

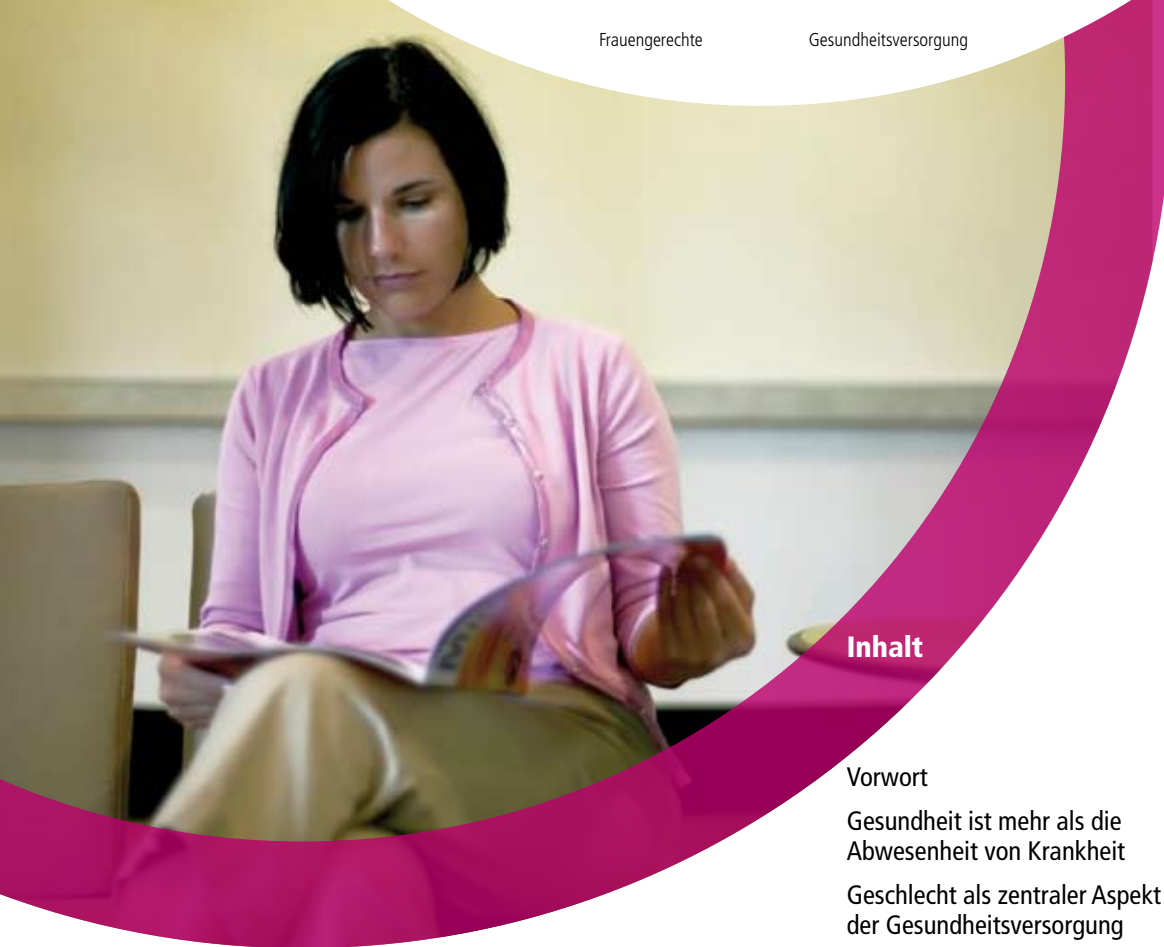


Positionspapier
**Frauengerechte
Gesundheitsversorgung**

KATHOLISCHE
FRAUENGEMEINSCHAFT
DEUTSCHLANDS



*leidenschaftlich
glücken und leben*

**Inhalt****Seite**

Vorwort	4
Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit	6
Geschlecht als zentraler Aspekt der Gesundheitsversorgung	9
Gesundheit ist keine Ware	12
Geschlechterhierarchien im Gesundheitswesen	14
Vorsorge ist mehr als Vordiagnose	16
Prävention und Rehabilitation für Frauen in Familie und Beruf	18
Gesundheitsversorgung auch für Migrantinnen	20
Krank durch Gewalt	22
Der größte Pflegedienst Deutschlands	24
Am Lebensende allein	27
Anregungen für die inhaltliche Arbeit vor Ort	30
Adressen und Internetseiten	32

Vorwort zur 2. Auflage

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) hat im Januar 2005 ein Positionspapier „Frauengerechte Gesundheitsversorgung“ herausgegeben. Dieses Papier ist im Verband, in der Politik und Fachöffentlichkeit aufmerksam wahrgenommen worden. In seiner grundsätzlichen Ausrichtung ist das Positionspapier nach wie vor aktuell. Einige der damals gestellten kfd-Forderungen sind inzwischen politisch umgesetzt worden. Für andere haben sich durch entsprechende Gesetzesänderungen die Bedingungen für eine Umsetzung verbessert. Weitere Fragen bleiben nach wie vor ungelöst und erfordern eine nachhaltige politische Lobbyarbeit.

2007 ist das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsreform) und 2008 das Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegerreform) in Kraft getreten. Dadurch wurden Verbesserungen unter anderem in folgenden Punkten erreicht:

Kur- und Erholungsmaßnahmen (Mütterkuren) für Väter und Mütter müssen von den Krankenversicherungen genehmigt werden.

Älteren Menschen muss eine Rehabilitationsmaßnahme zur Vorbeugung oder Vermeidung einer Ausweitung von Pflegebedürftigkeit genehmigt werden.

Sterbende haben Anspruch auf ambulante ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung (Palliativversorgung) in ihrer gewohnten Umgebung.

Pflegestützpunkte müssen flächendeckend eingerichtet werden, in denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Beratung bekommen.

Überleitung von Krankenhäusern in häusliche oder andere Pflege muss durch den sozialen Dienst der Krankenhäuser begleitet werden.

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege wird besser unterstützt.

Der besondere Bedarf von altersverwirrten Menschen wird besser anerkannt.

Unbezahlte Freistellung ist in einem eigenen Pflegezeitgesetz geregelt, in dem eine Freistellung von der Erwerbstätigkeit für pflegende Angehörige bis zu zehn Tagen beziehungsweise bis zu sechs Monaten aufgenommen ist.

