

Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite 6

Aktuelles

Neue Koordinierungsstelle gegen Gewalt



Seite 10

Regionales

Vorstellung
Frauennotruf
Hannover



ab Seite 12

Schwerpunkt

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen



Hinweis

Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug des Rundbriefes speichern und verarbeiten.

Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter ute.sonntag@gesundheit-nds.de widersprechen.

Rundbrief 45 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
Juli 2020

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 109
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion:

Stefanie Rennspieß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Dr. Jessica Hartig, Birgit Vahldiek, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.
Edith Ahmann, Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
Melissa Depping, MOSAIK Gesundheit
Jessica Lach, Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt
Dr. Ute Sonntag, Johanna Diedrich, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Edith Ahmann, Marie-Sophie Albrecht, Frauke Baller, Beatrix Baumgart, Helena Behrens, Melissa Depping, Johanna Diedrich, Susanne Grebe-Deppe, Dr. Jessica Hartig, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Anja Jung, Prof. Dr. Swantje Köbsell, Jessica Lach, Stefanie Rennspieß, Dr. Monika Rosenbaum, Dr. Ute Sonntag, Pia Sophie Sperlich

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.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de als PDF eingestellt.
<http://tinyurl.com/l9pvn7g>

Liebe Mitglieds*frauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen,

unser neuer Rundbrief richtet den Blick auf eine Gruppe Frauen und Mädchen, die in unserer Gesellschaft marginalisiert und diskriminiert wird: Frauen mit Behinderung. Sie sind nicht nur häufiger als andere Frauen körperlicher und psychischer Gewalt ausgesetzt, ihnen fehlen auch oft die Zugänge zu einem sie unterstützenden Umfeld - sozial, psychisch und medizinisch.

Um gegen die Benachteiligung von Frauen auch im Gesundheitsbereich ein Zeichen zu setzen, wurden verschiedene Konventionen verabschiedet, die es umzusetzen gilt. Darunter fallen die UN-Behindertenrechtskonvention ebenso wie Teile von CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) zur Abschaffung jeglicher Diskriminierung von Frauen.

Mit dem Schwerpunkt wollen wir einen Einblick geben in den Facettenreichtum, der das Thema Frauen und Behinderung aus der Gesundheitsperspektive umfasst. So finden Sie in dieser Ausgabe Informationen über Instrumente für ein selbstbestimmtes Leben, die Frage nach einer selbstbestimmten Familienplanung, Flucht als Ursache psychischer Beeinträchtigungen und schließlich die wissenschaftliche Herangehensweise in der jungen Disziplin „Disability Studies“ zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung allgemein und aus der frauenspezifischen Perspektive.

Natürlich bestimmt gegenwärtig die Pandemie durch das Coronavirus COVID-19 unser aller Berufs- und Alltagsleben. Auch hier ist zu bedenken, dass insbesondere Frauen stärker von den Maßnahmen betroffen sind als Männer: Sie sind gerade in den Berufen besonders zahlreich vertreten, die für die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems unabdingbar sind und arbeiten überdurchschnittlich oft in Branchen mit geringem Einkommen. Es sind die Alleinerziehenden, die nun mit der Situation der parallelen Kinderbetreuung und entweder Sorge um den eigenen Job oder Dauereinsatz zurecht kommen müssen. Besonders Menschen mit Beeinträchtigungen, die auf andere angewiesen sind, brauchen jetzt Gewissheit, dass sie nicht im Stich gelassen werden.

Und nicht zuletzt: Wir stehen für die Gesundheit von Frauen und Mädchen. Deshalb gilt es nach einer gewissen Beruhigung der Lage auch und insbesondere danach zu schauen, welche Faktoren - trotz der sich rasant ausbreitenden Infektion - Menschen gesund bzw. symptomlos gehalten haben. Dazu sind vor allem Studien an jenen erforderlich, die aus einem Haushalt mit einer infizierten Person stammen, die aber selbst nie untersucht wurden.

Wir wünschen allen eine gute Gesundheit und einen kreativen Umgang mit der Krise.

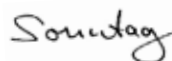
Es grüßen euch die Trägerorganisationen des Netzwerkes



Stefanie Rennspieß
Nds. Ministerium für
Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



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



Birgit Vahldiek
SoVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Edith Ahmann
Frauen- und Mädchen
Gesundheitszentrum
Region Hannover e. V.



Melissa Depping
MOSAIK Gesundheit

Aktuelles	5
Neue Landeskoordination von MOSAIK Gesundheit	5
Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt	6
Neue Studie: Mütterliches Rauchen in der frühen Schwangerschaft schadet dem Kind dauerhaft	8
Regionales	10
Der Frauennotruf. Eine vielfältige Beratungsstelle.	10
Schwerpunkt: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen	12
Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung – Handlungsempfehlung zur Gleichbehandlung aller Menschen im Gesundheitssystem	12
Frauen mit Behinderung: Gleiches Recht auf Gesundheit?	15
Wie profitieren Frauen mit Behinderung und Mütter behinderter Kinder vom Bundesteilhabegesetz und der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung?	19
Gynäkologische Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen – ein Einblick	23
Leben wie alle anderen – Ob Kinder oder keine, bestimmen wir alleine?	26
Geflüchtet, weiblich, be- oder gehindert?	32
Disability Studies – Worum es dabei geht	37
Mediathek	41
Termine	47

Neue Landeskoordination von MOSAIK Gesundheit

Melissa Depping

Zum Jahreswechsel hat eine personale Umstellung bei „MOSAIK Gesundheit - ein Projekt für lesbische, bisexuelle und queere Frauen* in Niedersachsen“ stattgefunden. Nach zwei sehr intensiven und ereignisreichen Jahren hat Jessica Lach die Projektleitung an Melissa Depping übergeben.

Melissa Depping hat ihren Bachelor in der Fächerkombination Pädagogik und Gender Studies an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg 2017 abgeschlossen. In der Überzeugung, dass jeder Mensch voller Potenziale steckt – die nur ihren Weg an die Oberfläche finden müssen – begann sie anschließend ihren sozialwissenschaftlichen Master „Empowerment Studies“ an der Hochschule Düsseldorf. Queer-feministische Denkweisen, Geschlechtergerechtigkeit und vor allem Frauen* und LSBTIQ Menschenrechte ziehen sich als inhaltliche Schwerpunktthemen durch ihr Studium. Mit einer Thesis zu „LSBTIQ Menschenrechten als Que(e)r schnittsthema in der deutschen bilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit Südafrika“ hat sie ihr Masterstudium im Februar 2020 erfolgreich abgeschlossen.

In ihrer neuen Funktion als Landeskoordinatorin von MOSAIK Gesundheit – seit dem 15. Januar 2020 – möchte sie besonders Frauen* dazu ermutigen, ihre Potenziale zu erkennen und ihre Ressourcen zu nutzen. Dazu strebt sie einen gemeinsamen Austausch und eine nachhaltige Vernetzung an, um wichtige Themenbereiche zu eruieren und passende Angebote entwickeln zu können.

Sie haben Ideen oder Vorschläge für Veranstaltungen? Sie möchten eine referierende Person in ihre Stadt holen? Oder Sie sehen Bedarfe in einem bisher nicht angesprochenen Bereich?

Dann melden Sie sich gerne mit Themenvorschlägen unter: kontakt@mosaikgesundheit.de

Auf der MOSAIK Website finden Sie aktuelle Veranstaltungen, Beiträge zu Themen wie Beziehung, Gesundheitsversorgung (im Alter), Gewalt, Body-Positivity als auch sexuelle Gesundheit und Queer of Color. Weiterhin können Sie auch kostenlos MOSAIK Material für sich und/oder ihre Organisation bestellen. Folgen Sie dazu einfach dem Link und lassen Sie sich inspirieren: www.mosaikgesundheit.de

MOSAIK Gesundheit als neue Trägerorganisation des Netzwerk Frauen und Mädchen Gesundheit

Wir freuen uns, „MOSAIK Gesundheit – ein Projekt zur Gesundheitsförderung lesbischer, bisexueller und queerer Frauen* in Niedersachsen“ als eine neue Trägerorganisation des Netzwerks Frauen und Mädchen Gesundheit vorstellen zu dürfen.

In Trägerschaft von LiN – Lesbisch* in Niedersachsen, eine der vier Säulen des Queeren Netzwerkes Niedersachsen e. V., sensibilisiert MOSAIK Gesundheit für queere Gesundheitsthemen.

Denn die Gesundheit lesbischer, bisexueller und queerer Frauen* führt ein Schattendasein, sowohl im Gesundheitsbereich, als auch in der queeren Community. Lesbische, bisexuelle und queere Frauen* nutzen die Angebote des Gesundheitssystems vergleichsweise seltener als heterosexuelle Frauen*. Dies liegt unter anderem daran, dass sie häufiger Diskriminierung im Gesundheitssystem erleb(t)en und/oder medizinische Fachkräfte nicht immer über ausreichend Wissen zu queerer Gesundheit verfügen.

Eines der zentralen Ziele von MOSAIK Gesundheit ist es, die Lücken sichtbar zu machen und lesbische, bisexuelle und queere Frauen* aus Niedersachsen zu den Themen der queeren Gesundheit zu sensibilisieren. Hierfür werden regelmäßig und niedersachsenweit Vorträge und Workshops angeboten. Auf der Homepage <https://mosaikgesundheit.de> werden außerdem Beiträge zu Themen wie Beziehungen, Gesundheitsversorgung, Gesundheit im Alter, aber auch zu Gewalterfahrungen, Body-Positivity und sexuelle Gesundheit veröffentlicht. Weiterhin kann das von MOSAIK Gesundheit zusammengestellte Infomaterial bestellt oder auch als pdf heruntergeladen werden. Eine Übersicht ist unter: www.mosaikgesundheit.de/material/ zu finden.

