



Schleswig-Holsteinscher Landtag  
**Umdruck 15/3341**

LAG der hauptamtlichen kommunalen Gleichstellungs- und Frauenbeauftragten

An den  
Schleswig-Holsteinischen Landtag  
Sozialausschuss  
Postfach 7121

24171 Kiel

Ihr Zeichen L 214	Ihr Schreiben vom 27. Februar 2003	Ihre Ansprechpartnerin Maren Wichmann	Datum 2.5.2003
----------------------	---------------------------------------	--	-------------------

**Bericht der Landesregierung zur geschlechtsdifferenzierten Förderung  
gesundheitsbezogener Leistungen, Drucksache 15/2072  
Hier: Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal möchten wir uns ausdrücklich bei Ihnen bedanken, dass wir die Gelegenheit erhalten, eine Stellungnahme zu dem oben genannten Bericht abzugeben.

Wir begrüßen es sehr, dass es erstmals einen Bericht zur geschlechtsdifferenzierten Förderung gesundheitsbedingter Leistungen gibt und hoffen, dass dies erst der Beginn ist. Bei der Beantwortung der einzelnen Fragen zeigt sich nämlich, dass vieles offen bleibt. Bei vielen Fragen beschränkt sich die Antwort im Wesentlichen darauf, Ziele oder Möglichkeiten zu umreißen. Im Detail:

- So bleibt bei Beantwortung der Frage zwei zum Beispiel unklar, ob neben der geschlechtergetrennten Darstellung der Ergebnisse auch tatsächlich eine geschlechterspezifische Fragestellung erfolgt. Die statistische Differenzierung nach Frauen und Männern bildet eine erste Grundlage, reicht alleine aber nicht aus, um geschlechtsspezifische Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern machen zu können. Berücksichtigt werden müssen geschlechtsdifferenzierende Fragestellungen und Arbeitsansätze.

**Karin Lewandowski**  
Gleichstellungsbeauftragte  
der Stadt Itzehoe  
Reichenstr.23  
25524 Itzehoe  
Tel. 04821/60 33 62  
Fax 04821/60 32 60  
karin.lewandowski@itzehoe.de

**Angelika Nikolaisen**  
Gleichstellungsbeauftragte  
der Gemeinde Harrislee  
Süderstr. 101  
24955 Harrislee  
Tel. 0461/706118  
Fax: 0461/706173  
gleichstellungsbeauftragte@  
gemeinde-harrislee.de

**Bärbel Vornweg**  
Gleichstellungsbeauftragte  
der Gemeinde Ratekau  
Bäderstr. 19  
23626 Ratekau  
Tel. 04504/803 820  
Fax : 04504/803 111  
barbel.vornweg@ratekau.de

**Christiane Wehrmann**  
Frauenbüro  
der Stadt Elmshorn  
Schulstraße 15-17  
25335 Elmshorn  
Tel. 04121/231 337  
Fax : 04121/22384

**Maren Wichmann**  
Gleichstellungsbeauftragte  
der Stadt Plön  
Schlossberg 3/4  
24301 Plön  
Tel. 04522/505 17  
Fax :04522/505 69  
maren.wichmann@ploen.de

- Es wäre in der Tat wünschenswert, wie in der Frage drei nahegelegt, dass bei der Bewilligung von Fördermitteln und Investitionsmaßnahmen eine systematische Prüfung erfolgt und die Bewilligung davon abhängig gemacht wird, ob die Geschlechterperspektive berücksichtigt ist und in die Arbeit einfließt. Die in den Einrichtungen zugrunde liegenden Konzeptionen/Leistungsvereinbarungen, die auf einer Betreuung nach dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit und einer individuellen Förder- und Hilfeplanung abstellen, berücksichtigen sicherlich deren individuellen Erfahrungen. Doch inwieweit die traditionellen Strukturen geschlechtsreflektierend bearbeitet werden, bleibt offen. Die Erfahrung zeigt, dass es erheblichen Nachhol- und Handlungsbedarf gibt.
- Bei der Beantwortung der Frage vier fällt auf, dass in der Südwest Region Schleswig-Holsteins – die Kreise Pinneberg und Steinburg – keine geschlechtsspezifischen Angebote existieren.
- Bei Frage 5 überrascht die Antwort, dass durch einen hohen Anteil von weiblichen Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen der frauenspezifische Ansatz per se erreicht sei. Ein hoher Anteil weiblicher Beschäftigter in frauenspezifischen Arbeitsmarktsegmenten spricht eher für traditionelle Strukturen. Für eine weitere Beurteilung müssten Frauen und Männer vergleichend betrachtet werden, wie u.a. die Führungs- und Leitungsfunktionen besetzt sind.
- Im Bereich der gesundheitlichen Prävention (Frage sechs) wäre es in der Tat wünschenswert zu erfahren, ob geschlechtsspezifische Aspekte in Schulen und Kindertagesstätten berücksichtigt werden. Die Antwort beschränkt sich leider auf die Lehrkräftefortbildung und sagt nichts über die Realität an Schulen und Kindertagesstätten aus.
- Leider gibt es keine statistische Differenzierung bei den vollstationären Behandlungen, der Verweildauer und der Diagnosen zwischen Mädchen und Jungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so dass sich aufgrund der unzureichenden Datenlage keine geschlechtsspezifischen Aussagen zu den Diagnosen und der Behandlung machen lassen.

