



Wahlprüfsteine des Netzwerks Frauengesundheit Berlin 2016

Berlin, den 2. Juni 2016

Präambel

Das Netzwerk setzt sich seit 2001 für eine frauengerechte Gesundheitsförderung, -forschung und -versorgung in Berlin ein. Bei allen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Vorhaben sind die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen zu berücksichtigen.

Das Netzwerk vereinigt 50 Vertreterinnen aus Organisationen und freien Trägern, wissenschaftlichen und klinischen Forschungseinrichtungen, Senats- und Bezirksverwaltungen sowie interessierte Fachfrauen, die mit geschlechtsspezifischen Aspekten der Gesundheitsförderung und -versorgung befasst sind.

Für die Wahl zum Abgeordnetenhaus von Berlin hat das Netzwerk Frauengesundheit Wahlprüfsteine aus fünf Bereichen erarbeitet. Ziel der Wahlprüfsteine ist es, auf drängende Probleme im Bereich Frauengesundheit in unserer Stadt aufmerksam zu machen und Lösungsvorschläge anzubieten. Wir möchten die politisch Verantwortlichen beraten, welche fachpolitischen Maßnahmen in der neuen Legislaturperiode notwendig sind.

Hauptanliegen des Netzwerks Frauengesundheit Berlin für die nächste Legislaturperiode:

Frauengesundheitseinrichtungen absichern und Zukunftsperspektiven eröffnen

In Berlin ist eine frauenspezifische Versorgungsstruktur durch anerkannte Träger entwickelt worden. Diese bedarfsorientierten, qualitätsgesicherten Frauen- und Gesundheitsprojekte müssen abgesichert und notwendige Weiterentwicklungen möglich gemacht werden. Dazu gehört auch eine tarifgerechte Bezahlung der Mitarbeitenden.

Umsetzung einer geschlechtergerechten Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin

Das Präventionsgesetz ist verabschiedet und schreibt die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedarfe bei den Leistungen und die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit vor. Um diese Ziele zu erreichen, müssen in der Landesrahmenvereinbarung und bei den zu entwickelnden Leistungen systematisch entsprechende Themen aufgenommen und die Gremien geschlechterparitätisch besetzt werden. Als weitere Ziele sind „Gesundheit rund um die Geburt“ und „Gewaltfreie Lebenswelten für Frauen und ihre Kinder schaffen“ aufzunehmen.

1. Wahlprüfsteine Reproduktive Gesundheit

1.1 Zugang zu einer psychiatrischen Mutter-Kind-Versorgung in Berliner Kliniken

In der Schwangerschaft und nach der Geburt können spezifische psychische Störungen auftreten. Insbesondere schwere Depressionen und Psychosen stellen nicht nur für die betroffene Frau, sondern auch für das Kind ein Risiko dar und müssen unter Umständen stationär behandelt werden. Die Stärkung der mütterlichen Kompetenz und die Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung sollten hierbei berücksichtigt werden. Nur in Ausnahmefällen ist eine getrennte Unterbringung von Mutter und Kind ratsam.

De facto stehen in Berlin nicht genügend Plätze für Mütter mit Neugeborenen in psychiatrischen Kliniken zur Verfügung. Eine zeitnahe adäquate Behandlung wird dadurch erschwert.

1.2 Senkung der Kaiserschnitttrate in Berlin

Im Jahr 2014 kamen 28,1 Prozent der Neugeborenen in Berlin durch Kaiserschnittgeburten auf die Welt. Laut WHO ist jedoch ein Kaiserschnitttrate nur in 10 bis 15 % gerechtfertigt. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Kaiserschnitte nicht die sicherste und gesundeste Geburtsart für Mutter und Kind sind. Als Gründe für die zu häufig getroffenen Entscheidung zur Operation gelten Mängel in der Ausbildung des Fachpersonals, kein Handeln nach evidenz-basierten Leitlinien, eine

ausufernden Risikoorientierung in der Geburtshilfe und ökonomische und/oder forensische Gründe. Auch wenn eine Kaiserschnittgeburt in Notfallsituationen wichtig und sinnvoll ist, darf sie nicht zur Routine werden, wie es in Berlin zu beobachten ist.

1.3 Zugang zu Verhütungsmitteln in Berlin, Sterilisation

Seit der Gesundheitsreform 2004 ist eine Sterilisation für Frauen und Männer keine reguläre Leistung der gesetzlichen Krankenkassen mehr. Auch von den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung werden die Kosten für eine Sterilisation für Menschen mit einem geringen Einkommen nicht übernommen.

De facto steht diese Verhütungsmethode vielen bedürftigen Menschen nicht zur Verfügung.

