

Veranstaltungsreihe des Netzwerk Frauengesundheit Berlin „Berlin – Gesunde Stadt für Frauen“

Fachinformationen zur

Gesundheit von Frauen und Mädchen mit Behinderung aus salutogenetischer Sicht

1. Gesundheitsaspekte aus der Erfahrung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen – Tertiärprävention als Aufgabe für Medizin und Gesellschaft

In der **Gesundheitspolitik** vollzieht sich ein Umdenken, da steigende Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) neue Wege erfordern. Der **Präventionsgedanke** gewinnt an Bedeutung und zentral wird die salutogenetische Sichtweise, die Gesundheit als Prozess begreift. Im Mittelpunkt der Salutogenese steht die Frage, was macht Menschen gesund und welche Ressourcen haben die Menschen für ihre Gesundheit.

Dieses Umdenken deckt sich mit dem **Paradigmenwechsel** in der Behindertenpolitik: weg vom Fürsorgedenken hin zu aktiver Selbstbestimmung über die eigene Lebensgestaltung. Selbstbestimmung, Teilhabe, Chancen und Gleichstellung sind die Leitgedanken eines selbstbestimmten Umgangs mit Beeinträchtigungen. Diese Ziele im Sinne des Gender-Mainstreaming in den verschiedenen Lebensbereichen von Frauen und Mädchen mit Behinderungen zu verankern, daran arbeitet das Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.

Gesundheitspolitisch wird mittlerweile die Tatsache anerkannt, dass Frauen nicht nur anders krank sind, sondern auch spezifische Bedürfnisse haben, um wieder gesund zu werden. Frauen haben z.B. ein ausgeprägteres Vorsorgedenken und das Bedürfnis, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun.¹ In der medizinischen Praxis besteht jedoch dringender Handlungsbedarf, eine **geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung** auch umzusetzen.

Wir Frauen vom Netzwerk stellen eine **Unterversorgung** bei chronischen Behinderungen fest. Frauen mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung haben im Vergleich zu Frauen ohne Behinderung mehr und häufiger gesundheitliche Probleme², außerdem haben sie noch einen mehr oder weniger langen Lebensabschnitt vor sich und somit ein elementares Interesse, etwas für den Erhalt ihrer gesundheitlichen Funktionen und damit ihrer Selbständigkeit im Alltag zu tun.

Um die Folgen von chronischen Erkrankungen/ Behinderungen abzumildern oder zu vermeiden, müssen wir zunehmend Maßnahmen zur Tertiärprävention auf dem „Gesundheitsmarkt“ kaufen: Yoga- und Feldenkrais-Kurse, Pulsierende Signaltherapie, Kieser-Training, Psychotherapiestunden bei Bedarf, Osteopathie, Homöopathie, Behandlung mit Enzymen etc. Das Spektrum reicht bis zu einer hohen Selbstbeteiligung für eine weitere Therapiewoche in einer Klinik mit exzellenter Krankengymnastik und Ergotherapie.

Dies können sich nur wenige chronisch kranke/ behinderte Frauen finanziell leisten! Im Rahmen von Bonusprogrammen bieten Krankenkassen zwar auch Präventionsmaßnahmen an; diese sind aber i. d. R. für schwerbehinderte Frauen nicht nutzbar.

Im Ergebnis der letzten Gesundheitsreformen sind viele Vorsorgeuntersuchungen zur Prävention frauenspezifischer Erkrankungen sowie wichtige medizinische Bedarfe nicht mehr im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten. Sie müssen privat bezahlt werden oder sie entfallen. So wird z.B. die Erneuerung einer Brille hinausgeschoben, jedoch erhöht schlechtes Sehen die Sturzgefahr! Dies trifft besonders hart Mädchen und Frauen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung, z.B. mit einer Gehbehinderung.

¹ Siehe „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, BMFSFJ (Hg.), 2004

² LIVE Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung des BMFSFJ (Hg.), 1999

Frauen und Mädchen mit Behinderungen haben besondere Bedürfnisse als Kundinnen medizinischer Leistungserbringer:

