

Rundbrief 32

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Aktuelles
60 Jahre pro familia
S. 5



Regionales
älter, bunter, weiblicher
S. 19



Schwerpunkt
Selbst. Bestimmt.
Entscheiden.
ab S. 21



Impressum

Rundbrief 32 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Oktober 2012

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Kathrin Schrader,
Dr. Ute Sonntag

Beiträge: Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Beate Blättner, Dr. Petra Brzank, Prof. Dr. Anette S. Debertin, Dr. Tanja Germerott, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Ursula Jess, Kerstin Krüger, Stefanie Kühn, Peggi Liebisch, Dr. Silja Samerski, Hildegard Müller, Christiane Schwarz, Dr. Ute Sonntag, Christa Stüven

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de als PDF eingestellt.

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

dies ist die letzte Ausgabe des Rundbriefes, die gedruckt mit der Post versandt wird. Viele von Ihnen haben uns die eigene E-Mail-Adresse bereits mitgeteilt. Wer dies bislang versäumt hat, kann es jetzt noch nachholen, bitte an: claudia.hasse@ms.niedersachsen.de. Darüber hinaus steht der Rundbrief zum download im Internet bereit. Wir bitten um Verständnis für diese Modernisierungsmaßnahme.

Was erwartet Sie in dieser damit historischen Ausgabe? Ein wichtiger Akteur im Frauengesundheitsbereich, der pro familia Bundesverband, feiert 2012 das 60-jährige Bestehen. Unter „Aktuelles“ wird dieses Jubiläum gewürdigt. Wie die Einführung eines neue Bluttestes die Pränataldiagnostik beeinflusst, welche Beschlüsse der Frauenministerinnenkonferenz für die Frauengesundheit wichtig sind und vieles mehr finden Sie darüber hinaus in dieser Rubrik.

Die Dokumentation der Netzwerktagung „Diagnose: Häusliche Gewalt - neue Wege der Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten“ war der Schwerpunkt des letzten Rundbriefs.

Seit dem 1.6.2012 hat das Niedersächsische „Netzwerk ProBeweis“ seine Arbeit aufgenommen - für uns Grund genug, den Schwerpunkt vom letzten Mal um drei Artikel zum Thema gesundheitliche Folgen Häuslicher Gewalt in diesem Heft zu ergänzen. Einen guten inhaltlichen Überblick finden Sie unter der Überschrift „Gesundheitsversorgung bei Partnergewalt gegen Frauen“. Neben dem niedersächsischen Projekt wird außerdem die Opferschutzambulanz in Fulda vorgestellt.

Zum Schwerpunktteil dieses Heftes: Er enthält die Dokumentation des Werkstattgespräches des Netzwerkes Frauen, Mädchen und Gesundheit „Selbst. Bestimmt. Entscheiden.“ vom 03. Juli 2012.

Die Rubriken Mediothek und Termine halten Sie auf dem Laufenden zu Büchern und Veranstaltungen.

Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich mit eigenen Beiträgen zu beteiligen, zum Beispiel Aktivitäten in Ihrer Region zur Frauengesundheit darzustellen. Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 01. März 2013.

Mit herzlichen Grüßen

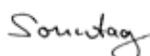
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



Kathrin Schrader
SOVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.

Inhalt

Impressum	2
Editorial	3
Aktuelles	5
Se(chs)x Dekaden sexuelle Selbstbestimmung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklung	5
Pro familia verleiht Preise zum Thema Sexualität(en)	8
GFMK Beschlüsse	9
Der neue Bluttest zur pränatalen Diagnostik	10
Die neue Begutachtungsrichtlinie Vorsorge & Rehabilitation und ihre Auswirkungen für Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen	12
Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland	14
Equal-Pay-Day-Kampagne 2013 startet	18
Regionales	19
„älter, bunter, weiblicher: Wir gestalten Zukunft!“	19
Schwerpunkt: Selbst. Bestimmt. Entscheiden.	21
Begrüßung	21
Was heißt Selbstbestimmung - eine Begriffsklärung	25
Wissen oder Nicht-Wissen, das ist hier die Frage ...	35
Wohl und (keine) Wehe? Kaiserschnitt und Selbstbestimmung	42
Eine Teilnehmerin meldet sich zu Wort	48
Wie ist das Werkstattgespräch angekommen?	49
Thema: Häusliche Gewalt	51
Gesundheitsversorgung bei Partnergewalt gegen Frauen	51
Netzwerk ProBeweis - Hilfe für Betroffene von häuslicher und sexueller Gewalt	54
Erste Erfahrungen der „Schutzambulanz Fulda“	56
Mediothek	61
Termine	63

Aktuelles

- 5 | Se(chs)x Dekaden sexuelle Selbstbestimmung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklung
- 8 | Pro familia verleiht Preise zum Thema Sexualität(en)
- 9 | GFMK Beschlüsse
- 10 | Der neue Bluttest zur pränatalen Diagnostik
- 12 | Die neue Begutachtungsrichtlinie Vorsorge & Rehabilitation und ihre Auswirkungen für Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen: Wird nun doch noch alles gut?
- 14 | Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland
- 18 | Equal-Pay-Day-Kampagne 2013 startet

Peggi
Liebisch

Se(chs)x Dekaden sexuelle Selbstbestimmung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklung



- unter diesem Titel feierte der pro familia Bundesverband am 5. Mai 2012 sein 60-jähriges Bestehen im Heimathafen von Berlin-Neukölln. Vicky Claeys, Regionaldirektorin der internationalen Dachorganisation für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (IPPF), würdigte die internationale Arbeit von pro familia und freute sich zusammen mit der pro familia Vorsitzenden Daphne Hahn auf die Aktivistinnen und Wegbegleiter, die für die 160 geladenen Gäste in Tischreden Facetten der Zeitgeschichte nachzeichneten.

Für die 50-er Jahre wies die langjährige pro familia Bundesgeschäftsführerin Elke Thoß auf die Schwierigkeiten der Gründerjahre für pro familia „zwischen sexueller Restauration und Aufbruch“ hin. Der Verdienst der Gründungsmitglieder um Hans Harmsen, Anne-Marie Durand-Wever und Ilse Völker-Lederer habe in der damals notwendigen mutigen Propagierung des Zugangs zu Verhütungsmitteln und Sexualaufklärung, für ihre Entkriminalisierung und die Aufklärung der Öffentlichkeit und Ärzteschaft bestanden. pro familia wurde in dieser Anfangsphase dankenswerter Weise durch die IPPF, deren Gründungsmitglied pro familia

ist, unterstützt. Für die Schriftstellerin Barbara Sichtermann waren es die 60-er Jahre, die den Aufbruch der Neuen Frauenbewegung vorbereiteten; es waren die Aktivistinnen „jener großen Zeit“, die Vieles angestoßen und verändert haben, aber sich von den jungen Frauen heute sagen lassen müssen: „Danke, emanzipiert sind wir selber“, wenn nicht überhaupt das Thema Diskriminierung von Frauen als erledigt angesehen und beiseite geschoben wird. Sie empfand die Anti-Baby-Pille nicht nur als eine „Befreiung“, sondern eine zweischneidige Erfindung: sie machte frei von der Angst vor ungewollter Schwangerschaft, aber sie stand auch in Verdacht, weibliche Libido zu dämpfen und den Männern beim Sex jede Rest-Rücksicht zu rauben. Die Frauenbewegung habe viel ‚Einerseits-Andrerseits‘ in der Diskussion um die Pille aufgeboten. Aber da sie vor allem eine Freiheitsbewegung war, habe sie die Pille schließlich doch begrüßt. So gab es in den 60-er Jahren noch Ehefibel zu kaufen, die die Lust der Frau im Bett als peinlich und unterdrückenswert einstufte. Aber die neue Welt hatte schon begonnen. Mit der Pille, mit Beate Uhse, der Jugendrevolte, den ersten Weiberräten - und mit pro familia.

Die Mainzer pro familia Ärztin Ute Wellstein sang dann (sprichwörtlich) das hohe Lied auf die Entstehung der Frauenbewegung und die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in den 70-er Jahren: Sie erinnerte an Lieder wie „Ob Kinder oder keine, entscheiden wir alleine...“. Die Bewegung für die freie Entscheidung der



Frauen, mit Kind(ern) oder ohne ihren Lebensplan zu machen, sei ohne die autonome Frauenbewegung in den 70er-Jahren nicht zu denken gewesen. Auch nach der Wiedervereinigung habe man es nicht geschafft, den § 218 abzuschaffen. Aber die deutschen Frauen könnten heute - wenn auch mit feministischem Zähneknirschen - unter medizinisch und psychosozial guten Bedingungen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. „Und dann dürfen wir hier uns doch offenbar sagen: Paragraphen hin oder her - wir haben das Menschenrecht auf selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruch im echten Leben in Gesamtdeutschland erkämpft und etabliert, immerhin“.

Der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker beschrieb die Situation der 80-er Jahre, die von der AIDS-Pandemie in dem Sinne geprägt war, dass es zu einer politischen und gesellschaftlichen Renaissance einer konservativeren Sexualmoral von Treue und Ehe kam. Die Politik re-

agierte mit staatlich geförderter Sexualaufklärung und es erfolgte die Institutionalisierung der Lesben- und Schwulenbewegung. Aber gleichzeitig führte die öffentliche Debatte auch zur gesellschaftlichen Anerkennung gleichgeschlechtlicher Lebensweisen. Dannecker dankte dem pro familia Bundesverband für sein erfolgreiches Eintreten zur Förderung der sexuellen Selbstbestimmung.

Konrad Weller von der Fachhochschule Merseburg, Studiengang Sexualpädagogik und Familienplanung, empfand als Zeitzeuge die Wiedervereinigung Deutschlands zu Beginn der 90-er Jahre als eine explosionsartige Politisierung der zentralen Familienplanungsthemen der 70-er und frühen 80-er. Er erinnerte daran, dass die gesetzliche Regelung der Abtreibungsfrage ins ideologische Getriebe der Abwicklung realsozialistischer Bestände geraten sei: über Bord seien die Fristenregelung, der kostenfreie Schwangerschaftsabbruch und die ebenso kostenlose Abgabe hormoneller Kontrazeptiva (in der DDR) gegangen. Weller dankte den Bundesvorständen und der Bundesgeschäftsstelle für die Unterstützung im „Aufbau Ost“ - die Schaffung des „flächendeckenden Netzes von Schwangerschaftsberatungsstellen“, wie der Einigungsvertrag dies nannte, und darin die Etablierung eines säkularen Verbandes in einer säkularen Gesellschaft, einer der vielen Punkte, an denen sich Ost- und Westperspektiven trafen.

Die Journalistin Heide Oestreich äußerte ihre Gedanken für das neue Millennium zu „Schlampen und Alphamädchen - Feminismus mit Sex-appeal“: Die Generation der Frauen, die in der aktuellen Dekade auf sich aufmerksam machten, grenzten sich mit ihrem sex-positiven Feminismus gegen die Frauenbewegung aus den Siebzigern ab. Der sex-positive Feminismus suche neue Antworten auf eine heikle Frage: Was tun mit politisch unkorrekten Fantasien? Mit der weiblichen Freude an Pornografie? Mit der Lust, einen Mann nur als Objekt der Begierde, als bloßes Sexualobjekt zu betrachten? Mit dem Spaß, selbst ein Sexualobjekt zu sein? Die Generation der Schlampen und Alphamädchen sagt dazu: Alles ist möglich, wenn der Sex selbstbestimmt bleibt. Aber das mit der Selbstbestimmung ist nicht so leicht: Mädchen stehen unter großem Druck. Die ihnen präsentierten Rollenbilder sind Models, die auf den Zuruf „Sei mal sexy“ eine erotische Ausstrahlung anknipsen sollen. Wer das auch im echten Leben kann, positioniert sich günstig auf dem Status- und Partnerschaftsmarkt, so das Versprechen. Ihre eigentliche Sexualität, die nicht auf dem Markt getauscht werden kann, weil sie unberechenbar und anarchisch ist, die kommt in diesem Spiel gar nicht vor. Die Suche nach der eigenmächtigen Sexualität ist also eine der zentralen Aufgaben dieser Generation.

Peggi Liebisch, pro familia Bundesverband,
Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt,
Tel.: 069 - 26 95 779 0, E-Mail: peggi.liebisch@profamilia.de

Peggi
Liebisch

pro familia verleiht Preise zum Thema Sexualität(en)

Anlässlich des 60-jährigen Jubiläums des pro familia Bundesverbandes wurde ein JournalistInnen-Wettbewerb zum Thema „Sexualität(en)“ ausgeschrieben. In der Sparte Print ging der Preis an Ann-Kathrin Eckardt für ihren Beitrag „Zwischendrin“, der in der Zeitschrift NEON erschienen ist. Der Journalistin gelingt es, den Leserinnen und Lesern drei Menschen nahe zu bringen, die zwar unterschiedliche Lebensgeschichten, aber eine Gemeinsamkeit haben - sie sind intersexuell. Unterstützt durch die sensiblen Porträts der Fotografin Anne Ackermann entstehen authentische, exemplarische Bilder von Menschen, die einen ganz eigenen Lösungsweg gefunden haben, um die Probleme, die die Intersexualität aufwirft, zu bewältigen.

In der Sparte Video überzeugte der Frau TV-Beitrag Dirty Talk von Heike Schröder. Darin geht es um die Erfahrungen einer jungen Frau, die bei einer Sex-Hotline gearbeitet hat. Der Film beschreibt humorvoll, aber

ohne zu beschönigen, die widersprüchlichen Gefühle, die der Job bei der jungen Frau auslöst und welche Spuren er hinterlässt. Die Jury hob die Gelassenheit hervor, mit der die Autorin das Thema vermittelt und dabei Banales und Doppeldeutiges vermeidet.

Ein Sonderpreis ging an Kim Trau für die monatliche Kolumne „Politik von unten“ der Tageszeitung in Berlin. In der Kolumne geht es um den Alltag einer jungen Frau, die - eigentlich als Junge zur Welt gekommen - erst seit einer geschlechtsangleichenden Operation im richtigen Körper lebt. Die Jury lobte den Mut, eine solche Kolumne zu schreiben, und die Fähigkeit Kim Traus, ihre Erlebnisse und Gedanken auf subtile Weise mit Gesellschaftskritik zu verbinden. Der pro familia Bundesverband hatte den JournalistInnen-Wettbewerb ausgelobt, um herausragende Arbeiten von Journalistinnen und Journalisten zu würdigen, die Sexualität in ihrer Vielfalt zum Thema haben.

Peggi Liebisch, pro familia Bundesverband,
Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt,
Tel.: 069 - 26 95 779 0, E-Mail: peggi.liebisch@profamilia.de

Beschlüsse der 22. Konferenz der Frauen- und Gleichstellungsministerien der Länder (GFMK) im Juni 2012

TOP 5.4 Geschlechtergerechtigkeit bei den Sozialwahlen

Mit Blick auf die Unterrepräsentanz von Frauen in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Sozialversicherungsträger hatten die Gleichstellungs- und Frauenministerinnen bereits zur GFMK im Jahr 2008 eine Erhöhung des Frauenanteils angemahnt. Die Sozialwahlen im Jahr 2011 haben jedoch nicht zu einer wesentlichen Erhöhung des Frauenanteils geführt. Die GFMK kritisiert strukturelle Benachteiligungen: Personen, die über die Familienversicherung krankenversichert sind oder Hinterbliebenenrenten beziehen, sind vom aktiven Wahlrecht ausgeschlossen. Dies sind überwiegend Frauen. Vor diesem Hintergrund hat die GFMK die Bundesregierung aufgefordert, die Ergebnisse der Sozialwahlen geschlechtergetrennt auszuweisen.

Darüber hinaus hat die GFMK die Bundesregierung gebeten, konkrete Regelungen zur Durchsetzung einer geschlechtergerechten Besetzung der Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Sozialversicherungsträger - wie zum Beispiel durch die Quotierung von Vorschlagslisten - zu treffen.

TOP 6.2 Geschlechtergerechter Arbeits- und Gesundheits- schutz: Ansatzpunkte und Strategien aus gleich- stellungspolitischer Sicht

Im Auftrag der GFMK hat eine Arbeitsgruppe unter Federführung von Hessen einen umfassenden Bericht erstellt, um für einen geschlechtergerechten und stärker zielgruppenorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutz zu sensibilisieren. Im Fokus stehen atypische Beschäftigungsverhältnisse. Mit dem Ziel, auch die Erkenntnislage zu verbessern, werden beteiligte Ministerien, Institutionen und Gremien gebeten, ein Augenmerk auf die geschlechtersensible Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu haben und die Geschlechterperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz, insbesondere in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, aufzugreifen.

TOP 9.1 und TOP 9.3 Gewalt gegen Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalt zu werden. Sie sind zwei- bis dreimal häufiger von sexueller Gewalt betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Die GFMK setzt sich dafür ein, den Schutz von

Frauen mit Behinderungen deutlich zu verbessern, ihnen den Zugang zu Unterstützungseinrichtungen zu ermöglichen und wirksame Maßnahmen zu erarbeiten, der Gewalt entschieden entgegen zu wirken. Für Einrichtungen der Behindertenhilfe und Schulen sollen verstärkt Sexualpräventionskonzepte entwickelt werden.

Weiterführende Literatur: Studie „Lebenssituation und Belastung von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des BMFSFJ

TOP 10.1 Aufhebung der Verschreibungspflicht für Notfallkontrazeptiva

Außerdem lag den Frauen- und Gleichstellungsministerinnen folgender Beschlussvorschlag zur Abstimmung vor:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, die Verschreibungspflicht für Notfallkon-

trazeptiva auf Levonorgestrel-Basis („Pille danach“) auf Grundlage von § 48 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) aufzuheben.“

Die Befürworterinnen, darunter auch die niedersächsische Sozialministerin Aygül Özkan, begründeten ihre Auffassung: Die Abgabe der „Pille danach“ in Apotheken soll einen niedrigschwelligen und schnellen Zugang zur Verhinderung einer ungewollten Schwangerschaft ermöglichen. Die derzeitige Praxis der Verschreibungspflicht führt dazu, dass mit der Rezeptausstellung durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen zu viel Zeit verstreichen kann. Dies insbesondere am Wochenende, da ein Rezept für die „Pille danach“ nur in Krankenhausambulanzen oder durch den Ärztlichen Notdienst ausgestellt werden kann. Aus frauenpolitischer Sicht ist die „Pille danach“ ein wichtiges Instrument der selbstbestimmten Reproduktion von Frauen.

Dieser Antrag fand auf der GFMK nicht die erforderliche Mehrheit.

Hildegard
Müller

Der neue Bluttest zur pränatalen Diagnostik

Seit August 2012 ist in Deutschland ein Bluttest für schwangere Frauen zugelassen, der der Diagnostik von Chromosomenfehlverteilungen dient. Dieser Test ist zurzeit in Deutschland für die Untersuchung auf Trisomie 21 (Down-Syndrom) zugelassen und wird ab der 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt.

Ein wesentlicher Unterschied zur invasiven Amniozentese besteht darin, dass der Test ohne Gefahren für die bestehende Schwangerschaft durchgeführt werden kann und somit allen Schwangeren eine ungefährliche Untersuchung auf Trisomie 21 ermöglicht. Dieses könnte zu der ärztlichen

und gesellschaftlichen Erwartung führen, dass jede Schwangere diesen Test routinemäßig durchführen lässt und - sollte der Befund positiv sein - sie die Schwangerschaft abbricht.

