



11. AKF-Jahrestagung, 13./14. November 2004, Berlin

Grußwort zur Jahrestagung des AKF

Susanne Ahlers, Berlin

Sehr geehrte Frau Vorstandsvorsitzende, werte Mitgliedsfrauen des AKF, verehrte Tagungsteilnehmerinnen! Vielen Dank für die Einladung und viele Grüße von Herrn Senator Wolf. Zu Ihrer Jahrestagung möchte ich Ihnen einige Gedanken zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen bezogen auf die Berliner Situation mit vermitteln:

Veränderungen in unserer Sprache – häufig ein Spiegel sich vollziehender gesellschaftlicher Wandlungen:

In unser Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren neue Begrifflichkeiten und sprachliche Wendungen Einzug gehalten – geschlechtergerechte und geschlechtssensible Versorgung – Bedarfsgerechtigkeit – integrierte Versorgung – informed consent und PatientInnenorientierung – um einige zu nennen.

An ihnen ist eine Tendenz ablesbar, die ich als Ermutigung erfahre, mich aus frauenpolitischer Sicht in den öffentlichen Diskurs über die gesundheitliche Versorgung einzumischen:

Das bisher praktizierte Selbstverständnis der Gestalter und Gestalterinnen des Versorgungssystems befindet sich im Wandel. Der rein medizinische Blick von Ärztinnen und Ärzten auf ihre Patientinnen und Patienten bedarf der Ergänzung durch die Wahrnehmung von Bedürfnissen, Kompetenzen und Interessen, die Patientinnen und Patienten selbst formulieren und einbringen. Nicht allein das jeweils erkrankte Organ oder die Störung wird zum Gegenstand der Behandlung, sondern die Person mit ihrer körperlichen Konstitution, ihren seelischen und geistigen Möglichkeiten der Bewältigung einer Krankheit oder Störung, ihren sozialen Lebensbezügen und – nicht zuletzt – mit den geschlechtsspezifischen Implikationen bei der Beurteilung von Krankheitsbildern und deren Behandlung.

Ausdruck dieser Entwicklung und Ergebnis jahrelangen Engagements für die Forderungen und Rechte von Patientinnen und Patienten in Berlin ist u.a. die gerade erfolgte Benennung einer Vertreterin der Patienten und Patientinnen durch den Berliner Senat.

Damit wurde ein Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung eines Gesundheitsverständnisses gegangen, wie ihn die WHO bereits 1986 in der Ottawa-Charta definiert hat:



11. AKF-Jahrestagung, 13./14. November 2004, Berlin

-Gesundheit zu verstehen als Folge und Voraussetzung sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen;
-d.h. Gesundheit ist vom persönlichen Verhalten genau so abhängig wie von den strukturellen Verhältnissen, in denen Menschen leben.

Als Querschnittsaufgabe wirkt Frauenpolitik in alle Bereiche, die die Lebensbedingungen von Frauen in unserer Gesellschaft bestimmen. In Berlin haben wir uns zur Verwirklichung frauengesundheitspolitischer Zielstellungen Schwerpunkte gesetzt, von denen ich mir eine nachhaltige und strukturelle Wirkung verspreche.

So sind ein wichtiges Potenzial in Berlin die langjährigen und breitgefächerten Erfahrungen von Frauengesundheitszentren und -initiativen, von in Berlin ansässigen Forschungseinrichtungen und Wissenschaftlerinnen, die sich mit Frauengesundheitsthemen beschäftigen, und von engagierten Mitarbeiterinnen in den verschiedenen Bereichen des Versorgungssystems und der Verwaltung.

Sie haben vor drei Jahren ihre Fachkompetenz und ihr frauenpolitisches Engagement gebündelt und auf Initiative der Frauenverwaltung das Netzwerk Frauengesundheit Berlin gegründet. Die Unterstützung der Arbeit des Netzwerks ist mir ein wichtiges Anliegen. Das Netzwerk bemüht sich vor allem um strukturelle Veränderungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen und kooperiert dazu mit Politik, Verwaltung, Ärztekammer, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und den Anbietern von Versorgungsleistungen wie Kliniken, Projekten und Praxen.

Unter anderem dank des beschriebenen Engagements gibt es in Berlin eine breite und kompetent geführte Diskussion über Frauengesundheit, ihre Risiken, die Versorgungssituation für erkrankte Frauen, Zielgruppen, deren Versorgungslage besonders zu wünschen übrig lässt und notwendige Verbesserungsmaßnahmen.

Bundesweit – und natürlich auch in Berlin – haben Fachfrauen der Frauengesundheitsbewegung in den letzten Jahren zu grundsätzlichen Themen wie der Gesundheitsreform und einschlägigen gesundheitspolitischen Debatten engagiert ihre Positionen eingebracht – seien es Themen wie Präimplantationsdiagnostik, Brustkrebsfrüherkennung, kurative Mammografie, Mammographie-Screening, gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen, Medikation bei Frauen, Osteoporose oder die spezifische Ausprägung von Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen.