 Melissa Depping, Projektleitung MOSAIK Gesundheit, c/o QNN e.V., Volgersweg 58,
30175 Hannover, E-Mail: kontakt@mosaikgesundheit.de

Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt

Jessica Lach



Das niedersächsische Sozialministerium fördert zur Begleitung der Umsetzung der Istanbul-Konvention eine landesweite unabhängige Koordinierungsstelle der Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen (sexualisierte) Gewalt.

Die Koordinierungsstelle hat am 15.01.2020 ihre Arbeit aufgenommen und ist ein Modellprojekt unter der Trägerschaft des gleichnamigen Verbundes. Ziele der unabhängigen Koordinierungsstelle sind unter anderem eine Bestandsaufnahme der Versorgungs- und Vernetzungssituation für von Gewalt betroffene Frauen* und Mädchen* in Niedersachsen zu erheben, die Verbesserung der Vernetzung und des Wissenstransfers zwischen bestehenden Fachberatungsstellen, Landesverbänden und Fachpolitik nachhaltig zu verankern sowie eine Vernetzungsstruktur mit Interessensvertretung für die Fachberatungsstellen zu etablieren.

Geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt ist eine Menschenrechtsverletzung

Das Inkrafttreten des „Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ (kurz Istanbul-Konvention) stellt einen Meilenstein dar und definiert Gewalt als geschlechtsspezifisch und strukturell bedingt. Der Verbund erhofft sich mit der Umsetzung der Istanbul Konvention - vielleicht auch in Niedersachsen - eine grundsätzliche Verbesserung der Situation von Frauen* und Mädchen*, die von Gewalt betroffen sind, erklärt Kornelia Krieger (Frauenberatungsstelle Osnabrück und Vorstand des Verbunds).

Gerade die im Verbund vertretenen spezialisierten Fachberatungsstellen erfüllen seit zum Teil mehr als dreißig Jahren gesetzliche Aufgaben, so Barbara David (Violetta Hannover). Dazu gehören unter anderem Aufgaben im Rahmen des Gewaltschutzgesetzes, der Beratung in Fragen von Kindeswohlgefährdung oder der Begleitung bei der Einrichtung von Schutzkonzepten sowie der psychosozialen Prozessbegleitung von verletzten Opferzeuginnen im Rahmen von Strafverfahren gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Mit der Einrichtung der Landeskoordinierungsstelle wird diese Arbeit gestärkt.

Auftakt der Koordinierungsstelle

Über die Istanbul-Konvention wird momentan viel gesprochen, aber welche konkreten Umsetzungsmöglichkeiten bietet dieses Instrument in Niedersachsen auf kommunaler und länderspezifischer Ebene? Welche Maßnahmen in den Bereichen Unterstützungsangebote, Gewaltschutz, Gewaltprävention und Strafverfolgung lassen sich praktisch ableiten? Und wie kann die unterschiedliche kommunale Kontextualisierung in einem Flächenland wie Niedersachsen gestaltet werden?

Die Koordinierungsstelle konzipierte ursprünglich für den Sommer 2020 eine Auftaktveranstaltung „Umsetzung der Istanbul-Konvention in Land und Kommune“ (Arbeitstitel) für Interessierte aus Politik, Zivilgesellschaft und den Fachberatungen. Aufgrund der Corona-Pandemie wird die Fachtagung auf das Frühjahr 2021 verschoben.

Weitere Informationen unter: www.lks-niedersachsen.de



Jessica Lach (Projektleitung), Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt, Fössestraße 77A, 30451 Hannover, Tel: 0511 / 21 33 91 92, E-Mail: kontakt@lks-niedersachsen.de

Neue Studie: Mütterliches Rauchen in der frühen Schwangerschaft schadet dem Kind dauerhaft

Johanna Diedrich

Unumstritten zählt der Konsum von Tabak zu den häufigsten vermeidbaren Ursachen für Morbidität und Tod durch nicht-übertragbare Krankheiten. Dennoch ist das Rauchen in Deutschland weit verbreitet und beeinflusst im Besonderen die reproduktive Gesundheit zahlreicher Frauen. Aktuell rauchen 23 Prozent der Frauen und Mädchen über 15 Jahren. Damit liegt Deutschland beim Tabakkonsum im Vergleich der Prävalenzen der Mitgliedsstaaten in der Europäischen Union im Mittelfeld. Besonders häufig sind Frauen aus niedrigen Bildungsgruppen betroffen.

Rauchen Frauen während der Schwangerschaft, schädigen sie nicht nur ihre eigene, sondern insbesondere die Gesundheit ihres heranwachsenden Kindes. Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe gehen über die Plazenta in den Blutkreislauf des Kindes

über und behindern eine optimale Versorgung. Neben zahlreichen krebserregenden Stoffen stört Nikotin die Entwicklung der Organe, einschließlich des Gehirns, Kohlenmonoxid setzt die Sauerstoffversorgung herab. Somit droht die Gefahr einer Minderdurchblutung des Gewebes mit nachfolgenden Wachstums- und Entwicklungsstörungen des Ungeborenen. Diese Tatsachen sind bereits seit langem bekannt. Dass das Risiko aber bereits durch einen Tabakkonsum in den ersten Monaten der Schwangerschaft deutlich erhöht wird, zeigt eine aktuelle geburtsregistergestützte Kohortenstudie der University of Eastern Finland, in der Daten von 1,38 Millionen Geburten ausgewertet wurden. Im Zentrum der Untersuchung stand die Frage nach den Effekten eines Rauchstopps während des ersten Trimesters.

Das wichtigste Ergebnis der Studie ist, dass, obwohl das Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht durch eine Entwöhnung im ersten Trimester abnimmt, die Hirngröße und die Körperlänge im Verhältnis zum Körpergewicht scheinbar nicht aufzuholen sind. Dies kann als ein Effekt des mütterlichen Rauchens auf die Zellproliferation während der Organogenese in der frühen pränatalen Entwicklung interpretiert werden. Verglichen mit Kindern von Nichtraucherinnen trugen die Neugeborenen der rauchenden Mütter ein erhöhtes Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht unter 2500 g. Diese Risikoerhöhung blieb auch bei einem Rauchstopp nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel bestehen. Rauchten die Frauen über das erste Trimester hinaus, verdoppelte sich das Risiko. Zudem waren Neugeborene von Raucherinnen öfter kleiner und kamen mit abnormalen Körperproportionen zur Welt.

Die Studienautor*innen schlussfolgerten, dass eine Exposition mit Tabakrauch in der frühen Schwangerschaft ein besonders sensibles Zeitfenster für bleibende Entwicklungsstörungen des Ungeborenen sei. Dies unterstreicht die zwingend nötige Rauchentwöhnung vor der Schwangerschaft, da selbst das Rauchen nur während des ersten Trimesters potenziell verheerende Auswirkungen auf die langfristige Gesundheit des ungeborenen Kindes hat. Umso wichtiger sind gendersensible Programme und Strategien zur Rauchentwöhnung, die an den spezifischen Bedürfnissen von Frauen ansetzen und gleichzeitig die Bekämpfung sozialer Ungleichheit berücksichtigen. Epidemiologische Studien über die Auswirkungen von Nikotinersatzprodukten stehen noch aus. Daher lautet die abschließende Empfehlung der Studienautor*innen, die Informationen über deren Gebrauch in das medizinische Geburtenregister mit aufzunehmen. Auf diese Weise könnten Risikoschwangerschaften zuverlässiger erkannt und neues Wissen im Rahmen von Forschungsarbeiten generiert werden. Bis die Unbedenklichkeit nachgewiesen bzw. widerlegt ist, sollte bei der Beratung schwangerer Frauen bezüglich der Empfehlung von Nikotinersatzprodukte Vorsicht geboten sein.

Rumrich, I.; Vähäkangas, K.; Viluksela, M.; Gissler, M.; De Ruyter, H.; Hänninen, O. (2020): Effects of maternal smoking on body size and proportions at birth: a register-based cohort study of 1.4 million births. *BMJ Open* 10: e033465. Online verfügbar unter: www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/schwangerschaft-rauchen-im-ersten-drittel-schadet-dem-kind-dauerhaft/

Johanna Diedrich, LVG & AFS, E-Mail: johanna.diedrich@gesundheit-nds.de

Der Frauennotruf. Eine vielfältige Beratungsstelle.

Anja Jung, Helena Behrens

Der Frauennotruf Hannover e. V. wendet sich mit seinem Angebot an ALLE Frauen. Da Frauen mit Behinderung aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation ein doppelt so großes Risiko haben, von sexualisierter Gewalt betroffen zu sein, sind einige Angebote speziell auf diese Frauen zugeschnitten.



In der Gesellschaft herrscht überwiegend die Vorstellung, dass Menschen mit Beeinträchtigungen keine eigene Sexualität besitzen. Dr. Aiha Zemp, Psychotherapeutin aus der Schweiz, machte während einer Fortbildung des Frauennotrufs Hannover am 15. & 16.11.2007 auf die Gefahr eines Fehlschlusses aufmerksam. Durch die Sichtweise, Menschen mit Beeinträchtigungen besäßen keine eigene Sexualität, tritt die Beeinträchtigung in den Vordergrund und stellt das Geschlecht als beiläufiges Merkmal in den Hintergrund, was wiederum zu der Schlussfolgerung führt, dass „wer keine Sexualität hat, auch nicht sexuell missbraucht werden könnte“.

Die Tatsache, dass Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigungen statistisch gefährdeter sind, verdeutlicht nach wie vor den dringenden Handlungsbedarf nach Prävention.

Zu den spezifischen Angeboten in diesem Themenbereich gehören neben Beratung auch Gruppenangebote, Workshops und Seminare.