- Patientinnen mit einer Behinderung bringen zu einer Behandlung andere Voraussetzungen mit, z. B. Funktionseinschränkungen, weitere zur Grunderkrankung hinzukommende Krankheitsbilder (Komorbidität) sowie Assistenzbedarf.
- Eine ärztliche Behandlung kann zeitaufwändiger sein.
- Patientinnen mit Sinnes- oder kognitiven Beeinträchtigungen beklagen Verständigungsprobleme. Durch die Anwesenheit einer Begleitperson gibt es die Neigung von ärztlicher Seite mit der Begleitperson zu sprechen, da dies schneller geht. Außerdem ist das Informationsmaterial in den Arztpraxen für eine Vielzahl von Frauen mit Behinderung nicht lesbar (zu kompliziert formuliert, keine digitale Verfügbarkeit für blinde Frauen).³
- Die medizinische Behandlung von Behinderung/ chronischer Erkrankung ist langfristig und betrifft den Menschen in seiner Gesamtheit. Notwendig ist daher eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachrichtungen, die Rücksprache mit Therapeuten sowie das Feedback der PatientInnen. Noch immer werden wertvolle Erfahrungen der Selbsthilfegruppen eher selten in das Behandlungskonzept einbezogen.
- Es wird nicht systematisch sichtbar gemacht, ob Gesundheitsdienstleistungsangebote für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen barrierefrei zugänglich sind. Selten ist erkennbar, welche Arzt-, Zahnarzt- und Therapiepraxen geeignete Toiletten, Umkleidekabinen, Behandlungsstühle, Platz für Bewegungsfreiheit oder einen höhenverstellbaren gynäkologischen Stuhl haben.
Ein barrierefreier Zugang von therapeutischen Praxen ermöglicht erst, dass die im Leistungskatalog der GKV aufgeführten Therapiemaßnahmen von betroffenen Frauen auch wahrgenommen werden können.
- Im Krankenhaus werden die speziellen Bedürfnisse von Frauen und Mädchen mit Behinderungen an die Pflege nicht ausreichend berücksichtigt. Nicht wenige assistenzbedürftige Frauen fürchten eine stationäre Behandlung wegen mangelnder Pflege.
- Frauen können in stationären Einrichtungen nur selten wählen, ob sie von einer Frau oder einem Mann gepflegt werden wollen.
- In der Rehabilitation sowie im ambulanten Bereich besteht die Nachfrage nach guten und günstigen therapeutischen Angeboten, ausgeführt von Fachkräften und nicht durch angeleitetes Personal.
- In der ambulanten Physiotherapie fehlt das Angebot der Unterstützung beim An- und Auskleiden – oft wird aus diesem Grund auf ein wichtiges Bewegungstraining verzichtet.
- In der Langzeitgesundheitsversorgung gewinnt die Alltagsbewältigung mit den verbliebenen Funktionseinschränkungen entscheidende Bedeutung für die gesundheitliche Balance. Im Laufe der Jahre erwerben Patientinnen eigenes Wissen über ihre Behinderung und werden zunehmend zu Expertinnen in eigener Sache. Auf einen Paradigmenwechsel hin zu einer kooperativen Arzt/Ärztin – Patientin – Beziehung mit dem Ziel die Gesundheitspotentiale der Patientinnen zu stärken, sind Ärzte und Ärztinnen noch zu wenig eingestellt.
- Im Einzelfall sollten Maßnahmen finanzierbar sein, die den Alltag erleichtern bzw. das Befinden deutlich bessern, wie z.B. die Anfertigung eines Wickeltisches für eine Mutter mit Kleinwuchs oder auch die Ausstattung eines häuslichen Küchenarbeitsplatzes.
- Erstattungsfähig durch die Krankenkassen sind medizinisch-therapeutische Maßnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich in evidenzbasierten Studien nachgewiesen ist. Bei seltenen Erkrankungen, Komplexerkrankungen oder Mehrfachbehinderungen fehlen einfach die Doppelblind- und Langzeitstudien, retrospektive Forschung wird kaum durchgeführt. Hat sich unter medizinischer Beobachtung eine Behandlungsmaßnahme als erfolgreich herausgestellt, sollte sie erstattet werden, auch wenn der wissenschaftliche Nachweis noch aussteht. Prof. Niebling aus Freiburg hat auf dem Forschungskongress von „Bündnis 90 / Die GRÜNEN“ im März 2007 in Berlin ausdrücklich bestätigt, dass der individuelle Erfolg einer Therapie auch Evidenz ist.
- Präventionsmaßnahmen können nur individuell ansetzen. Im Mittelpunkt steht hier die **Tertiärprävention**. Sie hat zum Ziel, vor Verschlimmerung und Folgekrankheiten zu schützen, den Zeitpunkt und Umfang von Assistenzbedarf hinauszuschieben. Dieser Bereich muss für behinderte Frauen (und Männer) erschlossen werden. Vielleicht könnte es hier ein individuelles Präventionsbudget geben für therapeutische Maßnahmen, die nicht im Katalog der GKV stehen.

Das Leben mit **Behinderung ist teuer**. Auch wenn die Zuzahlung zu den Leistungen der GKV für PatientInnen mit chronischer Erkrankung auf ein Prozent des Jahreseinkommens beschränkt ist, bleiben wesentliche Bedarfe davon unberührt, wie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Brillen, Eigenanteil an hochwertigen Hörgeräten,

³ Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung, Herausgeberin: Hessisches Netzwerk behinderter Frauen, 2007

Zahnersatz sowie Therapiemethoden, die nicht von der GKV anerkannt sind. Eine medizinische Fußpflege - wichtig bei Fußdeformitäten - darf lediglich beim diabetischen Fuß verordnet werden.

Die LIVE-Studie (1999) stellte schon vor der Gesundheitsreform fest: bei der Hälfte der Frauen fallen Mehrkosten an, die durch die Behinderung bedingt sind: durchschnittlich 300 DM pro Monat. 87 % der Frauen zahlen diese ausschließlich privat.⁴ Behinderten Frauen fehlen oft die finanziellen Mittel, sich die Therapie zu kaufen, die hilfreich für sie ist. „Während 20 Prozent der behinderten Männer erwerbstätig sind, sind es bei behinderten Frauen nur 13 Prozent. Zwei Drittel von ihnen haben kein Existenz sicherndes Einkommen. Das gilt nur für ein Drittel der behinderten Männer.“⁵ Der Zusammenhang von Armut und schlechtem Gesundheitszustand ist wissenschaftlich erwiesen: daher ist Armutsbekämpfung Gesundheitsprävention!

