlt, sich nur an registrierten Studien zu beteiligen. Was wollen die Parteien in Berlin unternehmen, um die notwendige Transparenz in der Berliner Forschungslandschaft sicherzustellen?
- 6.4. Die Etablierung einer berlinweit einheitlichen Qualitätssicherung und Dokumentation in einem zentralen klinischen Krebsregister ist bisher nicht sichergestellt. Die Umsetzung verzögert sich, der schwarze Peter um die Vergütung und Finanzierung der notwendigen Maßnahmen - sowohl lokal an den Einrichtungen wie am Dachverband - wird zurzeit hin und her geschoben. Die Politik ist gefordert, diesen Faden mit den Beteiligten (Behandlungseinrichtungen, ges. und private Kassen, Tumorzentrum Berlin) aufzunehmen und einen gemeinsamen Lösungsweg zu entwickeln, damit die Hindernisse bei diesem lange bekannte Defizit so schnell wie möglich beseitigt werden können.