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden zwar 2008 nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ angepasst und erhöht, es steht jedoch noch eine Reform der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und damit der Praxis der Einstufung in die Stufen der Pflegeversicherung aus.

Am 1. Januar 2009 ist der Gesundheitsfond zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen eingesetzt worden. Gleichzeitig beginnt bereits die Diskussion um eine weitere Reform der Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung. Maßstab für die Beurteilung neuer Finanzierungsmodelle ist die Forderung der kfd nach einer solidarischen Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung, in der alle unabhängig vom Einkommen abgesichert sind.

So bleibt viel zu tun! Lobbyarbeit für angemessene Gesetze ist die eine Seite des Engagements, auf der anderen steht die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in die Praxis. Hierzu trägt die kfd auf unterschiedlichen Ebenen im Besonderen bei: Konkrete Anregungen für die inhaltliche Arbeit vor Ort finden sich auf Seite 30.



Maria Theresia Opladen
Bundesvorsitzende



Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Gesundheit beschränkt sich nicht auf die Abwesenheit von Krankheit, sondern ist ein alle Lebensbereiche umfassendes psychisches und physisches Wohlbefinden. In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) heißt es: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986).

Dieser ganzheitliche Gesundheitsbegriff ist die Grundlage, auf der Gesundheit und Krankheit, körperliche Einschränkungen, Behinderungen und Tod als Bestandteil des Lebens und der Lebensgestaltung von Frauen verstanden werden können. Achtung und Schutz der Würde von Menschen, von Kranken, Trauernden und Sterbenden müssen zum obersten Kriterium in unserem Gesundheitswesen werden.

Die kfd setzt sich ein für einen Gesundheitsbegriff,

- der das seit dem 19. Jahrhundert in der Medizin vorherrschende Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit naturwissenschaftlich diagnostizierbarer Krankheit (Pathogenese) ersetzt: Stattdessen wird Heilung verstanden als die Befähigung des Menschen, Krankheit, Leiden und Sterben in das eigene Leben und die eigene Lebensgestaltung zu integrieren (Salutogenese).
- der nicht auf die Normierung und Perfektionierung des Menschen zielt, sondern die Individualität von Menschen und deren unterschiedliche Fähigkeiten anerkennt und fördert.
- der nicht auf die Beherrschbarkeit von Leben und Tod ausgerichtet ist, sondern der Beginn und Ende jeden Lebens als von Gott gegeben erkennt. Denn Geburt und Tod sind wie alle Lebensphasen Teil des Lebens mit je eigenen gesundheitlichen Herausforderungen.
- der Gesundheit nicht nur biologisch-physisch betrachtet, sondern der auch ihre Abhängigkeit von den Lebensbedingungen, dem Zugang zu sozialer und ökonomischer Sicherheit, von Bildung, Geschlecht und kulturellem Hintergrund sieht.



Geschlecht als zentraler Aspekt der Gesundheitsversorgung

Der erste Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung von 2001 hat deutlich gemacht, dass Geschlecht ein zentraler Aspekt der Gesundheitsversorgung ist:

Frauen leben durchschnittlich sechs Jahre länger als Männer. Doch die Zahl der Lebensjahre, die sie bei guter Gesundheit verbringen, ist nicht höher als bei Männern. Frauen und Männer gehen unterschiedlich mit ihrer Gesundheit um und haben ein unterschiedliches Körperbewusstsein.

Gender Mainstreaming¹ im Gesundheitswesen heißt, wahrzunehmen, dass die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern verschieden ist. Neben biologischen Ursachen spielen die Sozialisation, das Gesundheitsverhalten, die Arbeits- und Lebensbedingungen und der Umgang des Gesundheitswesens mit den Frauen eine Rolle. Das betrifft alle Lebensalter.

Die gleiche Krankheit hat bei Frauen und Männern vielfach verschiedene Ursachen, zeigt sich in anderen Symptomen und wird auch von Ärztinnen und Ärzten anders behandelt. Männer und Frauen selbst erleben die gleiche Krankheit unterschiedlich. Diagnose und Therapie von Krankheiten basieren auf Forschungen und Erfahrungen mit Männern. Arzneimittel werden bisher überwiegend an Männern klinisch getestet. Am besten ist dies mittlerweile am Beispiel eines Herzinfarktes erforscht. Herzinfarkte bei Frauen werden häufig falsch diagnostiziert und therapiert, weil Forschung und Arzneimittelentwicklung sich an Männern orientiert hat. Die Sterblichkeit insbesondere jüngerer Frauen nach einem Herzinfarkt ist höher als die von Männern.

Die natürlichen körperlichen Umbruchphasen im Leben von Frauen (Pubertät, Schwangerschaft und Geburt,

Wechseljahre) werden aufgrund fragwürdiger gesellschaftlicher Normierungen in die vorrangige Verantwortung der Medizin gegeben und als behandlungsbedürftig erklärt.²

Gesundheitliche Folgen von frauenspezifischen psychischen und physischen Belastungen (in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft) werden in der Medizin oft nur symptomatisch behandelt. Ärztinnen und Ärzte verordnen Frauen circa 30 Prozent mehr Arzneimittel als Männern und 50 Prozent mehr Psychopharmaka.

Das Risiko, im Alter zum Pflegefall zu werden und nicht auf Angehörigenhilfe zählen zu können, ist für Frauen besonders hoch. Von den circa zwei Millionen Pflegebedürftigen sind 69 Prozent Frauen. Mehr als zwei Drittel werden zu Hause versorgt und das zu 80 Prozent von Frauen. Der Frauenanteil bei den Pflegebedürftigen in Heimen liegt bei etwa 80 Prozent. Die Anträge allein lebender Frauen an die Pflegeversicherung werden überproportional häufig abgelehnt, beziehungsweise ihnen wird ein niedrigerer Pflegebedarf zuerkannt als Männern.

Auch bei der Sterbebegleitung tragen Frauen die Hauptlast. Sie sind es, die Schwerkranken und Sterbende überwiegend versorgen. Frauen sind wegen der höheren Lebenserwartung auch häufiger als Männer am Lebensende allein und auf außerfamiliäre Begleitung und Unterstützung angewiesen.

