

## Stellungnahme zur 14. Tagung des AKF vom 3. bis 4. November 2007

### „AKF- Frauengesundheitsziele: Prävention und Gesundheitsförderung“



**Arbeitskreis Frauengesundheit**  
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.  
Sigmaringer-Str. 1 - 10713 Berlin

Bei der Tagung wurden die sechs Nationalen Gesundheitsziele der Bundesregierung beraten und insbesondere auf ihre Wirksamkeit für die Gesunderhaltung von Frauen und Mädchen überprüft.

Dabei ging es zum einen darum herauszustellen, ob und ggf. wie das im Kriterienkatalog der für die Entwicklung der Gesundheitsziele zuständigen Kooperationsgemeinschaft „gesundheitsziele.de“ postulierte Qualitätskriterium Gender Mainstreaming bei den konzeptionellen Ausführungen und den Modellversuchen umgesetzt wurde. Bei der Konferenz wurde darüber hinaus festgestellt, dass wichtige Lebensbereiche, Gesundheitsrisiken und Diskriminierungen von Frauen bei der Debatte um Gesundheitsziele bisher zu wenig berücksichtigt wurden.

Um dieses Defizit auszugleichen, fordert der AKF die politisch Verantwortlichen und die Selbstverwaltungsgremien des Gesundheitssystems auf, in einem ersten Schritt zwei weitere Gesundheitsziele, die sich insbesondere an Frauen, Kinder und Familien richten, in den Katalog der Nationalen Gesundheitsziele aufzunehmen.

### Der AKF schlägt zwei Frauengesundheitsziele vor:

#### ***1. Gewaltfreie Lebenswelten für Frauen und ihre Kinder schaffen – Körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt machen krank – die Folgen von Gewalt erkennen und adäquate Hilfe leisten***

Die erste repräsentative Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Ausmaß von Gewalt gegen Frauen aus dem Jahr 2004 ergab, dass jede 4. Frau ab dem 16. Lebensjahr körperliche, sexuelle und/oder psychische Gewalt erfahren hat.

In Deutschland arbeiten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zahlreiche Projekte und Initiativen, die den Opfern Beratung und Zuflucht gewähren. Das BMFSFJ hat im September 2007 den erstmalig 1999 aufgelegten „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Häuslicher Gewalt“ als „Aktionsplan II gegen Gewalt gegen Frauen“ fortgeschrieben. Er beinhaltet auch Maßnahmen im Gesundheitsbereich.

Frauen erleben Gewalt wegen ihres Geschlechts, dies ist ein wesentlicher Unterschied zu männlichen Opfern. Gewalt ist Teil des Alltags von Frauen in der Familie, im öffentlichen Raum, am Arbeitsplatz und im Gesundheits- und Hilfesystem selbst.

Körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt können körperlich und psychisch krankmachen und erhebliche soziale und ökonomische Folgen haben. Von Gewalt betroffene Frauen benötigen umfangreiche und sensible gesundheitliche Behandlung und allgemeine Unterstützung.

Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal in Arztpraxen, Krankenhäusern und Krisenambulanzen sind oftmals die ersten, bei denen Frauen offen oder verdeckt Hilfe suchen. Das heißt, dass das Personal im medizinischen Bereich Einfluss auf den Verlauf der Hilfe und Prävention bei Gewaltbetroffenheit nehmen kann.

Die überwiegende Mehrzahl des medizinischen und pflegerischen Personals hat sich bisher mit dieser Problematik gar nicht oder nur unzureichend auseinandersetzen können. Eine erfolgreiche Behandlung

der Frauen hängt aber von dem Wissen über die Ursachen einer Erkrankung und sensibler und kompetenter Hilfe ab.

Um eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung gewaltbetroffener Frauen zu vermeiden und wirksamen gesundheitlichen und sozialen Schutz bereitstellen zu können, muss das Thema von den politischen und medizinischen Gremien auf die Tagesordnung gesetzt und zu einem „Nationalen Gesundheitsziel“ erklärt werden. Für die Erreichung des Ziels müssen Mittel für wissenschaftliche Untersuchungen, für Konzeptentwicklungen zu gewaltpräventiven Maßnahmen, zu adäquater gesundheitlicher Versorgung, für Beratung und Wegweiserberatung und für Modellprojekte bereitgestellt werden.

