

V-99 Schluss mit der Vernachlässigung der Frauengesundheit – Gendergerechte Medizin jetzt stärken!

Antragsteller*in: Merieme Benali-Jockers (KV Berlin-Reinickendorf)
Tagesordnungspunkt: V Verschiedenes

Antragstext

1 Die gesundheitliche Versorgung von Frauen in Deutschland ist unzureichend und
2 basiert oft auf männlichen Normen. Dies führt dazu, dass Frauen unterversorgt
3 werden und unnötig leiden müssen. Beispielsweise zeigen Studien, dass Frauen
4 nach einem Herzinfarkt häufiger sterben, da ihre Symptome oft nicht erkannt oder
5 ernst genommen werden. Auch die Wirkung von Insulin zeigt Unterschiede zwischen
6 den Geschlechtern, was zu einer unzureichenden Behandlung von Frauen führen
7 kann. Diese Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung müssen sofort beendet
8 werden!

9 Zudem gibt es zahlreiche frauenspezifische Gesundheitsprobleme, die endlich die
10 notwendige Aufmerksamkeit erhalten müssen. Dazu gehört die Versorgung bei
11 Endometriose, Menopause und Lipödem, aber auch der Zugang zu notwendigen
12 Behandlungen zur Krebsfrüherkennung, wie ein Brust-Ultraschall, der als
13 Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden muss.

14 **Forderungen:**

15 **1. Mehr Investitionen in frauenzentrierte Forschung:** Die Bundesregierung soll
16 gezielte Förderprogramme für die Erforschung frauenspezifischer Krankheiten wie
17 Endometriose, Menopause, PMS und Brustkrebs auflegen. Forschung muss auch
18 geschlechtsspezifische Unterschiede bei weitverbreiteten Erkrankungen wie Herz-
19 Kreislauf-Erkrankungen stärker berücksichtigen.

20 **2. Geschlechts- und genderspezifische Datenerhebung:** Gesundheitliche
21 Datensätze
22 müssen nach Geschlecht und Ethnie aufgeschlüsselt werden, um die spezifischen
23 Bedürfnisse von Frauen sichtbar zu machen. Nationale Gesundheitsinstitute
24 sollten geschlechtsspezifische Daten systematisch erfassen und analysieren, um
25 Prävalenzen korrekt darzustellen.

26 **3. Verbesserung des Zugangs zu geschlechtsspezifischer Versorgung:** Frauen
27 sollten den gleichen Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung erhalten. Dies
28 bedeutet nicht die gleiche Behandlung wie Männer, sondern eine, die auf ihre
29 speziellen Bedürfnisse eingeht. Medizinische, pflegerische und therapeutische
30 Ausbildungen und Leitlinien müssen geschlechtsspezifische Unterschiede in
31 Symptomatiken und Krankheitsbildern widerspiegeln. Auch Regelleistungen müssen
32 um Maßnahmen ergänzt werden, die der Prävention und Heilung von
33 genderspezifischen Erkrankungen verbessern. Ein Beispiel ist der
34 Brustultraschall bei der Krebsprävention.

35 **4. Förderung von Innovationen im Bereich Frauengesundheit:** Der Bund soll
36 neue
37 Finanzierungsmodelle unterstützen, die gezielt Investitionen in die
38 Frauengesundheit fördern, zum Beispiel durch steuerliche Anreize für

37 Unternehmen, die in die Forschung und Entwicklung frauenspezifischer Produkte
38 und Versorgung investieren.

39 **5. Unterstützung von geschlechtergerechten Unternehmensrichtlinien:**
Arbeitgeber

40 sollten aufgefordert werden, Richtlinien einzuführen, die die gesundheitlichen
41 Bedürfnisse von Frauen unterstützen. Flexible Arbeitszeitmodelle für Frauen in
42 den Wechseljahren oder Programme zur psychischen Gesundheit sollten als Standard
43 etabliert werden. Darüber hinaus muss geprüft werden welche gesetzlichen
44 Möglichkeiten bestehen ebendiese Maßnahmen einzuführen.

45 **6. Unterstützung von Menschen mit Kinderwunsch:** Es muss sichergestellt
werden,

46 dass Menschen, die Kinder bekommen wollen, nicht allein gelassen werden.
47 Medizinische, psychologische und soziale Unterstützungsangebote müssen verstärkt
48 und leicht zugänglich gemacht werden. Zur Sicherung der Lebensverhältnisse muss
49 außerdem das Elterngeld endlich für alle gleich hoch ausfallen, statt
50 lohnabhängig zu sein und sich als voller Lohnausgleich am Durchschnittseinkommen
51 von Vollzeitbeschäftigten in Deutschland orientieren. Denn es ist erwiesen:
52 Armut macht krank,

53 **7. Schwangere und Gebärende besser schützen:** Schwangerschaft und Geburt
sind

54 besondere Lebensphasen, in denen Gebärende das Recht auf Unterstützung zusteht.