Zusammenfassend zeigt der Bericht, dass noch sehr viel getan werden muss, um Gender Mainstreaming tatsächlich als modernes Steuerungsinstrument in der schleswig-holsteinischen Gesundheitspolitik zu verankern.

Die Landesarbeitsgemeinschaft hat sich auf ihrer letzten Vollversammlung im März 2003 grundsätzlich mit dem Thema "Geschlechtergerechte Gesundheit" auseinandergesetzt und erste Positionen dazu verabschiedet, die wir Ihnen hiermit gerne zur Kenntnis geben:

#### "Ausgangssituation

Die WHO definierte 1991 in Sunsvall Gesundheit als '...Wohlbefinden in körperlicher, seelischer, sozialer, ökologischer und spiritueller Hinsicht. Wohlbefinden und Unwohlsein bis hin zu Gesundheit und Krankheit sind eng verflochten mit der Lebenswelt, in der wir uns begegnen. Ist diese Lebenswelt gekennzeichnet von vielen Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung, zur Partizipation und zur Verfügung über die eigenen Lebensumstände, so sind dies gesundheitsfördernde Faktoren.'

Bisher ist die Medizin in Deutschland von einer Auseinandersetzung mit der Geschlechterdifferenz weitgehend unberührt. Geschlechtsspezifische Fragestellungen in Bezug auf Forschung, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten sind keine Selbstverständlichkeit. Erste Ansätze frauenzentrierter Gesundheitsversorgung entwickelten sich mit der Frauenbewegung in den 70er Jahren. Ende der 90er Jahre folgten Frauengesundheitsberichte, die geschlechtsspezifische Unterschiede aufgegriffen.

Auf Bundesebene liegt der ‚Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland‘ vor und auf Landesebene erschienen u.a. in NRW, Bremen und Baden-Württemberg erste Frauengesundheitsberichte. In NRW und Hamburg wurden Kommissionen zur frauengerechten Gesundheitsversorgung gebildet. Die Berichte auf Bundes- und Länderebene schaffen erstmalig wichtige Ansatzpunkte zur Einbeziehung der Geschlechterperspektive in die Gesundheitspolitik. Sie erfassen und arbeiten geschlechtsdifferenzierende Daten auf.

Die Analyse zeigt, dass Frauen anders als Männer erkranken und die Erkrankungen sich durch Symptomatik, Ausprägung, Häufigkeit und Dauer unterscheiden. Dabei beeinflussen Sozialisation, Arbeits- und Lebensbedingungen und auch biologische Unterschiede die Gesundheit, die Erkrankung, den Umgang mit Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Erforschung der komplexen Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Gesundheit hat erst begonnen. Bereits jetzt gibt es viele Beispiele für eine Über-, Unter- und Fehlversorgung. Handlungsbedarfe ergeben sich beispielsweise aus folgenden Sachverhalten:

- Die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern sind aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung unterschiedlich. Trotz zunehmender Erwerbsorientierung sind Frauen immer noch für Hausarbeit, Kinder und Pflege von Angehörigen zuständig.
- Das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern ist unterschiedlich. Frauen zeichnen sich durch eine höhere Präventionsbereitschaft aus.
- Frauen bekommen häufiger als Männer Medikamente verschrieben.
- Die Folge ist, dass 75% der Medikamentenabhängigen Frauen sind.
- Sie erhalten die preiswerteren und umstritteneren Medikamente.
- Trotz gravierender biologischer Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden Medikamente überwiegend an Männern getestet.
- Die unterschiedlichen Krankheitssymptome z. B. beim Herzinfarkt führten über lange Zeit zum Mythos vom Herzinfarkt als Männerkrankheit. Für Frauen besteht ein vergleichbares Risiko. Da deren Symptomatik ungleich weniger erforscht wurde, enden weibliche Herzinfarkte häufiger tödlich.