Die **Erwerbstätigkeit** hat auch Auswirkungen auf den **Zugang zu notwendigen Mobilitäts- und Alltagshilfen**. Nachteilsausgleiche, wie z. B. Zuschüsse zum Kauf und zum behindertengerechten Umbau eines Kraftfahrzeugs oder für die behinderungsgerechte Ausstattung und Anpassung der Wohnung werden nur als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt. Auch bei der Versorgung mit qualitätsgerechten und behinderungsadäquaten Heil- und Hilfsmitteln oder bei der Gewährung von Kuren spielt die Erwerbstätigkeit eine erhebliche Rolle, mit der Begründung, dass sie dem Erhalt der Arbeitskraft oder der Sicherung des Arbeitsplatzes dienen sollen. Aber selbst dieses Argument bröckelt, wie das Beispiel einer erwerbstätigen Mitfrau des Netzwerks behinderter Frauen zeigt. Halbseitig gelähmt wurde sie jahrelang mit orthopädischen Schuhen versorgt. Seit mehr als einem Jahr weigert sich die Krankenkasse, die ärztliche Verordnung anzuerkennen, macht den Vorschlag, auf eine Schiene auszuweichen und nicht wetterfeste Filzschuhe zu tragen. Für diese Frau geht es um den Erhalt ihrer Gehfähigkeit! Regelmäßiges, beschwerdefreies und unverkrampftes Gehen ist wichtig, um auf einen Elektrorollstuhl noch lange verzichten zu können.

Aufgrund der Ausführungen sowie aus der Beratungspraxis des Netzwerks behinderter Frauen leiten sich die folgenden **Forderungen an die Gesundheitspolitik** ab:

- Im medizinischen Alltag sollen die besonderen Bedarfe behinderter Frauen und Mädchen bekannter und damit besser berücksichtigt werden. Dies kann nur im Zusammenwirken verschiedener Beteiligten geschehen. Um das Thema zunächst in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken, halten wir als Auftakt eine Tagung unter Federführung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen und unter Einbeziehung von GesundheitspolitikerInnen, AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen, wie der Berliner Ärztekammer, sowie von Interessenvertretungen behinderter Frauen für erforderlich.
Darüber hinaus geben wir den Auftrag an die Politik, das Thema einer geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Bedarfe behinderter Frauen mit den unterschiedlichen Partnern anzugehen und ggf. in der Landesgesetzgebung zu berücksichtigen.
Aber auch die Interessenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen sind aufgefordert, sich für ein geschlechterspezifisches und behinderungsadäquates Herangehen in der Gesundheitspolitik einzusetzen und in ihrer Öffentlichkeitsarbeit frauenspezifische Problemlagen in der Gesundheitsversorgung zu thematisieren.
- Eine Anpassung der GKV-Rahmenbedingungen für die Situation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist notwendig:
 - 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.
 - Beachtung der Assistenzbedarfe beim An- und Auskleiden. Zwar wird dieser Bedarf in der Pflegeversicherung im Modul „Mobilität: Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ berücksichtigt. Dies reicht in der Lebenswirklichkeit nicht aus.
Da die Inanspruchnahme gerade von nicht-invasiven und nicht medikamentösen Therapiemaßnahmen erst durch entsprechende Unterstützung möglich ist, sprechen wir gezielt die GKV an, hier praktikable Lösungen zu suchen und anzubieten.
 - Es ist zu wünschen, dass die Krankenkassen als Kostenträger für Arztfahrten in den Verträgen mit privaten Anbietern vereinbaren, dass die Fahrer des Sonderfahrdienstes ein geschlechtersensibles Training absolvieren.

⁴ LIVE Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung des BMFSFJ, 1999

⁵ Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin, Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz zu Berlin, Berlin 2002, S.88

- Die Entscheidung, ob und welche Heil- und Hilfsmittel gewährt werden, sollte unabhängig von einer Erwerbstätigkeit erfolgen. Hier werden Basisfähigkeiten unterstützt, wie ein Leben ohne bzw. mit erträglichen Schmerzen, das Gehen, Beweglichkeit und Alltagsfunktionen, gutes Sehen, Sprechen und Hören, die Fähigkeit zu kommunizieren oder die Mobilität mit einem Rollstuhl, mit dem Frau bzw. Mann auch gut zurechtkommt.

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.

- Die Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes der medizinischen Behandlung für eine individuell ansetzende, ganzheitliche und ressourcenorientierte Herangehensweise bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist zu verbessern, z.B. im Punktesystem zur Vergütung der Ärzte.
- Es bedarf eines individuellen Präventionsbudgets für Maßnahmen der Tertiärprävention für Schwerbehinderte, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung an allgemeinen Präventionsangeboten nicht teilnehmen können. Wir denken an ein jährliches, nicht kumulierendes Budget für Schwerbehinderte, das für nicht erstattungsfähige Verordnungen auf Privatrezept abgerufen werden kann.

Wir bitten den Senat von Berlin dringend in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V. mit der GKV und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin über die Budgets zu verhandeln, dass die Bedarfe behinderter Mädchen und Frauen von der Krankenversicherung anerkannt und auch erstattet werden.

- Bauliche und kommunikative Barrieren sind abzubauen und die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgungseinrichtungen sollte veröffentlicht werden (s. Themenblock 2).
- Die besondere Situation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen sollte in die Ausbildung der Pflegekräfte und Medizinstudierenden integriert werden (s. Themenblock 3 und 4).