Der PraenaTest wirft aufgrund seiner risikolosen Durchführbarkeit viele Fragen auf, neben den gesellschaftspolitischen insbesondere solche nach den sexuellen und reproduktiven Rechten von Frauen; zum Beispiel:

- Wie können schwangere Frauen umfassend und unvoreingenommen informiert und beraten werden, um eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen pränatale Diagnostik zu treffen?

- Wie kann das Recht auf Nicht-Wissen sichergestellt werden? Welche Strukturen ermöglichen es Schwangeren, sich ohne ärztlichen und gesellschaftlichen Druck gegen den PraenaTest zu entscheiden?

- Wie kann bei einem positiven Befund die Beratung so durchgeführt werden, dass die Ratsuchenden unterstützt werden, zu einer für sie selbst tragbaren Entscheidung zu gelangen?

- Welche gesellschaftlichen und politischen Strukturen können sicherstellen, dass neue medizinische

Möglichkeiten nicht zu Lasten von Menschen mit Behinderungen gehen?

- Wie kann es gesellschaftspolitisch gelingen - im Sinne der Inklusion - Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen?

Vertiefende Informationen finden Sie im Internet unter folgenden Links:

pro familia Informationspapier:
http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/PND_Bluttest.pdf

pro familia Nordrhein-Westfalen
Stellungnahme Juni 2012

http://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/Stellungnahme_PraenaTest_Trisomie21.pdf

Stellungnahme des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik:
<http://www.bvkm.de/dokumente/pdf/Praenataldiagnostik/BluttestRundbrief.pdf>

Das Gendiagnostikgesetz im Netz
<http://www.gesetze-im-internet.de/gendg/index.html>

Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen,
Lange Laube 14, 30159 Hannover, E-Mail: hildegard.mueller@profamilia.de

Stefanie
Kühn

Die neue Begutachtungsrichtlinie Vorsorge & Rehabilitation und ihre Auswirkungen für Mutter- / Vater-Kind- Maßnahmen: Wird nun doch noch alles gut?

In der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 07. Februar 2012 erklärte der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sind wichtig für eine erfolgreiche Prävention und Rehabilitation (...)“ und er erwarte, dass die Überarbeitung der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie der entsprechenden Umsetzungsempfehlungen des GKV-SV der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des GKV-SV (MDS) zu einer „(...) spürbaren Verbesserung der Bewilligungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der betroffenen Mütter und Väter beiträgt.“

Die neue Richtlinie

Diese aktualisierte Fassung der Begutachtungsrichtlinie und ihrer Umsetzungsempfehlungen ist das konsensfähige Ergebnis intensiver Beratungen zwischen dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes, dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Im Gegensatz zur bisherigen Vergabep Praxis sind die Genehmigungsprozesse nun transparenter und in allen Schritten nach-

vollziehbarer, sodass die Entscheidungsgrundlagen für eine Zu- oder Absage damit nachprüfbar sind. Zudem werden allgemeine Kontextfaktoren berücksichtigt. So können die Belastungen der Mütter und Väter besser abgebildet werden. Alle Beteiligten erhoffen sich, dass nunmehr eine „bedarfsgerechte Antragsbearbeitung und Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Familien“ erreicht werden kann durch die stärkere Transparenz und Klarheit in Bezug auf Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, so heißt es in der gemeinsamen Pressemitteilung.

Wie sieht es nun sieben Monate später aus? Sind die Erwartungen aller Beteiligten in Erfüllung gegangen? Tatsächlich können sich die evangelischen Kliniken im Verbund des Müttergenesungswerks und auch unsere vier ReGenesa-Therapiezentren über eine derzeit gute und stabile Auslastung freuen. Bis Ende dieses Jahres sind alle freien Kapazitäten ausgeschöpft. Die neue Begutachtungsrichtlinie sorgt in ihrer Anfangsphase durchaus für die gewünschte positive Entwicklung bzw. Einflussnahme auf die bisher fragwürdige Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

Die Situation von ReGenesa

Dennoch ist eine überschwängliche Euphorie bei allen Mitstreiterinnen und Mitstreitern für die Müttergenesung noch nicht wirklich zu spüren, denn nur zu gut erinnert man sich an die „schweren“ Jahre zuvor, die letztlich auch bei ReGenesa e. V. zu einer schmerzlichen Entscheidung geführt haben: Aus betriebswirtschaftlichen Gründen und um die Existenz der weiteren drei evangelischen ReGenesa-Therapiezentren in Niedersachsen zu sichern, haben sich Verwaltungsrat und Geschäftsführung des Vereins dazu entschlossen, das seit 45 Jahren bestehende NOPITSCH-HAUS in Bad Bevensen zum 31. Dezember 2012 stillzulegen.

Somit verbleiben in Niedersachsen nur noch drei evangelische Mütterkurkliniken der Müttergenesung, was eine weitere Schwächung des Klinikstandortes Niedersachsen bedeutet, sowie den Verlust von Arbeitsplätzen. Bundesweit reduziert sich damit die Anzahl auf nur noch fünf Mütterkurkliniken unter dem Dachverband des Müttergenesungswerks. Eine traurige Bilanz, im wahrsten Sinne des Wortes ...

Nicht minder tragisch ist diese Entwicklung für die kranken und belasteten Mütter in unserer Gesellschaft, weil damit die Lücke in der gesundheitlichen Regelversorgung für sie noch weiter wächst. Ihre soziale Teilhabe wird erneut eingeschränkt, denn durch die sich erneut mindernde Anzahl der noch zur Ver-

fügung bzw. zur Auswahl stehenden Kliniken mit der einzigartigen und zielgruppenspezifischen Gesundheitsleistung der Müttergenesung erschwert sich der Zugang zu diesen Leistungen für die dringend kurbedürftigen Mütter.

Trotz dieses Tiefschlages wird ReGenesa e. V. nicht aufgeben, sondern weiter an dem Ziel festhalten, das Fortschreiten der für die Müttergenesung und für die Patientinnenbelange nachteiligen gesundheits- und wirtschaftspolitischen sowie sozialgesellschaftlichen Entwicklung aufzuhalten, und zwar mit engagierten und sozialverantwortungsbewussten Partnerinnen und Partnern an der Seite.

ReGenesa als neue Marke

In diesem Kontext erscheint es ReGenesa e. V. unerlässlich, sich auf dem Gesundheitsmarkt neu zu positionieren und auch zu präsentieren: ReGenesa e. V. ist bestrebt, als neue Marke, als moderner und innovativer Klinikanbieter von Gesundheitsleistungen für Frauen, Mütter und Kinder in Erscheinung zu treten, aber auch mit deutlicher Betonung seiner evangelisch-lutherischen Wurzeln.

Daher ist ReGenesa e. V. gerade dabei, sich in seinem Erscheinungsbild nach außen völlig neu auszurichten. Dazu gehört auch die Produktion von Informations- und Imagefilmen über die einzelnen ReGenesa-Therapiezentren, die in etliche Netzwerke im Internet eingestellt worden sind und bald auch als DVD erhältlich

sein werden. In Kürze liegen auch die grafisch und inhaltlich völlig neu überarbeiteten Therapiezentren-Prospekte vor und eine dementsprechend passende, neue Internetpräsenz ist auch bereits in Arbeit.

Abgesehen von den nach außen stark sichtbaren Neuerungen vollzieht sich bei ReGenesa e. V. auch im Inneren ein Innovations- und Entwicklungsprozess. Dazu gehört zum Beispiel die Implementierung einer salutogenen Mitarbeiterführung und Personalentwicklung, die Neuaus-

richtung bei tragfähigen Kompetenz-Schwerpunkten in den Therapiezentren (tiergestützte Therapie) oder auch die Zentralisierung der Kurenbelegung für die einzelnen ReGenesa-Therapiezentren in der Geschäftsstelle in Hannover. Das sind nur einige Punkte auf der Agenda.

Die Zukunft wird hoffentlich bald zeigen, wann sämtliche Mühen belohnt werden und alle kreativen Ideen und auf den Weg gebrachten Maßnahmen Früchte tragen.

Stefanie Kühn, Vorstand und Geschäftsführung, ReGenesa e.V., Frauen und Mutter-Kind Vorsorge & Reha, Therapiezentren des Frauenwerks der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e. V., Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel. 0511 990 45-0, Fax 0511 990 45-45, www.regenesa.de



Aufruf des AKF: Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland

In Deutschland sind im Jahr 2010 31,9 % der Kinder durch einen Kaiserschnitt zur Welt gekommen. Regionale Schwankungen liegen zwischen 15 % und 36,6 % und sind medizinisch nicht erklärbar. 1991 lag die Rate noch unter 15 %. Diese Entwicklung ist weltweit zu beobachten. An der Spitze steht aktuell China mit 46 %.

Unzweifelhaft ist der Kaiserschnitt eine lebensrettende Option aus mütterlicher oder kindlicher Indikation. Moderne Operations-, Anästhesie- und Therapieverfahren haben dazu

geführt, dass Frauen auch bei Regelwidrigkeiten sicher entbunden werden können und erheblich weniger Einschränkungen hinnehmen müssen als früher. Was in Notfallsituationen wertvoll ist, darf jedoch nicht zur Routine werden, sonst verkehren sich Vorteile in Nachteile und ein rettender Eingriff wird zur riskanten Operation.

Zu viele Kaiserschnitte sind strukturell, organisatorisch oder ökonomisch statt medizinisch begründet.

Die Häufigkeit, mit der derzeit Kaiserschnitte durchgeführt werden, ist aus Sicht der WHO und anderer Fachleute medizinisch und ethisch nicht gerechtfertigt. Diese Bedenken teilt der Runde Tisch des AKF „Lebensphase Eltern werden“. Es sind strukturelle, organisatorische und ökonomische Gründe, die die Entscheidung für einen Kaiserschnitt begünstigen. Legitimiert wird diese jedoch in der Regel mit einer sogenannten relativen („weichen“) medizinischen Indikation.

Heute erlaubt die personelle Besetzung im Kreißaal meist keine kontinuierliche Betreuung der Gebärenden durch die Hebamme, die die Schwangere stärkt und Zeit gibt für die natürlichen Abläufe. Stattdessen wird Zeitdruck aufgebaut und eine Interventionskette initiiert, die die Geburt verkürzen soll. Häufig sind Kaiserschnitte das Resultat voreiliger Geburtseinleitungen und anderer Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf. Vielen routinemäßigen Anwendungen fehlt zudem die Evidenz. Ein Beispiel hierfür ist die kontinuierliche Herztonüberwachung (CTG). In 50 % der Fälle ist die Interpretation des CTGs zur Diagnostik eines fetalen Gefährdungszustands falsch. Ernst zu nehmen sind auch Hinweise auf erhöhte Kaiserschnitttraten nach einer Epiduralanästhesie.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht besteht kein Anreiz, Vaginalgeburten zu fördern und Kaiserschnitte zu vermeiden. Die Kliniken müssen eine teure Infrastruktur für die Geburtshilfe vorhalten. Die Vergütung

für die Betreuung einer normalen Geburt reicht nicht aus, um die Kosten auszugleichen. Nach Niino ist in Lateinamerika festgestellt worden, dass in Privatkliniken deutlich höhere Kaiserschnitttraten vorliegen und dass eine höhere Vergütung von Kaiserschnitten umgehend zu einem Anstieg der Operationszahlen geführt hat, ohne dass die Gesundheit von Mutter und Kind sich verbessert hätte. Europäische Daten liegen hierzu nicht vor.

Ein weiteres Problem ist die haftungsrechtliche Situation, die den Geburtshelferinnen häufig nicht gestattet, nach medizinisch-fachlichen Kriterien zu entscheiden, sondern sie nötigt, eine Defensivmedizin zu betreiben, in der sie mit dem Kaiserschnitt nach bisheriger Rechtsprechung „immer auf der sicheren Seite“ sind. Fatalerweise wird diese Art forensischer Absicherung auch von vielen Beteiligten, insbesondere von werdenden Eltern, als medizinisch-fachliche Sicherheit fehlgedeutet.

Ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation ist mit höheren Risiken verbunden als eine Vaginalgeburt und keineswegs sicherer für Mutter und Kind.

In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Untersuchungen die kurz- und langfristigen Folgen eines Kaiserschnitts herausgestellt. Diese beziehen sich:

1. auf den Körper der Frau: Narkose- und Thromboserisiken, Blutverlust, Schmerzen, eingeschränkte Stillfähigkeit, Infektionen, Wundheilungsstörungen und Verwachsungen,
 2. auf die Psyche der Mutter: Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen,
 3. auf Folgeschwangerschaften: regelwidriger Plazentasitz mit stark erhöhtem Risiko für Müttersterblichkeit,
 4. auf das Kind: Anpassungsstörungen, häufigere nachgeburtliche Einweisung in die Intensivstation, Asthma, Diabetes, Adipositas im Kindergartenalter, möglicherweise auch Autoimmunerkrankungen,
 5. auf die Mutter-Kind-Beziehung: Bindungsprobleme.
- die Evaluierung geburtshilflicher Maßnahmen (z.B. Geburtseinleitungen),
 - die Empfehlungen zur Betreuung bei normaler Geburt umzusetzen, d.h. zum Beispiel eine 1:1-Betreuung für alle Gebärenden und
 - die generelle Veröffentlichung der Kaiserschnittraten von Kliniken. In Deutschland existiert eine S1-Leitlinie zu Kaiserschnitt-Indikationen aus dem Jahre 2008. Sie genügt weder von der Zusammensetzung der AutorInnengruppe noch von der Aktualität und Vollständigkeit der Datenbasis den Ansprüchen einer evidenzbasierten Medizin. In Großbritannien beispielsweise hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) neue Guidelines entwickelt. Der Indikationskatalog für Kaiserschnitte wurde der aktuellen Datenlage angepasst. So wurde Frauen, die bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte hatten, empfohlen, sich für eine vaginale Geburt zu entscheiden, da das Komplikationsrisiko bei einem nachfolgenden Kaiserschnitt genauso hoch ist wie bei einer vaginalen Geburt.

Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu begründen, ist meistens zu kurz gegriffen. Hinter einer sogenannten „Wunschsectio“ verbirgt sich oft genug eine unheilsame Koalition zwischen ärztlicher Präferenz und unzureichendem Wissensstand der Frauen. 86 % der Frauen geben nach einem Kaiserschnitt an, die Folgen des Eingriffs unterschätzt zu haben.

Die WHO fordert, die Anzahl von Kaiserschnitten zu begrenzen und kritisiert die verharmlosende Darstellung von Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation. Die WHO fordert z.B.

- die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien,

Die Hebammenbetreuung nimmt in der Veränderung der Rahmenbedingungen eine Schlüsselposition ein.

ExpertInnen sehen Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen in einer Schlüsselposition zur Veränderung der Rahmenbedingungen. Hebammen könnten sowohl die physiologischen und psychologischen als

auch die psychosozialen Bedürfnisse der schwangeren Frau und ihres Partners fokussieren und dadurch die beste Unterstützung in dieser Lebensphase gewährleisten.

Es sind bereits wissenschaftliche Nachweise für Maßnahmen erbracht worden, die tatsächlich die Kaiserschnittraten senken.

Die Unterzeichnenden fordern auf dieser Basis folgende strukturelle Veränderungen:

- die Förderung der Schwangerenbetreuung durch ein Team von Hebamme und Frauenärztin,
- die Anwendung von bereits existierenden guten Konzepten zur Geburtsvorbereitung für werdende Eltern,
- Anreize für eine 1:1 Betreuung unter der Geburt,
- die flächendeckende Einrichtung von Hebammenkreißsälen,
- die verbesserte Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Hebammen ambulant und stationär,
- einen Schwerpunkt „natürliche Geburt“ im Studium und in der Facharztweiterbildung sowie Festlegung einer Anzahl an zu beobachtenden physiologischen Geburten,
- die verpflichtende Etablierung von klinikinternen Fallkonferenzen unter Einbeziehung von GynäkologInnen und Hebammen,
- die Förderung wissenschaftlicher Evaluierung von geburts-hilflichen Verfahrensweisen,
- die Erarbeitung von Konzepten, die Anreize schaffen, Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen, z.B. Qualitätskontrollen mit nachfolgender Beratung der Krankenhäuser mit überhöhter Kaiserschnittrate,
- die Information der werdenden Eltern über unabhängige Beratungsangebote bezüglich Kaiserschnitt und den Folgewirkungen.

Mit der Einführung und Förderung der beschriebenen Praktiken wird eine grundlegende, nachhaltige Veränderung der momentanen Verhältnisse in die Wege geleitet. Damit werden Voraussetzungen für einen Rückgang der Anzahl der Kaiserschnitte geschaffen.

Der Geburtsvorgang ist von elementarer Bedeutung für neugeborene Kinder, werdende Mütter, Väter, Familien und für die Gesellschaft.

Frauen verdienen in der einzigartigen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz.

Ein Kaiserschnitt ist ein medizinischer Eingriff, der Leben retten kann, wenn er indiziert ist, und der Geburtsrisiken reduzieren kann. Ohne eindeutige medizinische Indikation ist er ein Eingriff mit hohem Schadenspotenzial.

Deswegen rufen wir auf zu einem Bündnis zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland.

Schließen Sie sich durch Ihre Unterschrift unserer Kampagne an und leiten Sie unseren Aufruf an andere Organisationen und Einzelpersonen

weiter. Darüber hinaus laden wir Sie ein, Ihr Fachwissen, Ihre Erfahrungen und Ihre Ideen einzubringen und sich an weiteren Aktivitäten zu beteiligen. Nur gemeinsam können wir erreichen, dass die Zahl der Kaiserschnitte wieder auf das medizinisch notwendige Maß sinkt.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), Sigmaringer Str. 1, 10713 Berlin, Tel.: 030 - 863 93 316, Fax: 030 - 863 93 473, E-Mail: buero@akf-info.de

Equal-Pay-Day-Kampagne 2013 startet

Lohnfindung im Gesundheitswesen – viel Dienst, wenig Verdienst

Schwerpunkt des nächsten Aktionstags für gleiche Bezahlung für Frauen und Männer wird die Lohnsituation in den Gesundheitsberufen sein. Unter dem Motto „Viel Dienst - wenig Verdienst“ wird es darum gehen, nachhaltige Lösungen für einen Berufszweig aufzuzeigen, der in unserer alternden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung gewinnt, dessen überwiegend weibliche Be-

schäftigte aber nach wie vor am unteren Rand der Gehaltsstatistiken zu finden sind.

Der Equal Pay Day wird am 25. März 2013 stattfinden. Er markiert den Tag, bis zu dem Frauen nach Ablauf eines Jahres länger arbeiten müssen, um das durchschnittliche Vorjahresgehalt von Männern zu erreichen. Gefördert wird die Initiative des „Gleichbezahltes“ durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Weitere Informationen unter www.equalpayday.de

Regionales

19 | „älter, bunter, weiblicher: Wir gestalten Zukunft!“

Christa
Stüven

„älter, bunter, weiblicher: Wir gestalten Zukunft!“

Mit dieser Initiative greift die Landesregierung gemeinsam mit den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft als eine Chance für mehr Gleichberechtigung auf.

Die kommunalen Gleichstellungsbeauftragten im Landkreis Harburg nutzen das Programm unter dem Thema „Gesundheitsmanagement“ und fügten der Titelzeile „älter, bunter, weiblicher“ kurzerhand den Begriff „...gesünder“ hinzu.