Einige Beispiele:

- Die Gruppe „Jetzt komme ich!“ ist ein offenes Angebot für Frauen mit kognitiven, seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Sie wird an einem einrichtungsunabhängigen und barrierefreien Ort angeboten, damit jede Frau die Möglichkeit hat teilzunehmen, auch wenn sie an keine Einrichtung der Behindertenhilfe angebunden ist.
- Die WenDo-Kurse (Selbstverteidigung und Selbstbehauptung speziell für Frauen) sind auf Frauen mit Beeinträchtigungen zugeschnitten und finden mehrmals im Jahr an unterschiedlichen Orten statt.
- Die präventiven Workshops für Frauen in Einrichtungen sind ebenso Teil des Angebotes. In diesen Angeboten geht es bspw. um sexualisierte Gewalt, Sexualität sowie Grenzen, Nein sagen und das eigene Körpergefühl.
- Der Frauennotruf hat Anfang 2017 das Projekt „Beratung in Gebärdensprache“ initiiert, gefördert von der Beauftragten für Menschen mit Behinderungen der Stadt Hannover sowie später von der Aktion Mensch (bis März 2020). Das Angebot umfasste regelmäßige Sprechstunden, einzelne Beratungstermine und Öffentlichkeitsarbeit. Im Rahmen der Beratungen, die stattgefunden haben, wurde deutlich, in welchem hohem Maße Frauen mit Hörschädigungen von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen sind. Es bräuchte in Hannover und Niedersachsen ein intensiv gefördertes und auf Langfristigkeit angelegtes Beratungsangebot.

Seit 2007 gibt es den Arbeitskreis „Sexuelle Gewalt gegen Frauen und jugendliche Mädchen mit Behinderungen“, der sich regelmäßig in Hannover im Neuen Rathaus trifft und sich immer über neue Teilnehmer*innen freut. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Fortbildung und Beratung für Fachkräfte, die mit Frauen mit Beeinträchtigungen arbeiten.

Die vertrauensbildenden Maßnahmen mit den betroffenen Gruppen erfordern ein hohes Maß an Zeit, Engagement und interkultureller Kompetenz; die besonderen kommunikativen Herausforderungen benötigen spezielle pädagogische Fachkompetenzen im Beratungskontext mit Betroffenen.

Anja Jung, Helena Behrens, Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen Hannover e.V.,
E-Mail: info@frauennotruf-hannover.de

Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung – Handlungsempfehlung zur Gleichbehandlung aller Menschen im Gesundheitssystem

Jessica Hartig

Stellen Sie sich vor, Sie möchten ein Krankenhaus aufsuchen, weil Sie starke Bauchschmerzen haben und Hilfe benötigen oder Sie möchten eine gynäkologische Praxis besuchen, beispielsweise zur Vorsorgeuntersuchung. Auf Arztbesuche freut sich in der Regel niemand. Einigen Menschen mit Beeinträchtigung graut es jedoch davor. Der Grund: Sie haben vor Ort oft nicht die Wahl, so wie Sie, als selbstbestimmter Mensch behandelt zu werden. Die Bauchschmerzen werden vielleicht gut versorgt. Aber wie würde es Ihnen ergehen, wenn Sie wüssten, dass Sie trotz all Ihrer Kompetenzen, mit denen Sie sonst das Leben meistern, sich nun in einem Krankenhaus behandeln lassen müssten? In einem Krankenhaus, wo Sie in Ihrem Menschsein und Ihrer Würde nicht immer respektvoll behandelt werden. Dort, wo Sie auf Hilfe und Fürsorge hoffen, treffen Sie schlimmstenfalls auf fehlende Kompetenz und Unwissenheit bezüglich Ihrer Beeinträchtigungen. Denn dort werden Sie mitunter zuerst als Mensch mit Behinderung gesehen. Und dann erst als Mensch mit Bauchschmerzen. Bei dieser Vorstellung empfinden sicherlich die meisten Menschen Unwohlsein.

Auch das Finden einer beispielsweise barrierefreien gynäkologischen Praxis gestaltet sich oft schwierig – obwohl Verhütung, Schwangerschaft und Frauengesundheit und die damit verbundenen Vorsorgemaßnahmen ebenfalls zentrale Anliegen im Leben von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung sind.

Fehlende Gleichbehandlung trotz internationalem Abkommen

Menschen mit Beeinträchtigung werden auch über zehn Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) teilweise noch ausgeschlossen und/oder nicht gleichberechtigt behandelt, weil sie Einschränkungen haben, die Menschen ohne Beeinträchtigung nicht haben. Sie sind nicht per se krank. Sie möchten daher bei einem Arztbesuch weder in Watte gepackt, noch bevormundet werden. Eine Gleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung ist geboten, jedoch leider noch nicht selbstverständlich.

Ziel ist eine bedarfsgerechte Behandlung und Zugang zu medizinischer Versorgung

Es muss gewährleistet sein, dass Menschen mit Beeinträchtigung den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung haben wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Gerade für Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung ist der Arztbesuch oft ein unangenehmes Szenario. Häufig scheitert die Gesundheitsversorgung schon an der Grundvoraussetzung der räumlichen Barrierefreiheit. Dazu kommt eine oft nicht bedarfsgerechte Behandlung, obwohl die Einstellung und Haltung von medizinischem Personal gegenüber Menschen mit Beeinträchtigung ein zentraler Punkt des Menschenrechtsansatzes der UN-BRK ist. Auch stehen Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung mitunter nicht dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und derselbe Standard bei ihrer Gesundheitsversorgung zur Verfügung wie Menschen ohne Beeinträchtigung.

Barrierefreiheit erfordert vielfältige Ansätze

Barrierefreiheit bedeutet im Gesundheitswesen, alle Hindernisse zu beheben, die Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung den Zugang zu und die freie Entscheidung für gesundheitliche Maßnahmen erschweren. Die unterschiedlichen Formen von Beeinträchtigung erfordern angemessene Zugangsweisen, um Gesundheitskompetenz zu erlangen. Daher müssen Informationsmaterial und -veranstaltungen ebenso barrierefrei gestaltet sein wie die Zugänge zu (fach-)ärztlichen Einrichtungen. Grundsätzlich stehen aber auch Fragen der ärztlichen Kompetenz zur Diskussion, wenn Medizinerinnen und Mediziner aus Unsicherheit oder Fehleinschätzung Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung falsch beraten oder behandeln oder es keinen Zugang zu niederschweligen therapeutischen Hilfen gibt.

Handlungsempfehlungen

Die UN-BRK muss endlich flächendeckend umgesetzt werden. Die Zugänge zum Gesundheitswesen sind so anzupassen, dass allen Menschen die Chance einer gleichwertigen Versorgung und einer umfassenden Gesundheitskompetenz ermöglicht wird. Dabei darf kein Unterschied zwischen von einer vererbten Erkrankung Betroffenen, Personen mit Lernschwierigkeiten, Gehbeeinträchtigung, Seh- oder Hörschädigung und Menschen ohne Beeinträchtigungen gemacht werden. Für (junge) Frauen müssen die spezifischen Besonderheiten von Verhütung und Familienplanung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt berücksichtigt werden.

Um eine inklusive Gesundheitsversorgung zu erreichen, sind folgende Punkte zu prüfen und umzusetzen:

- Ein barrierefreier Zugang zu allen relevanten Gesundheitsinformationen ist zu gewährleisten.
- Ein barrierefreier Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems und Arztpraxen sowie angepasstes Untersuchungs- und Behandlungsmobiliar ist zu standardisieren.
- Der Themenkomplex „Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung“ sollte ins Ausbildungscurriculum der regulären Pflegeberufsausbildung aufgenommen werden, damit Schülerinnen und Schüler nicht nur vom Pflege-, sondern auch vom Inklusionsfach sind.
- Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte sollte ebenfalls um den Themenkomplex „Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung“ erweitert werden.
- In dem Simulationspatientenunterricht sollte das Modul „leichte Sprache“ ergänzt werden.
- In der Gynäkologie sollte eine Zusatzausbildung zum Themenkomplex „Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung“ erfolgen.
- Das medizinische Personal sollte zum Umgang mit Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung stärker informiert, sensibilisiert, geschult und fortgebildet werden.
- Der zeitliche Mehraufwand (höherer zeitlicher Aufwand beim An- und Ausziehen und bei den Untersuchungsvorbereitungen) und die zeitintensive Kommunikation mit gehörlosen Frauen und Mädchen und / oder Menschen mit Lernschwierigkeiten sollten sich in der Vergütung von Ärztinnen und Ärzten niederschlagen.
- Die Neuzulassung von Arztpraxen sollte zukünftig von deren Barrierefreiheit abhängig gemacht werden.
- Über die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung sollten systematisch Daten und Statistiken erhoben werden.
- Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung sind als Expertinnen in eigener Sache hinzuzuziehen.

Dr. Jessica Hartig, Abteilung Sozialpolitik, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.,
Herschelstr. 31, 30159 Hannover, E-Mail: Jessica.Hartig@sovd-nds.de

Frauen mit Behinderung: Gleiches Recht auf Gesundheit?

Monika Rosenbaum

Anmerkungen zur Umsetzung der UN Behinderten-rechts-konvention in Bezug auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen

Das Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW thematisiert seit seiner Gründung vor 25 Jahren immer wieder auch Gesundheitsfragen. Wir skizzieren im Weiteren kurz die inhaltliche Bedeutung der UN Behinderten-rechts-konvention und zeigen am Beispiel verschiedener Rückmeldungen von Netzwerk-Frauen einige problematische Bereiche auf.

Kernpunkte der UN Behinderten-rechts-konvention

Im Jahr 2009 trat in Deutschland die UN Behinderten-rechts-konvention in Kraft, zugleich Ergebnis langjähriger Kämpfe der Behinderten-bewegung, als auch Impuls für weitere Veränderungen. Für uns ist die UN Behinderten-rechts-konvention deshalb so wichtig, weil sie die Menschenrechte kenntnisreich aus Sicht von Menschen mit Behinderung durchbuchstabiert. In dem Durchgang durch verschiedene Lebensbereiche trifft sie konkrete Aussagen, die es einfacher machen, Rechte einzufordern und ihre Umsetzung zu überprüfen. Zugleich umfasst sie den Mechanismus der Staatenprüfung – ein wichtiges Instrument für die Zivilgesellschaft, um staatliche Anstrengungen nachzuhalten.