Erste Schritte und Maßnahmen auf Bundesebene zeigen, dass sich zunehmend ein Bewusstsein für diese Problematik entwickelt: So wurde im Jahr 2000 vom BMFSFJ z. B. ein Modellprojekt von S.I.G.N.A.L.- Intervention gegen Gewalt an Frauen e. V. gefördert, das in einer Rettungsstelle erstmalig ein Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt eingeführt hat. Als Ergebnis liegen Handlungsempfehlungen für Implementierungsprozesse von Interventionsmaßnahmen in Kliniken und Fortbildungscurricula für Ärztinnen/Ärzte und Pflegende vor.

Im Rahmen des Aktionsplans II hat im Oktober 2007 ein von der Bundesärztekammer und dem Bundesministerium für Gesundheit veranstaltetes Fachsymposium zum Thema „Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt gegen Frauen“ stattgefunden. Ähnliche Aktivitäten müssen fortgesetzt und in die tagtägliche Praxis des Gesundheitswesens getragen werden. Ein Nationales Gesundheitsziel „Gewaltfreie Lebenswelten für Frauen und ihre Kinder schaffen - Körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt machen krank - die Folgen erkennen und adäquate Hilfe leisten“ kann diesen Prozess unterstützen und beschleunigen.

### **Maßnahmen zur Sensibilisierung, adäquaten Beratung und Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Prävention von Gewalt können sein:**

- Sensibilisierung und systematischer Aufbau von Aus-, Fort-, - und Weiterbildungsmaßnahmen zu häuslicher und sexualisierter Gewalt für alle Personen des Gesundheitsversorgungsbereichs (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Hebammen, Pflegekräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer Dienste usw. )
- Aufbau von Kooperationen zwischen medizinischen Diensten, Anti-Gewaltprojekten, sozialen Diensten (u.a. um eine effektive Wegweiserberatung gewährleisten zu können)
- Präventionsarbeit zur Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder in Kooperation mit Verwaltung (BMG, BMFSFJ) sowie mit medizinischen und sozialen Einrichtungen
- Entwicklung und Finanzierung von Modellprojekten im Gesundheitsbereich zur Beratung und Versorgung gewaltbetroffener Frauen
- Bundesweite Kampagnen zur Bewusstseinsbildung, dass Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder in dieser Gesellschaft nicht mehr geduldet wird
- Flächendeckende Einführung und Honorierung der rechtsverwertbaren Dokumentation bei häuslicher Gewalt in der stationären und niedergelassenen Versorgung

## ***2. Salutogenese in der Schwangerenbegleitung, Geburtshilfe und der ersten Zeit nach der Geburt***

In den letzten dreißig Jahren hat sich in Deutschland die Geburtshilfe hin zur Geburtsmedizin entwickelt. Dabei wurde ein defizitorientiertes Risikokonzept etabliert, in dessen Folge vielfach die normale ungestörte Vaginalgeburt zu einem antiquierten Auslaufmodell erklärt wurde. Frauen wünschen sich eine normale ungestörte Geburt, aber nur noch rund sieben Prozent der Geburten verlaufen interventionsfrei.

Die weit gehende Medikalisierung, Kontrolle und Pathologisierung im Namen größerer Sicherheit schaffen Unsicherheit, Entmündigung und Manipulierbarkeit bei den Schwangeren und ihren Partnern.

Unterstützt von Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik formt sich ein neues Bewusstsein von Schwangerschaft und Geburt. Frauen werden von Gebärenden zu Kundinnen und Konsumentinnen von Vorsorgeangeboten und IGeLeistungen, die die optimale Schwangerschaft und Geburt versprechen. Die Eltern haben, so wird suggeriert, die Verantwortung, Macht und Pflicht, mithilfe medizinischer engmaschiger Überwachung ein gesundes, möglichst den gängigen Normen entsprechendes Kind zur Welt zu bringen.

Dies schafft Druck, Ratlosigkeit und Gefahren trotz aller Information.

Obwohl die westlichen Frauen so gesund sind wie nie und die Lebensbedingungen günstig, haftet Schwangerschaft und Geburt das Etikett eines enormen Risikos an. Oder, um mit Professorin Beate Schücking zu sprechen, „Die Frauen gehen in der Schwangerschaft gesund in die Praxis, kommen aber zu drei Viertel als Risiko wieder heraus. Die meisten Frauen sind aber nicht krank und sollten deshalb auch wie Gesunde behandelt werden.“

Weitgehend verloren gegangen ist das selbstverständliche Gefühl, gebären zu können. Das selbst Gebären wurde durch das Entbunden werden ersetzt, die Eigenleistung durch umfassende Dienstleistung.