Bis Ende Oktober 2012 werden in sechs Kommunen insgesamt neun Veranstaltungen über die Bühne gegangen sein. Im Fokus stehen Stressbewältigung und Strukturen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Veranstaltungen beinhalten sowohl passive Elemente (Vortrag) als auch aktive Elemente (zum Beispiel Bewegungsübungen). Unter dem Aspekt „Nachhaltigkeit“ gibt es jeweils eine kleine Abfrage arbeitsbedingter Belastungen und deren

Auswirkungen auf die eigene Person und den Arbeitsplatz - in der öffentlichen Verwaltung oder in einem Betrieb in der Region. Ziel ist es dabei auch, die Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmerinnen zu stärken und Informationen zu vermitteln, wie ein gesundheitsbewusstes Handeln das persönliche Wohlbefühl steigert. Oft sind es kleine Veränderungen, die der Erschöpfung vorbeugen oder sie verringern.

Die erfahrene Atemtherapeutin, Sozialpsychologin M. A. und Heilpraktikerin für Psychotherapie, Bettina Sawall, vermittelt in guter Atmosphäre Tipps zur Strukturierung des Alltags und einfache Übungen, die leicht auch am Arbeitsplatz umzusetzen sind, um einer Überlastung vorzubeugen.

Mit großem Erfolg sind die Angebote bereits in den Kommunen Buchholz, Elbmarsch, Jesteburg, Seevetal und Stelle angenommen worden. Tostedt folgt im Herbst.

Das Projekt der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten wird realisiert in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Frau und Wirtschaft - feffa - Landkreis Harburg.

Die erste verwaltungsinterne Veranstaltung der Gleichstellungsbeauftragten der Samtgemeinde Elbmarsch fand so großen Anklang, dass prompt eine Fortsetzung zum Thema „Zeitmanagement“ vereinbart wurde.

Vor dem Hintergrund der Zunahme von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit der Pflege von Angehörigen sollen mögliche Überforderungen erkannt und Bewältigungsstrategien erlernt werden. Das Projekt ist gedacht als Auftakt für die nachhaltige Integration von Gesundheitsschutz in ein kontinuierliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen und Betrieben.

Christa Stüven, Gleichstellungsbeauftragte der Samtgemeinde Elbmarsch, Elbuferstraße 98, 21436 Marschacht, Tel.: 041 76 - 90 990 (Rathaus)

Schwerpunkt

Selbst. Bestimmt. Entscheiden.

21 | Begrüßung 25 | Was heißt Selbstbestimmung – eine Begriffsklärung
35 | Wissen oder Nicht-Wissen, das ist hier die Frage ... 42 | Wohl und (keine)
Wehe? Kaiserschnitt und Selbstbestimmung 48 | Eine Teilnehmerin meldet sich
zu Wort 49 | Wie ist das Werkstattgespräch angekommen?

Gut 80 Frauen sind in der Ärztekammer in Hannover zusammen gekommen und haben sich vor dem folgenden Hintergrund über das Thema „Frauengesundheit zwischen informierter Entscheidung und gesellschaftlichen Erwartungen“ ausgetauscht und zu den genannten Fragen diskutiert: In Zeiten zahlloser, frei zugänglicher Quellen ist es leicht für Frauen, Informationen zu Ge-

sundheitsthemen zu bekommen. Wir scheinen immer besser informiert. Eine selbstbestimmte Entscheidung dürfte vor diesem Hintergrund kein Problem sein. Aber genau da liegt die Schwierigkeit: Wo kommen die Informationen her? Welche Interessen sind damit verbunden? Was ist ein frauengerechter Bedarf? Gibt es ein Recht auf Nichtwissen? Werden Frauen überredet oder überzeugt?

Ursula
Jeß

Begrüßung

Ich begrüße Sie zum Werkstattgespräch „Selbst. Bestimmt. Entscheiden.“

Dies ist die 26. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen.

Bei der Planung der Veranstaltung sind wir davon ausgegangen, dass das heutige Thema zwar auch Referate als Denkanstöße braucht, dass es jedoch stärker nach einem Austausch von Positionen - sicher auch von strittigen Positionen - verlangt, als bei unseren vorangegangenen

Tagungen. Deshalb haben wir es Werkstattgespräch genannt. Und wir hatten eine kleinere Diskussionsrunde erwartet. Von der Vielzahl der Anmeldungen waren wir dann positiv überrascht und sind kurzerhand hierher umgezogen.

Ich habe den Eindruck, dass die meisten unsere „Umleitung“ erreicht hat und hoffe, es gab nicht so viele Unannehmlichkeiten.

Jetzt heiÙe ich Sie herzlich willkommen im Ärztehaus in Hannover.

Der Newsletter Nr. 74 der Landesvereinigung für Gesundheit hatte einen Schwerpunkt, der unser heutiges Thema berührt: „Wie viel Wissen ist gesund“? lautet die Kernfrage. Prof. Bettina Schmidt von der evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe spricht dort in ihrem Aufsatz von Idealbedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn unser Wissen einen gesundheitlichen Nutzen haben soll.

Dort werden folgende Kriterien als wichtige Voraussetzungen genannt:

- Das verfügbare Wissen ist korrekt und widerspruchsfrei.
- Das Wissen lässt sich fehlerlos vermitteln / erwerben.
- Das Wissen verändert Verhalten in erwünschter Weise.
- Das Verhalten fördert Gesundheit.

Ich denke, wir können uns alle ziemlich schnell darauf verständigen, dass diese Bedingungen - zum jetzigen Zeitpunkt - nicht erfüllbar

sind. Dies möchte ich knapp an wenigen Beispielen veranschaulichen - anhand von anderen Themen der Gesundheitsförderung.

Beispiel 1: Korrektes Wissen

Unbestritten ist Rauchen schädlich, wie sehr aber Passiv-Raucherinnen gefährdet sind, ist schon weniger klar. Risiken des Alkoholkonsums werden unterschiedlich gewichtet. Welche Mengen sind für wen unbedenklich?

Schließlich sind viele Aussagen zur gesundheitlichen Gefährdung durch Übergewicht ungesichert - und letztes Beispiel: die Bedeutung des Cholesterinspiegels ist höchst umstritten.

Beispiel 2: Fehlerlose Vermittlung

Vielleicht erinnern Sie sich an die Zahlenspiele bei Einführung des Mammografie-Screenings. Die Behauptung: Die Brustkrebsterblichkeit wird um 30 % gesenkt werden. Frau Prof. Mühlhäuser von der Universität Hamburg hat vorgerechnet, wie man es anders betrachten kann - und sie hat mit Befragungen nachgewiesen, dass weder Ärztinnen und Ärzte noch Laien die Behauptung des statistisch großen Nutzens verstehen oder nachvollziehen können. Sie hat nachgewiesen: Die Mehrzahl der befragten Ärzte schätzen den Nutzen des Mammografie-Screenings zu hoch ein.

Wenn Ärztin oder Arzt diese Studienergebnisse entweder nicht kennt oder nicht versteht, wie sollen sie es dann mit ihren Patientinnen ver-

nünftig - im Sinne einer informierten Entscheidung - besprechen?

Beispiel 3: Verhaltensänderung

Die WHO hat 2011 festgestellt, dass sich Adipositas in den letzten 20 Jahren weltweit verdoppelt hat - das Wissen um mögliche Gesundheitsrisiken und ungezählte Kampagnen haben keine Verhaltensänderungen zur Folge gehabt. Sind Maßnahmen zur individuellen Verhaltensänderung ein gigantischer Irrweg?

- Verhaltensänderung ist anstrengend,
- bedeutet Restriktion im Sinne von weniger Spaß am Leben,
- kann heißen: viele Menschen brauchen nicht nur Informationen, sondern auch bessere Lebensbedingungen,
- riskantes Verhalten ist Teil meiner Selbstkonstruktion, z.B. von Männlichkeit.

Die vorgenannten Beispiele betreffen nicht die heute im Focus stehenden Themenbereiche. Die dahinter stehende Problematik ist jedoch die gleiche:

Wie sieht objektive, nicht von falschen Interessen geleitete Patienteninformation aus? Wer bestimmt, was falsche Interessen und richtige oder gute Interessen sind? Wie sieht sie aus, die Gute Praxis Gesundheitsinformation?

Ist eine fachgerechte Wissensvermittlung knapp oder vollständig dargestellt? Ist die Klarheit wichtiger als die Genauigkeit? Gehören dazu auch

Informationen, die möglicherweise unnötig Angst erzeugen? Sind Empfehlungen Manipulation?

Die Fragen sind auf andere Themenfelder übertragbar, etwa wenn es um die reproduktive Gesundheit, um Pränataldiagnostik geht. Und hier wird dann sogleich die ethische Dimension sichtbar.

Die Entschlüsselung des gesamten Erbgutes schreitet voran.



Jüngst wurde angekündigt, dass mit einer Blutuntersuchung der Schwangeren Trisomie 21 - das sog. Down Syndrom - festgestellt werden kann - zeitlich früher und ohne die Risiken einer Gewebe- oder Fruchtwasserprobe.

Schon heute werden viele Schwangerschaften mit Diagnose Trisomie 21 abgebrochen.

Es ist positiv, wenn schmerzhaftes Spätabtreiben vermieden werden können.

Was bedeuten die zunehmenden Erkenntnisse und Möglichkeiten der Gendiagnostik für die schwangeren Frauen? Und für die werdenden Väter?

Mit welcher Erwartungshaltung von Nachbarn, Freunden, Krankenkassen, der öffentlichen Meinung müssen sich werdende Mütter und Väter zukünftig auseinandersetzen?

Darf ich sagen „Ich will das nicht wissen. Ich habe ein gutes Gefühl. Ich verzichte auf die pränatalen Untersuchungen? Wie selbstbestimmt ist meine Entscheidung, wenn meine Gynäkologin mir rät, diese und jene Untersuchung machen zu lassen, weil es besser für Mutter und Kind ist? Wie ist es um meine informierte Entscheidung bestellt, wenn im Mutterpass der Stempel „Risiko-Schwangerschaft“ prangt?

Oder: Wie sicher kann ich mir meines Wunsches nach einer Spontangeburt sein, wenn Frauen um mich herum eine Kaiserschnittgeburt wünschen, gut überstehen und schon nach drei Tagen aus dem Krankenhaus nach Hause gehen? Wie abgesichert sind die Erkenntnisse bezüglich Mutter-Kind-Bindung, Risiko des Eingriffs, emotionale Bedeutung einer Spontangeburt?

Wie interessenorientiert sind die Argumente im Krankenhaus?

Treffen Frauen ihre Entscheidung aufgrund vielfach gehörter Meinungen? Nach Abwägung aller Argumente?

Und losgelöst von Schwangerschaft und Geburt: Sind wir alle - Männer wie Frauen - in der Lage, die Fülle an Informationen zu sichten, uns gesicherte Erkenntnisse zu beschaffen, sachlich zu bedenken und vielleicht mit der Ärztin und dem Arzt sogar noch in einen Dialog zu treten?

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen hat sich für dieses Tagungsthema entschieden, obwohl es so kontrovers ist. Und die Zahl der Anmeldungen bestätigt das rege Interesse.

Das Thema „Selbst. Bestimmt. Entscheiden“ betrifft nicht nur den Themenbereich Schwangerschaft und Geburt. Wir haben aus pragmatischen Gründen eine Eingrenzung auf Beispiele vorgenommen.

Die Frage „Was will ich wissen, was mach´ ich damit, wie objektiv sind die Informationen?“ betrifft uns alle im Laufe eines Lebens.

Und Sie als Beraterin in einer möglicherweise schwierigen Situation, als Begleitung während einer Schwangerschaft und Geburt sind noch einmal besonders herausgefordert.

Wir werden heute auf viele Fragen keine allgemeingültigen Antworten bekommen. Wir werden unterschiedliche Auffassungen haben und vielleicht hin- und hergerissen sein.

Jedoch können wir uns auch mit Fragen einem Problem nähern und Gewissheiten hinterfragen. Wir werden aufmerksam auf Problemlagen.

Vielleicht werden wir angeregt, bei einem der nächsten Arztbesuche nachzufragen: Warum, wieso, weshalb?

Zum Schluss wünsche ich uns interessante Denkanstöße durch die Vorträge der heutigen Referentinnen und freue mich auf anregende Debatten.

Ursula Jeß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Gustav-Bratke-Allee 2, 30169 Hannover, Tel.: 0511 - 1 20 - 29 62

Cornelia
Helfferich

Was heißt Selbstbestimmung - eine Begriffsklärung



Was bedeutet Selbstbestimmung heute in der Gesundheitsversorgung? Bedeutet Selbstbestimmung, dass eine Frau mit ihrem Körper tun kann, was sie will? Ist so alles Selbstbestimmung und damit Selbstbestimmung nichts (mehr)? Woran ist Selbstbestimmung festzumachen und ist heute nicht so etwas wie Patientenautonomie konkreter und

zudem ausreichend? Wie sollen Professionen ihre Angebote gestalten, wenn die Ermöglichung von Selbstbestimmung von Frauen zu ihrem Selbstverständnis gehört?

Am Anfang des 21. Jahrhunderts stehen wir vor einer hochentwickelten, technologisch gut aufgerüsteten Medizin. Sie nimmt für sich in Anspruch,

durch ein eingreifendes Gestalten des Körpers Gesundheit als persönliches und gesellschaftliches Gut herstellen zu können. Auf der Seite der Nutzerinnen kann dies höchst unterschiedlich aufgenommen werden. Man kann das gut finden - mit aus subjektiver Sicht eigenen, also selbst bestimmten Motiven. Das ist die Selbstbestimmung der Konsumentin, die sich über die Hilfestellungen, gesund zu bleiben, freut. Oder Adressatinnen können zu der Ansicht gelangen, dass dies nicht gut, sondern aufgezwungen sei - mit einem kritischen Hinweis darauf, dass die Interessen der Anbieter nicht die der Nutzerinnen sind und die Nutzerinnen nicht gestärkt und befähigt werden. Das ist die Selbstbestimmung derjenigen, die andere Angebote jenseits der medizinischen Hochleistungstechnologie nutzen. Ebenso gehen die Meinungen auseinander, was Fremdbestimmung sei. Geht den einen der Zwang zum Beispiel von dem Profitinteresse der Pharmalobby und gesellschaftlichen Leistungserwartungen aus, sehen andere den Körper als Begrenzer von Freiheit, der sich im unpassenden Moment mit Beschwerden, Wehen, Blutungen etc. meldet.

Fremdbestimmung und Selbstbestimmung sind Begriffe, die so schillern, dass, je nach Perspektive, ein und dasselbe Verhalten selbst oder fremd bestimmt bewertet werden kann. In der Regel wird es sogar so sein, dass in jeder Entscheidung bewusste, selbst gewählte Aspekte untrennbar mit der Übernahme von gesellschaftlichen Bildern und Erwartungen verbunden sind. Weder gibt es ab-

solute Autonomie, noch gänzliche Fremdbestimmtheit von Menschen. Und Selbstbestimmung kann selbst zu einem Imperativ werden: Wer die Erwartungen an selbstbestimmte Selbstoptimierung nicht erfüllt, wird sanktioniert. So vollziehen Frauen zum Beispiel selbstbestimmt Schönheitserwartungen mit, umgekehrt ist es ein gesellschaftlicher Zwang, die Gesundheit von Kindern optimal selbst zu bestimmen und sie nicht dem Zufall, der Natur etc. zu überlassen. Eine schematische Zweiteilung hier Selbstbestimmung, dort Fremdbestimmung, trägt nicht weit. Hinzu kommen ähnliche Begriffe wie „Patientenautonomie“, „mündige Patientinnen“ etc., deren Verhältnis zu dem Begriff „Selbstbestimmung“ unklar ist.

Ich möchte die Begriffe und Argumente klären und zeigen, dass Selbstbestimmung immer in spezifischen und konkreten historischen Kontexten definiert wird. Ohne diese Kontexte sagt der Begriff wenig aus (Abschnitt 1-3). Am Ende werden Bezugspunkte für Selbstbestimmung zusammengefasst: die objektiven Interessen der Akteure in der Gesundheitsversorgung, die subjektiven Sichtweisen der Nutzerinnen. Eine Schlüsselrolle kommt Wissen und Einfluss zu (Abschnitt 4).

Die konkreten historischen Kontexte sind hier drei Phasen der Frauengesundheitsbewegung, die in den alten Bundesländern in der Zeit von etwa 1975 bis heute drei unterschiedliche Leitbegriffe hervorbrachten. Das heißt, die Diskussion bezieht sich auf den Westen Deutschlands. Die drei

Etappen von Diskursen zur Frauengesundheit haben jeweils einen anderen historischen Hintergrund und ein anderes Hauptthema.

1. Die kämpferische Phase der 70er Jahre mit dem Leitbegriff der Autonomie, der Wiederaneignung des Körpers und des Selbstverfügens über den Körper als Protest gegen Enteignung und Entfremdung.

Frauen wurden ausgegrenzt und als Abweichung von der männlichen Gesundheitsnorm gesehen (als das kranke Geschlecht).

2. Die Phase der breit durchgesetzten frauenspezifischen Angebote in den späten 80er und 90er Jahren mit dem Leitbegriff der Bedarfsgerechtigkeit und der Möglichkeit, diese Angebote wählen zu können.

Es gibt angemessene, auf den spezifischen Bedarf von Frauen zugeschnittene Angebote, die selbstbestimmt gewählt werden.

3. Die Phase der Optimierung und Qualitätssicherung mit dem Leitbegriff des Gender Mainstreaming und der angemessenen Repräsentanz von Frauen an Entscheidungsprozessen. Dies ist auch die Phase, in der Wissen zum Thema „Frauen und Gesundheit“ in anderen Feldern integriert wird.

Diese Phasen überschneiden sich, aber der Akzent und der Fokus verändern sich. In jeder Phase sind die Wurzeln der neuen Entwicklung an-

gelegt und alles ist eingebettet in einen umfassenderen Wandel der Medizin bzw. der Gesundheitsversorgung.

Als Material dienen vielfältige Dokumente aus unterschiedlichen Epochen, Berichte und Newsletter der Arbeitsgruppe Frauen und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, aber später dann auch anderer Organisationen.

1. Selbstbestimmung und die Aneignung des Körpers

In den 70er und 80er Jahren im Westen war Gesundheit in den Diskursen der Frauengesundheitsbewegung ein politischer Begriff. Gesundheit würde sich einstellen, wenn Frauen über ihren Körper selbst bestimmen könnten. Gesundheit schien nur gegen die Gesellschaft möglich. Zentrale Themen waren Gewalt, Medicalisierung des Frauenkörpers, die Verweigerung der Möglichkeit des sicheren Schwangerschaftsabbruchs. Hier, so die Sichtweise, bestimmte „die Gesellschaft“ über den Körper der Frau und machte ihn krank. Der Leitbegriff der Aneignung und Selbstermächtigung findet sich in dem Slogan: „Mein Körper gehört mir“.

Hintergrund war die neue Frauenbewegung, zum einen mit ihrer kritischen Einstellung gegenüber der Schulmedizin bzw. ihrer oppositionellen Einstellung gegenüber der patriarchalen Gesellschaft überhaupt, zum anderen mit ihrer Politisierung des Privaten und damit auch des privaten Körpers. Frauen wollten

nicht länger auf das Haus und ihre Gebärfähigkeit beschränkt und das „schwache“ und das „kranke“ Geschlecht sein. Frauengesundheitszentren entstanden, die Selbsthilfebewegung griff den Gedanken der Aneignung und der Ausbildung von kritischem Expertenwissen auf.