Vor diesem Hintergrund fordert die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) für die Reform des Gesundheitswesens die konsequente Anwendung der Prinzipien des Gender Mainstreamings, damit jede Fehl-, Über- und Unter-versorgung von Frauen beseitigt wird. Gender Mainstreaming muss eine Querschnittsaufgabe in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik werden.

- Wir brauchen Frauengesundheitsforschung, um die Defizite in Bezug auf lebensweltliche Ursachen, Diagnostik und Therapie zu allen Krankheitssymptomen zu beseitigen.
- Die Auseinandersetzung mit Gender-Aspekten ist in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und in den Ausbildungsordnungen aller Heilberufe systematisch zu verankern.
- Arzneimittel müssen auch auf ihre Wirkung bei Frauen hin geprüft und entsprechende Ergebnisse auf Beipackzetteln vermerkt werden.
- Jede Gesundheitsberichterstattung muss nach Geschlecht differenziert werden.



Gesundheit ist keine Ware

Bis heute haben in Deutschland Menschen mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung. Deshalb muss der gleichberechtigte Zugang aller gesellschaftlichen Gruppen zur Gesundheitsfürsorge in unserem Gesundheitssystem gewährleistet sein. Die zunehmende Ausgrenzung von Leistungen aus der gesetzlichen Versicherung und Zuzahlungen treffen sozial Schwache, insbesondere Familien, Migrantinnen und Migranten, chronisch Kranke und ältere Menschen mit niedrigen Renten besonders hart. Ursache für die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung sind aber weniger die steigenden Kosten als die sinkende Einnahmehasis, weil diese an das Lohn Einkommen der Bevölkerung gekoppelt ist.

Die Katholische Frauengemeinschaft (kfd) setzt sich vor diesem Hintergrund dafür ein, dass alle Bürgerinnen

und Bürger zur solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung gemäß ihrem Einkommen beitragen und dort gegen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit abgesichert sind. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung muss alle Einkommensarten unter Berücksichtigung eines angemessenen Freibetrages einbeziehen und für alle die volle Absicherung bei Krankheit und die Gewährung menschenwürdiger Pflege im Alter garantieren. Dabei gilt es aus der Perspektive der Geschlechtergerechtigkeit Folgendes zu berücksichtigen:

- Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens führt nicht nur zur Ausgrenzung von Schwachen und Kranken, sondern verursacht hohe zusätzliche Kosten. Wo Zuzahlungen Arme, Obdachlose, Familien, Migrantinnen und Migranten davon abhalten, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, entstehen oft chronische Krankheiten mit entsprechenden Kostenfolgen. Hier bedarf es dringend unbürokratischer Regelungen.
- Die durch die Abrechnung nach Fallpauschalen (DRG)³ verursachten verkürzten Aufenthalte in stationären Einrichtungen belasten Frauen vermehrt mit nicht bezahlten Pflegeleistungen. Systeme der Überleitung von stationärer zu ambulanter Betreuung müssen ausgebaut werden⁴, ambulante Versorgungssysteme sind zu stärken. Kapazitäten, die in den stationären Einrichtungen abgebaut werden, müssen in die ambulante Nachsorge überführt werden.
- Gesundheitsdienste gerade in ländlichen Gegenden dürfen nicht aus Effizienzgründen geschlossen werden. Eine flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung muss gesetzlich erhalten bleiben. Weite Wege zu Gesundheitsdiensten benachteiligen vor allem Familien und alte Menschen und erschweren die Betreuung erkrankter Angehöriger.

Geschlechterhierarchien im Gesundheitswesen

Jede sechste erwerbstätige Frau in der Bundesrepublik ist im Gesundheitswesen beschäftigt. Das sind etwa drei Millionen Frauen. Auch im Gesundheitswesen befinden sich Frauen an den unteren Enden der Hierarchien und der Bezahlung. Ihre Beschäftigungsbereiche sind besonders betroffen von Arbeitsüberlastung und Personalmangel. Durch die bisherigen Ausbildungsordnungen sind Aufstiegsmöglichkeiten gering. Im Bereich der ambulanten Pflege arbeiten Frauen häufig in Minijobs. Angehörige und Ehrenamtliche (meist Frauen) stehen vielfach in Gefahr, als Lückenbüßer für fehlendes bezahltes Personal herzuhalten.

Deshalb setzt sich die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) dafür ein, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems auf Geschlechtergerechtigkeit geachtet wird. Unsere Gesellschaft braucht Chancengleichheit und gerechte Arbeitsbedingungen für Frauen und Männer in allen Gesundheitsberufen.

- Die typischen geschlechtsspezifischen Hierarchien im Gesundheitswesen müssen durch Aufwertung der Pflege und der medizinischen Hilfsberufe sowie durch Erhöhung der Durchlässigkeit in Ausbildungsordnungen abgebaut werden. Auf allen Ebenen der Hierarchie muss selbstverständlich auf familiengerechte Arbeitszeitgestaltung und Frauenförderung geachtet werden.
- Das Zusammenwirken von medizinischem Personal, von Ehrenamtlichen, Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten in ambulanter Pflege, Sozialdiensten und Selbsthilfeinitiativen muss gefördert werden. Dabei darf ehrenamtliche nicht gegen bezahlte Frauenarbeit ausgespielt werden.



- Damit die Zusammenarbeit auf lokaler Ebene gut funktionieren kann, bedarf es einer generellen Stärkung der lokalen Infrastruktur, die präventive, beratende und unterstützende Hilfestellung im Krankheits- und Pflegefall leisten kann. Das sind zum Beispiel Gemeindegewerkschaften, Familienbildungsstätten, Netzwerke ehrenamtlicher und professioneller Hilfen. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen hierzu müssen in einen konzeptionellen Rahmen gestellt und umgesetzt werden⁵.
- Lokale Beratungs- und Bildungseinrichtungen sowie Vernetzungsstellen für Ehrenamtliche, Angehörige und Selbsthilfe sind angemessen zu fördern und zu unterstützen. Hierbei sind geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Bereits bestehende Einrichtungen sind in die Förderung einzubeziehen.
- Da die Verbesserung des Gesundheitszustandes zu 60 bis 80 Prozent von Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens abhängt, muss Gesundheitsvorsorge Querschnittsthema für alle Politikbereiche werden. Zur Gesunderhaltung der Bevölkerung tragen zum Beispiel Gesundheitsbildung vom Kindergarten an, soziale Gerechtigkeit, Umweltpolitik und Arbeitsschutz ebenso bei wie das Gesundheitssystem selbst.

