

## **Positionspapier des Arbeitskreises „Frauen mit Behinderung und chronischer Erkrankung“ in der BAG SELBSTHILFE für ein frauengerechtes Gesundheitssystem**

Stand: März 2013

### **I. Ausgangslage**

Gesundheit und Krankheit werden von Frauen und Männern unterschiedlich wahrgenommen; auch die Art und Weise, wie hiermit umgegangen wird, variiert hinsichtlich Geschlecht. Obgleich viele Studien hierauf verweisen, haben diese Erkenntnisse bislang kaum Eingang in das Gesundheitswesen gefunden. Um Geschlechteraspekte beispielsweise in der Gesundheitsförderung, der gesundheitlichen Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege oder Rehabilitation berücksichtigen zu können, ist es dringend erforderlich, *Gender Mainstreaming* in allen medizinischen und gesundheitsbezogenen Kontexten als Querschnittsstrategie zu etablieren und als Verfahren anzuwenden. Da dies bislang nicht ausreichend passiert, ist ein Paradigmenwechsel dringend erforderlich!

Gender Mainstreaming orientiert sich am Leitprinzip der Geschlechtergerechtigkeit, die in Art. 3 Abs. 2 GG begründet ist, und meint, dass bei allen gesellschaftlichen/sozialen, politischen und wirtschaftlichen Aktivitäten zu überprüfen ist, ob die Geschlechter in unterschiedlicher Art und Weise hiervon betroffen sind. Auf dieser Grundlage sind Maßnahmen dann so zu konzipieren und zu gestalten, dass sie geschlechterdifferenziert und gleichstellungsorientiert ausgerichtet sind.

Unter Punkt II. wird ausgeführt, was dies unserer Auffassung nach für ein frauengerechtes Gesundheitssystem im Einzelnen bedeutet. Folgende Grundsätze erachten wir dabei als besonders bedeutsam; diese sollten Grundlage aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen sein:

- Stärkung der Selbstbestimmung von Frauen,
- Förderung des Wissens über frauenspezifische Aspekte in Medizin, Pharmakologie und Gesundheitsfragen,
- Förderung der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern in der medizinischen Versorgung und im Gesundheitswesen,
- Volle Verwirklichung der Rechte von Frauen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

## II. Im Einzelnen sind folgende Veränderungen erforderlich:

### ➤ **Stärkung der Patientinnensouveränität**

Patientinnen sollten dazu befähigt werden, Entscheidungen über die Inanspruchnahme medizinischer und gesundheitsbezogener Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung, der gesundheitlichen Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege oder Rehabilitation *auf der Grundlage nachvollziehbarer Informationen* eigenverantwortlich treffen zu können („informed consent“). Hierfür ist es notwendig, dass Informationen zu diesen Maßnahmen, die für eine solche Entscheidung relevant sind (bspw. zu Risiken und Nebenwirkungen oder zu alternativen Maßnahmen), verständlich formuliert und einsehbar sind und dass entsprechende Beratungsangebote bereitgestellt werden.

Um die Patientinnensouveränität auch von Frauen mit geistigen Behinderungen zu verbessern, ist es wünschenswert, dass Informationsmaterialien darüber hinaus auch in „Leichter Sprache“ verstärkt zugänglich gemacht werden.

Frauenspezifische Aspekte, ihre Lebensformen und Lebenslagen sind hierbei durchgehend zu berücksichtigen und sichtbar zu machen. Da Frauen unterschiedliche gesundheitliche und krankheitsbezogene Bedarfe haben, ist hinsichtlich verschiedener Kriterien zu differenzieren; hierzu gehören insbesondere Behinderung, Alter, sexuelle Identität, ethnische Zugehörigkeit/Migrationshintergrund und soziale Herkunft bzw. Bildung, denen Rechnung zu tragen ist. Die im Gesundheitswesen Tätigen sind in der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechend (regelmäßig) zu schulen.

### ➤ **Stärkere Berücksichtigung frauenspezifischer Bedarfe in der Gesundheitsversorgung**

Die medizinische und gesundheitliche Versorgung hat die Bedürfnisse und Lebenssituationen von Frauen in stärkerem Maße als bisher zu berücksichtigen und den unterschiedlichen Lebensformen und Lebenslagen Rechnung zu tragen. Sowohl körperlich als auch geistig behinderte Frauen, junge Frauen, alte Frauen, lesbische/bisexuelle/transgender Frauen, Frauen mit Migrationshintergrund und verschiedener ethnischer Zugehörigkeit, Frauen mit unterschiedlicher sozialer Herkunft und Bildung sind in ihren spezifischen Bedürfnissen ernst zu nehmen. Das Gesundheitswesen hat sich sowohl strukturell als auch inhaltlich hieran zu orientieren und sollte einen niedrigschwelligen Zugang gewährleisten.