Diese Besonderheiten trafen auf internationale Übereinkünfte und Programme (unter anderem Ottawa Charta 1986, Empfehlungen von Adelaide 1988, Gesundheit 2000), die in einem politischen Sinn die soziale und damit geschlechtsabhängige Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit ansprachen und Gesundheit zum Menschenrecht erhoben. „Gesundheit und Krankheit werden im (geschlechtsspezifisch bestimmten) Alltag mit seinen Macht- und Ohnmachtsverhältnissen hergestellt“, stellte Ilona Kickbusch fest, die lange Zeit Kampagnen wie zum Beispiel „Women’s Health Counts“ der WHO leitete.

Der Kontext dieses Verständnisses von Selbstbestimmung ist der Aufbruch aus der geschlechterpolitischen Nachkriegsstarre Westdeutschlands. Die Aufforderung war es, eigene, den besonderen Bedarfen von Frauen gerechte Formen der Versorgung zu entwickeln und strukturell zu verankern. Dies gelang in den folgenden Jahren mit großem Erfolg - ein gutes Beispiel sind die Frauengesundheitszentren. Damit wurde die Voraussetzung für eine Selbstbestimmung geschaffen, die verstanden wird als Möglichkeit, selbst über den Körper zu bestimmen und ihn sich selbst anzueignen.

2. Selbstbestimmung und frauenzentrierte Ansätze

Nun gab es diese Angebote, die Frauen wählen würden, wenn sie selbstbestimmt wählen könnten, weil sie eben „frauengerecht“ waren - wir sind in der zweiten Phase der Selbstbestimmungsdiskurse der Frauengesundheitsbewegung. Die neuen Leitbegriffe waren „(Bedarfs-) Gerechtigkeit“, „Sensibilisierung“ und „Differenz (der Bedarfe) bzw. Spezifität und Besonderheit der Bedarfe von Frauen im Unterschied zu Männern“. Selbstbestimmung ist gleichbedeutend mit Wahlmöglichkeiten und der Möglichkeit, die geschaffenen frauenzentrierten Angebote zu nutzen.

Das konnte so gesetzt werden, denn die Frauengesundheitsbewegung wusste, was Frauen als Frauenspezifisches brauchen. Diese Angebote werden unterschiedlich bezeichnet, als frauengerecht, frauensensibel, frauengemäß, frauenzentriert, frauenspezifisch. Im Frauengesundheitsbericht wurde die Wahl des Begriffs „frauenzentriert“ begründet: „Wir haben (...) schließlich den Begriff frauenzentriert gewählt, weil es sich um Angebote handelt, die bewusst im Hinblick auf die in der Praxis erfahrenen und angenommenen Bedürfnisse von Frauen entwickelt wurden.“ (S. 580). In der Begründung wird auf eine historische Differenz zwischen Frauen und Männern Bezug genommen und auf das Anderssein der gesundheitlichen Bedarfe von Frauen, das eben in einer männlich dominierten Gesundheitsversorgung

fehlt. Man beachte: es wurde ein historischer, nicht ein essentialistischer Bezug gewählt. Das enthält die Aufforderung, die Bedarfe von Frauen sich dann, wenn sich die Geschichte und der Ort von Frauen in der Gesellschaft verändert, neu zu bestimmen. Der Frauengesundheitsbericht leistete dies jedenfalls für die 90-er Jahre. Insbesondere das Kapitel des Frauengesundheitsberichts zu frauenzentrierten Ansätzen ist ein groß angelegter, systematischer Versuch, die Passung von Frauenbedarfen und frauenzentrierten best-practice-Angeboten nachzuweisen.

Adressaten dieses und anderer Gesundheitsberichte waren nicht mehr direkt die Frauen, die sich selbst organisieren sollten, sondern ausdrücklich Politik und Praxis, die eine solche Selbstorganisation unterstützen, aber auch allgemeine Versorgungsstrukturen verbessern sollten. Die im Dezember 2000 vom Landtag von NRW eingesetzte Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ bezog vor allem Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens ein. Sie hatte ausdrücklich den politischen Auftrag, „praxisorientierte Handlungsempfehlungen für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung“ zu formulieren und „bei den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen die Bereitschaft zur Umsetzung der Empfehlungen zu erreichen.“ (Hürten 2004: 18) Die Handlungsempfehlungen richteten sich außer an die Politik an die Ärztekammern, die kassenärztlichen Vereinigungen und an den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Definition von „frauenzentrierter“ Gesundheitsversorgung im Frauengesundheitsbericht von 2001 hat einen Nachsatz: „Das schließt Konzepte nicht aus, die auf Männer angemessen und sensibel eingehen. Voraussetzung, so die Ausgangsannahme, ist ein Bewusstsein dafür, dass Frauen historisch und gesellschaftlich auf vielerlei Art spezifisch beeinträchtigt und an einer vollen Entfaltung ihrer Gesundheit gehindert worden sind.“ (ebd.) Dieser Nachsatz entstand aus den Diskussionen beim Verfassen des Berichts: Sind die Grundsätze frauenzentrierter Praxis nicht allgemein humanistische Grundsätze? Kann man Frauenspezifisches behaupten, ohne essentialistisch ein Wesen von Weiblichkeit anzunehmen? Damit zielt die Diskussion über die Versorgung von Frauen auf eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung allgemein.

Die folgende Entwicklung ist so gekennzeichnet einerseits von einer Hinwendung zu einer allgemein guten Versorgung, andererseits wurden die Unterschiede unter Frauen stärker beachtet. Der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung bei Frauen wurde spezifiziert nach Krankheiten (zum Beispiel nach Herz-Kreislaufkrankungen, Brustkrebs, Berufskrankheiten) und nach Lebenssituationen von Frauen. Je differenzierender, desto komplexer wurden die Aussagen und Verallgemeinerungen wie „Frauen“ oder „Männer“ wurden problematisch. Der Diskurs zur Frauengesundheit differenzierte sich aus in Spezialdiskurse zu „Frauengesund-

heiten“, die sich überkreuzten und sich vermischten mit anderen, nicht genderspezifischen Entwicklungen. Sie lösten sich im Zuge der Umsetzung teilweise bis zur Unkenntnis auf und gewannen an anderen Stellen neue Konturen.

Für die Durchsetzung frauengerechter oder -zentrierter Angebote wurde nun ein Argument schlagkräftig: sie nützen dem Gesundheitswesen, den Anbietern und Anbieterinnen. Hier wurde das erste Mal eine Interessenidentität zwischen dem Gesundheitswesen und den Nutzerinnen, den Frauen, gesetzt.

Das leitet über zu der dritten Diskursetappe, die unter dem Vorzeichen der Qualitätssicherung steht. Diese letzte Etappe ist vor allem auch im Zusammenhang mit der starken Professionalisierung der Frauengesundheitsbewegung zu sehen. Gesundheit von Frauen wurde zwar gesellschaftskritisch, aber nicht mehr pauschal gegen die Gesellschaft gedacht, sondern sie ist in der Gesellschaft angekommen. Schließlich wird auch der Weg selbst, auf dem eine frauengerechte Gesundheitsversorgung durchgesetzt wird, immer professioneller. Dieser Weg verlagert sich immer mehr in die Interessenkämpfe gesellschaftlicher Institutionen hinein - auch in Bezug auf die Interessenvertretung ist die „Frauengesundheit“ in der Gesellschaft angekommen. Und das verändert den Diskurs um Frauengesundheit erneut und weist dem Gedanken der Selbstbestimmung einen neuen Ort zu.

3. Selbstbestimmung und Qualitätssicherung

Die Leitbegriffe der dritten Phase sind Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung. Dies schließt an die vorherige Phase insofern an, als Bedarfsgerechtigkeit im Zuge der Diskussion von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu einem Qualitätselement wird: Der spezifizierte Bedarf ist akzeptiert - nicht nur für Frauen! - und findet Eingang in die Gesundheitsökonomie. Selbstbestimmung erfährt in diesem Diskurs eine neue Einbettung. Ich möchte aus einem beliebigen Vortagstext zu „geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ von 2003 zitieren: „Ich möchte zeigen, dass erhebliche Bedarfe an geschlechterspezifischer Versorgungsforschung und -praxis bestehen und dass deren Berücksichtigung wesentlich zu einer qualitätsbewussten und effizienten Gesundheitsversorgung beitragen können.“ (Kuhlmann 2003)

Der Diskurs verändert sich:

- Es wird nicht mehr nur nachholend aus der Vergangenheit heraus argumentiert, dass eine Lücke zu schließen sei, die eine historische Vernachlässigung von Frauen geschaffen hatte. Es wird vielmehr vorwärts und in die Zukunft hinein argumentiert, dass es das Gesundheitssystem zu verbessern gilt. Kriterien sind Effizienz und Qualität, die in der Abstraktion für alle möglichen Differenzierungen aufgeschlossen sind - nicht nur nach Geschlecht.

- Die Durchsetzung geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung dient dem System, dem Wohl aller und zugleich den Frauen, deren Erfolg diese Entwicklung ist.
- Der Geschlechteraspekt wird verallgemeinert, er umfasst ebenso Männer wie Frauen. Selbstbestimmung erscheint neutral, sowohl Frauen wie Männer „mitmeinend“, zum Beispiel in den Begrifflichkeiten der „Patientenautonomie“ oder der „informierten Einwilligung“.

Dies entspricht der Transformation der Frauenfrage zu Gender Mainstreaming. Der Begriff der Selbstbe-

weil „Gender“ bereinigt vom Feminismusverdacht auch in Themenbereiche einkehrte, die früher nicht unter Geschlechterperspektive betrachtet wurden.

Selbstbestimmung wird neu verstanden: Chancengleichheit sichert einen angemessenen Einfluss in Institutionen und Gestaltungsmacht. Selbstbestimmung wird so zur Frage der Organisationsstrukturen und formalen Abläufe.

Qualitätssicherung ist aus den Diskussionen um die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung kaum mehr wegzudenken. Qualitätssicherung ist aber erst einmal - ebenso



stimmung tritt hinter den erst einmal inhaltlich leeren Begriff der angemessenen Repräsentanz von Frauen und Männern in allen Entscheidungsstrukturen zurück. Gender Mainstreaming ist eine - allen einen Nutzen versprechende - Strategie im Prozess der Organisationsentwicklung. Im Fokus steht die Gestaltung der Organisation nach dem Kriterium der Chancengleichheit. Fakt ist, dass diese Strategie Gewinn und Verluste brachte - Gewinne auch,

wie Gender Mainstreaming - inhaltsleer. Es kommt entscheidend darauf an, wer die Kriterien dafür bestimmt. Für die Professionalisierung von Berufsgruppen ist es ein zentrales Merkmal, dass diese Gruppen die Qualitätskriterien ihrer Arbeit selbst definieren, daher spielen hier die wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften eine besondere Rolle. Für die frauengerechte Ge-

sundheitsversorgung ist ausschlaggebend, dass und wie Frauen ihre Interessen in diesen Definitionsprozessen der Qualitätskriterien einbringen und auf eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung für Frauen oder Männer beziehen können.

Was sich nun durchsetzt, ist eine Verlagerung der Durchsetzung frauengerechter Gesundheitsversorgung in Institutionen hinein und eine Formalisierung der Durchsetzungsstrategien. Die Durchsetzung von Standards frauengerechter Versorgung kommt als fachliche Strategie daher. Die Kämpfe und Auseinandersetzungen haben sich in die Institutionen hinein verlagert, seien es Ministerien, Krankenkassen oder Fachverbände, und dort spielen sie sich unter anderem als Kämpfe um Definitionshoheiten und Ressourcen ab. Dort allerdings müssen sie der Logik der institutionellen Prozesse genügen. Das absorbiert nicht nur viel Kraft, sondern führt auch dazu, dass über die notwendige Beachtung und Einhaltung von Vorschriften und Regeln, Verfahrensabläufen und Paragraphen die politische Durchsetzung viele formale Aspekte enthält, die nur schwer nach außen zu vermitteln sind. Und schließlich sind in den Entscheidungspositionen in den Institutionen und Netzwerken, dort wo Standards definiert werden, nur wenige Frauen zu finden und die, die dort angelangt sind, haben häufig zu wenig Unterstützung. Gerade bei der Definition von Standards und Kriterien ebenso wie bei der notwendigen inhaltlichen Füllung der Ziele

von Gender Mainstreaming macht sich bemerkbar, dass in den Machtpositionen keine Frauen sitzen.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zum Umgang mit dem Begriff „Selbstbestimmung“

Die Akzentuierung von Selbstbestimmung hat sich demnach verändert. Von

- Selbstbestimmung als oppositionelle Forderung, endlich selbst über den Körper verfügen zu können.

hin zu

- Selbstbestimmung als Wahlmöglichkeit - gewählt werden können Angebote, die den selbstbestimmten, frei gewählten Präferenzen von Frauen entsprechen.

und dann zu

- Selbststimmung als Einfluss auf die Definition von Qualitätsmerkmalen.

Was kann man von dieser Einordnung jeweils für die heutige Diskussion ableiten? Aus der ersten Phase können wir die politische und gesellschaftskritische Haltung übernehmen, auch wenn sie nicht mehr dieselbe sein kann wie in den 70er Jahren. Frauengesundheit wurde gesellschaftskritisch gedacht. Die Interessen von Akteuren der Gesundheitsversorgung an dem Körper der Frau wurden zur Sprache gebracht und es wurde nachgezeichnet, wie Bedarfe von Frauen überhaupt erst geweckt und durchgesetzt werden. Diese Wachheit gegenüber dem,

was auf welche Weise vorgegeben wird, ist ein gutes „Erbe“. Die Veränderungen, insbesondere die Durchsetzung von frauengerechten Versorgungsangeboten, aber auch die Integration von Wissen der Frauengesundheitsforschung in andere Bereiche haben dazu geführt, dass Gesundheit nicht mehr wie in den 70-er Jahren nur jenseits der etablierten Strukturen gesucht wird. Sie gilt nun auch als in der Gesellschaft gestaltbar und erreichbar. Selbstbestimmung - das lehrt die zweite Phase - braucht eine Vergewisserung der Bedarfe, die von Frauen geäußert werden, und bedarf der Angebote, die diesen Bedarfen in ihrer Unterschiedlichkeit gerecht werden. Dennoch: Selbstbestimmung hört auf, wo Frauen manipuliert und Bedarfe geweckt werden, deren Befriedigung anderen als den Gesundheitsinteressen der Nutzerinnen dient, und wo Frauen entsprechendes Wissen über die Hintergründe vorenthalten wird. Ein (ökonomisch begründeter) Zwang zur Selbstoptimierung ist keine Selbstbestimmung - wobei der Charakter des Zwanges sich daran festmacht, dass Verstöße gegen die Optimierung der Gesundheit sanktioniert werden.

Wenig tragfähig ist aber eine absolute Gewissheit, was der eine richtige frauenspezifische Versorgungsbedarf für alle Frauen ist und ein Verständnis von Selbstbestimmung als der eine Weg zu diesen Bedarfen. Das Zitat aus dem Frauengesundheitsbericht besagte - und das ist ein gutes „Erbe“ der zweiten Phase -, dass dieser Bedarf immer wieder

neu auf die sich verändernde historische Situation, auf die jeweiligen Chancen von und die Anforderungen an Frauen bezogen werden muss. Die Unterschiede unter Frauen sind groß. Es führt kein Weg daran vorbei, die subjektiven Bedarfe und die subjektiven Gesundheitskonzepte von Frauen aufzugreifen und sie ernst zu nehmen, sie in einen Kontext der Bedingungen, unter denen sie leben, zu stellen. Sie entstehen in der Auseinandersetzung mit dem Alltag unter den jeweils konkreten Bedingungen.

Was Selbstbestimmung bedeutet - Aneignung des Körpers, Wahlfreiheit, Mitbestimmung - ist also immer in Bezug zu den historischen Bedingungen zu setzen: erstens zu dem aktuellen Stand der Angebote der Versorgung, zweitens zum aktuellen Interesse an der Zurverfügungstellung bestimmter Angebote, und drittens zu dem, was möglich wäre, aber wegen dieser Interessen nicht durchgesetzt wird. Selbstbestimmung ist zudem auch immer auf der Ebene der handelnden Frauen mit einem Moment der Freiheit verbunden, denn sie sollen und müssen ihr Leben und ihre Gesundheit in all ihrer Unterschiedlichkeit selbst gestalten. Selbstbestimmung hat ein offenes Ohr für die von Frauen geäußerten Bedarfe, bezieht sie aber auch zurück auf die Bedingungen, unter denen sie entstanden sind. Der Slogan „Mein Körper gehört mir“ zitiert das bürgerliche Besitzrecht. Das greift heute zu kurz. In den 70-er Jahren wurde die oppositionelle Grundstruktur - Mein Körper soll mir

gehören, damit er nicht mehr einem anderen gehört - betont. Es wurde unterstellt, dass Frauen, die selbstbestimmt mit ihrem Körper umgehen, dies anders tun als die medizintechnologischen Körperkontrollen. Aber die Möglichkeit, mit dem Körper „ganz anders“ umzugehen, sind eng begrenzt. Das Verfügen über den eigenen Körper ist zutiefst in gesellschaftliche Bedingungen des Lebens eingelassen. Das bürgerliche Recht auf selbstbestimmten Umgang mit dem Körper als grenzenlose Freiheit zu verstehen, trägt aber genauso wenig. Bedarfe werden immer auch geweckt und gemacht. Wenn alles erlaubt ist, auch jede Enteignung, dann gerät dies aus dem Blick und es bleibt die neoliberale Rechtfertigung aller verkäuflichen Angebote mit einem erst selbst geweckten Bedarf.

Selbstbestimmung hat ein kritisches Potenzial. Eine besondere Rolle spielen dabei Wissen auf Seiten der Nutzerinnen und Transparenz auf Seiten der Anbieterinnen, Wissen über die politischen und ökonomischen Interessen der Gesundheitsversorgung am Körper der Frau, Wissen über Alternativen, Wissen über Zusammenhänge und Wirkungen über Frauengesundheit und Frauenkörper. Wenn dieses Wissen angewandt wird, befähigt es zur Selbstbestimmung: Vorhandene Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten werden kritisch geprüft und nicht vorhandene, aber sinnvolle werden eingefordert.

Die dritte Phase kann uns wiederum ein anderes und aktuelles „Erbe“ mitgeben: Sie zeigt die historische Realität, dass der Weg, auf dem eine frauengerechte Gesundheitsversorgung durchgesetzt wird, immer professioneller wurde. Dieser Weg verlagert sich immer mehr in die Interessenkämpfe gesellschaftlicher Institutionen hinein - auch in Bezug auf die Interessenvertretung ist die „Frauengesundheit“ in der Gesellschaft angekommen. Strategien wie Gender Mainstreaming oder Qualitätssicherung sind aber erst einmal inhaltsleer. Selbstbestimmung ist hier notwendig als politische Mitgestaltung, um das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit und der freien Entscheidung zu verankern. Diese Einordnung erlaubt zwei Folgerungen für die Durchsetzung von Selbstbestimmung: Zum einen ist eine Kultur der pragmatischen und zielorientierten Zusammenarbeit von Frauen über die unterschiedlichen Positionen innerhalb und außerhalb der Strukturen hinweg notwendig. Diejenigen, die den Weg in oder durch die Institutionen gehen, werden gebraucht und brauchen ihrerseits Ermutigung und Unterstützung. Gebraucht werden ebenso diejenigen, die sich den Institutionen gegenüber kritisch verhalten, die eine andere Logik als die der Institutionen vertreten, und diese Logik in vielfältigen Formen des Protestes ausdrücken. Zum zweiten gibt es von Gesundheitsfragen betroffene Frauen, die keine Lobby haben (zum Beispiel pflegende Angehörige, Frauen in benachteiligten Lebenslagen und Migrantinnen). Wenn die in-

ternen Strukturen der Gesundheitsversorgung die wesentliche Arena der Durchsetzung von Selbstbestimmung als politischer Mitgestaltung sind, sind sie in besonderem Maße benachteiligt.