2. Wahlprüfsteine Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Häusliche und sexualisierte Gewalt gelten weltweit als zentrales Gesundheitsrisiko für Frauen und ihre Kinder (WHO 2002; 2013¹). In Deutschland berichtet jede 4. bis 5. Frau ab dem 15. Lebensjahr über körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen durch einen Partner. Jede zweite berichtet über Formen psychischer Gewalt (FRA 2014; Schröttle 2004²). Werden die Ergebnisse der Studie von Schröttle auf in Berlin lebende Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren (1.507.420 Frauen – Stand 2010) übertragen, kann folgendes angenommen werden: Etwa 376.000 Berlinerinnen haben nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche oder sexualisierte Gewalt, gut 286.000 psychische Gewalt durch einen Partner erlebt. In ca. 139.000 Fällen handelt es sich um tendenziell schwere, in 101.000 Fällen um sehr schwere bis lebensbedrohliche körperliche Gewalttaten. Etwa 60.000 Frauen erleben ein komplexes Muster schwerer körperlicher, sexualisierter und psychischer Gewalt

Mit der Finanzierung der S.I.G.N.A.L. Koordinierungs- und Interventionstelle und des FrauenNachtCafe's, Wildwasser e.V., mit der Bereitstellung von Haushaltsmitteln für eine Erweiterung des Angebots von Anti-Gewalt-Einrichtungen für gewaltbetroffene Frauen mit hohen psychischen Belastungen sowie ihren Kindern und mit der Einrichtung der Gewaltschutzambulanz an der Charité hat das Land Berlin punktuell auf dringende Bedarfe reagiert. Dass der Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung gewaltbetroffener Frauen weiterhin hoch ist, zeigt u.a. die vom Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt erarbeitete ressortübergreifende integrierte Maßnahmeplanung. Mit besonderer Dringlichkeit setzt sich das Netzwerk Frauengesundheit Berlin in der kommenden Legislaturperiode für folgende Schwerpunkte ein:

2.1 Umsetzen der WHO Leitlinie „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ (2013) in Berlin

Die WHO hat 2013 evidenzbasierte Leitlinien für den Umgang von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik mit den Themen Häusliche und sexualisierte Gewalt gegen Frauen herausgegeben. Die Leitlinien benennen Standards der Erstversorgung, wesentliche Inhalte für die Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften sowie erforderliche Rahmenbedingungen. Das Berliner Netzwerk Frauengesundheit fordert die Parteien auf, die Umsetzung folgender Maßnahmen voranzubringen:

-
- 1 WHO (2013), Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Download: signal-intervention.de/download/WHO-Broschure_1_10_14_web.pdfWieners K / Winterholler M (2016), Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt Bd.59, 1/2016:73-80
 - 2 FRA, Europäische Agentur für Grundrechte (2014), Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. www.fra.europa.deSchröttle M et al (2004), Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

- Konkretisierung der Leitlinien für Berlin, dazu gehört z.B. die Ergänzung der Leitlinien im Hinblick auf die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergründen, mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen sowie im Hinblick auf die Versorgung mitbetroffener Kinder.
- Formulierung eines verbindlichen Versorgungsauftrags für alle relevanten gesundheitlichen Versorgungsbereiche. Für die Krankenhausversorgung z.B. im Landeskrankenhausgesetz.
- Maßnahmen zur Verankerung der Thematik „häusliche und sexualisierte Gewalt - Erstversorgung und Intervention“ in den schulischen und universitären Ausbildungsgängen und in den Weiterbildungsordnungen aller relevanter Gesundheitsberufe.
- Gesundheitsforschung zum Versorgungsbedarf, zum Stand der Versorgung/Intervention und zur Wirkung von Interventionsmaßnahmen.

2.2 Umsetzung des Berliner Modellvorhabens zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit traumatherapeutischem Behandlungsbedarf sowie ihren Kindern im Rahmen eines integrativen Netzwerks

Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin hat gemeinsam mit der für Frauen zuständigen Senatsverwaltung und zwei psychiatrischen Kliniken ein Konzept entwickelt, das auf Empfehlung des Gesundheitssenators dem Landespsychiatriebeirat zur Begutachtung und Empfehlung vorliegt.³ Das Konzept umfasst:

- a) eine auf aktuellen Standards basierende traumatherapeutische, teilstationäre und stationäre Versorgung von Frauen und ihren Kindern. Berücksichtigt werden auch spezifische Versorgungsbedarfe von Frauen mit Migrationshintergrund und von Frauen mit Behinderung.
- b) ein interdisziplinäres Traumanetz, das eine integrative Versorgung, nachhaltige Kooperationen sowie einen transparenten, am Bedarf der Betroffenen orientierten Zugang zu den Leistungen gewährleisten soll. Dies umfasst auch die Möglichkeit einer adäquaten Kommunikation, z.B. in (gebärdensprachlicher, schriftlicher oder anderer unterstützender Form).