Als NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW schauen wir tatsächlich regelmäßig in den Text der Konvention, wenn wir uns mit Anfragen und Vorlagen auseinandersetzen.

Neues Verständnis von Behinderung

Dabei ist das generelle Verständnis von Behinderung sicher von besonderer Bedeutung: In Artikel 1 wird erläutert: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Eine Behinderung wird nach diesem Verständnis nicht (bzw. nicht mehr) gleichgesetzt mit einer medizinischen Diagnose, sondern entsteht aus der Wechselwirkung von Beeinträchtigungen und Barrieren bzw., wie im Bundesteilhabegesetz dargestellt, aus der

Wechselwirkung der je individuellen Beeinträchtigungen mit (sozialen, baulichen, technischen) Barrieren und den Haltungen im Umfeld bzw. der Gesellschaft.

Diese Abkehr vom medizinischen Modell der Behinderung spiegelt sich zum Beispiel in der wachsenden Bedeutung der ICF, der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO, die das System der ICD zumindest ergänzt und die besonders im Reha-Bereich wichtiger wird.

Für Frauen mit Behinderung ist das eine faszinierende Entwicklung: Der Blick richtet sich nicht mehr allein auf eine Diagnose, sondern auf ein Zusammenspiel von Faktoren, die die Teilhabe jeder Einzelnen einschränken und als veränderbar gedacht sind - durch den Abbau von Barrieren und die Veränderung von Haltungen.

Die Grundlagen für Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

Für Mädchen und Frauen ist der Artikel 6 „Frauen mit Behinderungen“ von besonderer Bedeutung: „(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können.“ Dieser Absatz ist die Grundlage für eine verstärkte Einbeziehung von Frauen mit Behinderung in Entscheidungsprozesse auf Bundes- oder Landesebene. Zugleich wird diese Aussage nach wie vor durch nach Geschlecht differenzierte Statistiken und Studien regelmäßig für unterschiedliche Lebensbereiche bestätigt: Die Kombination von weiblichem Geschlecht und Behinderung führt immer wieder zu verstärkten negativen Wirkungen, zum Beispiel mit dem Blick auf Teilhabe am Arbeitsmarkt oder Einkommen, die selbst wieder den Gesundheitszustand negativ beeinflussen können.

In Artikel 25 „Gesundheit“ wird von den Vertragsstaaten „Das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anerkannt. Dazu werden verschiedene Maßnahmen bzw. Ziele zugesagt: geschlechtsspezifische Angebote und eine gemeindenahe Versorgung, „Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard [...] wie anderen Menschen“ ebenso wie aller nötigen speziellen Leistungen. Es wird aber auch die Schulung des medizinischen Personals zugesagt, dem die Staaten auferlegen, „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“.

Wie wir gesehen haben, bietet die UN Behinderten-rechts-konvention wichtige praktische und juristische Ansatzpunkte für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Frauen mit Behinderung, ohne die Frauen auf die Behinderung festzuschreiben.

Benachteiligungen in Zeiten der Pandemie

In der Corona-Krise müssen wir (erneut) feststellen, dass Frauen (und Männer) mit Behinderung auch in solchen grundlegenden Gesundheitsfragen strukturell benachteiligt werden: Diese Benachteiligung beginnt bei der fehlenden Zugänglichkeit von Informationen zur Entwicklung der Pandemie. So waren lange Zeit nur wenige Informationen in Leichter Sprache verfügbar. Auch die regelmäßige Simultan-Übersetzung zum Beispiel von Pressekonferenzen in Gebärdensprache startete erst nach einigen Wochen. Viele Frauen mit Behinderung benötigen zwar pflegerische Unterstützung oder Assistenz, aber Einrichtungen der Behindertenhilfe (oder selbstständig lebende Menschen mit hohem Assistenzbedarf) wurden trotzdem lange als Facheinrichtungen mit Maskenbedarf ignoriert. Auch die besonderen Herausforderungen, wie sie sich durch das Kontaktverbot beispielsweise für taubblinde Menschen gestellt haben, wurden in den Konzepten nicht aufgegriffen, sondern nur vereinzelt in der Selbsthilfe diskutiert.

Schwachstellen: Barrierefreiheit und Selbstbestimmung – Beteiligung und Solidarität

Die leidenschaftlichen Diskussionen über Empfehlungen zur Triage zeigen zugleich das tief sitzende Misstrauen vieler Frauen (und Männer) mit Behinderung gegenüber dem Gesundheitssystem. Einerseits war ihr Wohlbefinden über viele Jahre hinweg von guter medizinischer Versorgung abhängig, andererseits haben sie oft erlebt, dass ihre Wünsche, Bedürfnisse und auch ihr Wissen über den eigenen Körper nicht abgefragt oder ernst genommen wurden. Wir kennen zum Beispiel mehr als eine Frau mit Beeinträchtigung, die als Mädchen medizinische nutzlose bis schädliche Operationen aus „ästhetischen Gründen“ ertragen musste.

Die vom Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW dagegen geforderte Selbstbestimmung auch im gesundheitlichen Bereich beginnt bereits mit der (informierten!) Zustimmung zu kleineren medizinischen Prozeduren im Mädchenalter. Es liegt in der Verantwortung der medizinischen Berufe, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in Untersuchung und Behandlung zu gewährleisten. Aus unserer Sicht spielt die Förderung der Selbstbestimmung im Gesundheitsbereich für Mädchen und Frauen mit Behinderung eine besondere Rolle. Manche Frauen und Mädchen haben nämlich angesichts regelmäßiger als

Grenzverletzung erlebter medizinischer Eingriffe, Therapien etc. Schwierigkeiten, echte Grenzverletzungen und Übergriffe zu erkennen. Sie sollten auch bei Pflegebedarf und häufiger medizinischer Behandlung systematisch darin unterstützt und gestärkt werden Grenzen zu ziehen!

Das Bewusstsein der Rechte von Frauen (und Männern) mit Behinderung ist in unserer Gesellschaft breiter geworden. Wir kennen aber auch die Schattenseite dieser Entwicklung, denn die frühere „Mildtätigkeit“ wird teilweise durch Abgrenzung ersetzt anstatt durch Solidarität, wie das folgende Beispiel aus dem Jahr 2018 zeigt:

Eine Frau aus unserem Netzwerk, die sich nur im Rolli fortbewegen kann, wurde angefahren. Sie wurde nun damit konfrontiert, dass weder Polizei noch Krankenwagen den E-Rolli ins Krankenhaus transportieren wollten oder konnten. Sie entschied sich deshalb, trotz gebrochener Füße, den Rollstuhl selbst ins Krankenhaus zu fahren. Sie wurde sowohl im Krankenhaus als auch später bei den Nachuntersuchungen damit konfrontiert, dass Röntgengeräte nicht per Rolli erreichbar waren, dass sie ohne Hilfe Untersuchungsliegen etc. nicht nutzen konnte, aber vom medizinischen Personal nur Ausflüchte zu hören bekam: Sie sei doch verheiratet – wieso der Ehemann nicht helfen könne. Wieso sie keine Assistenz habe. Das medizinische Personal sei für die erbetene Hilfe nicht qualifiziert und außerdem dafür auch nicht versichert.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie die Auswirkungen der funktionalen Einschränkung (durch das fehlende Gehvermögen) durch äußerliche Barrieren und durch die Haltung des medizinischen Personals verstärkt werden – und die Teilhabe der Patientin negativ beeinflussen.

Defizite in der Gesundheitsversorgung

Ähnlich zeigt sich dies auch in dem zentralen Bereich der gynäkologischen Versorgung, denn gerade Geschlecht, Identität, Selbstgefühl und Behinderung sind oft eng miteinander verknüpft. Zugleich ist das Versprechen der Vertragsstaaten auf gleichwertige Versorgung gerade in diesem Bereich noch nicht gut umgesetzt – angefangen mit der Frage nach der Verhütung. Uns wird noch immer regelmäßig von Frauen, die in Einrichtungen leben, aber auch von Fachkräften berichtet, dass die Drei-Monats-Spritze das gängige Verhütungsmittel bei Frauen in Einrichtungen ist. Diese Praxis wurde schon vor Unterzeichnung der Behinderten-rechts-konvention kritisiert, existiert aber immer noch. Die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Frauen mit Behinderung im Allgemeinen, von Frauen mit Lernschwierigkeiten im Besonderen ist noch lange nicht erreicht, obwohl sich viele Einrichtungen im letzten Jahrzehnt auf den Weg gemacht und entsprechende Konzepte entwickelt haben.

Ein weiterer Bereich mit unzureichender Versorgung betrifft die Psychotherapie, zum Beispiel bei Frauen und Mädchen mit Lernschwierigkeiten oder Sprachbeeinträchtigungen. Weder für Gewaltopfer noch für Frauen mit Depression ist es leicht, zeitnah Unterstützung zu finden. Wir kennen auch Frauen, die wegen degenerativer Erkrankungen in einer Wohneinrichtung leben, dort psychiatrisch-medikamentös versorgt werden, aber ihre Situation nicht durch eine Psycho-Therapie be- und aufarbeiten können. Schließlich werden auch aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit kognitiver Beeinträchtigung gemeldet, die die geringe Zahl der Therapeutinnen deutlich übersteigt.