Fazit: Selbstbestimmung braucht die Elemente der kritischen Prüfung, wie und aufgrund welcher Interessen Gesundheitsangebote gesellschaftlich geschaffen und verhindert werden, sowie ein Verständnis für die unterschiedlichen Bedarfe von Frauen in konkreten sozialen Situationen. Wer

Selbstbestimmung fördern will, muss sowohl diesen Bedarfen gerechte Angebote schaffen, als auch die Verbreitung von notwendigem Wissen absichern. Und schließlich bedarf Selbstbestimmung sowohl der Arbeit in den Institutionen als auch außerhalb der Institutionen. So verstanden ist nicht alles - und schon gar nicht der Zwang zur gesundheitlichen Selbstoptimierung - Selbstbestimmung, aber ohne Selbstbestimmung ist alles (fast) nichts.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut (SoFFI F), Bugginger Strasse 38, 79114 Freiburg, E-Mail: helffferich@eh-freiburg.de

Silja Samerski

Wissen oder Nicht-Wissen, das ist hier die Frage ...

Als meine Mutter mit mir Schwanger ging, vor gut vier Jahrzehnten, da brauchte sie keine Beratung und Aufklärung. Sie war alle paar Wochen beim Arzt, der nicht viel mehr tat, als Blut abzunehmen, zu tasten und die Herztöne zu kontrollieren. Schwanger zu sein, das war für meine Mutter zwar aufregend, aber zugleich auch natürlich. Sie ließ ihren Bauch wachsen und wartete, bis ich auf die Welt kam. Es gab kein besonderes Wissen, dessen sie bedurft hätte, um schwanger sein zu können. Über das kommende Kind gab

es sowieso nichts zu erfahren; sie konnte es spüren und tasten, aber ansonsten blieb es im Dunkel ihres Leibes verborgen.

Heute dagegen kommt Frauen vor lauter Wissen, oder genauer: Information, die Fähigkeit abhanden, schwanger zu gehen. Frauenärztinnen, Hebammen und Beraterinnen erzählen, dass es eine ihrer Hauptaufgaben geworden sei, das Durcheinander im Kopf der Schwangeren zu beheben und sie soweit zu beruhigen, dass sie zumindest ein bisschen

„guter Hoffnung“ sein können. Kaum ist der Schwangerschaftstest positiv, so die Berichte, denken die Frauen bereits über den Ersttrimestertest und einen möglichen Kaiserschnitt nach, machen sich Sorgen, weil sie noch am Tag zuvor Rohmilchkäse gegessen haben, und wissen von tausend Risiken, die sie jetzt vermeiden, abklären und minimieren müssen. Das, was noch in der Gene-

entsprechende Testoptionen informiert sein müssen, wenn sie als verantwortlich gelten wollen. Diese Informationen machen es ihnen zunehmend unmöglich, freudig und zuversichtlich ein Kind zu erwarten. Sie setzen eine Perspektive voraus, die die Schwangere notwendig verwirren muss. Solches „objektives Wissen“, die biostatistische Berechnung der Zukunft, setzt voraus, den leibhaftigen, einzigartigen Menschen aus dem Blick zu verlieren. Damit sie berechenbar werden, mutieren Menschen im genetischen und risikomedizinischen Fachwissen unvermeidlich zu statistischen Datenprofilen, zu gesichtslosen Fällen. Für die Schwangere ist eine solche a-menschliche Perspektive eine Zumutung: Sie sorgt sich um das eine Kind, das sie unter dem Herzen trägt, und wird aufgefordert, es zum Gegenstand sonografischer Vermessung, biochemischer Taxierung und statistischer Risikoabwägungen zu machen. Um dann zu entscheiden, ob sie es überhaupt haben will oder nicht.



ration meiner Mutter selbstverständlich war, nämlich guter Hoffnung zu sein, ist heute offenbar unmöglich geworden.

Woran liegt das? Schwangerschaft bedeutet heute nicht mehr, ein Kind zu erwarten, sondern ein Risikopaket im Leib zu managen. Unzählige Ratgeber und Beratungen präparieren Frauen für diese neue Aufgabe als Risikomanagerinnen: Sie lernen, dass sie über Genveränderungen, Schwangerschaftsrisiken, potenzielle Fehlbildungen des Kindes und

Um einsichtig zu machen, warum die medizinische Risikoaufklärung und Beratung Schwangere notwendig verwirren muss, möchte ich folgende Schritte gehen: Erstens mache ich ein paar kurze Anmerkungen zum besonderen Zustand, in dem sich Frauen befinden, wenn sie schwanger sind. Zweitens führe ich aus, warum Risikoberechnungen und Laborbefunde bestenfalls Informationen, aber kein hilfreiches Wissen sind, und welche entfremdende Perspektive sie voraussetzen. Und drittens

erläutere ich, wohin diese Informationen führen: In die Entscheidungsfälle. Sie zwingen Schwangere, ihre Schwangerschaft in Frage zu stellen und das Kommen ihres Kindes zum Gegenstand einer Risikoabwägung zu machen. Viertens möchte ich abschließend fragen, was Frauen helfen könnte, auch weiterhin guter Hoffnung zu sein.

1. Pränataldiagnostik und risikobezogene Schwangerschaftsvorsorge machen eine zuversichtliche Schwangerschaft unmöglich

Die meisten Schwangeren sind kerngesund und quietschfidel. Ihnen fehlt nichts. Aber sie sind in einem besonderen Zustand: Sie tragen sozusagen die Zukunft im Leib, das kommende Kind. Bis zur Einführung der Pränataldiagnostik in den 1970-er Jahren mussten Frauen in einem solchen Zustand keine Entscheidungen treffen. Sie waren in „anderen Umständen“ und versuchten, schlechte Gedanken, ungestillte Gelüste, einen erschreckenden Anblick oder andere schädliche Einflüsse zu vermeiden. Bei allem jedoch, was sie taten oder ließen - sie wussten, dass der Ausgang der Schwangerschaft immer ungewiss blieb. Die Wirklichkeit dessen, was bereits latent in ihnen gegenwärtig war, würde sich erst bei der Geburt offenbaren. Menschen kamen auf die Welt, wenn sie geboren wurden, und nicht vorher. Die Geburt war der große Moment, in dem das, was bisher im Verborgenen gelegen war, ans Licht kam. Schwangere befanden sich also in einem be-

sonderen Zustand des „Noch nicht“. Und genau diesen Zustand beschrieb das Wort „schwanger“. Bis zur Vorherrschaft der Biologie und Medizin meinte es nicht die Einnistung einer unsichtbaren Zygote oder eine messbare hormonelle Abweichung, sondern die besondere körperlich-seelische Haltung der Frau dem kommenden Kind gegenüber. Schwangere waren, wie man im Deutschen so schön sagt, guter Hoffnung (Duden 1991, 2000).

Ultraschall, pränatale Tests und risikobezogene Schwangerschaftsvorsorge haben diese besondere Haltung weitgehend unmöglich gemacht. Sie haben Frauen einen biomedizinischen Blick eingebläut, bei dem Schwangerschaft ein entwicklungsbiologischer Vorgang ist, der von Expertinnen und Experten überwacht und gemanagt werden muss. Im Zentrum der biomedizinischen Aufmerksamkeit steht nicht die schwangere Frau, sondern die normgerechte Entwicklung des Fötus. Durch sonografische Überwachung und Labortests wird das fetale Wachstum auf Risikofaktoren und potenzielle Abweichungen überprüft. Aufgabe der Schwangeren ist es nun, bei der Überwachung und Verwaltung dieses technisch vermittelten Leibbesinneren mitzuwirken. Es gilt als Pflicht einer verantwortungsvollen Mutter, das ungeborene Risikoprofil zu managen. Fetale Entwicklungsrisiken soll sie reduzieren und optimale Bedingungen für sein Wachstum herstellen, sei es durch Käseverzicht, Vitamintabletten, sonografische Beschallung oder Chromosomencheck.

Die Ungewissheit darüber, was mit dem unbekanntem Kind auf sie zukommt, kann die medizinische Schwangerenüberwachung nicht ausräumen. Sie suggeriert jedoch, dass es in der Schwangerschaft jede Menge zu wissen und zu tun gäbe, damit alles gut wird. Sie redet den Frauen ein, Kinderkriegen wäre technisch machbar, wäre eine Sache von Check ups, Risikomanagement und informierten Entscheidungen.

2. Warum Risikoberechnungen und Laborbefunde bestenfalls Informationen, aber kein hilfreiches Wissen sind, und welche entfremdende Perspektive sie voraussetzen

Frauen in der Generation meiner Mutter gehören zu den ersten, die einen Mutterpass bekamen. Als ich ihn kürzlich zur Hand nahm, erschien er mir wie ein Dokument aus einer anderen Epoche: Eingetragen sind Blutdruck, Hämoglobin-Wert, Fundusstand, kindliche Herztöne und erste Kindsregung. Weitere Untersuchungen gab es nicht. Insgesamt war meine Mutter sechs Mal beim Arzt, das letzte Mal fünf Wochen vor meiner Geburt.

Meine Mutter konnte nicht nur ohne Entscheidung, sondern auch ohne Risiken mit mir schwanger gehen. Nicht, dass ihr das ärztlich bescheinigt worden wäre: „Persönliche Risiken“, so etwas kam damals in der gynäkologischen Praxis einfach noch nicht vor. Damals wusste man, dass der Straßenverkehr Risiken barg oder das Zigarettenrauchen. Unvorstellbar war damals jedoch, dass

Menschen Risiken „haben“ sollten so wie Bauchschmerzen oder einen eitrigen Zahn. Natürlich war meine Mutter manchmal auch besorgt, ob alles gut gehen würde. Aber dass sie oder ihr Kind ein Risiko haben sollten, das konnte sie damals noch nicht denken.

Heute dagegen leben Schwangere fast ausnahmslos im Schatten des Risikos. Mein eigener Mutterpass listet 52 mögliche Risikofaktoren auf, die mir das Attest „risikoschwanger“ beschreiben können. Über 35 Jahre, nach einem Kaiserschnitt, mit „genetischen Krankheiten“ oder „psychischer“ oder „sozialer Belastung“... Die Liste ist so lang, dass inzwischen fast drei von vier Frauen den Stempel „risikoschwanger“ aufgedrückt bekommen.

Die Bedeutungslosigkeit von Risiken

Risikoatteste sind keine Diagnosen. Per definitionem beziehen sich Risiken nicht auf einzelne Menschen, sondern beziffern Häufigkeiten in statistischen Populationen. Ein Risiko, ganz gleich ob „Altersrisiko“ oder nach einem Ersttrimestertest, ist für die eine Schwangere, der es attestiert wurde, irrelevant. Es sagt genauso wenig über sie aus wie die Regenwahrscheinlichkeit über den heutigen Tag. Laut Zeitung beträgt sie 80 %, doch noch am Abend zeigt sich keine Wolke am blauen Himmel. Anhand einer Regenwahrscheinlichkeit zu entscheiden, ob der Schirm zu Hause bleibt und welche Kleidung angemessen ist, ist ein reines Glücksspiel. Die Wahrscheinlichkeit

macht keine Aussagen darüber, wie das Wetter tatsächlich sein wird: Ob Niederschlag fallen wird oder nicht, wie viel, wie lange oder wann, noch ob es ein wenig tröpfelt, ob Nieselregen einsetzt oder Gewitter herunter brechen - alles das lässt eine Regenwahrscheinlichkeit offen. Was die 80 % stattdessen sagen ist Folgendes: Der Meteorologe hat ein fiktives „heute“ konstruiert, an dem es an 80 von 100 Fällen regnet. Gäbe es also 100 Tage nach gestern, dann würde an 80 von ihnen - irgendwann - Regen fallen. Tatsächlich gibt es „heute“ aber nur einmal. Und für dieses eine „heute“ sind die 80 % irrelevant.

So, wie der Meteorologe ein fiktives „Morgen“ konstruiert, so konstruieren Mediziner ein fiktives Kind. Ein gesichtsloses Profil, über das Aussagen gemacht werden. Für das eine Kind, das „Du“, das die Frau erwartet, sagen die Risikovorhersagen nichts aus.

Risikovorhersagen sind jedoch eine zentrale Grundlage für die sogenannte „informierte Entscheidung“, die die Schwangere über die Option pränataler Tests treffen soll. Sie wird geradezu genötigt, risikobezogene Entscheidungen zu treffen - ganz gleich, ob sie über Ersttrimestertest, die Fruchtwasseruntersuchung oder demnächst den Bluttest entscheiden soll. Sie wird also dazu aufgefordert, einen statistischen Blick auf ihr kommendes Kind einzunehmen. Sie soll es nicht mehr als einzigartigen Menschen verstehen, sondern als berechenbares Risikoprofil.

Wie verwirrend solche Risikoatteste sind und wie unmöglich es ist, ihnen Sinn und Bedeutung zu verleihen, das zeigt der folgende Gesprächsausschnitt aus einer genetischen Beratung. Ein Genetiker klärt an einer Universitätsklinik ein Paar, das ein Kind erwartet, über die statistische Wahrscheinlichkeit auf, dass ihr Kind mit einer Chromosomenstörung geboren wird. Was diese Wahrscheinlichkeit für die Schwangere bedeutet, dazu äußert er sich jedoch nicht. Aus gutem Grund: Ihm ist bewusst, dass er keine Diagnose gestellt, sondern eine Risikozahl attestiert hat, die gar nichts über eine konkrete Person sagen kann. Daher überlässt er es dem Paar, sich einen Reim auf die Prozentzahl zu machen:

B: Ja, dann würde man bei Ihrer Alterskombination auf ein Risiko für die Chromosomenstörung für ungefähr Null Komma Vier Prozent schließen, für alle zusammen. Das ist zunächst mal nur ne Zahl.

F: Mhm.

B: Die kann man hoch oder niedrig finden. Sie heißt ja, vier betroffene Kinder auf tausend Neugeborene.

F: Ja.

B: Das kann man viel oder wenig finden, das ist mit gutem Recht eine ganz persönliche Einschätzung. (..)

3. Die Entscheidungsfalle

Risiko-Aufklärung verwirrt und beunruhigt Schwangere nicht nur, sondern führt sie auch in eine Falle: In die Entscheidungsfalle (Samerski 2010). Hat eine Ärztin oder ein Arzt erstmal Risiken attestiert und die Option

vorgeburtlicher Tests eröffnet, dann schnappt die Entscheidungsfalle zu. Einfach ein Kind erwarten, das kann die werdende Mutter dann nicht mehr. Es wird unausweichlich, eine Entscheidung zu treffen - und das entsprechende Risiko auf die eigene Kappe zu nehmen.

Im Namen von „Selbstbestimmung“ und „Eigenverantwortung“ stellen Genetiker und Mediziner den pränatalen Check up mit eventuellem Schwangerschaftsabbruch gleichrangig neben die ungetestete Schwangerschaft. Nicht nur der Test, sondern auch der Verzicht auf den Test wird damit zu einer entscheidungsbedürftigen, risikobehafteten Option. Sich dem lieben Gott, dem Schicksal oder der guten Hoffnung anzuvertrauen, das geht jetzt nicht mehr. Das, was noch zur Zeit meiner Mutter keiner Entscheidung bedurfte, nämlich das Kind ohne Wenn und Aber auf die Welt zu bringen, wird durch Risikoatteste und Testangebote zu einer Option, die die Schwangere bewusst wählen muss. Ausdrücklich legt eine genetische Beratung einer Klientin nahe, dass Frauen heute selbst schuld sind, wenn sie annehmen wollen, was kommt. Erst wird eine steil nach oben ansteigende Risikokurve vorgelegt, das altersabhängige Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom, und dann wird klar gestellt: „Immerhin weiß man das, und man muss, wenn man nicht will, sein Schicksal also nicht hinnehmen“ (Samerski 2002, 24). Das Kind anzunehmen, wie es kommt, ist zum berechenbaren Risiko geworden, das die Mutter infor-

miert und bewusst eingehen muss. Wäre das Kind nachher tatsächlich behindert, so müsste die Mutter die Schuld bei sich suchen. Denn sie hatte die Wahl. Nicht mehr das Schicksal hätte ihr ein behindertes Kind beschert, sondern ihre eigene „informierte Entscheidung“. Und wer sich bewusst entschieden hat, muss auch die Folgen tragen.

Eine unmögliche Entscheidung

Wie schwer sich Frauen mit diesen aufoktroyierten Entscheidungen tun, hat die Göttinger Studie „Eine unmögliche Entscheidung“ (Friedrich, Henze, und Stemmann-Acheampong 1998) eindrucksvoll gezeigt. Die meisten Frauen treffen gar keine informierten Entscheidungen, oder sie tun es in einem regelrecht schizoiden, also gespaltenen Zustand. Aufgrund zahlreicher Interviews stellen die Autoren eine „fundamentale Diskrepanz“ fest „zwischen der theoretischen Entscheidung auf der Grundlage abstrakter Überlegungen und der existenziellen Betroffenheit, die akut wird, wenn die Untersuchung ansteht und damit auch die Möglichkeit eines auffälligen Befundes näher rückt“ (Friedrich, Henze, und Stemmann-Acheampong 1998, 106). Ein großer Teil der befragten Frauen zeigte „immer wieder charakteristische Konfusionen, Widersprüche und Erinnerungslücken, vereinzelt geradezu eine Amnesie, was banale Fakten und Abläufe betraf“ (Friedrich, Henze, und Stemmann-Acheampong 1998, 118). Die Verwirrungen waren keinesfalls auf

mangelnde Aufklärung zurückzuführen. Die Autoren folgern daher, dass es offenbar kaum möglich ist, „den Entschluss zur Pränataldiagnostik in Einklang zu bringen mit biographisch bedeutsamen Erfahrungen und mit dem unmittelbaren psychischen und körperlichen Erleben“ (Friedrich, Henze, und Stemann-Acheampong 1998, 106). Offenbar liegt eine Kluft zwischen dem Erleben werdender Mütter, die sich einem kommenden „Du“ zuwenden, und der Logik einer Testmaschinerie, die dessen Entwicklungschancen vermisst, um sein Kommen zur Disposition zu stellen. Diese selektive Ausrichtung, die zugrundeliegende Rationalität der vorgeburtlichen Tests offenbart sich vor allem dann, wenn Frauen nicht das erhoffte „grüne Licht“ bekommen. Wird eine biochemische oder sonografische Normabweichung festgestellt, dann steht plötzlich das Kommen des Kindes in Frage. Frauen müssen sich entscheiden, ob sie ihre Schwangerschaft angesichts der verringerten Entwicklungschancen des Ungeborenen auf eigene Verantwortung austragen oder lieber abbrechen. Die amerikanische Soziologin Barbara Katz Rothman bringt diese Erfahrung auf den Punkt: „Frauen lassen sich auf ein vernunftgeleitetes Suchen von Information und Wahlmöglichkeiten ein und finden sich in einem Albtraum wieder“ (Rothman 1989, 182).