Vorsorge ist mehr als Vordiagnose

Von der Schwangerschaft bis zu den Wechseljahren wird Vorsorge in der Gynäkologie heute vor allem als die diagnostische Suche nach Auffälligkeiten und Abweichungen von der Norm verstanden. Richtig betriebene Gesundheitsvorsorge für Frauen besteht aber vor allem in der Bildung eines Gesundheitsbewusstseins, das Frauen unterstützt, ihren Körper wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) setzt sich deshalb für Gesundheitsbildung ein, die Mädchen und Frauen darin bestärkt, die zyklischen Veränderungen ihres Körpers und Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre als positive Kraft und Ressource zu begreifen. Sie wendet sich gegen normierende, Frauen verachtende Schönheitsideale, welche die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Alterungsprozesse leugnen.

- Frauen brauchen geschlechtssensible Beratung und Bildung mit unabhängigen Informationen, welche die Lebenswelt von Frauen berücksichtigen und die Selbstkompetenz in Bezug auf ihren Körper stärken. Daher ist die Förderung von Frauengesundheitszentren, Selbsthilfegruppen, Beratungs- und Bildungsangeboten auszubauen – wie im Sozialgesetzbuch⁶ vorgesehen.
- Insbesondere in der Mädchenpädagogik müssen Konzepte zur Vorbeugung gesundheitsgefährdender Formen der Krisenbewältigung, wie zum Beispiel Essstörungen, Selbstverletzung, Drogenmissbrauch und andere Süchte, entwickelt werden.
- In der Schwangerschaft muss die heute vor allem auf Vordiagnostik reduzierte Vorsorge durch ein begleitendes und das Selbstbewusstsein stärken-

des Umsorgen abgelöst werden. Dabei müssen alle Fachkräfte gut kooperieren. Die ganzheitliche Vorbereitung auf die Mutterschaft in Kursen von Familienbildungsstätten und anderen Trägern muss von den Krankenkassen selbstverständlich finanziert werden.

- Die normalen Umbruchphasen im weiblichen Lebenszyklus dürfen nicht weiter medikalisiert werden. Hormone dürfen nicht leichtfertig – wie es zu häufig Praxis ist – zur Prävention (Wechseljahresbeschwerden, Osteoporose) verschrieben werden. Vielmehr müssen Vor- und Nachteile nach dem aktuellen Stand der Forschung kritisch abgewägt werden.
- Gute Vorsorgekonzepte setzen an der Eigenwahrnehmung und Eigenakzeptanz von Frauen in Bezug auf ihren Körper an und fördern so die Fähigkeit der Frau zur Selbstheilung. Sie sind Voraussetzung dafür, dass sich Frauen aufgeklärt und selbstbestimmt im Wissen um Konsequenzen für Therapien und Untersuchungen entscheiden können.
- Die aktuelle Verkürzung der Vorsorge auf Vordiagnose, zum Beispiel in Bezug auf Krebserkrankungen, verstärkt vor allem Ängste. Statt eines Mammografie-Screenings⁷ gilt es, jeder Frau nach unabhängiger Beratung die Möglichkeit zu einer Früherkennungsmammografie als Kassenleistung zu ermöglichen. Diese muss einer strengen Qualitätskontrolle unterliegen und von zwei Fachleuten begutachtet werden. Bei positivem Befund bedarf es der fächerübergreifenden Behandlung und Nachsorge einschließlich psychosozialer Betreuung.
- Forschungen zu den Ursachen von Krebserkrankungen (Umweltbedingungen, Ernährung, Strahlenbelastung und Hormonersatztherapien) müssen von unabhängigen Forscherinnen und Forschern durchgeführt werden.

Prävention und Rehabilitation für Frauen in Familie und Beruf

Unsere Gesellschaft, Bedingungen unseres Wirtschaftssystems und damit verbundene Wertesysteme sind mit den Anforderungen in der Familie oft nicht vereinbar. Dies hat hohe gesundheitliche Belastungen für Frauen zur Folge, die Familienarbeit leisten. Viele Mütter befinden sich ständig in Überforderungssituationen.

Frauen mit niedrigem Einkommen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als andere Frauen. Gerade im Niedriglohnbereich sind Frauen überdurchschnittlich von den gesundheitlichen Folgen der gegenwärtigen Anspannung am Arbeitsmarkt betroffen. Sie leiden unter der zunehmenden zeitlichen Flexibilisierung, der Ausdehnung der Minijobs ohne Stundenbegrenzung und unter Mobbing⁸. Gesundheitsbelastende Arbeitsbedingungen in typischen Frauenberufen (Erziehung, Pflege, Einzelhandel) werden im Arbeits- und Gesundheitsschutz bisher wenig beachtet. Daraus resultierende Erkrankungen werden zum Beispiel nicht als Berufskrankheiten anerkannt. Gleichzeitig fehlt Frauen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen oft der Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen. Bei Frauen, die Familien- und Erwerbsarbeit miteinander vereinbaren, kumulieren die Belastungen.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) fordert seit langem die gesellschaftliche Anerkennung der unbezahlten Arbeit in der Familie, die Frauen zum Teil zusätzlich zu Erwerbsarbeit leisten. Dazu gehört auch das Recht auf eine den spezifischen Belastungen und Erfordernissen der Familienarbeit angepasste präventive Rehabilitation, wie sie das Müttergenesungswerk in seinen Einrichtungen anbietet.