Behinderung wirkt in alle Lebensbereiche hinein. Nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der ICF wird **Behinderung** gesehen als Wechselwirkung zwischen körperlicher Funktionsfähigkeit – Aktivität – Partizipation. Eine Behinderung ist demnach das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung einer Person mit Gesundheitsproblemen und ihren Kontextfaktoren.⁶

Dazu einige Beispiele:

- **Stellen Sie sich vor**, Sie müssen Ihren täglichen **Arbeitsweg im Rollstuhl** zurücklegen. Falls Ihnen dies gelingt, dann bekommt die lapidare Tatsache, dass in Berlin nur 67 von 170 U-Bahnhöfen mit Aufzügen oder stationären Rampen ausgestattet sind, eine fühlbare Bedeutung.⁷
- **Stellen Sie sich vor**, Sie haben **Pflege-/Assistenzbedarf** für 2 mal täglich, insgesamt 90 Minuten am Tag, 30 Tage im Monat und möchten Ihre Pflege/Assistenz selbstbestimmt organisieren. Dann müssen Sie sich auf die Suche machen nach einer verlässlichen und vertrauenswürdigen Pflegeperson. Die Pflegekasse zahlt Ihnen für Ihre selbst organisierte Pflege 205 Euro Geldleistung (dagegen stehen 384 Euro bereit für professionelle Pflegeeinsätze).
- **Stellen Sie sich vor**, Sie sind eine gehörlose Mutter und benötigen nicht nur für Ihre eigenen Arzt- und Therapiebesuche, sondern auch für die Ihrer Kinder eine Gebärdensprachdolmetscherin. Es gibt zwar ein Recht auf die Inanspruchnahme von **GebärdendolmetscherInnen** bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen gemäß SGB IX; dies ist jedoch nicht immer gewährleistet. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse muss in der Praxis oft durchgefochten werden.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen haben Ursachen. So nennt jede zweite behinderte Frau in der LIVE-Studie⁸ Erschöpfung, Müdigkeit, Schmerzen und Schlafstörungen als Hauptsymptome, die sie häufig beeinträchtigen.

⁶ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005; Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen

⁷ Angelika Staub: Mit dem Rollstuhl durch Berlin, Kinderkrankenschwester 26.Jg., Heft 4/2007

⁸ LIVE Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung des BMFSFJ, 1999

Begrenzt wird eine aktive Lebensgestaltung durch die Tatsache, dass jeder Leistungsanspruch sich aus Bedürftigkeit ergibt. Unterstützt wird bei Verlust von Funktionen, von Selbständigkeit, von Arbeitsfähigkeit.

Das **Aufwerten eingeschränkter Fähigkeiten mit dem Ziel, diese lang zu erhalten**, ist weniger im Blickfeld.

- So gibt es keine finanzielle Kompensation, wenn aus gesundheitlichen Gründen nur in Teilzeit gearbeitet werden kann und damit kein Existenz sicherndes Einkommen erzielt wird. Überlastung ist eine Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Persönliche Assistenz wird auf Basis der Einkommensgrenzen der Sozialhilfe gewährt. Sind behinderte Frauen und Männer mit Assistenzbedarf berufstätig, lässt ein persönliches Budget lediglich den finanziellen Spielraum auf Sozialhilfeniveau.
- Jede Leistungsberechtigung wird regelmäßig kontrolliert. Abgesehen von strengen Hinzuverdienstgrenzen, wird z.B. die EU-Rentnerin, die ihr Einkommen monatlich um 100 Euro aufbessern kann, alle 2 Jahre mit einer Gutachtenforderung der Rentenkasse konfrontiert.
- Schwerbehinderte Hartz IV-Empfängerinnen werden zur gemeinsamen Lebensgestaltung eher selten einen Partner oder eine Partnerin finden, die neben Assistenzhandgriffen, auch in Sachen Lebensunterhalt einspringen müsste.

Behindertsein bedeutet eine lange Lebenszeitspanne mit Abhängigkeit von Strukturen, die in private Lebenszusammenhänge eingreifen. **Behinderte Frauen und Männer und ihr privates Umfeld könnten stärker in ihrer Initiative unterstützt werden, aus sich und ihrem Leben mit Behinderung mehr zu machen.** Aktivität und Partizipation gehören zu den gesund machenden Faktoren, ganz im Sinne der Salutogenese.

Wie beschrieben, gibt es **strukturelle Barrieren**, die eine optimale Gesundheitsversorgung und auch die gesellschaftliche Teilhabe erschweren. Deutschland will der Forderung von Behindertenverbänden nach einem Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen aus Haushaltsgründen nicht entsprechen. Doch warum können die Hinzuverdienstgrenzen im SGB II, SGB VI und im SGB XII für Menschen mit lebenslanger Schwerbehinderung nicht entfallen?

Kosten würde ihre Abschaffung nichts. Die Rentenkassen werden zwar nichts sparen, hätten jedoch keinen erhöhten Aufwand durch regelmäßige Prüfung. Die betroffenen Frauen könnten eine Hinzuverdienstmöglichkeit, die sich ergibt, ohne Existenzangst und nach ihrer Belastbarkeit nutzen und dieses Geld u.a. für ihre Gesundheit und für ihre Lebensqualität investieren. Weiterer Vorteil: sie wären besser integriert!

Eine derartige Entscheidung entspricht übrigens den positiven Erfahrungen, dass viele behinderte Menschen mit einer Entschädigung oder Berentung, die einen qualifikationsentsprechenden Hinzuverdienst zulassen, gut beruflich integriert sind. Selbstbestimmung birgt das Potential zu gesunder Lebensweise.

Der breit gespannte Bogen aus der Lebenswirklichkeit behinderter Frauen wird anregen, den Paradigmenwechsel weg von der Fürsorge, hin zu aktiver Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen weiter voranzubringen. **Das Thema „Geschlecht und Behinderung“ (Gender-Disability-Mainstreaming)** ist eine Aufgabe sowohl für die Gesundheitspolitik als auch für alle anderen Politikfelder. Wie diese im Einzelfall gelingt, hat unmittelbar Auswirkungen auf die Gesundheit der behinderten Frau bzw. des Mädchens mit einer lebenslangen Beeinträchtigung.