Der neue Bluttest

Der neue Bluttest, der in Deutschland kurz vor der Einführung steht (mittlerweile eingeführt ist; siehe

in diesem Rundbrief Seite 10), wird bald alle Frauen in die Entscheidungsfalle manövrieren. Bereits Ende des dritten Monats kann er ohne Eingriffsrisiko sicher feststellen, ob das kommende Kind eine Trisomie 21, den chromosomalen Befund für das Down-Syndrom hat. Diese Testoption macht der „guten Hoffnung“ endgültig den Garaus. Sie bringt Frauen, die keine Schwangerschaft auf Probe wollen, stark unter Druck. Welche Gründe gibt es, einen einfachen Pieks und sicheres Wissen abzulehnen? Natürlich pochen Fachleute aus Medizin, Genetik, Politik, Ethik und Rechtswissenschaft auf die „informierte“ und „selbstbestimmte Entscheidung“ der Schwangeren. Wie ich bereits am Beispiel der heutigen Praxis der Pränataldiagnostik gezeigt habe, führt diese Aufforderung zur informierten Entscheidung jedoch in die Entscheidungsfalle. Die Aufklärung über das Risiko für Down-Syndrom und die Option des Bluttests verwandelt die „gute Hoffnung“ in eine risikobehaftete Option. Ein „Nein“ zum Bluttest erschiene dabei gleichbedeutend mit einem bewussten „Ja“ zum Risiko, ein behindertes Kind auf die Welt zu bringen. Damit erhalten werdende Mütter endgültig eine neue gesellschaftliche Funktion: Sie werden zu Türsteherinnen an der Pforte des Lebens. Kinder, die nicht den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen, kommen nur noch dann auf die Welt, wenn ihre Mütter das Risiko ihrer Geburt auf die eigene Kappe nehmen. Wenn sie sich also bewusst und informiert dafür entscheiden.

4. Was könnte Frauen helfen?

Welche Form der Betreuung oder Beratung könnte schwangeren Frauen aus dieser Klemme helfen? Jede unpersönliche Aufklärung über „Risiken“, „Testangebote“ und „Entscheidungsmöglichkeiten“ läuft Gefahr, Frauen noch tiefer in die Entscheidungsfalle zu führen. Schwangere brauchen nicht „Selbstbestimmung“ und „Eigenverantwortung“, sondern Mut und Selbstvertrauen, um „guter Hoffnung“ sein zu können. Vielen Schwangeren wäre sicher schon geholfen, wenn sie die Zuversicht haben könnten, auch dann nicht alleine und „selbst verantwortlich“ zu sein, wenn nicht alles glatt läuft.

Ob das Leben mit einem Kind, das nicht den Normalitätsvorstellungen entspricht, vorstellbar und zumutbar erscheint, ist vor allem eine gesellschaftliche Frage.

Mutter zu werden, sich also mit Haut und Haaren auf einen Menschen einzulassen, der erst noch auf die Welt kommen soll, ist immer ein Schritt ins Ungewisse. Niemand kann vorhersehen oder gar bestimmen, wohin es führen wird. Herzlicher Beistand und freundschaftliche Ermutigung können daraus jedoch einen großen und schönen Schritt im Leben machen.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Silja Samerski

Leibniz Universität Hannover, Institut für Soziologie,
Im Moore 21, 30167 Hannover, Tel.: 05 11 - 7 62 45 67,
E-Mail: s.samerski@ish.uni-hannover.de

Barbara
Baumgärtner

Wohl und (keine) Wehe? Kaiserschnitt und Selbstbestimmung

Der Kaiserschnitt, ursprünglich als letzte Möglichkeit gedacht, um bei Problemen während der Geburt die Gesundheit oder das Leben von Mutter und / oder Kind zu erhalten, hat sich zu einer Routinemaßnahme entwickelt, die heute überwiegend prophylaktisch, also bevor Probleme überhaupt eintreten, vorgenommen wird - zunehmend auch in Abwesenheit einer medizinischen oder ge-

burtshilflichen Notwendigkeit. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, wie Frauen in diesem Zusammenhang Selbstbestimmung interpretieren, inwieweit sie in die Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt einbezogen werden wollen und tatsächlich in der Phase der Entscheidungsfindung einbezogen sind, und welche Bedürfnisse sie an ihre Betreuung während Schwangerschaft und Geburt aufweisen.

Kaiserschnittraten im Ländervergleich

In den meisten Ländern ist die Kaiserschnittrate in den letzten 20 bis 30 Jahren deutlich angestiegen. In Deutschland lag der Anteil der Geburten, die mit Hilfe einer Sectio beendet wurden, im Jahr 2010 bei 31,9%. 1991 lag sie noch um mehr als die Hälfte niedriger und betrug 15,3 % (Statistisches Bundesamt, 2012). In Westeuropa wird diese Rate nur noch von Italien mit 38,1 % und Portugal

mit 36,2 % (für 2009) übertroffen (WHO, 2012). Auch die USA weisen einen hohen Anteil an Schnittbindungen auf, er betrug im Jahr 2009 32,9 % (Martin et al., 2011). Im Gegensatz dazu hält sich die Kaiserschnittrate in den Niederlanden wie auch den skandinavischen Ländern seit einigen Jahren recht stabil auf niedrigem Niveau: Sie liegt in den Niederlanden bei 14,3 % und in Finnland, Schweden und Norwegen zwischen 16 und 17 % (WHO, 2012).

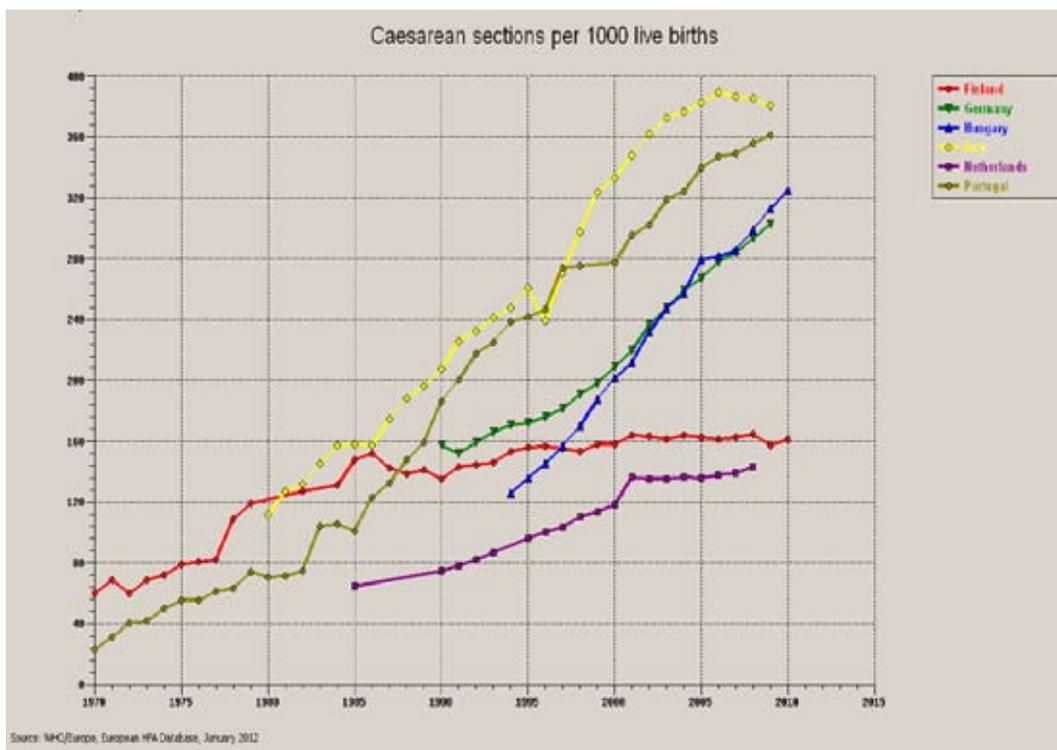


Abb. 1: Kaiserschnittraten im Ländervergleich

Der Vergleich der europäischen Daten lässt erahnen, dass die Gründe für diese unterschiedliche Entwicklung vielschichtig sind und andere als mütterliche und kindliche Faktoren die große Bandbreite der Sectioraten begründen. Entscheidend ist vielmehr, wie die Schwangeren-

betreuung organisiert ist (in Ländern mit niedriger Sectiorate liegt die primäre Schwangerenbetreuung in den Händen von Hebammen), ob finanzielle Anreize für die Durchführung einer Sectio bestehen und welche Regeln im Schadensfall für die Schadensregulierung gelten.

Der Kaiserschnitt – eine Routine mit Vor- und Nachteilen

Der Kaiserschnitt ist heute im geburtshilflichen Alltag eine Routineoperation. Er wird häufiger durchgeführt als ein Dammschnitt (dieser wird bei 19 % aller im Krankenhaus stattfindenden Geburten vorgenommen), eine PDA (Periduralanästhesie. Rückenmarksnahe Leitungsanästhesie zur Betäubung der Wehenschmerzen) (25 %) oder eine hormonelle Wehenverstärkung (29 %) (AQUA, 2012). In bestimmten Situationen wird heute kaum noch eine vaginale Geburt begonnen, sondern von vorneherein eine Sectio durchgeführt: So wird bei 70 % der reifen Einlinge, die am Termin in Beckenendlage liegen, und bei 68 % der Frauen, die bereits eine Schnittentbindung erhalten haben, ein Kaiserschnitt durchgeführt (AQUA, 2012). Doch warum konnte diese Operation sich derart durchsetzen? Das lange Zeit propagierte Argument, ein Kaiserschnitt schütze langfristig den Beckenboden, da die mit einer vaginalen Geburt einhergehende Dehnung ausbleibt, konnte bisher nicht eindeutig bestätigt werden. Ein protektiver Effekt ist jedoch zumindest dadurch gegeben, dass mit einem geplanten Kaiserschnitt vaginal-operative Entbindungen (Zangengeburt oder Vakuumextraktion) umgangen werden können, und gerade diese Interventionen sind mit einem erhöhten Risiko für Beeinträchtigungen der Beckenbodenfunktion verbunden. Im Hinblick auf die mütterliche Mortalität zeigen sich heute

tatsächlich kaum noch Unterschiede zwischen einer vaginalen Geburt und einer Sectio. Allerdings bestehen nachteilige Effekte eines Kaiserschnitts für nachfolgende Geburten: So ist das Risiko für Einnistungsstörungen, für Totgeburten und für Lösungsstörungen der Plazenta erhöht, wie auch das Risiko einer Uterusruptur (Einreißen der Gebärmutter), wenn bei einer vorangegangenen Geburt ein Kaiserschnitt vorgenommen wurde (Jackson et al., 2011). Im Hinblick auf die kindliche Gesundheit gibt es erste Hinweise darauf, dass infolge einer Schnittentbindung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für immunologische Krankheiten (Asthma, Allergie, Diabetes Typ 1, Leukämie während der Kindheit) und Hodenkrebs besteht (Schlinzig et al., 2009).

Vorteile ergeben sich durch die Durchführung eines Kaiserschnitts jedoch für diejenigen, die die Operation vornehmen: Ein Kaiserschnitt ist planbar, lässt sich in die Kernarbeitszeit legen und ermöglicht auf diese Weise Personaleinsparungen und ruhige Nächte. Je nach Organisation der Abteilung kann mit Sectiones eventuell ein Überschuss erwirtschaftet werden (Seelbach-Göbel, 2010). Darüber hinaus lassen sich durch einen Kaiserschnitt komplizierte geburtshilfliche Situationen und die Gefahr einer gerichtlichen Auseinandersetzung vermeiden: Nur 10-20 % der Geburtshelferinnen und -helfer aus verschiedenen europäischen Ländern sehen ihre Praxis nicht von solchen Erwägungen beeinflusst. Es erstaunt daher nicht,

dass mindestens 75 % der deutschen Geburtshelferinnen und -helfer auch ohne geburtshilfliche oder medizinische Veranlassung einen Kaiserschnitt durchführen würden (Habiba et al., 2006). Zunehmend werden

jedoch die geburtshilflichen Abteilungen selber aktiv und werben auf ihren Webseiten für den „sanften“ Kaiserschnitt, auch auf Anfrage der Frau und ohne geburtshilfliche Veranlassung.

Leistungsangebot

- Ultraschall-Feindiagnostik und Farbdoppleruntersuchung bei Mutter und Kind in der Schwangerschaft
- Individuelle Geburtsplanung; insbesondere bei Steißlage, Mehrlingen, Schwangerschaftsdiabetes und -bluthochdruck sowie nach vorangegangenem Kaiserschnitt
- Geburtserleichterung und Schmerzminderung z.B. durch Periduralanästhesie, Akupunktur, Homöo- und Aromatherapie
- Dammschnitt nur bei medizinischer Notwendigkeit; Versorgung mit sanfter Dammmaht
- Sanfter Kaiserschnitt mit Anwesenheit des Partners im OP; Wunschkaiserschnitt
- Enge Kooperation mit Kinderchirurgen
- Neugeborenenvorsorgetests wie Hörtest, Stoffwechselltests inkl. TANDEM-Massenspektrometrie, unblutige Bilirubinmessung, Vitamin-D- und -K-Prophylaxe
- Rückbildungsgymnastik
- Babygalerie im Internet
- HELIOS Elternschule „Haus Kugelrund“ mit Kursangeboten von der Geburtsvorbereitung bis zum Ende des 1. Lebensjahres
- Infoabende jeden ersten, zweiten und dritten Dienstag im Monat um 17:30 Uhr

Anfahrt



Parkplätze vorhanden.
Buslinie 350: Direkte Anbindung des Klinikums zur S-Bahn Berlin-Buch



HELIOS
Klinikum
Berlin-Buch

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Chefarzt: Prof. Dr. med. Michael Untch
Schwanebecker Chaussee 50 - 13125 Berlin

Schwangerenambulanz
Telefon: (030) 94 01-533 45

Kreisssaal
Telefon: (030) 94 01-533 30

E-Mail: frauenklinik.berlin-buch@helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de/berlin

Indirizzo:
Viale: HELIOS Klinikum Berlin-Buch - Schwanebecker Chaussee 50 - 13125 Berlin
Provincia: Schwanen & Partner - Gynäkologie - Geburtshilfe - Kreissaal - 13125 Berlin

Berlin 02.2012

HELIOS Kliniken
Jeder Moment ist Medizin



HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Geburt in Berlin-Buch

sicher & individuell

Abb. 2: Werbeflyer mit dem Angebot eines sanften und eines Wunsch-Kaiserschnittes (<http://www.helios-kliniken.de/klinik/berlin-buch/fachabteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtshilfe/kreisssaal.html>) [2.7.2012]

Die Sicht der Frauen

Wie positionieren sich jedoch die Frauen selbst zum Kaiserschnitt und wie erleben sie die Entscheidungsfindung? Unter Frauen, die bereits eine Sectio erhalten haben, sagen 16 %, dass sie in der Entscheidung für den (geplanten) Kaiserschnitt nicht ganz sicher waren, 4 % hätten lieber die

Geburt abgewartet und 14 % waren eher gegen den Kaiserschnitt. Offensichtlich ist jedoch die Meinung des betreuenden Arztes/der betreuenden Ärztin ausschlaggebend: 60 % der Frauen nennen als wichtigsten Grund für die Entscheidung zur Sectio die Empfehlung des Arztes/der Ärztin. Auch bei der Frage, inwieweit die Frauen sich in die Entschei-



derung für einen nicht geplanten Kaiserschnitt einbezogen fühlten, zeigt sich ein differenziertes Bild: Nur 47 % fühlten sich einbezogen. 16 % der Frauen wollten jedoch gar nicht in die Entscheidung einbezogen werden und 8 % wiederum wurden nicht einbezogen, obwohl sie gewollt hätten. Immerhin 25 % der Frauen fühlten sich schlecht oder mittelmäßig über Folgen einer Schnittentbindung aufgeklärt und der Großteil der Frauen (86 %) meint im Nachhinein, dass die Folgen einer Sectio häufig unterschätzt werden. Entscheidungsfreiheit hat unter den Frauen einen hohen Stellenwert. So stimmen etwa 64 % der Aussage mehr oder weniger zu, dass eine Frau selbst über die Durchführung einer Schnittentbindung entscheiden dürfen soll, selbst wenn es keine medizinische Notwendigkeit für diese gibt (Lutz & Kolip, 2004).

Wie ist nun die Entscheidung für eine Sectio in Abwesenheit einer medizinischen oder geburtshilflichen Notwendigkeit einzuschätzen? Eine Befragung von Erstgebärenden mit Kaiserschnittwunsch (Baumgärtner,

2007) macht deutlich, dass dieser vorrangig durch Ängste motiviert ist. Hier stehen vor allem Ängste im Vordergrund, die die Interaktion mit den geburtshilflichen Professionellen betreffen (zum Beispiel Angst vor Kontrollverlust, Ausgeliefertsein, Entwürdigung bei einer vaginalen Geburt). Die Angst vor Geburtsverletzungen und vor Inkontinenz wie auch die Angst, das Kind könne während einer vaginalen Geburt Schaden erleiden, spielt hingegen eine untergeordnete Rolle. Befragt nach den Bedürfnissen im Hinblick auf ihre Betreuung während Schwangerschaft und Geburt nennen Frauen mit Kaiserschnittwunsch vor allem das Bedürfnis, von den geburtshilflichen Professionellen akzeptiert zu werden. Hierzu sagt eine der befragten Frauen: „Dass die Hebamme umfassend aufklärt und nicht gleich Fragen abschmettert zu bestimmten Gebieten. Ähm ja, einfühlsam, ist klar. Und eben äh das ist schlecht zu erklären, ich glaub, also das Zwischenmenschliche muss schon irgendwo stimmen, damit man sich dann da auch wirklich ja öffnen kann und, und auch wirklich sagen, was einen gerade bedrückt, oder wo liegt jetzt `n Problem oder so.“ Das Bedürfnis nach Entscheidungsfreiheit wurde auch in dieser Studie benannt. Dies teilt eine Frau folgendermaßen mit: „Was ich mir wünschen würde, wäre eben, dass man Frauen eben also Entscheidungsfreiheit gibt und guckt, welche Wege sind dieser Frau wichtig.“ Zudem möchten die Frauen über die Geburtsarten informiert und beraten werden. Jedoch hegen die Frauen auch Misstrauen

gegenüber der Neutralität der sie betreuenden Personen: „Ich denke mal, in dem Bereich wird sehr viel totgeschwiegen und sehr viel gelogen.“ Das Informationsbedürfnis scheint jedoch auch durch die bei den Frauen bestehenden Ängste beeinflusst zu sein: „Ich weiß grob, was es für Risiken gibt, ich will es aber auch gar nicht zu genau wissen.“ Ein weiteres vorrangiges Bedürfnis ist das nach Sicherheit. Diese erleben Frauen, wenn sie fachliche Kompetenz wahrnehmen, jedoch vor allem auch, wenn sie eine individuelle und zugewandte Betreuung erfahren, wie das folgende Zitat deutlich macht: „Das muss jemand sein, der sich mir widmet, wo ich das Gefühl hab, da kann ich mich und mein Kind in deren Hände gut legen.“

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frauen die Wählbarkeit des Geburtsmodus als Prinzip befürworten und diese als Ausdruck reproduktiver Selbstbestimmung interpretieren. Frauen sehen sich angesichts einer bevorstehenden Geburt jedoch nicht durchgängig als selbstbestimmt, vielmehr wollen sie sich zwischen Aktivität (Selbstbestimmtheit) und gewollter Führungsabgabe/Passivität (Fremdbestimmtheit) bewegen. In diesem Zusammenhang betonen sie die Wichtigkeit einer vertrauensvollen Betreuungsbeziehung zu den geburtshilflichen Professionellen, die

erst den (selbstbestimmten) Wechsel zwischen den beiden Polen möglich macht.