Medizinische und gesundheitsbezogene Maßnahmen in Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation sollten systematisch psychosozial-

les/psychotherapeutisches, psychosomatisches und pflegewissenschaftliches Fachwissen einbeziehen. Da dies bisher in nicht ausreichendem Maße geschieht, sind Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen und Kostenträger für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in die Pflicht zu nehmen.

➤ **Verbesserung der Kriterien zur Aufnahme neuer Therapieverfahren in den Leistungskatalog der GKV**

Es ist erforderlich, dass die Aufnahme neuer Therapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (GKV) auch durch Informationen über den geschlechtsspezifischen Nutzen und die geschlechtsspezifischen Risiken der Therapieverfahren, über die Steigerung der Lebensqualität durch diese sowie über ihre gesundheitsökonomischen Auswirkungen für beide Geschlechter im Sinne eines Gender Budgeting begleitet wird. Es ist sicherzustellen, dass Frauen durch Zugrundelegung versicherungsmathematischer Faktoren nicht benachteiligt werden und dass eine fehlende Studienlage in diesem Bereich nicht zu einem Ausschluss der Leistungen für Frauen führt. Ferner ist eine Informationspflicht der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen durchzusetzen, damit Patient/innen Kenntnis über neue Leistungen und Therapieangebote erhalten. Information und Beratung sollten keine „Igel“-Leistungen sein.

➤ **Verbesserung der Familienhilfe**

Die Informationsangebote hinsichtlich der Familienhilfe und der in diesem Kontext gewährten Unterstützungsleistungen (bspw. von Krankenkassen, Krankenhaussozialstationen aber auch anderen im Gesundheitswesen Tätigen, wie Hebammen) sollten ausgeweitet werden, damit Familien mit einem entsprechenden Bedarf auch erreicht werden. Die Antragsbearbeitung hat zügiger zu erfolgen. Darüber hinaus ist der Umfang der als Satzungsleistung gewährten Unterstützungsmaßnahmen (die zudem keine Pflichtleistungen darstellen) nicht ausreichend. Dieser ist auszuweiten; Satzungsleistungen sind in Pflichtleistungen umzuwandeln.

➤ **Ausweitung der Angebote familienorientierter Rehabilitation**

Die von der Arbeitsgemeinschaft Familienorientierte Rehabilitation (AGFOR) angebotenen Leistungen bei der Mitaufnahme von Eltern und Geschwisterkindern im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen krebskranker Kinder sind auf weitere Indikationsgebiete auszuweiten und von den Rehabilitationsträgern finanziell zu unterstützen.

Die Bewilligungspraxis der Kranken- und Rentenversicherungen bei Mutter-Kind-Kuren ist nach wie vor als inakzeptabel zu bezeichnen und sollte dringend verändert werden!

Es ist sicherzustellen, dass Einrichtungsträger, die Müttern und ihren Kindern, auch Jugendlichen, die Behinderungen haben, Leistungen anbieten, ausreichend finanziert sind, sodass diese Angebote auch weiterhin angeboten werden können und die Träger weiter bestehen.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ist sowohl organisatorisch als auch finanziell sicherzustellen, dass Mütter in den Einrichtungen mit aufgenommen werden können. Die familienorientierte Rehabilitation ist weiterhin von großer Bedeutung. Damit diese effektiv genutzt werden kann, sehen wir es als dringend erforderlich an, dass unabhängige, barrierefreie Beratungen angeboten und weiterentwickelt werden.

Damit Rehabilitationsmaßnahmen auch wahrgenommen werden können, wo ein entsprechender Bedarf vorhanden ist, ist eine unabhängige, aber umfassende Beratung - auch für Angehörige und Betroffene mit einer geistigen Behinderung - zu gewährleisten. Die Beratung sollte auch die Zugänglichkeit und Beantragung von Hilfsmitteln umfassen.

➤ **Sicherstellung von Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege**

Frauen sind unter den Pflegefachkräften sowie als pflegende Angehörige nach wie vor stark überrepräsentiert, Männer sind nur zu einem geringen Anteil vertreten. Hieraus ergeben sich einige Herausforderungen, um Geschlechtergerechtigkeit auch in der Pflege sicherzustellen: Da Frauen durch die Mehrbelastung in der Pflege (neben beruflichen und familiären Tätigkeiten) besonders betroffen sind, sind Maßnahmen zu ergreifen, die eine Überforderung verhindern und Frauen entlasten.

Männer sind verstärkt als Pflegefachkräfte anzuwerben. Pflege darf keine alleinige „Frauendomäne“ bleiben, auch in der Pflege durch Angehörige sind Männer in die Pflicht zu nehmen.

Der Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege sollte rechtlich verankert und in der Pflegepraxis umgesetzt werden.

Informationsangebote zu den Rechten pflegender Angehöriger sowie zu deren Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten sind zu verstärken, da diese nur wahrgenommen werden können, wenn Betroffene Kenntnis von ihnen haben. Dies betrifft insbesondere auch die Angebote der Pflegestützpunkte.

