

Berichterstattung und Frauengesundheit in Berlin

Beitrag von Dr. Jutta Begenau, Charité: "Anforderungen an Berichterstattung aus Sicht der Frauengesundheitsforschung am Beispiel des Frauengesundheitsberichts für Deutschland" anlässlich des Fachgesprächs des Netzwerks Frauengesundheit Berlin am 5.11.2003

Einleitung

In der heutigen Veranstaltung geht es darum eine Berichterstattung in Berlin auf den Weg zu bringen, die es vermag Risiken resp. Risikotrends aber auch Ressourcen zu identifizieren, die für die Gesundheit von Frauen relevant sind. Mit einer fundierten Berichterstattung werden notwendige Voraussetzung geschaffen für wirkungsvolle gesundheitspolitische Entscheidungen zum Nutzen der Gesundheit von Frauen.

Anfang des Jahres wurde der Zweite Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin veröffentlicht; heute treffen sich Expertinnen aus der Praxis und der Wissenschaft, um gemeinsam mit dem Senat die Zukunft der Frauengesundheitsberichterstattung zu beraten. Beides sind ermutigende Zeichen dafür, dass Berlin der Gesundheit ihrer Frauen zukünftig mehr Aufmerksamkeit schenken wird. Mit meinem Referat soll dieser so erfreuliche Prozess unterstützt werden.

Frau Herrmann konnte zeigen, welchen Beitrag die Berliner Basisgesundheitsberichterstattung dazu leisten kann. Dabei ist deutlich geworden, dass der Basisbericht über geschlechterdifferenzierte Datendarstellungen herausarbeiten kann, was an der Gesundheit von Frauen und Männern unterschiedlich aber auch gemeinsame ist. Es zeigte sich aber auch, dass für eine den Ergebnissen der Frauengesundheitsforschung angemessene Berichterstattung - auch wenn der Indikatorenkatalog aktualisiert und erweitert wurde - der Basisbericht nicht ausreicht.

Denn Frauen (wie übrigens Männer auch) haben spezifische Gesundheitsrisiken und Ressourcen. Um diese in ihren für das jeweilige Geschlecht gemäßen Gewicht darzustellen, fehlen nicht nur Daten resp. die Möglichkeit Daten herunterzurechnen, sondern ist auch die gegenwärtige Konzeption der Gesundheitsberichterstattung zu eng (und aus Frauensicht eher männlich orientiert).

Warum das Konzept zu eng ist

1. In einem ersten Schritt will ich dies an zwei Beispielen aus der gegenwärtigen Berichterstattung zeigen.

Beispiel 1: Das Konzept der sozialen Lage

Der "Basisbericht 2001" für Berlin berichtet im Kapitel I - etwas eingeschränkter aber prinzipiell ähnlich wie der Bundesbericht - über die Bevölkerung und ihre soziale Lage. Es wird über den 'Ausländeranteil', die 'Altersstruktur', die 'Schulbildung', die 'Arbeitslosenquoten u.ä.m., in den Tabellen im Anhang übrigens überwiegend geschlechterdifferenziert, berichtet.

Die Datendarstellung entwickelt sich also entlang dem erwerbsbiographischen und damit männlichen Blick. Was fehlt - und aus Frauengesundheitssicht ganz unakzeptabel ist - ist

der gesamte Lebensbereich Partnerschaft und Familien.

Dies erkennt der " Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin" als Defizit und widmet diesem 4 Abschnitte im ersten Kapitel: mit Daten zu den 'Haushaltsformen' und zum 'Familienstand', einem Exkurs zu den 'Alleinerziehenden', den 'Migrantinnen' und mit Daten zur 'Erwerbstätigkeit', 'Bruttomonatsverdienst' etc..

Dem herrschenden Konzept entkommt er damit aber auch nicht. Denn 1. sind die Indikatoren 'Haushaltsformen' und 'Familienstand' entweder nicht nach 'Geschlecht oder nach 'Alter', auch nicht nach 'Bildung und/oder 'Nationalitäten' oder nach 'Bezirken' aufbereitet. Weitere Ausdifferenzierung in Richtung differenziertere Milieus müssen damit ausbleiben. Wir erfahren auch nichts über die 'Hausfrauen'; die 'Alleinerziehenden' werden als homogen kränkelnde Gruppe diskutiert, real ist dies aber eine ganz heterogene Gruppe.

Noch schwerer wiegt aber 2., dass auch hier die Familie als Instanz der Vorsorge, der Bewältigung, der Pflege (im Kapitel 'Situation von Frauen nach der reproduktiven Phase' wird das Problem Frauen als Hauptpflegeperson genannt ohne es in seinen Ausmaßen darzustellen) und der Sozialisation nicht dargestellt wird. Damit wurde eine wichtige Möglichkeit, die gesundheitlichen Leistungen von Frauen aber auch daraus resultierende mögliche Risiken und Ressourcen darzustellen und darüber politische Einfluss zu nehmen, verschenkt.

Beispiel 2: Es gibt männer- und auch frauenspezifische gesundheitliche Situationen: etwa die reproduktive Gesundheit, die gynäkologischen und urologischen Erkrankungen.

Auch hierauf reagiert die gegenwärtige Berichterstattung mehr als zurückhaltend. So bleibt die Gynäkologie, die reproduktive Gesundheit oder auch die Urologie - berichterstatteerisch ganz unaufbereitet in beiden allgemeinen Berichten des Bundes und für Berlin.

Dagegen hat der "Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin" das Defizit wieder erkannt und hält hierfür einen auch so benannten Abschnitt zur "Reproduktiven Gesundheit" vor. Thematisiert werden hier: die Sexualaufklärung, Schwangerschaft und Geburt (mit der Anzahl der Entbindungen nach Entbindungsort, den im sozialmedizinischen Dienst, betreuten Schwangeren , den Geburtskomplikationen) Es werden auch die Schwangerschaftsabbrüche thematisiert und eine Übersicht über verschiedene Angebote gegeben.