In Bezug auf die Schwangerenbetreuung lassen sich aus diesen Erkenntnissen folgende Forderungen ableiten: Als Ziel der Betreuung sollte neben dem Aufspüren an Abweichungen unbedingt auch gelten, bei den Frauen das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu fördern. Es sollte nicht nur die physische Verfasstheit im Fokus stehen, sondern auch die mentale. Den betreuten Frauen sollte möglich sein, Geburtsängste zu thematisieren, um diese frühzeitig aufgreifen und ein möglicherweise psychosozial/-therapeutisch ausgerichtetes (interdisziplinäres) Beratungsangebot machen zu können. Im Hinblick auf die Geburtsbetreuung ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit die Frau in die Entscheidung über den Geburtsmodus einbezogen werden möchte. Hier besteht die Forderung, sie nach dem aktuellen Wissensstand entsprechend zu informieren und zu beraten. Um tatsächlich eine Wahl zwischen einer vaginalen Geburt und einer Schnittentbindung anbieten zu können, ist es jedoch nicht zuletzt notwendig, die geburtshilflichen Fähigkeiten und das Wissen für die Betreuung besonderer Situationen (zum Beispiel Beckenendlage, Zwillinge) als vaginale Geburt aufrechtzuerhalten.

Literatur bei der Verfasserin

Barbara Baumgärtner, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, E-Mail: barbara.baumgaertner@uni-bielefeld.de

Christiane
Schwarz

Redebeitrag

Während der Debatte beim Werkstattgespräch „Selbst.Bestimmt. Entscheiden“ hat die Teilnehmerin Frau Christiane Schwarz in einem Redebeitrag den Zusammenhang zwischen Volkswirtschaft und dem Entscheidungsdilemma von Frauen in der gesundheitlichen Versorgung betont. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung nehmen wir diesen Redebeitrag zu Protokoll:

Schwanger sein hat seine Unschuld verloren. In den letzten dreißig Jahren hat sich die Einstellung der Gesellschaft zu Schwangerschaft und zu Gesundheit allgemein verändert. Frauen sind unsicher, haben Angst. Es ist zunehmend inakzeptabel, ein „Schwangerschaftsergebnis“ zu produzieren, das von der sozialen Norm abweicht.

Die Akteurinnen aus den frauengesundheitspolitischen Zusammenhängen sind kollektiv darüber verzweifelt (und ein wenig ratlos), dass Frauen sich offensichtlich („selbstbestimmt“?) für invasive Diagnostik und therapeutische medizinische Prozeduren entscheiden - oft mit fraglicher Indikation. Wir fragen uns, wie es dazu kommen konnte. Wir suchen Lösungen: ein anderer Mutterpass, bessere Beratungstechniken, mehr Beratungsstellen, mehr, weniger, andere Informationen?

Ich meine, wir müssen diese Entwicklung im Kontext der wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren betrachten, um das Phänomen zu verstehen und wirksame Strategien zu entwickeln. Anders als zu Beginn der Frauengesundheitsbewegung haben wir heute

nicht mehr so sehr das Problem der gesellschaftlichen Diskriminierung von Frauen als Leitsymptom. Es sind vielmehr systemische Faktoren mit wirtschaftlichem Hintergrund, die zur „Entscheidungsfalle“ führen.

Das Zauberwort der deutschen Politik heißt schon seit vielen Jahren „Wirtschaftswachstum“ - nur so lässt sich die schuldenbelastete Konstruktion finanzieller Verflechtungen der Staatswirtschaft fortführen. Das Problem: es gibt nichts mehr zum Wachsen, der Markt ist gesättigt, die (schrumpfende und alternde) Bevölkerung hat genügend Handys, Autos und Sofas. Nur ein einziger Markt hat noch Potenzial zu wachsen: die Gesundheitsindustrie.

In unserem politischen System ist die Gesundheitswirtschaft eine Branche, die nicht nur als riesiger Arbeitgeber direkt Menschen beschäftigt (und zwar nach dem industriellen Prinzip der Gewinnmaximierung zugunsten von Löhnen). Unser Gesundheitssystem ist - im Gegensatz zu staatlichen Gesundheitssystemen wie in den skandinavischen Ländern - Träger und gleichzeitig seine eigene Kontrollinstanz für ökonomische Transaktionen riesigen Ausmaßes.

In Deutschland verdienen Dienstleister im Gesundheitswesen - Krankenhäuser, Ärztinnen/Ärzte, Hebammen - nur dann Geld, wenn Menschen zu „Patientinnen/Patienten“ werden: je bedürftiger, umso mehr. Eine gesunde Frau bringt keinen Umsatz - eine verängstigte, verunsicherte Patientin schon, denn sie kauft mindestens kontrollierende Dienstleistungen (Screenings und diagnostische Maßnahmen). Ziel des einzelnen Dienstleisters (und des Staates, der ja Wirtschaftswachstum braucht) ist es also, möglichst viele Menschen dazu zu bringen, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dabei kommt es zu - politisch gewollten - absurden Auswüchsen von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Wirksame Strategien dazu sind unter anderem, Frauen Angst zu machen (bei Schwangeren ganz einfach); sie mit Schuldgefühlen unter Druck zu setzen (das kennen sie seit Jahrhunderten); Sozialneid zu erzeugen (wenn Verona Feldbusch eine Wunschsectio haben kann, will ich das auch); medizinische Prozeduren zu bagatellisieren („sanfte Sectio“); den Nutzen von Interventionen zu überhöhen oder falsch darzustellen (PND macht gesunde Kinder).

Ich plädiere dafür, diese Überlegungen in unser politisches Denken und Handeln mit einzubeziehen und diese Zusammenhänge dort, wo sie bestehen, transparent zu machen, denn ich fürchte, wir kämpfen sonst gegen Windmühlen.

Christiane Schwarz, Hebamme, MSC Public Health,
E-Mail: Christiane-Schwarz@gmx.de

Ute
Sonntag

Wie ist das Werkstattgespräch angekommen?

82 Personen - überwiegend Frauen - haben an der Veranstaltung „Selbst. Bestimmt. Entscheiden.“ teilgenommen. Das Werkstattgespräch wurde, wie bei Netzwerkveranstaltungen üblich, mit einem Fragebogen evaluiert. Mit 82 % hatten wir eine hervorragende Rücklaufquote. Mehr und mehr wird die elektronische Informationsübermittlung wichtig. Die

Teilnehmenden haben fast gleich häufig über gedruckte Flyer und per E-Mail / Internet von der Veranstaltung erfahren.

Mit 78 % beurteilte die große Mehrheit die Form des Werkstattgesprächs mit sehr gut oder gut. Das Werkstattgespräch zeichnete sich durch längere Phasen der Diskus-

sion im Plenum und mit den Sitznachbarinnen (Murmelgruppen) aus. Die Veranstaltung hat es geschafft, Impulse zu geben: 88 % der Teilnehmenden nehmen Anregungen oder neue Erkenntnisse für ihre Arbeit mit.

Mit der Organisation waren fast alle mindestens zufrieden. Die Kategorien sehr zufrieden und zufrieden zusammen kreuzten 93 % an. Auch die Verpflegung (81 %), die Räumlichkeiten (81 %) und der zeitliche

Ablauf (90 %) wurden ähnlich bewertet. Die Veranstaltung insgesamt bekam folgende Noten: Neunmal die eins, 47 mal die zwei. Die fünf wurde einmal genannt, die drei viermal und die vier zweimal. Es gab noch eine 1,2 und eine 2-3.

Insgesamt zeigen die Bewertungen, dass das Werkstattgespräch sehr gut angekommen ist. Das Publikum hat sich rege an den Diskussionen beteiligt. So fanden auch wir Veranstalterinnen diese Form gelungen.



Thema:

Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen

51 | Gesundheitsversorgung bei Partnergewalt gegen Frauen –
Zusammenfassung und Einordnung 54 | Netzwerk ProBeweis – Hilfe für
Betroffene von häuslicher und sexueller Gewalt 56 | Neue Versorgungsstrukturen
für Frauen, die Gewalt erlebt haben: Erste Erfahrungen der „Schutzambulanz Fulda“

Petra
Brzank

Gesundheitsversorgung bei Partnergewalt gegen Frauen - Zusammenfassung und Einordnung

Gesundheitliche Folgen nach Partnergewalt sind selbst dann noch präsent, wenn die betroffenen Frauen keiner Gewalt mehr ausgesetzt sind (Hellbernd, Brzank et al. 2004). Gewalt wird jedoch auch heute noch selten von Gesundheitsfachkräften als Ursache von Verletzungen und Beschwerden erkannt. Daran haben weder die Modellprojekte noch die stärkere Diskussion um die Potenziale der Gesundheitsversorgung etwas ändern können.

Eine quantitative Befragung unter niedergelassenen und klinischen Ärztinnen und Ärzten in Dresden und Chemnitz (N=1.107) ergab: Die Befragten waren nach eigener Aus-

sage selten mit Gewaltopfern konfrontiert und nur 10 % war über das spezialisierte Hilfsangebot informiert (Epple, Croy et al. 2010).

Bekannt ist, dass in der ärztlichen Praxis nicht erkannte gesundheitliche Folgen von Gewalt die Gefahr von Unter-, Über- oder Fehlversorgung und einer Chronifizierung von Beschwerden erhöhen.

Auch im Rahmen von psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen ist der Umgang mit Betroffenen durch mangelndes Wissen um den Zusammenhang von Partnergewalt und den verschiedenen Formen von Traumatisierung

geprägt (vgl. Barnett 2001). Innovative psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsansätze für gewaltbetroffene Frauen haben bislang noch Modellcharakter (Moldzio 1999; Hagemann-White & Bohne 2003; SenGUV 2007).

Hindernisse für eine angemessene gesundheitliche Versorgung

Aufgrund der mit häuslicher Gewalt häufig einhergehenden sozialen Isolation sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung oft die einzigen Personen, die Kontakt zu den Opfern haben und mit den direkten Verletzungen, den gesundheitlichen Folgen oder den Auswirkungen des gesundheitsgefährdenden Verhaltens konfrontiert sind. Gesundheitseinrichtungen und -fachkräften kommt bei der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Kontext von Partnergewalt insoweit eine große Bedeutung zu.

Voraussetzung für eine adäquate Versorgung ist das Erkennen von Gewaltfolgen. Eine offene Kommunikation über Gewalt und ihre gesundheitlichen und sozialen Folgen wird durch unterschiedliche Barrieren auf beiden Seiten behindert.

Gewaltopfer schätzen Ärztinnen und Ärzte als geeignete Ansprechpersonen ein. Scham, Schuldgefühle und Angst vor einer Vorverurteilung hindern betroffene Frauen jedoch, erlittene Gewalt von sich aus offen zu legen. Auch die Furcht vor einer Eskalation der Gewalt und die psy-

chischen Auswirkungen der Gewalterfahrung können eine offene Gesprächsatmosphäre in der ärztlichen Praxis behindern (Hellbernd, Brzank et al. 2004). In der Mehrzahl wünschen sich die Frauen ein aktives, einfühlsames Ansprechen (Brzank, Hellbernd et al. 2004; Sarkar 2008). Ärzteschaft und Pflegekräfte verstehen sich prinzipiell ebenfalls als Ansprechpersonen bei Partnergewalt (Hellbernd, Brzank et al. 2004; Blättner, Krüger et al. 2009). Als Barriere wirken bei den Gesundheitskräften ein Mangel an Wissen und fehlende Sensibilität für die Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. So sind zum Beispiel die Erwartungen und Wünsche der Frauen und Möglichkeiten einer einfühlsamen Ansprache nicht bekannt. Informationen über weitergehende spezifische Unterstützung und vor allem strukturelle Faktoren fehlen (Hellbernd, Brzank et al. 2004).

In der Befragung Dresdener und Chemnitzer Ärztinnen und Ärzte wurde Zeitmangel als wesentliches Hindernis genannt (Epple, Croy et al. 2010). Anzeichen für eine sich gegenseitig - von der Ärzteschaft und den Patientinnen - verstärkende Vermeidung der Kommunikation von Gewaltwiderfahrnis erkennt Beate Blättner bei der Analyse qualitativer Interviews (Blättner, Krüger et al. 2009; Blättner 2010a).

Modellprojekte und Aktivitäten

Um die besondere Schlüsselrolle der Gesundheitsfachkräfte zu nutzen

und die Kommunikationsbarrieren zu verringern, wurden vom Bund geförderte Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Regelversorgung initiiert. Besonders zu nennen sind das „S.I.G.N.A.L.-Projekt“ für den regulären klinischen und das Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (MIGG)“ für den niedergelassenen Versorgungsbereich. Die Interventionsprojekte basieren auf den Grundprinzipien: Erkennen, Ansprechen, Dokumentieren, Gefährdungsklämung und Informierung oder Weitervermittlung. Es handelt sich jedoch um Einzelprojekte mit Modellcharakter.

Darüber hinaus sind etliche Fortbildungsangebote für die Ärzteschaft und Gesundheitskräfte entstanden. In Fokusgruppen berichteten Teilnehmende, dass sie sich im Ansprechen von Partnergewalt sicherer fühlen, wenn die Gesundheitseinrichtung die angemessene Behandlung von Opfern von Partnergewalt als wichtige Aufgabe benennt sowie Ressourcen für die Intervention bereitstellt. Weitere benannte Aspekte waren: jederzeit erreichbare Materialien, entsprechendes Zeitbudget, spezifische Trainings und ein Team- oder Systemansatz (Hellbernd, Brzank et al. 2004; Chang, Buranosky et al. 2009; Epple, Croy et al. 2010; O'Campo, Kirst et al. 2011).

Weil dem Identifizieren von Gewaltfolgen eine immens hohe Bedeutung zukommt, die oben genannten Barrieren jedoch weiter bestehen, wird in der internationalen Literatur nicht die Einzelfallidentifizie-

rung, sondern die Routinebefragung bzw. das Screening empfohlen. Zum Screening nach Partnergewalt gibt es eine beharrliche Diskussion. Jüngst empfahl das Institute of Medicine im Auftrag des U.S. Department of Health and Human Services zur Verbesserung des klinischen Präventionsangebotes für Patientinnen Screening und Beratung aller Frauen zur interpersonellen und häuslichen Gewalt in einer kulturell sensitiven und unterstützenden Art (IOM 2011). Hinsichtlich der Akzeptanz eines Screenings zeigen die Ergebnisse der S.I.G.N.A.L.-Patientinnenstudie, dass auch in Deutschland die Mehrzahl der befragten Frauen eine Routinebefragung nach häuslicher Gewalt im Rahmen der Anamnese befürworten (Brzank, Hellbernd et al. 2004). Dieses Ergebnis wird durch andere Studien bestätigt (Bacchus, Mezey et al. 2002; Sarkar 2008).

In den bislang von Landesärztekammern veröffentlichten Handlungsempfehlungen wird grundsätzlich ein aktives, einfühlsames Ansprechen angeregt. Die Handlungsempfehlungen sind auf dem Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgelistet; siehe www.frauengesundheitsportal.de/bot_dokument_idx-6729.html (Zugriff am 14.07.2011). Für ein generelles Screening spricht sich die Ärztekammer Hamburg aus. Als erste Fachgesellschaft hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) eine Leitlinie zum Vorgehen bei Verdacht auf sexuelle/körperliche Gewaltanwendung verfasst (Freichel, Mann et al. 2010).

Studien zu Routinebefragungen von Frauen zeigen, dass sie zu einer höheren Aufdeckungsrate von Partnergewalt führen (Wiist & McFarlane 1999; Koziol-McLain, Coates et al. 2001). Nachteile oder Schädigungen eines Screenings sind nicht bekannt. (MacMillan, Wathen et al. 2009).

Zusammenfassend: Studien belegen einen positiven Effekt von Interventionen im Gesundheitsbereich.

Betroffene Frauen zeigten als Folge von Unterstützungsmaßnahmen ein stärkeres eigenes Sicherheitsverhalten, so dass im Follow-Up-Interview weniger Gewalt berichtet wurde (McFarlane, Parker et al. 1998; McFarlane, Soeken et al. 2000; McFarlane 2004; McFarlane, Malecha et al. 2004; McFarlane, Groff et al. 2006; MacMillan, Wathen et al. 2009; Spangaro, Zwi et al. 2010b; a).

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Petra Brzank, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Marquardstr. 35, 36069 Fulda, E-Mail: petra.brzank@pg.hs-fulda.de

Tanja
Germerott,
Anette S.
Debertin

Netzwerk ProBeweis - Hilfe für Betroffene von häuslicher und sexueller Gewalt

Laut Weltgesundheitsorganisation stellt Gewalt einen der größten gesundheitlichen Risikofaktoren dar (WHO, World Report on Health and Violence, 2002). Jede vierte Frau in Deutschland wird laut Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 2004 mindestens einmal im Leben Opfer von häuslicher Gewalt oder einer Sexualstraftat. Expertinnen und Experten gehen sogar von einer deutlich höheren Dunkelziffer aus. Opfer von Sexual- und Gewalttaten leiden oft schwer unter

den Tatfolgen, sind traumatisiert, verunsichert und nicht in der Lage, zeitnah die Entscheidung über eine Strafanzeige zu treffen. Die für eine Strafverfolgung erforderlichen objektiven Spuren und Verletzungen können oft nur kurze Zeit nachweisbar sein und sollten daher zeitnah gesichert und sachkundig dokumentiert werden.

Nach der erfolgreichen Etablierung des landesweiten Kinderschutzprojektes in der Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ist am 01.06.2012 erneut ein niederschwelliges niedersach-

senweites Projekt zur Hilfe und Unterstützung von Opfern häuslicher Gewalt oder einer Sexualstraftat an den Start gegangen. Auch dieses Projekt wird zunächst für drei Jahre vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration gefördert.

Ziel des Projektes „Netzwerk ProBeweis“ ist es, Opfern von häuslicher Gewalt oder einer Sexualstraftat bereits vor Erstattung einer Strafanzeige eine gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen und Spurensicherung anzubieten, um diese im Falle eines Ermittlungsverfahrens einbringen zu können. Die Untersuchung wird kostenlos von rechtsmedizinisch geschulten Ärztinnen und Ärzten unter Verwendung von speziell hierfür entwickelten standardisierten Dokumentationsbögen und Spurensicherungssets durchgeführt. Unter Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht kann die betroffene Person sich gegebenenfalls durch Opferunterstützungseinrichtungen beraten lassen und in Ruhe entscheiden, ob sie eine Strafanzeige erstatten möchte. Sämtliche Dokumentationen und Spuren werden für mindestens drei Jahre im Institut für Rechtsmedizin der MHH aufbewahrt. Nur im Falle einer Schweigepflichtsentbindung werden

die Untersuchungsergebnisse an die Ermittlungsbehörden für einen Strafprozess weitergegeben. Im Falle einer Strafanzeige durch die betroffene Person erfolgen dann eine Gutachtererstellung sowie gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen der asservierten Spuren.

Zum jetzigen Zeitpunkt können diese Untersuchungen an den Instituten für Rechtsmedizin der MHH in Hannover und der Außenstelle Oldenburg in Kooperation mit den Kliniken für Frauenheilkunde der MHH und des Klinikums Oldenburg gGmbH angeboten werden. Bis Ende 2012 sollen Partnerkliniken in Northeim, Göttingen, Wolfsburg, Delmenhorst und Meppen geschult werden und als Netzwerkpartner bereit stehen. Innerhalb der nächsten drei Jahre soll das Projekt schrittweise auf ganz Niedersachsen ausgeweitet werden.