- In der Forschung und Ausbildung sind Schwerpunkte zur Familienmedizin analog zur Arbeitsmedizin zu integrieren, die sich ganzheitlich mit den typischen Belastungen und biografischen Krisensituationen in Familien befassen.
- Im Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen die besonderen Risiken von Frauenerwerbsarbeitsplätzen und die Doppelbelastung von Frauen berücksichtigt werden.
- Im Gesetz zur Rehabilitation muss das Erschöpfungsleitsyndrom⁹ anerkannt und als Grundlage für die Bewilligung von Mütterkuren etabliert werden.
- Die Krankenkassen müssen auf allen Ebenen gemäß den gesetzlichen Vorgaben (SGB V § 24 und § 41)¹⁰ Kuren für Mütter und Kinder in enger Kooperation mit den Beratungsstellen des Müttergenesungswerkes bewilligen, denn Mütter haben keinen Zugang zu den an Erwerbstätigen orientierten Kuren der Rentenversicherungsträger.
- Die Müttergenesung als eine spezifische Leistung unseres Gesundheitssystems für Mütter muss durch Praxis, Forschung und Politik weiter gefördert werden.
- Geeignete Angebote zur Gesundheitsprävention sollen in Schulen und Weiterbildungseinrichtungen (zum Beispiel in Familienbildungsstätten) zur Unterstützung und Begleitung von Familien und zur Nachsorge nach Kuren gefördert werden.



Gesundheitsversorgung auch für Migrantinnen

Migrantinnen fehlt vielfach aufgrund sprachlicher, sozialer und/oder kultureller Barrieren der Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und Beratung. Illegal hier Lebenden ist der Zugang zum Gesundheitswesen verschlossen, weil Ärzte und Pflegepersonal zu einer polizeilichen Anzeige verpflichtet sind.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) setzt sich dafür ein, dass alle Menschen, die in Deutschland leben, gleichberechtigt Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten. Auf die besonderen Bedürfnissen und Schwierigkeiten von Migrantinnen aufgrund ihres jeweiligen kulturellen Hintergrundes und ihrer sprachlichen Probleme muss angemessen reagiert werden.

- Migrantinnen brauchen im Gesundheitssystem, zum Beispiel während Schwangerschaft und Geburt oder in Pflegesituationen, eine besonders sensible Betreuung, welche die Möglichkeit der Behandlung durch weibliches medizinisches und Pflegepersonal mit entsprechendem kulturellem Hintergrund genauso wie die Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen einschließt.
- Migrantinnen müssen Informationen in ihrer Sprache erhalten, damit sie Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen können, zum Beispiel Leistungen der Pflegeversicherung.
- Ärztinnen und Ärzte müssen die Möglichkeit erhalten, straffrei illegal in Deutschland lebende Patientinnen zu behandeln, ohne sie der Polizei zu melden. Insbesondere müssen von Frauenhandel betroffene Frauen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten.
- Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal müssen mehr über sensible geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken von Migrantinnen wissen. Dazu zählt auch das Wissen um die körperlichen und psychischen Folgen der Genitalverstümmelung und die Bedrohung, die sie für hier lebende Mädchen aus bestimmten afrikanischen und asiatischen Ländern darstellt. Ein explizites Verbot der Genitalverstümmelung im deutschen Strafgesetzbuch ist dringend erforderlich.



Krank durch Gewalt

Die gesundheitlichen Folgen körperlicher, psychischer und struktureller Gewalt werden im Gesundheitswesen bisher unzureichend berücksichtigt. Jede dritte bis fünfte Frau in Deutschland erleidet im Laufe ihres Lebens Gewalt durch nahe Familienangehörige. Die physischen, psychosomatischen und psychischen Folgen werden von Ärztinnen und Ärzten vielfach erkannt und nur rein symptomatisch therapiert. So haben zum Beispiel 80 Prozent der Frauen mit Suchtkrankheiten Gewalterfahrungen. Auch in der Pflege wächst die Zahl der Gewaltvorfälle zwischen Pflegenden und Gepflegten.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) fordert deshalb die Politik auf, für eine größere Sensibilisierung von Beschäftigten im Gesundheitswesen und eine Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen mit beratenden Hilfsystemen und anderen Institutionen zu sorgen, damit die gesundheitlichen Bedürfnisse der von Gewalt betroffenen Frauen und Kinder besser erkannt und behandelt werden.

- In der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal müssen Spezialkenntnisse in Gesprächsführung und nonverbaler Kommunikation sowie ein diagnostisches Instrumentarium vermittelt werden, damit sie besser erkennen können, dass Menschen Gewalt angetan wurde.
- Es müssen Leitlinien zur Diagnostik und Versorgung gewaltbetroffener Frauen erarbeitet werden.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfsystemen für von Gewalt betroffene Frauen ist zu intensivieren: Denn Gewalt ist nicht therapierbar, sondern muss verhindert werden. Dazu bedarf es eines dicht gewebten Netzes an Hilfsangeboten von nichtmedizinischen Einrichtungen, an die betroffene Frauen weitervermittelt werden können.
- Von Gewalt betroffene Frauen brauchen Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe.
- Das Vorbild des Notrufes „Gewalt in der Pflege“¹¹ in Bonn muss aufgegriffen und bekannt gemacht werden.

Der größte Pflegedienst Deutschlands

Die höhere Lebenserwartung in unserer Gesellschaft ist nicht automatisch mit mehr Pflegebedürftigkeit verbunden, denn Menschen werden heute in der Regel auch gesünder älter.

Dennoch sind Frauen häufiger und in doppelter Weise von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung ist ihr Anteil unter den alleinstehenden und allein lebenden Älteren besonders hoch. Dabei verfügen sie im Durchschnitt über die geringeren finanziellen Mittel, wobei generell Frauen aus den niedrigeren Einkommensklassen auch einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Ihre Pflegebedürftigkeit wird aber seltener vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anerkannt, beziehungsweise sie werden niedriger eingestuft als Männer.

Daher sind vor allem Frauen auf die stationäre Pflege in Heimen angewiesen, da befriedigende häusliche Arrangements nicht zu verwirklichen sind. In den Heimen werden Frauen überdurchschnittlich oft mit Psychopharmaka ruhiggestellt. Ihre Selbstständigkeit bei der Ausführung alltäglicher Verrichtungen wird oft aus Zeitnot eingeschränkt (vorschnelle Entscheidungen zu künstlicher Ernährung und Windeln, statt Hilfe beim Essen und beim Toilettengang).