Was tun? Barrieren abbauen und Haltung ändern

Wenn wir als Netzwerk bzw. NetzwerkBüro gefragt werden, welche Veränderungen wir fordern, so nennen wir natürlich stets die Barrierefreiheit als erstes: Die Zugänglichkeit von Praxen und Krankhäuser, die angepasste Kommunikation von Informationen und Untersuchungsergebnissen entsprechend UN Behinderten-rechts-konvention bilden die Grundlage für alles Weitere. Zugleich stellen wir aber immer wieder fest: Mit dem guten Willen aller Beteiligten lässt sich Vieles schon heute ausgleichen bzw. ermöglichen. Das ist die „Herz-zu-Herz-Methode“ (Claudia Seipelt-Holtmann), eine praktisch-solidarische Haltung auf Augenhöhe!



Dr. Monika Rosenbaum, NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW, E-Mail: monika.rosenbaum@lag-selbsthilfe-nrw.de, www.netzwerk-nrw.de

Wie profitieren Frauen mit Behinderung und Mütter behinderter Kinder vom Bundesteilhabegesetz und der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung?

Susanne Grebe-Deppe

Wenn vom Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Rede ist, wird es grundsätzlich und blumig zugleich: Das neue Gesetz, das ab 2020 seine volle Wirkung entfaltet, soll für Menschen mit Behinderungen – und insbesondere für Frauen mit Behinderung – „Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern“ und „Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken“. Die Personenzentrierung von Hilfen, eine kompetente Bedarfsermittlung sowie „Leis-

tungen wie aus einer Hand“ sollen bürokratische Hürden für alle Menschen mit Behinderung abbauen. Dass das Einkommen des/der Ehepartners/-partnerin zukünftig nicht angerechnet wird und dass größere Vermögensfreibeträge angesetzt werden, wenn Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe beantragt wird, könnte insbesondere Frauen mit Behinderung zugutekommen. Der neue Leistungskatalog zur sozialen Teilhabe (vgl. § 76ff SGB IX) umfasst neben Leistungen für Wohnraum, zur Mobilität sowie zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten auch Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags. Zu dem weit gefassten Katalog der Lebensbereiche, in denen Assistenz in Anspruch genommen werden kann, gehören auch Assistenzleistungen „an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder“ (§ 78 (3) SGB IX).

EUTB – Unabhängig beraten, selbstbestimmt teilhaben

Mit dem BTHG sind auch die gesetzlichen Voraussetzungen für ein niedrighschwelliges und unentgeltliches Angebot einer Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) für Menschen mit Behinderungen und Angehörige geschaffen worden. Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) sind seit 2018 bundesweit etwa 500 EUTB-Beratungsstellen entstanden. Auch das Beratungsangebot zielt auf die „Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen“ (§ 32 SGB IX) und setzt bereits im Vorfeld der Beantragung von Leistungen an. Die Beratung der EUTB bietet Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfen und begleitet bei der Entwicklung individueller Perspektiven. Die EUTB unterscheidet sich durch zwei Aspekte von anderen Beratungsangeboten: Zum einen ist die Beratung unabhängig von Interessen von Leistungsträgern oder -erbringern. Die Berater*innen sind nur der ratsuchenden Person verpflichtet. Zum anderen setzen die EUTB-Beratungsstellen gemäß den Förderrichtlinien des BMAS die Beratungsmethode des Peer Counseling um.

Frauen – die größte Gruppe von Ratsuchenden

Der SoVD Landesverband Niedersachsen e. V. ist Träger von insgesamt elf EUTB-Beratungsstellen in Niedersachsen. Im Landkreis Northeim hat der SoVD Landesverband Niedersachsen die Trägerschaft für die regionale EUTB übernommen. In knapp zwei Jahren haben die beiden Beraterinnen der EUTB Northeim rund 900 Beratungen durchgeführt: Assistenz, Schwerbehinderung, Schulassistenz, Studium mit Behinderung, Persönliches Budget, Teilhabe am Arbeitsleben, KFZ-Hilfe oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung sind nur einige der vielfältigen Anliegen von Ratsuchenden. Viele Menschen kommen in „Multi-Problemsituationen“ zur Beratung. Die Ratsuchenden sind jeweils zur Hälfte Betroffene und Angehörige (Familie, Freund*innen, professionelle Helfer*innen). Bei der Auswertung der 576 Beratungen im Jahr 2019 habe ich

festgestellt, dass wir sehr viel mehr Frauen als Männer beraten haben. Die Ratsuchenden mit eigener Betroffenheit waren zu jeweils 50 Prozent Männer (126) und Frauen (129). Bei den Angehörigen nahmen jedoch fast viermal so viel Frauen (233) – zumeist Mütter - wie Männer (61) die Beratung wahr. Betrachtet man beide Gruppen gemeinsam, haben wir im vergangenen Jahr etwa doppelt so viele Frauen wie Männer beraten (362 Frauen und 187 Männer).

Beratung unterstützt den Kampf für Teilhabe und Inklusion

Diesen Befund im Hinterkopf hörte ich vor kurzem im Deutschlandradio ein Feuilleton von Kirsten Fuchs über [„Die unsichtbare Schwerstarbeit der Mütter“](#). Nach neuesten Studien wird die Hausarbeit in Deutschland immer noch zu 72 Prozent von Frauen übernommen, bei der Kinderbetreuung sind es sogar 88 Prozent. Der Autorin zufolge bestehe das Familienmanagement der Frauen aus dieser „Sorgearbeit“ plus der zusätzlichen Aufgabe von Planung und Monitoring, dem „Mental Load“: „Ohne dieses Vorplanen funktioniert in einer Familie gar nichts, führt aber bei den betroffenen Frauen häufig zu psychischer Überlastung.“

Diese Rundum-Zuständigkeit führt viele Mütter in die Beratung der EUTB – alleinerziehende Mütter und Mütter mit Partner, Mütter behinderter Kinder im Kleinkind- oder Jugendalter, Mütter erwachsener Kinder mit Behinderung. Alle ratsuchenden Mütter sind erschöpft, sie fühlen sich überfordert mit ihrem anspruchsvollen Alltag, mit der Pflege, von der Verantwortung, von der ewigen Auseinandersetzung mit den Behörden, in der Zerreißprobe zwischen Arbeit, Familie und Haushalt, häufig mit dem Leben am Existenzminimum. Viele Mütter kämpfen seit der frühen Kindheit um Inklusion und Teilhabe für ihre Kinder mit besonderen Bedürfnissen, in der Kita, später in der Schule und am Übergang von der Schule in den Beruf. Mütter behinderter Kinder stemmen weitgehend unbezahlt und unbeachtet eine gewaltige gesellschaftliche Aufgabe, die staatliche Unterstützungssysteme massiv finanziell und organisatorisch entlastet.

In der Beratung können wir diesen Müttern den Rücken stärken und sie dabei begleiten, eine passende Unterstützung für ihr Kind und ihre Familiensituation zu finden. Im Zuge des BTHG können (teilweise neue) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe an Bildung und am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und Leistungen zur sozialen Teilhabe in Anspruch genommen werden. Für Mütter mit Behinderung kann Elternassistenz eine hilfreiche Unterstützung im Alltag bieten.

Im vergangenen Jahr haben wir auch eine Anzahl Mädchen und junger Frauen beraten, die ihre Schulzeit beenden. Mit dem Budget für Ausbildung und Maßnahmen wie der Unterstützten Beschäftigung, der Berufseinstiegsbegleitung, Job-Coaching, oder

den theoriereduzierten Fachpraktiker-Ausbildungen stehen neue berufliche Wege offen, die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung bahnen. Allerdings sind viele dieser neuen Wege noch wenig begangen, und Mädchen und Frauen müssen dafür Abenteuerlust, Mut und Beharrlichkeit aufbringen, um Arbeitgeber*innen zu gewinnen und Behörden zu überzeugen.

Peer Beratung auf Augenhöhe

Als Peers beraten wir Frauen und Mädchen auf dem Hintergrund einer intensiven Auseinandersetzung mit eigenen Behinderungs- und Diskriminierungserfahrungen sowie der Akzeptanz unserer individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse. Wir beraten Ratsuchende als Expertinnen in eigener Sache. Unsere Beratung und Begleitung ist lösungsorientiert und stärkt vorhandene Kompetenzen und Ressourcen. Ratsuchende sind manchmal erstaunt, dass wir nicht nach Defiziten fragen.

Peer-Beratung unterstützt die Niedrigschwelligkeit des Angebots der EUTB. Dies ist insbesondere für weibliche Ratsuchende mit Migrationshintergrund oder geflüchtete Frauen und Mädchen von Bedeutung. Ratsuchende nehmen uns nicht als Vertreterinnen einer Behörde wahr. Oft erhalten wir die Rückmeldung, dass es uns im Beratungsprozess gelungen ist, eine vertrauensvolle Beratungsbeziehung „auf Augenhöhe“ zu gestalten.

Vorläufiges Fazit: Unsere Praxis der qualifizierten Peer-Beratung mit systemischer Haltung und Methoden der Persönlichen Zukunftsplanung ermöglicht Beratungsprozesse, in denen die Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit von Ratsuchenden gestärkt werden. Dieses Angebot nehmen erfreulicherweise viele Frauen und Mädchen sowie Mütter und andere weibliche Angehörige von Menschen mit Behinderung in Anspruch.

Neben der Lotsenfunktion der EUTB gewinnen die Begleitung über schwierige und teilweise langwierige Wegstrecken der Bedarfsermittlung und Beantragung von Leistungen sowie die Vernetzung der Kommunikation im Helfersystem zunehmend an Bedeutung. Gerade hier erweist sich die Unabhängigkeit der EUTB als unschätzbare Wert: Wir können ohne Eigeninteresse mit allen Akteuren sprechen und Ratsuchende bei der Vertretung ihrer Anliegen unterstützen. Hierbei für ratsuchende Mädchen, Frauen und Mütter konstant und vertraulich als Beratungsstelle zur Verfügung zu stehen, kann zu einer Entlastung des beschriebenen „Mental Load“ beitragen.