Erste Erfahrungen zeigen, dass durch das Projekt und die intensive Vernetzung zu lokalen Opferunterstützungseinrichtungen eine wichtige Lücke in der niederschweligen Gewaltopferversorgung geschlossen wird.

Weiterführende Hinweise finden Sie unter <http://www.mh-hannover.de/24711.html>

Dr. Tanja Germerott, Prof. Dr. Anette S. Debertin,
Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,
E-Mail: ProBeweis@mh-hannover.de

Beate
Blättner,
Petra
Brzank,
Kerstin
Krüger

Neue Versorgungsstrukturen für Frauen, die Gewalt erlebt haben: Erste Erfahrungen der „Schutzambulanz Fulda“

Versorgungsbedarf

Partnergewalt gegen Frauen ist in der Regel kein einmaliges Ereignis, sondern ein Misshandlungssystem, das es vielen Betroffenen wegen der spezifischen Beziehungsdynamik und der meist erzwungenen sozialen Isolation erschwert, Unterstützung zu suchen und zu finden. Die Gesundheitsversorgung könnte einen wichtigen Beitrag dazu leisten, diesen Gewaltkreislauf zu durchbrechen. Sie kann die oft versteckten Gewaltfolgen erkennen, betroffene Frauen ansprechen, Verletzungen für (spätere) Gerichtsverfahren dokumentieren und Opfer an andere Einrichtungen der Interventionskette weiterleiten. Die Voraussetzungen sind erfüllt, denn betroffene Frauen wollen in der Gesundheitsversorgung angesprochen werden und Gesundheitsberufe sehen sich selbst grundsätzlich als Ansprechpartnerinnen und -partner. Dennoch wird Gewalt in der Gesundheitsversorgung nicht hinreichend erkannt, angemessen thematisiert und selten dokumentiert.

Im letzten Jahrzehnt wurden in Deutschland einige Anstrengungen zur Verbesserung der Handlungsoptionen der Gesundheitsversorgung unternommen: Handlungsanleitungen und Dokumentationsbögen wurden in den einzelnen Bundesländern ent-

wickelt, implementiert und teilweise evaluiert. Das Familienministerium (BMFSFJ) förderte Modellprojekte in der stationären (S.I.G.N.A.L.) und in der ambulanten Versorgung (MIGG) sowie deren Evaluation. Eine flächendeckende Umsetzung dieser Ansätze ist aber nachweislich bislang nicht gelungen.

Gleichzeitig entstanden an einigen rechtsmedizinischen Zentren (Hamburg, Düsseldorf u. a.) so genannte Opferambulanzen, die ihre Aufgaben in der Begutachtung von Gewaltopfern sowie ihrer psychologischen Beratung sehen. Diese Ambulanzen stehen grundsätzlich allen Gewaltopfern offen, wurden aber zur Verbesserung der Versorgung von Gewaltbetroffener Frauen begründet. Wie aber kann eine solche Versorgung aussehen, wenn das nächste rechtsmedizinische Zentrum über 100 km entfernt ist und keine Opferambulanz hat?

Die Schutzambulanz Fulda ist ein vom Land Hessen und dem Landkreis Fulda finanziertes Modellprojekt, das erprobt, eine zum rechtsmedizinischen Modell alternative Versorgungsambulanz im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu etablieren. Im Auftrag Betroffener aus Ostthessen (Landkreisen Fulda, Vogelsberg und Hersfeld-Rotenburg) werden Verletzungen gerichtsverwertbar

dokumentiert, Beweismaterial unabhängig von einer Strafanzeige asserviert, Betroffene an andere Unterstützungsstellen weitergeleitet sowie regional und landesweit die in der Gesundheitsversorgung Tätigen sensibilisiert, unterstützt und fortgebildet.

Nach etwa eineinhalb Jahren Laufzeit ist eine erste Bilanz möglich, ob die Schutzambulanz ihre Ziele erreicht und die Versorgung für Frauen verbessert, die häusliche Gewalt erfahren haben.

Erste Erfahrungen

Seit ihrer Eröffnung, das heisst zwischen dem 17.05.2010 und dem 15.11.2011, kam die Schutzambulanz Fulda mit 204 Personen direkt oder indirekt in Kontakt, die angegeben haben, dass sie Opfer von interpersoneller Gewalt geworden waren, oder bei denen andere einen solchen Verdacht äusserten. Drei Viertel der Opfer (n=154) waren Frauen oder Mädchen zwischen 2 und 92 Jahren. Unter den männlichen Geschädigten (n=45) waren 13 (29 %) unter 18 Jahre alt, unter den weiblichen 17 (11 %).

Von den weiblichen Opfern nannten 85 Frauen (55 %) einen Mann als Angreifer, davon 70 Frauen (45 % aller weiblichen Opfer) den Intimpartner oder ehemaligen Partner. 6 Männer (13 % der männlichen Opfer) gaben ebenfalls an, Gewalt durch den oder die Partnerin oder Ex-Partnerin erfahren zu haben. Nur 10 % der Frauen, aber 22 % der Männer nannten Fremde bzw. flüchtig Bekannte als angreifende Personen, fast ausschließlich männliche Angreifer.

125 Frauen machten Angaben zum Ort des Ereignisses. In 88 Fällen (70 %) handelte es sich um eine Privatwohnung, in 15 Fällen (12 %) um einen öffentlichen Ort wie etwa eine Straße oder Lokalität. Auch 17 der männlichen Opfer, die zum Ort Angaben machten, (46 % von 38) nannten die Privatwohnung als Angriffsort, 11 (23 %) einen öffentlichen Ort.

Körperliche Gewalt wurden von 68 % der Frauen (n=104) berichtet und von 71 % der Männer (n=32). Sexualisierte Gewalt erlitten nach ihren Angaben oder dem Verdacht Dritter 26 % der Frauen (n=40) und 20 % der männlichen Opfer (n=9), unter letzteren ausschließlich Kinder. Psychische Gewalt benannten 85 Frauen (55 %) und 21 Männer (47 %). Wurde von psychischer Gewalt berichtet, so war diese in diesen Fällen (n=106) weit überwiegend mit körperlicher Gewalt (n=82, 77 %) oder mit sexualisierter Gewalt (n=18; 17 %) verbunden. Wurde von sexualisierter Gewalt berichtet (n=49), war dies zu 42 % (n=21) mit körperlicher Gewalt verbunden. In 12 Fällen wurden alle drei Gewaltarten angegeben.

In 51 % der Fälle (n=103) nahmen die Betroffenen bzw. deren Angehörige selbst Kontakt mit der Schutzambulanz auf. Den direkten oder indirekten Kontakt zur Schutzambulanz stellte die Gesundheitsversorgung (n=59; 29 %), das psychosoziale Hilfesystem (n=40; 20 %) oder die Polizei (n=37; 18 %) her gelegentlich auch das Jugendamt (n=20; 10 %). Unter den Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems war das örtliche Frauenhaus bzw. die Interventionsstelle besonders häufig vertreten.

In 78 Fällen erfolgte eine ärztliche Dokumentation der Verletzungsfolgen. Dies war bei Frauen relativ gesehen allerdings etwas seltener (n=59; 38 %) als bei Männern (n=19; 42 %). Die Diskrepanz zwischen Fallzahlen und erfolgter Dokumentation erschließt sich in einer qualitativen Betrachtung der einzelnen Fälle: Dokumentationen einer körperlichen Untersuchung erfolgten dann nicht, wenn kein aktuelles, körperlich potenziell sichtbares Gewaltgeschehen berichtet wurde oder wenn die geschädigte Person eine Dokumentation ablehnte oder nicht zur Untersuchung erschien. Fallanalysen zeigen auch, dass die Arbeit der Schutzambulanz nicht mit einem Telefonat sowie einer Untersuchung und Dokumentation abgeschlossen ist, sondern teilweise in der Weitervermittlung ein komplexes Fallmanagement notwendig war.

Eine ärztliche Dokumentation stand nicht in direktem Zusammenhang mit der sofortigen Entscheidung zur Strafanzeige. 46 % (n=27) der Frauen, bei denen eine Dokumentation der Verletzungen erfolgte, hatten bereits eine Anzeige erstattet oder beabsichtigten dies unmittelbar zu tun. Für 39 % (n=23) der Frauen war die Entscheidung noch offen. Im Gegensatz dazu waren 74 % (n=14) der Männer fest zu einer Anzeige entschieden.

Mehr als ein Kontakt war zwischen der Schutzambulanz und rund einem Drittel der Frauen erforderlich, 4 bis zu 17 Kontakte in einem Fall kamen als Ausnahmen vor. In jeweils rund 40 % der Fälle erfolgte eine Weiter-

vermittlung an die Polizei oder Justiz, an die Gesundheitsversorgung und/oder das psychosoziale Hilfesystem.

Aufgrund der zeitlichen Dauer von Gerichtsverfahren waren Mitarbeiterinnen der Schutzambulanz bislang nur einmal als Zeugen vor Gericht geladen. In diesem Fall einer durch Gewalt geschädigten Frau war die in der Schutzambulanz angefertigte Dokumentation das einzige Beweismittel vor Gericht. Der Angreifer gab im Prozess die Tat zu.

Schlussfolgerungen

Der hohe Anteil weiblicher Klientel, der hohe Anteil von Gewaltgeschehen in Privatwohnungen und der hohe Anteil von partnerschaftlichen oder verwandtschaftlichen Beziehungen zu angreifenden Personen verdeutlichen, dass die Schutzambulanz derzeit primär Opfer familiärer Gewalt sowie Partnergewalt erreicht und nur sekundär Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum. Folglich könnte prinzipiell eine wichtige Versorgungslücke bei häuslicher Gewalt mit dem Konzept Schutzambulanz geschlossen werden.

Der hohe Anteil der Personen, die von anderen Institutionen zur Schutzambulanz vermittelt wurden, könnte ein Hinweis dafür sein, dass die Schutzambulanz zur Entlastung der Institutionen, die mit Gewaltopfern in Berührung gekommen sind, beiträgt und dadurch eine bessere Versorgung der Opfer sicherstellt. Die Häufigkeit der Vermittlung von Gewaltopfern an die Schutzambu-

lanz aus den jeweiligen Sektoren des Unterstützungssystems zeigt, dass die Vernetzung mit diesem System regional gelungen ist.

Die Differenz zwischen der Gesamtfallzahl und der erfolgten Dokumentation und die daraus folgenden qualitativen Analysen verdeutlichen, dass die Bezeichnung „Schutzambulanz“ bei einigen Personen, darunter vielen Frauen, Assoziationen zu ihrem Schutz- bzw. Sicherheitsbedürfnis weckt, das offensichtlich nicht von anderen Institutionen ausreichend aufgegriffen werden kann. Dies zeigt sich in den Fallanalysen insbesondere dann, wenn Gewalt befürchtet wird, jedoch noch nicht oder nicht in der konkreten Situation als körperlich potenziell sichtbare Gewalt eingetreten ist. Hier wäre eine noch engere Vernetzung des bestehenden Hilfesystems hilfreich. Die notwendige Unterstützung des Opfers ist bei einem einmaligen körperlichen Angriff im öffentlichen Raum gut definierbar. Erfährt eine Person Gewalt im familiären Umfeld oder in der Partnerschaft, so steht dies im Kontext einer Beziehung mit mehr oder weniger ausgeprägten Abhängigkeitsstrukturen. Die Entscheidung zu einer Strafanzeige, kann ein erster Schritt auf dem Weg zu einer Lösung aus der Abhängigkeit sein. Umso komplexer die damit verbundenen Entscheidungen der Betroffenen sind, umso höher

scheint der Unterstützungsbedarf zu sein. Die Region Fulda bietet ein gut entwickeltes Unterstützungssystem. Weil belegt ist, dass nur ein Teil der Gewaltbetroffenen, die Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen kennen, können die Zugänge zu den Stellen über die Schutzambulanz erleichtert werden.

Die Option einer durch die Patientin beauftragten ärztlichen Dokumentation und Archivierung von Beweismaterial ist zu gewährleisten, denn Frauen, die Partnergewalt erfahren haben, fällt es besonders schwer, sich für eine Strafanzeige zu entscheiden. Das Vorliegen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation kann dazu motivieren, den nächsten Schritt zu gehen.

Aufgrund der Kürze der Erfahrungen sind noch keine Aussagen möglich, inwieweit die Dokumentation der Verletzungen vor Gericht tatsächlich einen entscheidenden Einfluss auf das Prozessgeschehen hat. Ein Vergleich unterschiedlicher Modelle zur Verbesserung der ärztlichen Dokumentation steht ebenfalls noch aus.

Dieser Artikel wurde für den Rundbrief 31 (März 2012) eingereicht. Aus redaktionellen Gründen konnte er erst in diesem Rundbrief abgedruckt werden. Wir bitten dies zu entschuldigen.

Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Marquardstr. 35, 36039 Fulda, E-Mail: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

Mediothek

60 | Wege aus der Partnergewalt 61 | Die Entscheidungsfälle

61 | Körpergeschichten 62 | Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung

62 | Gendermedizin

Wege aus der Partnergewalt

Den Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, steht ein differenziertes System an Unterstützung zur Verfügung, das aber nur von einem Teil der Frauen in Anspruch genommen wird. Welche Faktoren befördern und behindern das Hilfe-suchverhalten der Betroffenen? Mit dieser Frage befasst sich die Dissertation und das auf dieser Grundlage erschienene Buch. Basis zur Beantwortung dieser Frage ist eine Sekundäranalyse von Daten, die im Rahmen der ersten Repräsentativerhebung zu Gewalt gegen Frauen in Deutsch-

land erhoben wurden. Nach einer Einführung in das Thema der interpersonellen Gewalt, der Häufigkeit des Vorkommens und der Darstellung der gesundheitlichen und sozialen Folgen sowie der ökonomischen Kosten werden die Untersuchung und deren Ergebnisse dargestellt. Die Schwere der erlittenen Partnergewalt bestimmt am stärksten die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Die Autorin leitet aus den Ergebnissen Empfehlungen für Praxis und Politik ab. (us)

Petra Brzank: Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe. Springer VS, Wiesbaden, 2012, 303 Seiten, ISBN 978-3-531-18755-6, 49,95 Euro

Die Entscheidungsfalle

Silja Samerski legt mit dem Buch eine kritische Schrift vor, in der sie die genetische Aufklärung unter die Lupe nimmt. Der Versuch, Bürgerinnen und Bürger zu informierten Entscheidungen in Sachen Genetik anzuleiten, ist Thema des Buches. Sie stellt die Annahme in Frage, dass genetische Aufklärung zu einem eigen-

en, unabhängigen Urteil befähigen kann. Nach einer Einführung in die wissenschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung des Gens stellt sie verschiedene Kampagnen zur genetischen Aufklärung der Bevölkerung dar. Besonders eindrücklich ist die Analyse der genetischen Beratungsgespräche, die sie beforst hat.

Silja Samerski: Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2010, 192 Seiten, ISBN 978-3-534-23687-9, 24,90 Euro

Körpergeschichten

Frauen erzählen in einem Dokumentarfilm ihre Körper-Gewichts-Geschichten jenseits von Klischees und Schönheitsnormen. In wechselnden Interviewpassagen werden die Perspektiven von vier Frauen sichtbar.

Es geht um Zu- und Abnehmen, um Selbst- und Fremdbild, um das Körpergefühl mit viel oder weniger Gewicht. Die Geschichten sind eindrücklich erzählt, der Film ist handwerklich gut gemacht. (us)

Lebenskünstlerinnen e. V.: Körpergeschichten. vier Frauen - vier Wege. „Selbstbewusst war ich immer, egal wie dick ich war.“ Dokumentarfilm/DVD/ 2011, 71 min, Katharina Gruber (Regie), Birgit Gröber, Martina Backes (Kamera), Babette Rosenbaum (Montage). Anfragen für Veranstaltungen mit dem Film und DVD-Bestellungen: Lebenskünstlerinnen e. V., Faulerstr. 20, 79098 Freiburg, E-Mail: info@lebenskuenstlerinnen.de

Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung

Das Buch stellt eine gut verständliche Anleitung zur evidenzbasierten Betreuung dar. Mit dem Begriff ist gemeint, angemessen zu beraten und einen angemessenen zeitlichen Raum für eine informierte Entscheidung der Klientin zu erlauben, um einen maßgeschneiderten Plan mit der Frau zu entwickeln. Geschrieben und mit Fallbeispielen versehen wurde es für Hebammen, ist aber auf alle Berufe des Gesundheitswe-

sens anwendbar. Das Buch stellt die wichtigsten Quellen von Evidenz vor, aber auch Fallstricke und Schwächen objektiver Forschungsergebnisse.

Die Lektüre ist eine fundierte Grundlage für die täglichen Entscheidungen in der Berufspraxis. Dieses Buch ist das Erste in der Reihe „Evidenz und Praxis“ und wurde vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin prämiert. (us)

Christiane Schwarz, Katja Stahl: Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. Elwin Staude Verlag, 2011, 110 Seiten, ISBN 978-3-87777-118-1, 16,00 Euro

Gendermedizin

Unter dem Titel Gendermedizin - neue Antworten auf alte Fragen? Befasst sich die Mai-Ausgabe der Clio mit Geschlechterunterschieden in Forschung und Praxis. Die Chancen

und Fallstricke der Genderdiskurse in Medizin und Gesundheitsversorgung werden aufgezeigt und an Beispielen wie Mundgesundheit oder Nierengesundheit diskutiert.

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (Hrsg.): Clio 74: Gendermedizin - neue Antworten auf alte Fragen? 37. Jg., Mai 2012, www.ffgz.de

Termine

Datum/Ort	Titel	Informationen
29. Oktober 2012 Hannover	Schwangerenberatung im Kontext Früher Hilfen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Helga Krüger, E-Mail: Helga.Krueger@ms.niedersachsen.de
03.-04. November 2012 Berlin	Frauengesundheit - Generationen im Dialog Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF)	http://akf2012.wordpress.com/
10. November 2012 Hannover	Fachtagung Frauen und Gewalt	Landesfrauenrat Niedersachsen e. V. www.landesfrauenrat-nds.de
15. November 2012 Hannover	Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Der Durchbruch für die Versorgung von Menschen mit einer Demenz? Fachtagung	www.gesundheit-nds.de
16. November 2012 Berlin	Gendermedizin DGesGM-/GiM-Symposium	http://gender.charite.de unter Aktuelles
19. November 2012 Berlin	Besser als befürchtet? Die HPV-Impfung auf dem Prüfstand	pro familia Bundesverband www.profamilia.de Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de
26. November 2012 Hannover	Schöne neue Arbeitswelt? - Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz Fachtagung	www.gesundheit-nds.de
27. November 2012 Berlin	„Beschneidung - ein umstrittenes und unbequemes Thema. Verantwortung von Politik und Gesellschaft für eine Überwindung Weiblicher Genitalverstümmelung“	Weitere Informationen unter: www.netzwerk-integra.de
11.-13. April 2013 Tübingen	Zwischen Körper und Seele Workshoptagung	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. www.dgvt.de
23.-25. Mai 2013 Berlin	Ambivalenz aushalten - von der (Un)möglichkeit der Konfliktlösung Jahrestagung	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe www.ispog2013.com/Nationaler-Kongress-Home.html

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Kathrin Schrader
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e. V.

Herschelstr. 31
30159 Hannover

kathrin.schrader@sovd-nds.de

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration

Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen

Lange Laube 14
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de