Das **Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.** leistet als Initiative der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung einen wichtigen Beitrag auf dem Feld der Beratung und Aktivierung betroffener Mädchen und Frauen. In der politischen Arbeit zur Verbesserung der Lebenssituation behinderter Frauen und Mädchen ist das Netzwerk in Berlin nicht mehr wegzudenken. Die Frauen engagieren sich in verschiedenen Gremien für Gleichstellung, für Gender-Aspekte in den verschiedenen Politikbereichen und für Gesundheit. Die Wertschätzung, die das Netzwerk u.a. vom Senat erfahren⁹ ¹⁰, muss sich in einer besseren Unterstützung ihrer Arbeit niederschlagen.

Unsere **Forderungen im sozial-gesellschaftlichen Bereich** lassen sich wie folgt konkretisieren:

- Barrierefreies Berlin muss als wichtiges Ziel der Stadtentwicklung und als grundsätzliches Qualitätsmerkmal in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen Standard werden - im Zugang zu Gesundheit, zu Bildung, zum Arbeitsmarkt und zur Kultur.

⁹ Pressemitteilung vom 8.6.2007 der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales

¹⁰ Grußwort anlässlich des 10-jährigen Jubiläums des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e.V. von Senator Harald Wolf am 11.6.2005

- Neue Wege in der Armutsbekämpfung: Das Bemühen selbständig, aktiv, selbstbestimmt und auch gesund zu leben, ist anzuerkennen, z.B. mit einem Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen im Sozial- und Rentenrecht. Das Land Berlin kann hierzu eine Gesetzesinitiative starten.
- Dauerhafte Förderung des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e.V. auf einer breiteren Basis (s. Themenblock 5).

2. Barrierefreiheit § 4a LGBG Berlin (und BGG § 4)

2. 1. Eine Problembeschreibung

Im Artikel 3 Abs. (3) des Grundgesetzes steht: "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden"; und im §76 des SGB V wird die freie Arztwahl garantiert. Soweit die gesetzlichen Grundlagen. Frauen, die jedoch auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen bzw. in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, haben **nicht die Möglichkeit der freien Arztwahl**, sondern müssen sich ihre ÄrztInnen nach der Barrierefreiheit der Praxen aussuchen. Ebenso geht es ihnen bei der Wahl einer Ergo-, Physio- oder Psychotherapiepraxis sowie bei HeilpraktikerInnen.

Wären die Praxen barrierefrei, hätten die Frauen mit Behinderungen ebenfalls eine freie Arztwahl. Hierzu gehört, dass blinden, gehörlosen/ hörbehinderten, psychisch beeinträchtigten Frauen und Frauen mit Lernschwierigkeiten, die für sie notwendige Hilfe zur Verfügung gestellt wird.

Häufig können Frauen Praxen nur mit Treppenhilfe erreichen und sind einer diskriminierenden Beförderungspraxis ausgeliefert (So z. B. Anfassen zwischen den Beinen oder am Brustkorb. Oder der Fahrer legt die Beine der Rollstuhlfahrerin auf seine Schultern, um mit den Händen den Rollstuhl zu tragen etc.). Es wird offenbar, dass die Fahrer des Sonderfahrdienstes nicht geschult sind, wie sie den Rollstuhl und die Patientin zu tragen haben.

Ein weiteres Problem ist die **Versorgung von Frauen mit Behinderung nach häuslicher oder sexualisierter Gewalt**. Ein Zwischenaufenthalt in geschützter Umgebung ist häufig nicht gegeben, da Frauenhäuser und Zufluchtswohnung i. d. R. nicht rollstuhlzugänglich und die Mitarbeiterinnen ungeschult im Umgang mit den verschiedenen Behinderungsarten sind.

So benötigen blinde Frauen ein Leitsystem sowie Informationsmaterialien in einer für sie wahrnehmbaren Form. Für gehörlose/ hörbehinderte Frauen sind ebenfalls geeignete Kommunikationsmöglichkeiten erforderlich. Die Deutsche Gebärdensprache (DGS) ist eine anerkannte Sprache, und es sollten Gebärdensprachdolmetscherinnen zur Verfügung gestellt werden. Eine andere Möglichkeit ist die Schriftmittlung per PC, d.h. das gesprochene Wort wird in den PC getippt und bei Veranstaltungen mittels Beamer an die Wand projiziert.

Frauen mit Assistenzbedarf können einer häuslichen Gewaltsituation nur entfliehen, wenn sie ihre Assistentinnen in die Frauenzufluchtsorte mitbringen können bzw. durch einen Pflegedienst die Assistenz geleistet werden kann. Die gewünschte Anonymität von Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen steht dieser Forderung bislang oft entgegen. Zwar stehen Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Notrufe, Beratungsstellen, Frauenbildungseinrichtungen und Veranstaltungsorte allen Frauen offen, aber tatsächlich stehen der Teilhabe von Behinderten häufig Barrieren entgegen. Dadurch wird die gesellschaftliche Ausgrenzung von Behinderten auch im Hilfesystem der Frauenprojekte reproduziert.

2. 2. Die Forderungen

Wir fordern den Senat von Berlin auf, mit den verantwortlichen Stellen, die folgenden Punkte umzusetzen:

- Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen brauchen freien Zugang zu
 - Arztpraxen, zu heilberuflichen Praxen und zu therapeutischen Praxen sowie
 - zu Frauenhäusern, Zufluchtswohnungen, Frauenberatungsstellen und -projekten.