Notwendig ist ein Wertewandel in der Geburtshilfe: Schwangerschaft und Geburt

sind keine schlechte Erfindung der Natur, die durch medizinische Interventionen wie z.B. den Kaiserschnitt verbessert werden müssen. Sie sind fein abgestimmte, sinnvolle physiologische Abläufe, die es sensibel zu unterstützen und zu schützen gilt.

Die Medizin ist für den Notfall da.

Hierzu ist eine gemeinsame Bewegung von Frauen, Hebammen, Ärzteschaft, Verbänden und allen, die an Schwangerschaft und Geburt teilhaben notwendig und die Bereitschaft, die Bedürfnisse von Frauen, Männern und Kindern in den Mittelpunkt zu stellen und nicht ökonomische, wissenschaftliche oder standesgeleitete Interessen.

Wieder neu etabliert werden muss das Vertrauen in die weibliche Gebärfähigkeit und das Bewusstsein, dass Schwangerschaft und Geburt nicht per se ein Risiko sind. Die weiblichen Ressourcen und nicht die Defizite gilt es zu betonen und schützende Faktoren wie die Vermittlung von Sicherheit, Geborgenheit und respektvolle Zuwendung müssen ernst genommen werden. Zeit, Ruhe, Freundlichkeit, Gelassenheit, Vertrauen sind als wichtige Geburtshelfer wieder anzuerkennen.

Je weniger Stress, desto störungsfreier verlaufen Schwangerschaft und Geburt und desto ungestörter kann sich die Beziehung zum Kind entwickeln.

Grundsätzlich sollen allen Schwangeren (und ihren Partnern) ausreichende Informationen zur Verfügung stehen, damit sie eine eigene, informierte Entscheidung treffen können. Informationen helfen aber nur in Kombination mit dem Vertrauen auf die eigene Kraft und von Respekt geleiteter professioneller und persönlicher Unterstützung.

### **Maßnahmen zur Entmedikalisierung und Humanisierung der Schwangerenbegleitung, Geburtshilfe und der ersten Zeit nach der Geburt**

- Orientierung der Geburtshilfe an der Klassifikation der WHO in
  - Maßnahmen, die nachgewiesenermaßen nützlich sind und gefördert werden sollten
  - Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder ineffektiv sind und abgeschafft werden sollten
  - Maßnahmen, die bislang noch nicht ausreichend erforscht sind, um eindeutige Empfehlungen aussprechen zu können und deshalb mit Vorsicht angewandt werden sollten, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann

- Entmedikalisierung und Humanisierung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe
- Überarbeitung des Mutterpasses
  - Streichung der dort nicht zwingend notwendig als Risiken bezeichneten Diagnosen
  - Aufnahme von Fragen nach dem Wohlbefinden
- Senkung der Rate der Risikoschwangerschaften
- Überprüfung von IGeLeistungen auf Sinn und Notwendigkeit
- Abbau der Überversorgung gesunder Frauen, Beseitigung der Unterversorgung sozial schwacher Gruppen
- Abgrenzung der Pränataldiagnostik von der allgemeinen Schwangerenvorsorge
- Senkung der Dammschnitttrate
- Senkung der Kaiserschnitttrate
- Eins-zu- Eins-Betreuung im Kreißsaal: Jede Frau braucht bei der Geburt eine Hebamme und bei Bedarf eine andere Personen ihres Vertrauens.
- Bewusstmachung und Aufwertung der „Gekonnten Nichtintervention“ in der Geburtshilfe
- Erforschung langfristiger Folgen geburtshilflicher Eingriffe
- Etablierung von Hebammenkreißsälen
- Flächendeckender Ausbau des Familienhebammensystems
- Betreuung der Wöchnerin und der jungen Familie durch Familienhebammen und Haushaltshilfen
- Effektive Stillförderung durch Hebammen und Krankenhaus mit dem Ziel der Erhöhung der Stillrate und mit der Empfehlung, sechs Monate voll zu stillen
- 10 Tage Sonderurlaub mit Lohnfortzahlung für den Vater nach der Geburt, um die Mutter zu entlasten und das frühe Zusammenwachsen der Familie zu fördern. Prüfung von „models of good practice“ anderer Länder, besonders der skandinavischen, auf Übertragbarkeit.