Im Zeitraum 2017 – 2021 ist die Umsetzung des Konzepts in zwei bis drei Kliniken abzusichern. Dazu sind insbesondere die erforderlichen Betten (Krankenhausplan) und Investitionsmittel bereit zu stellen sowie Haushaltsmittel für den Aufbau und die Arbeit des Traumanetzes einzustellen.

2.3 Veröffentlichung und Umsetzung der Integrierten Maßnahmenplanung des Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

Das Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt hat im Auftrag des Beschlusses der Landeskommission Berlin gegen Gewalt vom 18.6.2012 eine Integrierte Maßnahmenplanung (IMP) in einer interdisziplinären und institutionenübergreifenden Arbeit entwickelt. Die folgenden Schwerpunkte sind in dem IMP enthalten:

- Ausbau des Präventionsnetzes gegen sexualisierte Gewalt
- Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die von sexuellen Missbrauch betroffen sind
- Bedarfsgerechte medizinische und therapeutische Versorgung von Erwachsenen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind
- Schutz der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen vor sexualisierter Gewalt sowie verbesserte Zugänge zur Versorgung durch die Beseitigung von Zu- und Umgangsbarrieren.
- Weiterentwicklung und Sicherung der Angebote der Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt
- Optimierung der Vernetzung der Versorgungsstruktur

³ Das Konzept ist unter http://www.frauengesundheit-berlin.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Netzwerk_Frauengesundheit/Material/Konzept_Traumaversorgung.pdf zu finden.

- Integration der Thematik sexualisierte Gewalt in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Stärkung der Opferrechte sowie Weiterentwicklung der spezialisierten Strafverfolgung

Das Netzwerk Frauengesundheit fordert die Parteien auf, sich für die Umsetzung der Maßnahmen gegen sexualisierte Gewalt mit der entsprechenden Ressourcenbereitstellung, einzusetzen.

3. Migration und Frauengesundheit

3.1. Sicherstellung der psychotherapeutischen und psychosozialen Beratung von Frauen* mit Migrations- und Fluchthintergrund ggf. mit qualifizierter Sprachmittlung.

Wir fordern die Expert*innen 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 Diversity-sensible, muttersprachliche Psychotherapie und psychosoziale Beratung für Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund bereitgestellt werden, falls nötig mit qualifizierter Sprachmittlung.

Dies fordern auch die BERLINER INITIATIVE, die Berliner Psychotherapeutenkammer und der DG für Verhaltenstherapie. Darüber hinaus gibt es erfolgreiche Pilotprojekte, welche als Vorbild für diese sensible und Lebensrealitäts-bezogene Art von Versorgung dienen können. 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 bestehenden Strukturen durch den Berliner Senat. Dafür sollen konkrete Haushaltsbudgets eingeplant und kommuniziert werden. Die Bedarfsermittlung sowie Umsetzung und Durchführung der benannten Angebote sollen dabei partizipativ erfolgen zusammen mit Migrant*innen- und Geflüchteten-Selbstorganisationen.

3.2. Sicherstellung der gewaltpräventiven Unterbringung von geflüchteten Frauen und Kindern und Aufnahme von Gewaltschutzkonzepten in die Verträge mit den Betreibern von Unterkünften.

Laut des Entwurfs des Masterplans „Integration und Sicherheit“ des Senats wird unter anderem angestrebt, die Unterbringung von geflüchteten Frauen* und Kindern angemessen zu gestalten, allerdings ohne konkrete Maßnahmen, Budgetierung, Ressourcen, Indikatoren oder Ansprechpersonen im Monitoring-Prozess zu benennen. Hier muss dringend nachgebessert werden. Zum Thema Gewalt wird angekündigt, dass konkretere Maßnahmen zur Sicherstellung der Sensibilität der Fachkräfte in den Unterkünften implementiert werden sollen. Hierzu müssen noch die genauen Formate und die Verantwortung der Betreiber zur Durchführung entsprechender Qualifizierungen der Mitarbeiter*innen schriftlich in den Verträgen vereinbart werden.