In Berlin gibt es auch im politischen Raum eine große Bereitschaft zur Stärkung einer geschlechtsspezifischen Betrachtung gesundheitlicher Fragestellungen, z.B. im Rahmen von Genderkonzepten. Gute Kooperationsbeziehungen – sowohl zwischen der Frauen- und der Gesundheitsverwaltung als auch mit dem Netzwerk Frauengesundheit und anderen z.B. bezirklichen Fachverwaltungen –



11. AKF-Jahrestagung, 13./14. November 2004, Berlin

ermöglichen eine schrittweise Implementierung frauenspezifischer Aspekte in das Gesundheitswesen. Ich möchte das an einigen Beispielen ausführen:

1. Ein dringender Handlungsbedarf wird bei der Versorgung gewaltbetroffener Frauen gesehen, die psychisch erkrankt sind. Die Gesundheitsverwaltung hat auf Initiative und in Zusammenarbeit mit der Abteilung Frauenpolitik und dem Netzwerk eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich zusammensetzt aus Vertretern und Vertreterinnen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, psychiatrischer Kliniken, von Anti-Gewalt- und Frauengesundheitsprojekten sowie frauenpolitischen Interessenvertretungen.

Anliegen der Arbeit ist es, mittelfristig eine Versorgungskette aufzubauen, die dem Bedarf der betroffenen Frauen qualitativ und quantitativ Rechnung trägt. Insbesondere wird die Einrichtung von geschlechtersensiblen klinischen Unterbringungsmöglichkeiten für von Gewalt betroffene, psychisch erkrankte Frauen in psychiatrischen Kliniken und von angemessen betreuten Krisenübernachtungsmöglichkeiten angestrebt.

Vor diesem Hintergrund sollen Fortbildungen für das medizinische und beratende Personal in Kliniken, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Arztpraxen angeboten werden. Hierzu wurden in einem ersten Schritt vom Berliner SIGNAL-Projekt und anderen Anti-Gewaltprojekten Fortbildungssegmente entwickelt, die einerseits über die Berliner Ärztekammer und zum anderen direkt in den Institutionen des Gesundheitswesens angeboten werden.

Ein weiteres Feld ist die Öffentlichkeitsarbeit. So werden in Kooperation mit der AOK Informationsmaterialien für gewaltbetroffene Frauen in türkischer und deutscher Sprache breit gestreut, die sehr gut angenommen werden.

2. Die öffentliche Debatte um die Qualität von Mammographien, die Einführung des Mammographie-Screenings und die Qualität der Versorgung von Frauen in Brustzentren, die an Brustkrebs erkrankt sind, wurde in Berlin aufgegriffen. Zurzeit wird eine Befragung von 23 Brustzentren und Frauenkliniken zur Qualität ihres Angebotes durchgeführt. Im Frühjahr wird ein Fachgespräch zu Berliner Qualitätsstandards für das Mammographie-Seening durchgeführt werden.

Vertreterinnen des Netzwerks arbeiten in einer Berlinweiten, bei der Ärztekammer Berlin angesiedelten, AG zur Entwicklung von Qualitätsstandards für Brustzentren mit.

3. Eine Grundlage für die zielgerichtete Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen ist die Frauengesundheitsberichterstattung. Hier arbeiten wir verwaltungsübergreifend an der Verbesserung dieses Instrumentariums, um seine Wirksamkeit zu steigern. Die Nutzung von Gender Mainstreaming zur



11. AKF-Jahrestagung, 13./14. November 2004, Berlin

Verbesserung der Datenlage durch eine geschlechtsspezifische Datenerhebung ist dabei essentiell.

Allerdings macht es die Berliner Haushaltssituation nicht gerade leicht, von gewonnenen Erkenntnissen zu wünschenswerten Umsetzungen zu gelangen, wenn Kosten damit verbunden sind.

Ein Beispiel dafür ist die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen. Es wurde festgestellt, dass sowohl fehlende interkulturelle Kompetenz und – damit im Zusammenhang – ein tieferes Verständnis der Versorgungsbedürfnisse von Migrantinnen als auch Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung Ursachen von Fehlversorgungen sind. Die Finanzierung von zum Beispiel Dolmetsch-Leistungen ist jedoch nicht gesichert. Hilfsweise wurden verschiedene Wege beschritten, diese Bedarfslücke möglichst klein zu halten.

Die Reihe der Beispiele ließe sich noch eine Weile fortsetzen.

An dieser Stelle möchte ich zusammenfassend festhalten:

Die Grundlagen für eine vernetzte, auf Wirkung orientierte Frauengesundheitspolitik sind in Berlin gelegt. Erste Erfolge haben sich eingestellt. Die Kräfte für „die Mühen der Ebenen“ müssen jedoch weiter mobilisieren werden, wir müssen uns gegenseitig stärken und auch von den Erfolgen andernorts profitieren.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen (uns) für diese Tagung viele Anregungen und Bereicherungen, heiße Debatten und ein schönes Frauenfest!