Dabei ist Barrierefreiheit in einem umfassenden Sinn zu verstehen, s. oben.

Die Bauordnung von Berlin verpflichtet gem. § 51 zum barrierefreien Bauen. Barrierefreiheit wird in § 2 Abs. 12 wie folgt definiert: „Barrierefrei sind bauliche Anlagen, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“ Die „Leitlinien für ein barrierefreies Berlin“ sind konsequent anzuwenden und weiterzuentwickeln.

Beim Neu- und Umbau von Praxen, Frauenhäusern und Beratungsstellen fordern wir die Einhaltung dieser gesetzlichen Regelungen. Dabei sollte die vorhandene Kompetenz, z.B. der Koordinierungsstelle „Barrierefreies Bauen“ bei der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung oder das „Kompetenzzentrum barrierefrei planen und bauen“ an der TU Berlin genutzt werden.

Wo die gesetzlichen Grundlagen nicht greifen, schlagen wir Selbstverpflichtungen von niedergelassenen Arzt- und Therapiepraxen vor. Im Rahmen der Aktion „Berlin – barrierefrei“ können die AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen das Erreichte, das Positive in den Vordergrund stellen und Anreize für noch nicht barrierefreie Anbieter schaffen.

- Erstellen eines Verzeichnisses von barrierefreien Arzt-, Therapie- und heilberuflichen Praxen nach einem einheitlichen Standard, z.B. in Form eines Qualitätssiegels „Berlin barrierefrei“;
- Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz kann sich das Ziel zu eigen machen, den Anteil zugänglicher Praxen in den kommenden Jahren zu erhöhen und in Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden einen entsprechenden Maßnahmenplan erstellen.

3. Pflegeberufe

3.1. Die Ausgangssituation

Die Bedürfnisse chronisch kranker und behinderter Frauen werden sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege vielfach nicht ausreichend berücksichtigt. Laut Pflegestatistik sind die BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen zu fast 80 Prozent weiblich¹¹.

Einige Beispiele sollen die Probleme verdeutlichen:

- **Wahlrecht, die Pflegeperson zu wählen:** Frauen können in stationären Einrichtungen nur selten wählen, ob sie von einer Frau oder einem Mann gepflegt werden wollen. Werden sie gegen ihren Willen auch im Intimbereich von einem Mann gepflegt, verstößt das gegen ihre Menschenwürde. Außerdem kann die Gefahr sexualisierter Übergriffe bestehen. Alte Frauen, die im Krieg eventuell Vergewaltigungen erlebt haben, können durch männliche Pflegekräfte re-traumatisiert werden. Es ist bekannt, dass ihre Reaktionen häufig als psychische Störung oder Demenz fehl gedeutet und fehl therapiert werden und diese Frauen nicht die adäquate Unterstützung erhalten¹².
- **Gewalt in der Pflege:** Dieses Thema ist vor allem durch die Medien einer breiten Öffentlichkeit bewusst geworden. Bekannt sind Vorkommnisse aus dem stationären Bereich. So hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) bei gut 17 Prozent von 4.500 untersuchten Personen einen unzureichenden Pflegezustand festgestellt¹³. Davon sind Frauen in besonderem Maße betroffen, 80 % der HeimbewohnerInnen in Berlin sind weiblich.¹⁴ Über Gewalt in der ambulanten Pflege gibt es bislang keine verlässlichen Daten.
- **Sexualisierte Gewalt:** Behinderte Frauen und Mädchen sind von sexualisierter Gewalt doppelt so häufig betroffen wie nicht behinderte Mädchen und Frauen¹⁵. Vor allem in Heimen kommt es häufig zu Übergriffen. Kommen die Täter aus der Mitarbeiterschaft – und die Frauen sind auf deren Hilfe angewiesen – und wenn der Heimleitung der gute Ruf der Einrichtung wichtiger ist, als der Schutz der BewohnerInnen, so haben die betroffenen Frauen kaum Chancen, der Gewalt zu entkommen! Besonders betroffen sind Frauen mit Lernschwierigkeiten (sogenannte geistige Behinderungen), die in einer stationären Einrichtung leben. Viele von ihnen haben nie gelernt, NEIN zu sagen, eigene Grenzen wahrzunehmen und sich gegen Übergriffe zu wehren.

¹¹ Statistisches Bundesamt: Bericht: Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Bonn 2005

¹² Böhmer, Martina: Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M., 2000

¹³ MDS: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Asmuth Druck + Crossmedia, Köln 2004 (auch als Download unter www.mds-ev.org erhältlich)

¹⁴ Statistisches Landesamt Berlin, 2004

¹⁵ International Disability Foundation: The World Disability Report - Disability '99. Genf, 1998

Die drei Beispiele verweisen darauf, dass in der Ausbildung der Pflegepersonen das Wissen und die Sensibilität zur Wahrnehmung von Missständen bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Existierende Curricula für die Ausbildung in Pflegeberufen gehen höchstens auf die Pflege chronisch kranker Menschen ein, unterscheiden aber nicht nach Frauen und Männern. In der Ausbildung angesprochen werden zwar u. a. psychische Erkrankungen, nicht aber sogenannte geistige Behinderungen.