Gleichzeitig sind 80 Prozent derjenigen, die in ehrenamtlicher oder bezahlter Tätigkeit in der Pflege mitarbeiten, Frauen. Sie leiden unter den Rahmenbedingungen der Pflege, die Überlastung, Erschöpfung, physische und psychische Beschwerden zur Folge haben.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) setzt sich dafür ein, den gesellschaftlichen Wert der überwiegend von Frauen ehrenamtlich und bezahlt geleisteten Pflege anzuerkennen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die pflegebedürftigen und alten Menschen in unserer Gesellschaft Achtung und Respekt entgegenbringen. Selbstbestimmtes Altern in Würde zu ermöglichen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

- Die gesetzliche Pflegeversicherung muss erhalten und ausgebaut werden. Genau wie die gesetzliche Krankenversicherung, soll sie auf alle Einwohnerinnen und Einwohner ausgedehnt werden und alle Einkommen gerecht einbeziehen.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen dynamisiert werden. Hierzu ist das bisherige System der Begutachtung nach Modulen zu überdenken. Pflegesachleistungen und Pflegegeld müssen angepasst werden, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden.¹²
- Der besondere Bedarf von altersverwirrten Menschen ist bei den Leistungen der Pflegeversicherung anzuerkennen.¹³
- Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Pflege unbürokratisch ergänzt werden. Aktivierende Pflege und Rehabilitation zur Vermeidung dauerhafter und progressiver Pflegebedürftigkeit müssen angemessen berücksichtigt werden.¹⁴
- Für pflegende Angehörige müssen lokale Anlaufstellen für Beratung, Weiterbildung, Unterstützung und Selbsthilfe mitfinanziert werden (SGB XI § 45).¹⁵

- Wohnortnah braucht es gut vernetzte Angebote für ambulante Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege (zum Beispiel zur Erholung der Angehörigen) und stationäre Einrichtungen.
- Für pflegende Angehörige müssen arbeitsrechtliche Möglichkeiten geschaffen werden, damit Pflege und Erwerbstätigkeit besser zu vereinbaren sind: durch Pflegezeit analog zur Elternzeit, durch Teilzeiteregelungen und Flexibilität bei den Arbeitszeiten.¹⁶
- Die Berufe in der Altenpflege sind aufzuwerten und gerecht zu entlohnen. In der Ausbildung muss auf die Durchlässigkeit zu anderen Pflegeberufen geachtet werden. Es bedarf verbindlicher Standards in der Qualitätssicherung der Pflege. Es darf keinen Schwarzarbeitsmarkt für Pflege geben, auf dem Frauen ausgebeutet werden.
- Die ehrenamtliche Mitwirkung in den Pflegeheimen ist nach dem Heimgesetz auszubauen.
- Insgesamt ist von Politik, Kirchengemeinden und Ehrenamtlichen über neue Wohnformen für ältere Menschen und die lokale Entwicklung von Infrastruktur und sozialen Netzwerken innovativ nachzudenken. Ziel ist es, sowohl bessere Lebensbedingungen für alleinstehende ältere Menschen als auch für Familien zu bieten (Stadtteilkantinen, Treffpunkte, handwerkliche Hilfsdienste, „Omadienste“, Kinderbetreuung und Tagespflege ...).



Am Lebensende allein

Jährlich sterben in Deutschland circa 800 000 Menschen, davon 70 Prozent in Krankenhäusern oder Heimen. 95 Prozent aller Menschen würden jedoch lieber zu Hause sterben.

Die Ausgaben für Menschen in den letzten Lebensmonaten machen 60 Prozent der jährlichen Gesundheitsausgaben aus, circa 420 Euro pro Patientin/Patient am Tag. Dabei sind die Ausgaben für jüngere Sterbende höher als für ältere. In Krankenhäusern sind Sterbende häufig mit einer auf Heilung und Lebensverlängerung fixierten Therapie konfrontiert. In Heimen fehlen zu oft Personal, Sachkenntnis und Zeit für eine angemessene Sterbebegleitung. Frauen werden im Sterben häufiger allein gelassen. Gleichzeitig sind Frauen diejenigen, die als Angehörige und Ehrenamtliche – zum Beispiel

in der Hospiz-Stiftung – überwiegend die Arbeit der Sterbebegleitung leisten. Von den Schwächen unseres Gesundheitssystems im Umgang mit dem Tod sind Frauen intensiver betroffen.

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) setzt sich nachdrücklich dafür ein, die Auseinandersetzung mit dem Sterben in unserer Gesellschaft zu fördern und eine neue Kultur des Sterbens und der Sterbebegleitung zu entwickeln. Sterben ist Teil des Lebens. Die kfd lehnt jede Form der aktiven Sterbehilfe ab. Stattdessen fordert sie die Anerkennung und Förderung der professionellen hauptberuflichen oder ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Gesundheitssystem.

- In der Ausbildung aller medizinischen Heil- und Hilfsberufe muss das Wissen über Palliativmedizin¹⁷ und Sterbebegleitung verankert sein. In der gesetzlichen Krankenversicherung müssen für die palliativmedizinische Begleitung in den letzten Lebensmonaten leistungsgerechte Abrechnungsmodalitäten eingeführt werden (zum Beispiel durch Tagessätze) mit Möglichkeiten für die Sterbenden, über ihre Behandlung selbst zu bestimmen. Flächendeckend müssen Betten zur palliativmedizinischen Behandlung in Krankenhäusern vorgehalten werden.
- Stationäre Hospize und vor allem die ambulante Hospizarbeit und die flächendeckende Hospizberatung müssen von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung angemessen unterstützt werden¹⁸.
- Die schwierigen medizinethischen Entscheidungen im Zusammenhang mit der würdigen Begleitung Sterbender müssen durch eine höhere Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen¹⁹ erleichtert werden. Patientenverfügungen müssen

immer auf den konkreten Krankheitsverlauf und den aktuellen Willen eines äusserungsunfähigen Menschen hin interpretiert werden. Sie sollen bei Entscheidungen, die gesetzliche Vertreterinnen/Vertreter, Ärztinnen und Ärzte, das Pflegeteam und Angehörige gemeinsam treffen müssen, handlungsleitend sein, können diese aber nicht ersetzen. So ist es auch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer geregelt.

- Die seelsorgerische Begleitung muss in Pflegeheimen, wie bereits in der Krankenhauseelsorge üblich, gewährleistet sein.
- Nach dem Vorbild der österreichischen Gesetzgebung muss auch über eine „Familienhospizkarenz“ nachgedacht werden, nach der Angehörige von Sterbenden Anspruch auf eine Herabsetzung der Normalarbeitszeit oder unbezahlten Sonderurlaub haben.
- Insgesamt braucht es eine Enttabuisierung des Sterbens, eine öffentliche Diskussion und umfassende Bewusstseinsbildung zum Thema Sterben, Tod und Trauer.