Susanne Grebe-Deppe; EUTB Northeim, E-Mail: EUTB@sovd-northeim.de

Gynäkologische Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen – ein Einblick

Marie-Sophie Albrecht, Pia Sophie Sperlich, Claudia Hornberg

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW entstand vonseiten des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW das Faktenblatt „Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe – Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen“. Auf Grundlage dieser Ausarbeitung wurde der folgende Beitrag verfasst.

Eine Vielzahl an Barrieren

Eine adäquate Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen ist in Deutschland immer noch nicht erreicht. Eine Vielzahl an Barrieren erschweren sowohl den Zugang zu medizinischen Einrichtungen als auch die Umsetzung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung. Hierzu gehören strukturelle, informationelle und soziale Barrieren. Beispiele für solche Barrieren sind zum einen der Mangel an speziellen Schulungen für Ärzt*innen und Vertreter*innen der Gesundheitsfachberufe, zum anderen bestehende Finanzierungsstrukturen, die die Handlungsmöglichkeiten der individuellen Akteur*innen begrenzen (zum Beispiel hinsichtlich Umbaumaßnahmen und Berücksichtigung des zeitlichen Mehrbedarfs) (Bössing et al. 2019), aber auch Diskriminierungen.

Diese Barrieren, welche dem in der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK) festgelegten Recht auf ein Höchstmaß an gesundheitlicher Versorgung ohne Diskriminierung entgegenstehen, finden sich in sämtlichen Versorgungsbereichen wieder – so auch in der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen. Ist die Rede davon, „Barrierefreiheit“ zu realisieren, ist damit die Reduzierung bzw. Auflösung von informationellen und infrastrukturellen Barrieren gemeint (vgl. §4 BGG). Wichtig zu berücksichtigen ist hierbei, dass Barrierefreiheit im Kontext gynäkologischer Versorgung je nach Art der Behinderungen mit unterschiedlichen Anforderungen einher geht. So wären beispielsweise Frauen und Mädchen mit Sehbehinderungen unter anderem durch akustische und taktile Orientierungshilfen zu unterstützen, während Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen gegebenenfalls Aufklärungsmaterialien in Leichter Sprache benötigen. Außerdem werden für die Durchführung gynäkologischer Untersuchung bei Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen zum Teil spezielle Hilfsmittel benötigt, wie zum Beispiel höhenverstellbare Behandlungstühle oder

Lifter zum Umsetzen aus dem Rollstuhl auf die/den Behandlungsliege/-stuhl. Bisher gibt es in Deutschland lediglich ein punktuelles und kein flächendeckendes Angebot ambulanter gynäkologischer Sprechstunden für Frauen und Mädchen mit Behinderungen, welches den vielfältigen Anforderungen, die mit einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung dieser Frauen und Mädchen einhergehen, gerecht wird.

Spezielle Diskriminierungsformen

Hinzu kommt, dass besonders Frauen und Mädchen mit Behinderungen häufig speziellen Diskriminierungsformen ausgesetzt sind, die ebenfalls Einfluss auf deren gynäkologische Behandlung und Versorgung nehmen können: So werden vor allem junge Frauen oft nicht aufgeklärt und haben einen erschwerten Zugang zu Informationen über Themen wie Verhütung oder den eigenen Körper. Unter Umständen werden gynäkologische Untersuchungen auch nicht als erforderlich erachtet. Gründe hierfür sind die oftmals entsexualisierte Betrachtung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere von Frauen sowie die ihnen gesellschaftlich und medizinisch abgesprochene gelebte Sexualität und Selbstbestimmung (Mickler & Schroll 2013). Dabei erleben Frauen und Mädchen mit Behinderungen jedoch deutlich häufiger sexuelle Übergriffe und Gewalt als Frauen, die nicht beeinträchtigt sind (Schröttle & Hornberg 2012). Diese Grenzüberschreitungen finden unter anderem im familiären, pflegerischen und therapeutischen Kontext statt (ebd.). Für Betroffene wird es durch diese Abhängigkeitssituation und den sozialen Druck oftmals erschwert und/oder sogar verhindert, sexualisierte Übergriffe nach außen zu kommunizieren (z. B. an Gynäkolog*innen) sowie einen Ausweg aus der Gewalt zu erreichen.

Ein weiterer Aspekt, der die Diskriminierung im Kontext von gynäkologischer Versorgung verdeutlicht, ist das Unverständnis für den Wunsch nach Elternschaft von Frauen mit Behinderungen. Menschen mit Behinderungen wird von ihrem sozialen Umfeld, aber auch von medizinischen sowie öffentlichen Stellen häufig von einer Elternschaft abgeraten, obwohl sie gemäß UN-BRK ein Recht darauf haben. Zudem passiert es heute noch, dass Frauen mit psychischen oder geistigen Behinderungen empfohlen wird oder sie gar dazu gedrängt werden, sich sterilisieren zu lassen, ohne dass sie über die Folgen eines solchen Eingriffs ausreichend aufgeklärt werden (Zinsmeister 2012).

Weitere Problemlagen

Anhand der aufgezeigten Barrieren sollen erste Einblicke sowie die weitreichende Bedeutung des Themas der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vermittelt werden. Allerdings kann lediglich ein Ausschnitt der vielfältigen Problemlagen und Barrieren abgebildet werden, die ein Höchstmaß an

gesundheitlicher Versorgung ohne Diskriminierung für die genannte Gruppe behindern. Darüber hinaus sei in diesem Zusammenhang auch auf Frauen und Mädchen mit Migrations- oder Fluchthintergrund verwiesen, die häufig noch von zusätzlichen Diskriminierungsfaktoren, Traumata und sprachlichen Barrieren betroffen sind, welche ihre (Gesundheits-)Versorgung weiter erschweren. Eine ausführlichere Darstellung der Problemlage sowie Handlungsempfehlung zum Thema finden Sie in dem Faktenblatt auf der Website zum Download.

Weiter Informationen unter: www.frauenundgesundheit-nrw.de

Literatur:

- Bössing, C.; Schrooten, K. & Tiesmeyer, K. (2019). Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In K. Walther, & K. Römisch (Hrsg.), Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit (S. 51- 89). Springer VS: Wiesbaden.
- Mickler, B. & Schroll, R. (2013). Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – Hintergründe verstehen, Signale erkennen, gezielt handeln (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe / Hessisches und Sozialministerium, Hrsg.). Berlin.
- Schröttle, M. & Hornberg C. (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München: BMFSFJ. Zugriff am 28.07.2018. Verfügbar unter www.bmfsfj.de/blob/94206/1d3b0c4c545bfb04e28c-1378141db65a/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf
- Zinsmeister, J. (2012). Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. In: BtPrax – Betreuungsrechtliche Praxis, Heft 6/2012. S. 227-232.

Marie-Sophie Albrecht, Pia Sophie Sperlich, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW, E-Mail: info@frauenundgesundheit-nrw.de

Leben wie alle anderen – Ob Kinder oder keine, bestimmen wir alleine?

Selbstbestimmte Sexualität für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Beatrix Baumgart

„Man braucht nichts im Leben zu fürchten, man muss nur alles verstehen.“

Marie Curie

Die Thematik `Begleitete Elternschaft` hat die Mitarbeiter*innen der pro familia in den letzten drei Jahrzehnten kontinuierlich begleitet. Der Kampf um das Recht auf Selbstbestimmung, das das Recht auf selbstbestimmte Sexualität inkludiert, ist in vielen fachlichen Begegnungen das Kernthema der Fortbildungen und Workshops für alle Beteiligten in diesem Kontext. In den Einzelberatungen für Menschen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf und ihren Begleiter*innen gibt es vielfältige Fragestellungen.

In diesem Beitrag wird die Thematik allenfalls angerissen: Eine Zusammenfassung der umfassenden Bedingungen kann angesichts der Komplexität und der Vielfalt der individuellen Lebenssituationen nur scheitern und wird vielen Einzelfällen nicht gerecht. Ich habe mich auf die Perspektive konzentriert, die mir am häufigsten begegnet: Es sind die Geschichten und Wünsche von Menschen mit Unterstützungsbedarf und ihre Begleiter*innen.

Diese lauten:

1. Ich möchte ein Kind.
2. Ich bin schwanger und will die Schwangerschaft austragen.
3. Ich will / soll nicht schwanger werden.
4. Ich will / soll nicht Vater werden.

Bei allen oben aufgeführten Fragen geht es immer um die Möglichkeit, das eigene Leben so selbstbestimmt wie möglich zu leben und den Zugang für die dafür notwendige Unterstützung zu bekommen.

In der Beratungsarbeit begegnen den pro familia-Mitarbeiter*innen diese Themen in verschiedenen Konstellationen. Die rechtliche Grundlage kollidiert nicht selten mit der Lebensrealität der Ratsuchenden und ihren Angehörigen und Begleiter*innen. Bezugnehmend auf diese Lebensrealität und die individuellen Fähigkeiten und Möglich-

keiten der Beratenen kann ein Netzwerk aus Informationsträgern, Unterstützung und Hilfeleistungen individuell geschaffen werden.

Ermittlung des Unterstützungsbedarfs

In einem informativen Gespräch mit Alicia Kemper-Lourenco von der Ambulanten Assistenz Melle der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück Wohnen gGmbH berichtete mir die Rehabilitations-Pädagogin detailliert, wie sie mit ihren Kund*innen den Unterstützungsbedarf ermittelt. Ihre Rolle als Assistentin beinhaltet vor allem die Gewährleistung des Zugangs zu Informationen in einer Situation, in der eine Kundin einen Wunsch äußert, zum Beispiel den, ein eigenes Kind zu bekommen. Das bedeutet zunächst, den Wunsch oder Auftrag der Kundin exakt zu verstehen. Im Anschluss kann ein hilfreiches bis notwendiges Netzwerk aktiviert werden.