Fragen, die nicht beantwortet werden, sind solche wie die nach der Verhütung, nach den gynäkologischen Beschwerden/Krankheiten oder den Fruchtbarkeitsstörungen. Hinzukommt, dass die enthaltenen Indikatoren wie z.B. die Schwangerschaftsabbrüche zwar nach 'Altersgruppen', nicht aber nach 'Familienstand', nach 'Sozialstatus' oder der 'Nationalität' heruntergebrochen wurden. Auch die Frage, wie die betroffenen Frauen in den Abbruecheinrichtungen betreut werden, wird nicht thematisiert, obwohl mit Stigmatisierungen zu rechnen ist. (s. Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland oder kurz: Frauengesundheitsbericht für Deutschland).

Das heißt, auch hier werden Risikogruppen nur ansatzweise identifiziert (etwa bei den jugendlichen Schwangerschaften) und auch hier wird die Ableitung gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs nur sehr eingeschränkt möglich.

Die beiden Beispiele sollen ausreichen um zu illustrieren, dass neben fehlenden Daten vor allem auch das gängige - eher am männlichen Leben orientierte - Paradigma der Berichterstattung (was freilich auch die Datenerfassung beeinflusst) ein Problem ist.

Denn, was Frauen brauchen ist eine an den lebensweltlichen Kontexten der Frauen, an ihren sozialen Beziehungen, ihren Möglichkeiten an den kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu partizipieren, anknüpfende Berichterstattung.

2. Der Frauengesundheitsbericht für Deutschland

Der Frauengesundheitsbericht für Deutschland (2001) orientierte sich an den Forderungen der WHO nach einer Frauengesundheitsberichterstattung und dem von ihr herausgegebenen Indikatorenkatalog. Für Deutschland sollte er eine Orientierung sein für die Etablierung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Er wollte zeigen, zu welchen Ergebnissen eine Berichterstattung führt, wenn nach den dort angewendeten Konzepten, Herangehensweisen und Zielkriterien verfahren wird. In einer vorab erarbeiteten Expertise (1996) waren zu seiner Erstellung eines Frauengesundheitsberichts die folgenden Zielkriterien erarbeitet wurden. Sie sollen anschließend genannt werden, weil sie m.E. nichts an Gültigkeit verloren haben:

In einer Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland - heißt es dort in 8 Punkten - sind:

- geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität und Mortalität sichtbar zu machen
- geschlechtsspezifische unterschiedliche Entwicklungstrends in der gesundheitlichen Lage herauszuarbeiten
- Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Frauen, vor allem im reproduktiven Bereich, darzustellen
- die spezifischen sozialen, sozioökonomischen und soziodemographischen Bedingungen für die gesundheitliche Situation zu benennen
- die besonderen gesellschaftlichen Lebensbedingungen in Beruf und Familie als Determinanten für Gesundheit und Krankheit herauszuarbeiten
- Unterschiede und Gemeinsamkeiten der gesundheitlichen Situation von Frauen in Ost und West erkennbar zu machen

- Besonderheiten, Defizite und Fehlsteuerungen der gesundheitlichen Versorgung und sozialrechtlichen Bedingungen der Situation von Frauen zu benennen
- Prioritäten für die Veränderung der gesundheitlichen, sozialen und präventiven Versorgung auf der Basis dieser Berichterstattung zu formulieren.

Resultat war ein Bericht mit insgesamt 10 Kapiteln. Der Lesbarkeit dienlich war eine Kapitelstruktur, die einem durchgängigen Algorithmus folgte.

Nur angemerkt werden soll, dass wichtige Bereiche wie die Knochen.- und Gelenkerkrankungen oder Frauen in der Psychiatrie (nur als Exkurs) auch in diesem Bericht gar nicht oder nicht ausreichend dargestellt wurden. So wurde wegen des Altenberichts auf die Darstellung von Frauen im höheren Alter ganz verzichtet.

Was tun, um die Frauengesundheitsberichterstattung in Berlin mit dem ausdrücklichen Willen des Senats voranzutreiben?

Berlin ist, was die subjektiven Potenziale betrifft, in einer glücklichen Lage. Es gibt ein Netzwerk Frauengesundheit, welches auf verschiedene Weise seine Bereitschaft und sein Interesse an einer fundierten Frauengesundheitsberichterstattung bekundet hat. Der Workshop heute ist ein weiterer Beleg dafür, dass sowohl die Berliner Frauenprojekte, die Frauengesundheitsforscherinnen wie auch die Politik interessiert sind, die gesundheitliche Situation von Frauen nicht ihrem Selbstlauf zu überlassen. Das Ziel des Workshops scheint mir erreicht, wenn sich Politik, Wissenschaft und Praxis im Interesse der Frauen zu einem arbeitsfähigen Bündnis zusammenschließen würden.

Dabei gilt es m.E. zwei Wege parallel zu beschreiten:

1. eine Basisberichterstattung zu etablieren, die das bisherige Lebenslagenkonzept auf Familie (auch Pflege, Hausarbeitsteilung), Partnerschaft, oder auch die Wohnbedingungen erweitert. Zudem sollten spezifische Gesundheitsbereiche wie etwa die Schwangerschaftsabbrüche oder auch die Verhütung Bestandteile desselben sein. Die Daten sollten möglichst nach Altersgruppen, innerhalb derselben nach Familienstand und nach Sozialstatus: Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen differenziert vorliegen.
2. sollten Spezialberichte angefertigt werden.