- Die Lebensphasen von Frauen, Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre, werden zunehmend pathologisiert und medikamentiert.
- Trotz bundesweit alarmierender Zahlen bei Brustkrebserkrankungen gibt es in S-H nur in der K.E.R.N-Region eine qualitätsgesicherte Diagnostik. Allen anderen Frauen wird eine qualitätsgesicherte Früherkennung vorenthalten.
- Die gesundheitlichen Langzeitfolgen von Gewalt sind unzureichend erforscht und werden entsprechend wenig erkannt. Spezialisierte Angebote sind nicht in ausreichendem Maße vorhanden.
- Frauen stellen den überwiegenden Anteil der Erwerbstätigen in den Gesundheitsberufen, vor allem in den Pflege- und Heilberufen. Im ärztlichen Bereich sind sie in Führungs- und Leitungspositionen, als Lehrstuhlinhaberinnen und einzelnen Fachdisziplinen unterrepräsentiert.
- Die Ausrichtung der Gesundheitspolitik und –versorgung wird von ökonomischen Standards bestimmt. Verbindliche Definitionen von Gesundheit und Zielsetzungen für eine geschlechtsdifferenzierende Gesundheitspolitik gibt es nicht. Über die Regelversorgung des Gesundheitssystems entscheidet der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Ein Gremium von 18 Männern konkretisiert Kassenleistungen und die Verteilung des Beitragsaufkommens der Krankenkassen.
- Das gesamte System ist einseitig kurativ an der Schulmedizin und ihrer Standesvertretung orientiert. Entsprechend gelten Pflege- und Heilberufe als ‚medizinische Hilfsberufe‘. Dies hat Konsequenzen für Behandlung, Ausbildung, Ansehen und Entlohnung.

## **Die Situation in Schleswig-Holstein**

Bisher gibt es in Schleswig-Holstein einzelne themenzentrierte Gesundheitsberichte und einen ersten ‚Bericht zur geschlechtsdifferenzierten Förderung gesundheitsbezogener Leistungen‘. In dem Letzteren wird deutlich, dass in den vergangenen Jahren eine Reihe von Einzelmaßnahmen durchgeführt wurden, die auf eine frauengerechtere Versorgungsstruktur abzielten.

Im Gesundheitsdienstgesetz (GDG) werden die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, Gesundheitsberichte zu erstellen. Ein geschlechtsdifferenzierender Ansatz wird aber nicht gefordert. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsämter für epidemiologische Untersuchungen eine zusätzliche Qualifizierung benötigen. Absehbar ist, dass die Kommunen diese Aufgabe, wenn überhaupt nur punktuell wahrnehmen werden und können.

Die bisherigen Maßnahmen und Untersuchungen reichen nicht aus, um den Androzentrismus im Gesundheitswesen zu verändern. Was fehlt ist ein systematischer geschlechtsdifferenzierender Arbeitsansatz auf Bundes- und Länderebene und die Berücksichtigung seiner Ergebnisse in der Gesundheitspolitik.

Für die Entwicklung einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik und Versorgung sind unterschiedliche Maßnahmen notwendig, u.a.:

- Frauengesundheitsbericht – als systematische Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen
- Einrichtung einer Kommission für die Entwicklung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung
- Geschlechtergerechte Qualitätsentwicklung und Überprüfung medizinischer Leistungen

- Qualitätsgesicherte Brustkrebsdiagnostik für alle Frauen in S-H
- Stärkere Förderung ganzheitlicher Behandlungsansätze und Aufhebung der einseitigen Orientierung an der Schulmedizin, und
- Abbau der hierarchischen Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen.

Wir hoffen, unsere Stellungnahme trägt zu einer fruchtbaren Debatte bei und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Maren Wichmann  
Sprecherin

Margot Wilke  
Arbeitskreis Gesundheit