Es kann dabei zunächst um Sexuelle Bildung mit dem Schwerpunkt Reproduktion gehen: Weiß die Kundin, wie eine Schwangerschaft entsteht und wie sich ihr Körper in der Schwangerschaft verändert? Hat sie eine Vorstellung vom Vorgang der Geburt? Gibt es Sexualpartner? Möchte sie grundsätzlich Sexualität mit einem anderen Menschen leben? Falls ihr das nicht möglich ist oder falls Sexualkontakte zu männlichen Partnern nicht möglich oder gewünscht sind: Kommt eine künstliche Befruchtung in Frage? Wie kann dieser Weg begleitet werden?

Bei allen anderen der oben aufgeführten Fragen wird der Weg genauso beschritten. Auch hier muss immer das Verständnis verbessert bzw. gewährleistet und der Zugang für eine aufgeklärte Entscheidung soweit wie möglich realisiert werden.

Beratung und Interaktion aus dem Hilfe-Netzwerk

Nach der Erläuterung dieser Fragen wird der nächste Schritt die Beschaffung detaillierter Informationen sein. Hier kann ein Besuch in einer Beratungsstelle wie pro familia vereinbart werden. Bei diesem Kontakt sowie allen weiteren Kontakten mit Informationsträgern, Dienstleistern oder Behörden ist die persönliche Assistenz nicht nur Manager*in der persönlichen Angelegenheiten eines Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Assistenz ist ein bekannter und verlässlicher Faktor, ein(e) Vertraute(r), die auf der Beziehungsebene die Kommunikation mit anderen Menschen in unbekanntem und teilweise belastenden Situationen ermöglicht. Diese Gespräche und Interaktionen mit Beteiligten aus dem Hilfe-Netzwerk werden von der ambulanten Assistenz immer in einer entspannten Atmosphäre nachbereitet. Die Assistenz ist hier ein Informationsspeicher und vor allem ein emotionaler Übersetzer, der dem Menschen mit Behinderung hilft, die erhaltenen Informationen tatsächlich zu verstehen.

Aus der langjährigen Beratungserfahrung in diesem Bereich kann ich als pro familia-Mitarbeiterin diese Praxis nur unterstützen und bestätigen: In der Regel kommen die Ratsuchenden in Begleitung vertrauter Personen oder der Kontakt wird von Begleiter*innen angebahnt.

Die Beratungsarbeit selbst ist nicht mit einem 60minütigen Gespräch erledigt, sondern kann sich in angemessenen Zeitportionen über eine Phase von mehreren Monaten hinziehen. Inhalte und Methoden müssen dabei den jeweiligen Kapazitäten der Ratsuchenden angepasst werden. Es gibt wenig Normen für diese Art der Gespräche. Die Kreativität, das Empathie-Vermögen und Fachwissen der Beratenden sind in hohem Maße gefordert, denn von diesen Komponenten hängt der Erfolg des Prozesses ab. Die Zielsetzung kann variieren und im Verlauf von allen Seiten korrigiert werden – am Ende ist jedoch ausschlaggebend, ob der ratsuchende Mensch sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen kann und ob die notwendige Hilfe gewährleistet wird.

Konfliktfeld: Recht auf Selbstbestimmung der Eltern und das Recht des Kindes auf einen angemessenen Lebensstandard

Die Situation eines Menschen mit Kinderwunsch oder einer Schwangerschaft ist immer unter der Prämisse der individuellen Bedingungen zu betrachten. Aus gutem Grund gibt es kein vorgeschriebenes Procedere, in dem alle Schritte klar beschrieben sind. Die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs orientiert sich für die Ersthelfer*innen (Begleiter*innen, Betreuer*innen, Angehörige) naturgemäß am Wunsch der Kund*innen/Klientin*innen. Dort, wo das Recht auf Selbstbestimmung der Eltern mit dem Recht auf einen angemessenen Lebensstandard des Kindes in Konflikt gerät, beginnt die Arbeit von Jugendämtern und vorgeschalteten Akteuren wie persönlichen Betreuer*innen, Beratungsstellen, Angehörigen, Familienhebammen und vielen weiteren Beteiligten, die in einem gewissenhaften Prozess abwägen müssen, welches Recht schwerer wiegt.

Die aktuellen Unterstützungsangebote für Frauen und Männer mit kognitiven Einschränkungen und ihren Kindern sehen sehr vielfältig aus. Allerdings hängt die Hilfe stark vom regionalen Angebot ab. Im ersten Schritt wird immer geprüft, in welchem Umfang die Mütter und Väter selbstständig und eigenverantwortlich leben und in diesem Rahmen ein Kind versorgen können. Je nach Vermögen und unter Einbezug des Kindeswohles wird dann in Abstufungen über den Umfang der notwendigen Unterstützung entschieden. Diese Maßnahmen können von der ambulanten Assistenz und sozialpädagogischer Familienhilfe bis zum Einzug in ein Appartement der Von-Bodelschwinghschen-Stiftung Bethel bei Bielefeld sein. Je höher der Grad des Hilfebedarfs ist, desto umfangreicher wird die Art der Begleitung und Betreuung: Von einigen Betreuungsstunden in der Woche über eine 24/7 Betreuung in einer Einrichtung bis

zur Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie und zurück kann sich die Hilfsbewegung vollziehen. Die Maßnahmen müssen in regelmäßigen Abständen überprüft und korrigiert werden. Hier trifft das Recht auf Selbstbestimmung der Eltern auf die Kindeswohlgefährdung und die teilweise schwierigen Arbeitsbedingungen der Jugendämter. In der Realität müssen Jugendamtsmitarbeiter*innen noch immer zu viele Fälle versorgen. Auf der anderen Seite gibt es nicht genug Pflegefamilien, die Kinder aufnehmen können. Hier mangelt es am politischen Willen, analog zur Situation der Mitarbeiter*innen in allen anderen sozialen Berufen diese Tätigkeiten aufzuwerten. Auf der Entscheidungsebene fehlt es an Konzepten und Mitteln zur Aufwertung und Ausstattung dieses wichtigen Tätigkeitsfeldes. Eine Professionalisierung dieses Bereiches ist dringend notwendig.

Mögliche Lösungsansätze?

Wenn man Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu Lehrenden an Hochschulen qualifizieren kann, kann man in einem funktionierenden Unterstützungssystem auch Fähigkeiten und Methoden im Umgang mit Kindern trainieren. Diese Skills haben sehr breit gefächerte Standards und ändern sich häufig, manchmal mehrmals im Verlauf einer Generation. Wir forschen intensiv und interdisziplinär über die Bedingungen menschlichen Lebens. Der Diskurs über diese Forschung findet derzeit noch nicht für alle zugänglich statt: Es bleibt einigen Interessierten und in der Bildung Erfahrenen überlassen, sich über die Fakten und Konsequenzen der Forschung auszutauschen

Einem Teil der Bevölkerung ist diese Diskussion aus vielfältigen Gründen nicht zugänglich. Einige dieser Gründe liegen in der Sozialisierung und Konditionierung durch die Schule: Das Konzept „Binge-Learning“ erzeugt hohen Druck und erfordert in einer konzentrierten Prüfungssituation die Ausgabe des Erlernten. Außerdem lässt es Menschen, für die dieses Bildungskonzept nicht funktioniert, zurück.

Es gibt ausreichend Studien, die belegen, dass diese Art von Lernen nicht zur nachhaltigen Verankerung von Wissen führt. Es wird eher eine durch alle Bevölkerungsschichten reichende Abwehrhaltung gegen das Lernen erzeugt. Menschen, die in diesem System einmal eine Position erreicht haben, die ihnen ein Einkommen ermöglicht, haben wenig Motivation, sich diesem als unangenehm erlebten Prozess erneut auszusetzen. Die Spur ist sehr linear und wettbewerbs-orientiert ausgerichtet. Bildung und neues Wissen müssen Spaß machen und Interesse erwecken, sie sollen nicht ausschließlich dem Unternehmen und dessen kurzfristig angelegten Interessen dienen. Wenn Menschen das Gefühl haben, durch erweiterte Kenntnisse und Fähigkeiten einen wertvollen Beitrag zum Gemeinschaftsleben beizutragen, kann Lernen erfüllend sein.

Lehr- und Lern-Konzepte, die Lust auf Lernen und den damit gewonnenen Wissens- und Kenntniserwerb machen, gibt es schon lange. Ihre positiven Auswirkungen sind gut erforscht, kommen aber im allgemeinen Bildungssystem nicht zur Anwendung. Erstaunlicherweise hat das Innehalten während des Lockdowns in Deutschland dazu geführt, die bekannten Pfade verlassen zu müssen. Vielleicht können alle Beteiligten sich nach dieser gemeinsamen Erfahrung neue Wege vorstellen und sie dann auch beschreiten.

Im Hilfesystem für Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf entsteht verstärkt der Eindruck, dass ihnen bis zu einem gewissen Grad Hilfe gewährt wird, um dann den Status Quo zu erhalten. In einer Gesellschaft, die niemanden zurücklässt, ist das ein nicht akzeptables Vorgehen.

Wenn das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ernst genommen und umgesetzt wird, zieht das finanzielle und professionelle Anstrengungen nach sich.

Analog zu Erziehungsstellen in der Kinder- und Jugendhilfe könnte Menschen, die nicht in der Lage sind, selbstständig mit ihren Kindern Familienleben zu organisieren, ein Rahmen gegeben werden, der Orientierung, Lernfeld und vor allem für die Kinder dieser Eltern ein hohes Maß an Schutz und Entwicklungsförderung bietet. In einer solchen Lebensform würden Mütter und Väter in betreuten Hausgemeinschaften leben, die von Fachkräften aus der Sozialen Arbeit (sozialpädagogische-, heilpädagogische- und rehabilitationspädagogische sowie therapeutische Fachkräfte als interdisziplinäre Betreuungsteams) begleitet werden.