3. 2. Der Lösungsansatz

Pflegende Frauen und Männer müssen in der Ausbildung und/ oder berufsbegleitend mit den skizzierten Themen konfrontiert werden. So können sie lernen, mit behinderten und chronisch kranken Frauen und Männern mit unterschiedlichen Behinderungen umzugehen und dabei geschlechtsspezifische Gesichtspunkte zu berücksichtigen, Symptome von Gewalt und Missbrauch zu erkennen und ihr Verhalten auf solche Situationen einzustellen.

3. 3. Die Forderungen an den Senat von Berlin

Wir fordern auf:

- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, zuständig für die Krankenpflege, und
- die Senatsverwaltung Integration, Arbeit und Soziales von Berlin, zuständig für die Altenpflege und die Ausbildung von PflegehelferInnen sowie
- die Berliner Ärztekammer, zuständig für die Ausbildung von ArzthelferInnen,

in den **Curricula zur Aus- und Fortbildung von Kranken- und AltenpflegerInnen sowie von Hebammen und ArzthelferInnen** in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V. entsprechende Lehrinhalte zu verankern. So dass die Auszubildenden

- 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.
- befähigt werden, die Symptome von Gewalt und Missbrauch zu erkennen.
- lernen, wie sie sich angesichts von Gewaltsituationen verhalten und wie sie die Betroffenen am effektivsten schützen können.

Außerdem sollte im Rahmen des „Berliner Aktionsplans zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt“ das Thema „häusliche Gewalt“ in den Curricula der Krankenpflege- und Hebammenausbildung verankert werden und dabei die Situation behinderter Mädchen und Frauen beachtet und thematisiert werden. Bei der Auswahl der DozentInnen sollen Expertinnen, die über diese Lebenswelterfahrungen verfügen, vorrangig berücksichtigt werden.

4. Die Ausbildung von Medizinstudierenden im Hinblick auf die spezifische Situation behinderter Menschen

In Berlin werden z.Z. jährlich ca. 600 MedizinstudentInnen an der Medizinischen Fakultät der Charité neu immatrikuliert. Ihre Ausbildung findet in zwei unterschiedlichen Studiengängen statt.

Zum einen **werden 90 %** von ihnen im sogenannten **Regelstudiengang** und **10 % im Reformstudiengang** (den es seit dem Wintersemester 1999/2000 gibt) unterrichtet. Im sogenannten Regelstudiengang werden zwar die Fächer Kommunikation, Ethik, Psychologie und Gesprächsführung angeboten, doch in unzureichendem Umfang. Derzeit ist ein **neuer Modellstudiengang der Charité** in der Erarbeitung, der die Ressourcen beider bisherigen Studiengänge verbinden soll.

In ihrer derzeitigen Ausbildung werden die StudentInnen nur wenig mit der spezifischen Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen konfrontiert. Ihre Kenntnisse basieren zum großen Teil auf ihren persönlichen Erfahrungen. Diese stimmen jedoch nicht immer mit der Vielfalt von Lebensgestaltungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen überein.

Auch sind neuere Entwicklungswege, die von der 'Selbstbestimmt Lebensbewegung' geprägt werden, noch eher unbekannt. Die Rolle von Menschen mit Behinderungen wird häufig mit der tradierten Rolle des Patienten gleichgesetzt.

Im Rahmen des Reformstudienganges gibt es schon jetzt eine semesterbegleitende Lehrveranstaltung, die als „Interaktionsübung“ bezeichnet wird. – Hier haben die StudentInnen z.B. die Möglichkeit, die Arbeit von Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen kennen zu lernen. Die Studierenden des Reformstudienganges erhalten daher schon heute eine gute Ausbildung im Hinblick auf ressourcen- bzw. kompetenzorientierte sowie salutogenetische Sichtweisen. Des Weiteren nimmt in ihrem Studium die patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise einen sehr breiten Raum ein. Damit wird ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung spezifischer Bedürfnisse bei sehr unterschiedlichen PatientInnengruppen und somit auch bei chronisch Kranken und Behinderten gefördert.

Dennoch bleiben spezifische Lebensbereiche - hierzu gehören z.B. der Umgang mit den Themen: Partnerschaft – Sexualität – Schwangerschaft – Geburt und Kindererziehung, vielleicht aber auch schulische und berufliche Bildungsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung eher im Hintergrund. So erleben behinderte Menschen manche Einstellung und Haltung von ÄrztInnen als eher weltfremd und zuweilen als diskriminierend, wenn sie ihnen z.B. in Arztpraxen begegnen.

Expertenwissen von Menschen mit Behinderungen sollte im größeren Umfang und mit größerer Selbstverständlichkeit in den Unterricht von Medizinstudierenden einbezogen werden. Dies könnte als „Kooperation zwischen Ausbildungsinstituten und Selbsthilfeorganisationen bzw. Selbsthilfegruppen“ möglich sein. Damit könnte sich der Blick auf chronisch Kranke und behinderten Menschen in seiner psychosozialen Dimension erweitern.

Schwerpunktmäßig sollten Möglichkeiten der Tertiären Prävention und Rehabilitation wieder mehr in den Vordergrund medizinischen Handelns und der Ausbildung von FachärztInnen rücken:

- Die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sollten gelockert werden.
- Den ambulanten Behandlungsangeboten sollte Vorrang gegeben werden.
- Bei der Anpassung an krankheits- bzw. behinderungsbedingte Einschränkungen könnte dies schon in einem sehr frühen Stadium geschehen. So könnten z.B. Wohnraumanpassungen besonders in Funktionsbereichen (z.B. Küche, Bad) so früh wie möglich installiert werden, damit das Trainingsfeld im natürlichen und persönlichen Lebensraum stattfindet.