Für die Unterbringung in Flüchtlings-Unterkünften gilt es aus unserer Sicht sicherzustellen, dass Verträge mit den Betreibern von Unterkünften nur dann geschlossen werden, wenn ein Gewaltschutz-Konzept gegen geschlechtsspezifische Gewalt vorliegt, das mit konkreten Maßnahmen unterlegt ist. Langfristig soll die Unterstützung bei der Suche nach einer Mietwohnung, erfolgen und für diese Unterstützungsmaßnahmen entsprechende finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Zugang zu Informationen bzgl. eigener Rechte sowie zu Unterstützungs-Netzwerken soll auch im Fall von Analphabetismus oder anderer Barrieren sichergestellt werden.

Die Bedarfe der lesbischen Frauen sollen nicht nur als Teil eines (Grob-)Konzeptes für besonders Schutzbedürftige wie Schwule, Trans*, Inter*, Queere Menschen gesehen werden. Darüber hinaus ist die jeweilige Situation und Lebensgeschichte, wie z. B. Vorerfahrungen mit Gewalt, bei der Unterbringung zu berücksichtigen und eine wahlweise Unterbringung in einer nicht von Männern dominierten Unterkunft ermöglicht werden. Dadurch sollen auch ihre erfahrungs- und situations-spezifischen (Beratungs-)Bedürfnisse berücksichtigt werden.

4. Frauen und Sucht

4.1 Unterstützung für Wohnformen für Frauen, die über SGB XII, §53 finanziert werden

Süchtige Frauen mit psychiatrischen Diagnosen brauchen frauenspezifische und barrierefreie Schutz- und Freiräume. Mindestens 80% der süchtigen Frauen haben Gewalt erlebt, die Täter sind in der Regel männlich.⁴ In der „gemischten“ Suchthilfe sind 70 – 80% männliche Klienten üblich. Frauen verzichten deshalb häufig darauf, erlebte Gewalt zu thematisieren. Eine sinnvolle Aufarbeitung ihrer Sucht- und Lebensgeschichte ist so nicht möglich.

4.2 Erhalt eines geförderten Arbeitsmarktes für Beschäftigung und beruflichen (Wieder-)Einstieg

Frauen mit Suchtproblemen sind zu Beginn ihres beruflichen Wiedereinstiegs noch nicht voll belastbar. Sinnvolle Beschäftigung ist ein wichtiger Faktor, um nicht rückfällig zu werden. Deshalb brauchen sie Beschäftigungsmöglichkeiten um sich zu erproben und danach gegebenenfalls in den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Wir fordern den Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten und die Entwicklung spezieller Förderinstrumente.

4.3 Ausbau des Beratungs- und Behandlungsangebots für Frauen mit Suchtproblemen und Zuwanderungsgeschichte

Kultursensible Behandlung, Beratung und Betreuung sind die Basis für soziale, gesellschaftliche und berufliche Integration. Daher müssen muttersprachliche Angebote vorgehalten werden.

5. Chronisch erkrankte Frauen und Frauen mit Behinderungen

Wir fordern die Berliner Politik auf, mit dafür zu sorgen, dass in der kommenden Wahlperiode

Medizinische Versorgung

1. sich endlich auf objektive, transparente Kriterien für die Barrierefreiheit, speziell in der Gynäkologie unter Beteiligung der Betroffenen - Frauen mit Behinderung und Gynäkologinnen und Gynäkologen, geeinigt wird.
2. eine Bestandsaufnahme bezüglich der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vorgenommen und ein Gesundheitsbericht für Frauen mit Behinderungen erstellt wird.
3. in jedem Stadtbezirk mindestens drei gynäkologische Praxen entstehen, die alle Kriterien der Barrierefreiheit (Rollstuhlgerecht, gute Anbindung an den ÖPNV + Behindertenparkplätze, adäquate Kommunikation, adäquates Untersuchungsmobiliar) - in Anlehnung an die Empfehlungen der KBV zur Barrierefreiheit - erfüllen und Assistenzhunde akzeptieren.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

4. die Politik des Senats von Berlin geeignete Maßnahmen ergreift, um auf die Bewusstseinsbildung des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals im Sinne der UN-BRK hinzuwirken. Es sind Anreize zu schaffen, die den Prozess hin zur Schaffung von Barrierefreiheit auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten steuern.

Umsetzung des Präventionsgesetzes

5. dass die im Präventionsgesetz festgelegten Mittel nur für Projektanträge vergeben werden, die umfassende Barrierefreiheit für Frauen mit Behinderungen garantieren. Die Parteien setzen sich diesbezüglich mit den Krankenkassen auseinander und wirken auf diese ein.

⁴ Vgl. Prof. Dr. Irmgard Vogt: Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen“ in: Suchttherapie, 11.2010. S. 175 ff – sowie Prof. Dr. Barbara Kavemann: Die Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems bei häuslicher Gewalt gegen Frauen, Freiburg 2015, S.7, S.13/14.