55 98 Prozent der Frauen entscheiden sich, ihr Kind in einer Klinik zur Welt zu
56 bringen. Zu häufig sind die Hebammen vor Ort allerdings überarbeitet und
57 betreuen zu viele Gebärende. Es müssen endlich Rahmenbedingungen und Anreize für

58 Kliniken zur Förderung physiologischer Geburten geschaffen werden. Dafür ist es
59 zwingend notwendig das System der Fallpauschalen in der Geburtshilfe zu
60 modifizieren oder abzuschaffen Auch die praktische Aus- und Weiterbildung aller
61 in der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen muss gezielt auf
62 die physiologische Geburt ausgerichtet werden.

63 Die Erhebung umfassender Daten zu Fehlgeburten ist von entscheidender Bedeutung.
64 Aktuell gibt es keine systematische Erfassung von Fehlgeburten. Beendigung der
65 Schwangerschaft nach der 24 Woche oder einem Körpergewicht von über 500 g gibt
66 es eine Meldepflicht und man spricht von einer Totgeburt.

67 Die allgemeine Meinung geht davon aus, dass jede Dritte Schwangerschaft in einem
68 Abort endet – es ist einfach nicht hinnehmbar, dass es keine Faktengrundlage zu
69 gibt. Noch unannehmbar ist es, dass viele schwangere Personen kein
70 angemesseneres Unterstützungsangebot erhalten. Das Mutterschutzgesetz weiter
71 ausgebaut werden. Ein Anspruch auf Mutterschutz nach einer Fehlgeburt gibt es
72 nicht- da sie selbst in der 20 Woche- keine Entbindung darstellt würde – im
73 rechtlichen Sinne.

74 Eine bessere Datenerhebung könnte nicht nur die Forschung und Prävention
75 stärken, sondern auch zur Enttabuisierung von Fehlgeburten beitragen. Viele
76 Frauen und Familien werden mit dem psychischen und physischen Trauma
77 alleingelassen. Deshalb muss die medizinische Nachsorge sowie psychologische
78 Betreuung verbessert werden, um betroffenen Frauen und Familien umfassende

79 Unterstützung zu bieten. Fehlgeburten sind ein gesellschaftlich und medizinisch
80 relevantes Thema, das nicht weiter ignoriert werden darf.

81 Die Abschaffung des §218a ein entscheidender Schritt hin zu körperlicher und
82 reproduktiver Selbstbestimmung. Das Recht auf sichere und legale
83 Schwangerschaftsabbrüche sollte nicht kriminalisiert werden, da es Frauen in
84 prekäre Situationen bringt und ihre Freiheit über den eigenen Körper
85 einschränkt. Wir fordern eine Gesundheitsversorgung, die auf Vertrauen und
86 Selbstbestimmung basiert, statt auf Verboten und moralischen Urteilen. Die
87 Streichung des §218a wäre ein Zeichen für mehr Gerechtigkeit und Gleichstellung,
88 sowohl im rechtlichen als auch im gesundheitlichen Bereich. Ein feministisch
89 geprägtes Gesundheitssystem muss die Autonomie von Frauen in den Mittelpunkt
90 stellen und reproduktive Rechte als unantastbar anerkennen.

weitere Antragsteller*innen

Moritz Wiechern (KV Berlin-Reinickendorf); Shirin Kreße (KV Berlin-Mitte); Tariq Kandil (KV Berlin-Reinickendorf); Hannah Fuge (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Bennet Noah Dyllong (KV Berlin-Pankow); Peter Windsheimer (KV Berlin-Reinickendorf); Santiago Rodriguez Salgado (KV Berlin-Treptow/Köpenick); Margarethe Tober (KV Berlin-Tempelhof/Schöneberg); Joana Zühlke (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Johannes Mihram (KV Berlin-Mitte); Anke Dörsam (KV Berlin-Kreisfrei); Johannes Feldker (KV Berlin-Reinickendorf); Janna Voßnacker (KV Berlin-Reinickendorf); Sebastian Kitzig (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Teresa Krause (KV Berlin-Steglitz/Zehlendorf); Enad Altaweel (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Bettina Deutelmoser (BV Bundesverband); Cedrik Schamberger (KV Berlin-Tempelhof/Schöneberg); Monika Herrmann (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); sowie 127 weitere Antragsteller*innen, die online auf Antragsgrün eingesehen werden können.