Zusammenfassend leiten sich die folgenden **Forderungen** ab:

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz kann sich gemeinsam mit der Humboldt-Universität dafür einsetzen, dass im Rahmen eines **neuen Modellstudienganges für Human- und Zahnmedizin in Berlin** die

Lernziele für die Studierenden diesen zentralen Gesichtspunkten folgen:

- einer salutogenetischen Sichtweise;
- einer kompetenz- und ressourcenorientierten Zugangsweise zu PatientInnen;
- einer patientInnen- bzw. kundInnenorientierten Beziehungsgestaltung;
- einer die Selbstwirksamkeit, Autonomie und Mündigkeit stärkenden Handlungsweise und
- einer behinderten- und geschlechterspezifischen Herangehensweise im Rahmen der Tertiären Prävention und Rehabilitation.

Das Angebot an Praktikumsplätzen für die Studierenden sollte erweitert werden.

Für die Selbsthilfegruppen können Anreize geschaffen werden, mit den Studierenden zusammenzuarbeiten.

Unser Appell richtet sich an die Berliner Ärztekammer, die besonderen Bedarfe behinderter Frauen und Mädchen in der Ärztlichen Fortbildung aufzuwerten und insbesondere die Fachbereiche Allgemeinmedizin, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Pädiatrie und Gynäkologie verstärkt in kommunikativen Fächern aus- und fortzubilden.

5. Behinderte Frauen mitten im Leben – Geschlecht und Behinderung in allen Lebensbereichen berücksichtigen (Gender-Disability-Mainstreaming)

So lautet der Titel eines neuen, geplanten Projektes vom Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.

5.1. Bedarfsanalyse

In Berlin sind **behinderte Frauen** gegenüber Männern und gegenüber nicht-behinderten Frauen in ihrer selbstbestimmten Lebensgestaltung **benachteiligt**.

Folgende Berliner Dokumentationen belegen dies eindrücklich:

- „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Berlin“, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Dezember 2002
- „Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin“, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Mai 2006
- „Scheinbar nirgendwo und doch überall – sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderungen“, Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, November 2006

Es wird **Handlungsbedarf** in vielen Bereichen festgestellt, z. B. der Ausbau von Hilfen für Frauen mit (sexualisierten) Gewalterfahrungen, die Zugänglichkeit von Frauenprojekten und -beratungsstellen sowie die Berücksichtigung der Situation behinderter Frauen in der Gesundheitsversorgung. In der allgemeinen Behindertenarbeit und in der frauenpolitischen Arbeit in Berlin gibt es eine große und ausdifferenzierte Anzahl von Vereinen, Projekten und Verbänden. Viele davon sind finanziell und personell relativ gut abgesichert.

Dies ist für die **Interessenvertretung behinderter Frauen im Land Berlin** jedoch nicht dauerhaft und vor allem nicht umfassend genug gewährleistet. Eine verlässliche und kontinuierliche Absicherung einer schwerpunktorientierten, politischen Arbeit zur Verbesserung der Situation behinderter Frauen ist daher dringend erforderlich. Nach 12 Jahren Tätigkeit hat das Netzwerk behinderter Frauen Berlin einen Punkt erreicht, an dem eine intensive politische Arbeit bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Angebots an Beratung, Austausch, Information und Bildung personell und finanziell nicht mehr zu leisten ist.

5. 2. Ziele des Projekts

In Berlin leben etwa 167.000 schwerbehinderte Mädchen und Frauen¹⁶. Der Frauenanteil an allen schwerbehinderten Menschen liegt mit rund 54 Prozent höher als in allen anderen Bundesländern. Die meisten dieser Mädchen und Frauen leben mit einer chronischen Krankheit, denn über 80 Prozent der Schwerbehinderungen sind krankheitsbedingt. Trotzdem wird die Situation von chronisch kranken und behinderten Mädchen und Frauen in den unterschiedlichen Politikbereichen nicht ausreichend berücksichtigt: ihre Belange müssen stärker sowohl in die Gesundheitspolitik, in die Frauen- als auch die Behindertenpolitik Berlins transportiert werden.

Auf zwei Ebenen wollen wir aktiv werden:

- Mit unserer Fachkompetenz wollen wir **den politischen Prozess in Berlin begleiten**, den sich wechselseitig potenzierenden Benachteiligungen behinderter Frauen entgegenzuwirken, indem ihre Lebenssituation im Sinne des Gender-Disability-Mainstreaming in allen Politikfeldern und Verwaltungsbereichen wahrgenommen und mitgedacht wird.
- Auf der individuellen Ebene fordert die Lebenswirklichkeit behinderter Frauen einen **steigenden Beratungsbedarf**. Wir brauchen Zeit für individuelle, begleitende und zum Teil aufsuchende Beratung.

5. 3. Bereiche mit Handlungsbedarf

- Barrierefreiheit
- Gesundheitsversorgung
- Prävention von (sexueller) Gewalt
- Arbeitsmarktförderung für Frauen mit Behinderung
- Sexualität, Partnerschaft, Elternschaft, Elternassistenz
- Mentoring – Angebote für Mädchen und junge Frauen mit einer Beeinträchtigung

Wir sprechen gezielt die Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie für Integration, Arbeit und Soziales an, über unseren Projektantrag **„Behinderte Frauen mitten im Leben – Geschlecht und Behinderung in allen Lebensbereichen berücksichtigen“** positiv zu entscheiden und die erforderlichen Personal- und Sachkosten bereitzustellen.

¹⁶ Statistisches Landesamt Berlin: Pressemitteilung vom 24.05.2006