Angebote sollten so gestaltet werden, dass sie Qualitätsstandards entsprechen (sowohl Pflege als auch Beratung). Zur Gewährleistung der Transparenz sind Qualitätskriterien zu entwickeln, anhand derer die Qualität der Angebote nachgeprüft werden kann. Geachtet werden sollte insbesondere auf eine ausreichende Qualifizierung und Ausbildung der Pflegefachkräfte.

Es ist dringend erforderlich, im Renten- und Steuerrecht Verbesserungen für pflegende Angehörige umzusetzen. Dies ist besonders für Frauen relevant, da sie häufiger als Männer (lange) berufliche Auszeiten haben, wenn sie Pflegetätigkeiten wahrnehmen. Sie sind deshalb besonders von Armut im Alter betroffen. Hier sind vorbeugende Maßnahmen zu treffen.

➤ **Umsetzung von Gender Mainstreaming und eines umfassenden Gesundheitsverständnisses in Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Um eine geschlechtergerechte und auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtete Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Gender Mainstreaming und ein umfassendes Gesundheitsverständnis im Sinne der Ottawa Charta in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals und der Gesundheitsfachberufe integriert werden.

Es sind verbindliche Lehrinhalte zu entwickeln, deren Anwendung sicherzustellen bzw. regelmäßig zu überprüfen ist. Alle Gesundheitsdienstleistenden (auch Apotheker/innen und Mitarbeiter/innen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen) sind in Aus-, Fort- und Weiterbildungen regelmäßig entsprechend zu schulen.

➤ **Stärkung der Geschlechterperspektive in medizinischer, pharmakologischer und gesundheitsbezogener Forschung**

Eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung kann nur dann gelingen, wenn Erkenntnisse aus der Forschung vorliegen, die eine Geschlechterperspektive aufweisen. Bei der Vergabe von Forschungsgeldern im Bereich der Medizin, Pharmakologie und Gesundheitswissenschaft ist es deshalb wichtig, darauf zu achten, entsprechende Voraussetzungen in den Vergabeprozess zu integrieren. Es sind vor allem jene Forschungsprojekte zu fördern, deren Fragestellungen die unterschiedlichen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigen. Entscheidungsgremien für die Mittelvergabe sind geschlechterparitätisch zu besetzen.

Erkenntnisse aus den Forschungsprojekten, die für die Realisierung der Gleichstellung der Geschlechter relevant sind, sind in evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Behandlungskonzepten zu verankern und in die Aus- und

Weiterbildungsordnungen des medizinischen und gesundheitsbezogenen Fachpersonals aufzunehmen.

➤ **Beachtung der Geschlechterperspektive in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder**

Die Realisierung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen und die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit sollte regelmäßig evaluiert werden. Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder haben dem Rechnung zu tragen und sind hinsichtlich des Geschlechts zu differenzieren. Die Unterschiedlichkeit von Frauen darf dabei ebenfalls nicht aus dem Blick geraten, d.h. es sollte berücksichtigt werden, ob Faktoren wie Behinderung, Alter, sexuelle Identität, ethnische Zugehörigkeit/Migrationshintergrund oder auch soziale Herkunft/Bildung eine Rolle spielen. Besondere Schwerpunkte sind darüber hinaus hinsichtlich der Medikalisierung und Pathologisierung weiblicher Lebensphasen, der Auswirkung von Reproduktionstechnologien auf Frauen sowie hinsichtlich der Prävalenz von geschlechtsbasierter Gewalt (wie Häusliche Gewalt oder Weibliche Genitalverstümmelung) zu setzen. Sinnvoll wäre es, die Berichte durch Beispiele und Auswertungen guter sowie weniger guter (oder schädlicher) Praxis („good and bad practices“) zu ergänzen.

➤ **Geschlechterparitätische Besetzung von Leitungspositionen**

Auf Geschlechtergerechtigkeit ist nicht nur in Hinblick auf Patient/innen und Empfänger/innen von medizinischen Leistungen und Gesundheitsleistungen zu achten. Auch die Strukturen des Gesundheitswesens selber sind in den Blick zu nehmen! Erhebungen zeigen, dass Frauen in niedrigeren Positionen des medizinischen Fachpersonals noch immer überrepräsentiert sind (z.B. als Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Medizinisch-Technische Assistentinnen, etc.) und Männer nach wie vor in den Leitungspositionen dominieren (z.B. als Oberärzte, Chefärzte, Pflegeheimleiter sowie in leitenden Positionen in Selbsthilfeorganisationen etc.). Auch hier gilt es Geschlechtergerechtigkeit herzustellen. Wir fordern deshalb eine geschlechterparitätische Besetzung aller Leitungspositionen im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheits- und Sozialpolitik!