Weitere Informationen finden sich in der kostenlosen Handreichung der kfd „Leben bis zuletzt – Informationen und Anregungen zu Pflege, Patientenverfügung und Sterbebegleitung“. Zu beziehen beim kfd-Bundesverband (siehe Impressum).

Anregungen für die inhaltliche Arbeit vor Ort

kfd-Gruppen können auf vielfältige Weise durch Bildungsangebote, das gemeinsame Tun und gegenseitige Information und Unterstützung zur Gesundheitsförderung in ihrem Umfeld beitragen. Einige Anregungen dazu sind im Folgenden aufgezählt:

- Tragen Sie mit gemeinsamen sportlichen Aktivitäten (wie etwa Walking-Treff, Gymnastik-Gruppen) zur Vorbeugung gegen Erkrankungen bei!
- Informieren Sie Mütter und Väter über den Rechtsanspruch auf Müttergenesung, damit alle betroffenen Frauen die Möglichkeit zu Erholungsmaßnahmen bekommen! Unterstützen Sie das Müttergenesungswerk!
- Informieren Sie sich in Ihren kfd-Gruppen regelmäßig über Unterstützungsmöglichkeiten im Pflegefall und Möglichkeiten der Sterbebegleitung. Die örtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestationen und die Hospizvereine stehen sicher gerne als Referenten zur Verfügung.
- Überlegen Sie gemeinsam, wie Sie Mitglieder, die Angehörige pflegen, entlasten können! Laden Sie zu einem Frühstück oder gemütlichen Abend für pflegende Angehörige ein.
- Diskutieren Sie dieses Positionspapier in Ihren Gruppen und laden weitere Referentinnen zur Vertiefung einzelner Fragen ein.

Weitere Anregungen und Hintergrundinformationen finden sich im „Qualitätshandbuch gesundheitsfördernde Bildung“, das die kfd gemeinsam mit der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Familienbildung herausgegeben hat.

Preis: 25,- Euro

Bezugsquelle:

Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Einrichtungen der Familienbildung
 Prinz-Georg-Straße 44
 40477 Düsseldorf
 Tel. 0211/44992-45
 Fax 0211/44992-89
 E-Mail: bag@familienbildung-deutschland.de

Adressen und Internetseiten

Hier finden Sie weitere Informationen zu Themen der Frauengesundheit:

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin
Tel. 030/86393-316
Fax 030/86393-473
E-Mail: buero@akf-info.de
www.akf-info.de und www.bkfrauengesundheit.de

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Bonngasse 10
53111 Bonn
Tel. 0228/249993-0
Fax 0228/249993-20
E-Mail: kontakt@bagso.de
www.bagso.de/thema-gesundheit.html

Bundesverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V.

Kasseler Str. 1a
60486 Frankfurt am Main
Tel. 069/366092-17
Fax 069/366092-18
E-Mail: bv@frauengesundheitszentren.de
www.frauengesundheitszentren.de

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Friedrichstraße 108
11017 Berlin
Tel. 030/18441-0 (bundesweiter Ortstarif)
Fax 030/18441-4900
E-Mail: info@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de

Bürgertelefon zum Krankenversicherungsschutz für alle

Tel. 01805/9966-01*

Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung

Tel. 01805/9966-02*

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Tel. 01805/9966-03*

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

Tel. 01805/9966-09*

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte (Schreibtelefon)

Tel. 01805/9966-07*
Fax 01805/9966-08*
E-Mail: info.deaf@bmg.bund.de oder
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefone

Tel. 01805/9966-06*

*Kostenpflichtig 14 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz.
Abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bzga)

Ostheimer Str. 220
51109 Köln
Tel. 0221/8992-0
Fax 0221/8992-300
E-Mail: poststelle@bzga.de
www.frauengesundheitsportal.de

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e.V.

Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax 0211/31006-48
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Hospiz Stiftung

Europaplatz 7
44269 Dortmund
Tel. 0231/738073-0
Fax 0231/738073-1
E-Mail: info@hospize.de
www.hospize.de

Weitere Beratungstelefone der Deutschen Hospiz Stiftung:

Informationsbüro München

Baldestr. 9
80469 München
Tel. 089/202081-0
Fax 089/202081-11

Informationsbüro Berlin

Chausseestr. 10
10115 Berlin
Tel. 030/2844484-0
Fax 030/2844484-1

**Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.
Bundesgeschäftsstelle**

Karlstr. 40
79104 Freiburg
Tel. 0761/200-455
Fax 0761/200-743
E-Mail: kag-muettergenesung@caritas.de
www.kag-muettergenesung.de

**Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Einrichtungen
der Familienbildung**

Prinz-Georg-Str. 44
40477 Düsseldorf
Tel. 0211/44992-45
Fax 0211/44992-89
E-Mail: bag@familienbildung-deutschland.de

**NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur
Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen**

Wilmsdorfer Str. 39
10627 Berlin
Tel. 030/310189-60
Fax 030/310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

**Handeln statt Mißhandeln. Bonner Initiative gegen Gewalt
im Alter e.V.**

Goetheallee 51
53225 Bonn
Tel. 0228/6363-22 (Beratungsstelle)
Tel. 0228/6968-68 (Notruf)
Fax 0228/6363-31
E-Mail: info@hsm-bonn.de
www.hsm-bonn.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
Tel. 030/25800-0
Fax 030/25800-518
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de

- 1 Gender Mainstreaming ist eine umfassende politische Strategie zur Gleichstellung von Frauen und Männern. Sie besteht darin, dass bei der Planung, Durchführung und Bewertung aller Maßnahmen die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern mit berücksichtigt werden und auch die unterschiedlichen Folgen und Auswirkungen. Das Ziel der Gleichstellung ist dabei der entscheidende Maßstab.
- 2 Die negativen Auswirkungen der Behandlung von Frauen in den Wechseljahren mit Hormonen sind mittlerweile durch zahlreiche Studien belegt.
- 3 DRG (Diagnostic Related Groups) ist ein neues Abrechnungssystem für Krankenhausbehandlung, welches nicht mehr die tatsächliche Verweildauer, sondern Pauschalen für bestimmte Diagnosen und durchgeführte Maßnahmen zugrunde legt.
- 4 In §11 Abs.4 SGB V wurde in der Gesundheitsreform geregelt, dass Versicherte Anspruch auf ein Überleitungsmanagement zum Beispiel aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege haben.
- 5 In der Pflegereform §92c SGB XI sind erstmals sogenannte Pflegestützpunkte vorgesehen, die flächendeckend von den Bundesländern eingerichtet werden sollen. Ihre Aufgabe ist vor allem die Beratung.
- 6 Der §20 Abs. 4 im Sozialgesetzbuch V regelt die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention und Rehabilitation der Versicherten zum Ziel gesetzt haben, durch die Krankenkassen.
- 7 Mammografie-Screening ist die reihenweise Untersuchung von Frauen einer bestimmten Altersgruppe als Kassenleistung zur Früherkennung von Brustkrebs. Die Mammografie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust, bei der auch Tumore erkannt werden

- können, die zu klein sind, um sie zu ertasten. Die Brust wird dabei zwischen einer Röntgenplatte und einer Abdeckung flach gedrückt. Wegen der hohen Strahlenbelastung und Gefahr von Fehldiagnosen ist das Verfahren umstritten. Es wird als Reihenuntersuchung für alle 50- bis 69-jährigen Frauen in Deutschland durchgeführt.
- ⁸ Mobbing bezeichnet einen Prozess der systematischen Ausgrenzung und Erniedrigung eines anderen Menschen, die von einer oder mehreren Personen betrieben wird. Mobbing führt langfristig zu massiven Gesundheitsstörungen.
- ⁹ Erschöpfungsleitsyndrom bezeichnet einen bei Familienfrauen häufig anzutreffenden Erschöpfungszustand, der sich in unterschiedlichen Krankheitsbildern äußern kann, letztlich aber auf die allgemeine andauernde Überforderung zurückzuführen ist.
- ¹⁰ Ein wesentlicher Erfolg der Gesundheitsreform ist, dass die Kuren für Mütter und Väter zur Pflichtleistung der Krankenversicherung gemacht wurden. Das heißt, die Kuren müssen bewilligt werden.
- ¹¹ Die Bonner Initiative „Handeln statt Mißhandeln“ gehört zu den ersten, die sich des Themas „Gewalt in der Pflege“ angenommen haben. Adresse und Notrufnummer siehe Seite 34.
- ¹² Dieser Forderung ist in Ansätzen bei der Anpassung der finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung entsprochen worden.
- ¹³ Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bekommen nach der Pflegereform bis zu 2400 Euro im Jahr zusätzlich.
- ¹⁴ In §23 SGB V wurde in der Gesundheitsreform der Präventionsgedanke noch einmal gestärkt. Es sollen alle Heil-, Hilfs- und medizinischen Maßnahmen bewilligt werden, die Erkrankungen und vor allem Pflegebedürftigkeit vorbeugen, dazu zählen auch stationäre Kuraufenthalte.
- ¹⁵ In §45 SGB XI ist die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige geregelt, die von den Pflegekassen zu finanzieren sind. Dabei geht es um niedrigschwellige Betreuungsangebote, Beratung und Unterstützung von Pflegenden, Kurse für pflegende Angehörige, sowie in §45c insbesondere den besonderen Unterstützungsbedarf Demenzzruker. Im neuen §45d ist jetzt auch die Finanzierung für die Weiterbildung und Koordinierung von Ehrenamtlichen geregelt, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unterstützen.
- ¹⁶ Mit der Pflegereform wurde ein eigenes Pflegezeitgesetz geschaffen, nach dem pflegende Angehörige bis zu zehn Tagen unbezahlten Pflegeurlaub in Anspruch nehmen können sowie eine bis zu sechsmonatige unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit anschließender Rückkehrmöglichkeit.
- ¹⁷ Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, zum Beispiel Krebs oder AIDS. Wichtigstes Ziel ist nicht die Heilung, sondern die Linderung von Schmerzen und die Sicherung möglichst hoher Lebensqualität. Im Juni 2009 wurde die Ausbildung in Palliativmedizin verpflichtend in die Ausbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte aufgenommen.
- ¹⁸ § 39a SGB V und 37 b SGB V regelt die Zuschüsse der Krankenkassen zur ambulanten und stationären Versorgung von Versicherten mit Hospiz-Leistungen. Außerdem werden Zuschüsse zur Beratungsarbeit und der Ausbildung und Begleitung der ehrenamtlichen Hospiz-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter geregelt.

¹⁹ Die Patientenverfügung ist ein Dokument, das dem Arzt konkrete Anweisungen gibt, wie er im Falle einer nicht mehr vorhandenen Einwilligungsfähigkeit behandeln soll. In der Verfügung können Hospizarbeit und Palliativmedizin eingefordert und künstliche Lebensverlängerung abgelehnt werden. Eine solche Verfügung ist für den Arzt nach der Entscheidung des Bundestages vom Juni 2009 bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Sie gilt, sofern es nicht anders verfügt ist, auch in Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht. Insofern entspricht die aktuelle Gesetzgebung nicht mehr dem hier formulierten Beschluss der kfd. Die kfd rät dazu, nur mit Beratung eine Patientenverfügung abzufassen. Mit der Vorsorgevollmacht kann ein Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu bekunden, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn zu treffen. Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden.

Impressum

Positionspapier
 Frauengerechte Gesundheitsversorgung
 Herausgeberin:
 Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd)
 Bundesverband e.V.
 Prinz-Georg-Straße 44
 40477 Düsseldorf
 Tel. 0211/44992-0
 Fax 0211/44992-78
 E-Mail: info@kfd.de
 www.kfd.de
 Gestaltung: Dyadesign, Düsseldorf
 Fotos: ©iStockphoto.com
 Druck: Knipping Druckerei und Verlag GmbH, Birkenstraße 17, 40233 Düsseldorf
 1. Auflage: Januar 2005
 2. überarbeitete und neu gestaltete Auflage: Februar 2010
 Zu beziehen unter
 Tel. 0211/44992-86
 Fax 0211/44992-52
 E-Mail: order@kfd.de



**KATHOLISCHE
FRAUENGEMEINSCHAFT
DEUTSCHLANDS**

*leidenschaftlich
glauben und leben*