Die Forderung nach mehr Bildung zieht sich durch alle Disziplinen und soll alle Menschen einbeziehen. Möglicherweise fällt einigen von uns das lebenslange Lernen schwer: Entkommen werden wir dieser Forderung nicht, wenn wir partizipieren wollen. Folgerichtig muss die gemeinsame Anstrengung sich auf die gewissenhafte und unerschütterliche Umsetzung des Rechts auf Bildung für alle richten.

Wenn ein Fluss überquert werden muss, baut man nach einem Jahr die Brücke nicht ab, weil die Menschen nun wissen, dass es diese Möglichkeit zur Überquerung gibt. Die Brücke bleibt und wird stetig ausgebessert, verbessert und erhalten. Ist sie nicht mehr zu reparieren, baut man eine neue Brücke.

Quellen und Informationen

www.os-hho.de/einrichtungen/ambulante-assistenz-melle/

23.09.2012

[www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_hessen/Kestel_Dahm_Juristische
Aspekte_der_sexuellen_Selbstbestimmung_Pro_Familia_23_09_2012.pdf](http://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_hessen/Kestel_Dahm_Juristische_Aspekte_der_sexuellen_Selbstbestimmung_Pro_Familia_23_09_2012.pdf)

[www.kinderrechtskonvention.info/recht-auf-einen-angemessenen-lebensstan-
dard-3611/](http://www.kinderrechtskonvention.info/recht-auf-einen-angemessenen-lebensstandard-3611/)

13.11.2018

Innovative Inklusion – geistig behinderte Menschen lehren an Hochschule

[www.wissenschaftsjahr.de/2018/neues-aus-den-arbeitswelten/alle-aktuellen-meldun-
gen/juni-2018/inklusion-als-daueraufgabe-fuer-die-arbeitswelten-der-zukunft/](http://www.wissenschaftsjahr.de/2018/neues-aus-den-arbeitswelten/alle-aktuellen-meldungen/juni-2018/inklusion-als-daueraufgabe-fuer-die-arbeitswelten-der-zukunft/)

Dokumentation vom 31.01.2017

www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-so-wie-du-bist-100.html

Reportage vom 04.01.2019

[www.tagesspiegel.de/themen/reportage/wenn-man-seine-kinder-nicht-aufziehen-
darf-mutter-und-geistig-behindert/23771254.html](http://www.tagesspiegel.de/themen/reportage/wenn-man-seine-kinder-nicht-aufziehen-darf-mutter-und-geistig-behindert/23771254.html)

[http://www.bethel-regional.de/einrichtungsdienst-details-108/items/begleitete-eltern-
schaft.html](http://www.bethel-regional.de/einrichtungsdienst-details-108/items/begleitete-elternschaft.html)

[http://www.bethel-regional.de/tl_files/bethel-vor-ort/angebotsfinder/downloads/
Flyer%20Begleitete%20Elternschaft.pdf](http://www.bethel-regional.de/tl_files/bethel-vor-ort/angebotsfinder/downloads/Flyer%20Begleitete%20Elternschaft.pdf)

01.11.2002

ZUR LEBENSSITUATION VON KINDERN, DEREN ELTERN ALS GEISTIG BEHINDERT GELTEN

elib.suub.uni-bremen.de/publications/dissertations/E-Diss831_prangenberg.pdf

Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention beschreibt das Recht behinderter Menschen auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Diese Regelungen wiederholen und bekräftigen die bereits für Jedermann aufgestellten Regelungen des [Artikels 12 des UN-Sozialpakts](#), des [Artikels 24 der UN-Kinderrechtskonvention](#) und des [Artikels 12 der UN-Frauenrechtskonvention](#). Dieser Artikel ist

die rechtliche und gesellschaftliche Grundlage für jede Maßnahme im Rahmen der Beratung, Begleitung und Unterstützung Ratsuchender. Ausgehend von dieser Vorgabe sind alle beteiligten gesellschaftlichen Akteure verpflichtet, dieses Recht auf Teilhabe zu ermöglichen.



Beatrix Baumgart, pro familia Osnabrück, Möserstraße 1, 49074 Osnabrück,

E-Mail: beatrix.baumgart@profamilia.de

Geflüchtet, weiblich, be- oder gehindert?

Frauke Baller

Es fällt nicht leicht, einen Artikel über die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen zu schreiben, da das Thema sehr komplex ist. Die Frauen, die nun in Niedersachsen leben, haben unterschiedlichste Fluchtgründe, verschiedenste Vorerfahrungen, Herkunftsländer und Sprachen sowie diverse soziale und familiäre Konstellationen. Deshalb sind die Beeinträchtigungen, unter denen sie leiden (oder auch nicht leiden), natürlich auch sehr vielfältig. In meinem Bericht kann ich also nur versuchen, eine Übersicht zu geben und auf die bestehenden Strukturen hinzuweisen. Denn eins gilt für alle: Wer in Niedersachsen ankommt, musste zuvor bereits einige Barrieren überwinden. Und trifft in Niedersachsen dann meist erstmal auf bürokratische Hürden.

Im ersten Absatz des §2 SGB IX werden die zwei wichtigsten Aspekte des Begriffs „Behinderung“ beschrieben. Zum Einen wird definiert, dass eine Behinderung „körperlicher, seelischer oder geistiger“ Art sei, zum Anderen, dass betroffene Personen durch „einstellungs- und umweltbedingte Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate“ gehindert werden. Im Folgenden bemühe ich mich, diese Aspekte etwas zu entzerren und in den praktischen Kontext zu setzen.

Gesundheitsversorgung im Rahmen des Asylverfahrens

Wie oben beschrieben bedeutet ein Fluchthintergrund nicht automatisch eine Behinderung. Wohl können aber geflüchtete Frauen auch körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigt sein. Die Fluchtgründe und die Lebensbedingungen auf den Fluchtwegen erhöhen das Risiko, eine Beeinträchtigung zu entwickeln, sogar sehr. Zunächst durchlaufen die meisten geflüchteten Frauen in Deutschland das Asylverfahren. Dabei geht es erstmal nicht um die Teilhabe und Integration in die Gesellschaft, sondern um

die Prüfung des Rechts auf einen Verbleib in Deutschland. Im Rahmen des Verfahrens werden geflüchtete Menschen in Niedersachsen zunächst in den Erstaufnahmebehörden (EABs) untergebracht, in denen auch eine Gesundheitskontrolle durchgeführt wird. Dabei sollen vor allem akute Behandlungsbedarfe und übertragbare Erkrankungen festgestellt werden. Die mögliche Aufenthaltsdauer in den EABs wurde in den letzten Jahren wieder erhöht, in dieser Zeit ist eine spezialisierte Behandlung zum Beispiel bei einem Facharzt oder einer Fachärztin in der Regel nicht vorgesehen.

Menschen, die sich noch im Asylverfahren (bzw. im Klageverfahren) befinden, erhalten ihre Gesundheitsversorgung entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz (Asylbg). Auch hier wurde die Dauer der Anwendung des Asylbg wieder erhöht, eine Krankenversicherungskarte erhalten geflüchtete Menschen zu einem späteren Zeitpunkt. Integrationsmöglichkeiten wie zum Beispiel Integrationskurse und Ausbildungsmöglichkeiten stehen meist erst nach einer positiven Aufenthaltsentscheidung zur Verfügung.

Das Asylbewerberleistungsgesetz ist eher eine Absicherung im Falle von Schmerzen und Lebensgefahr. Präventive Maßnahmen oder Untersuchungen sind darin nicht explizit benannt. Eine einheitliche Regelung, wie es in Deutschland oder auch nur in Niedersachsen anzuwenden ist, ist kaum zu erkennen. In der praktischen Umsetzung darf jedes Sozialamt in Niedersachsen seine eigene Arbeitsweise bei der Anwendung des Asylbewerberleistungsgesetzes entwickeln. Ein System, das Raum für Willkür lässt. Nach dem Wechsel in die Krankenkasse haben geflüchtete Frauen zwar den Vorteil einer Krankenversicherungskarte, wodurch der Gang zum Sozialamt in der Regel entfällt, jedoch steht ihnen von der Krankenkasse kein*e Dolmetscher*in zu.

Körperliche Beeinträchtigungen

Durch die Gesundheitsüberprüfung durch Ärzt*innen in den Erstaufnahmebehörden und den Fokus des Asylbewerberleistungsgesetzes auf Schmerzen und Lebensgefahr ist davon auszugehen, dass körperliche Beeinträchtigungen bei Geflüchteten am schnellsten auffallen. Gehbehinderungen oder auch amputierte Körperteile sind kaum übersehbar, so dass die Behandlung theoretisch unkompliziert verlaufen sollte - falls Sozialarbeiter*innen und/oder ehrenamtliche Unterstützer*innen bei der Beantragung von Behandlungen und Hilfsmitteln unterstützen und ggf. Widersprüche schriftlich in Deutsch formulieren, wenn Hilfen abgelehnt wurden.

In anderen Fällen lässt sich die körperliche Beeinträchtigung zwar leicht feststellen, jedoch sind die Unterstützungsmöglichkeiten komplexer als zum Beispiel bei der Gehörlosigkeit. Da es auch in der Gebärdensprache unterschiedliche Sprachen (abhän-

gig vom Land) gibt, stoßen gehörlose geflüchtete Menschen leider immer wieder an Grenzen.

Eine durch Menschen zugefügte körperliche Beeinträchtigung ist unter einigen geflüchteten Frauen weiterhin noch schambesetzt und bei vielen tabuisiert: die weibliche Genitalverstümmelung. In vielen Herkunftsländern aktuell flüchtender Frauen liegt der Anteil von „beschnittenen“ Frauen bei 70- 90 Prozent. Female Genital Mutilation (FGM) ist eine Form von geschlechtsspezifischer Verfolgung und kann aufgrund dessen als Asylgrund anerkannt werden. Die Verstümmelung führt in vielen Fällen zu körperlichen und seelischen Beschwerden. Deshalb hat FGM auch eine eigene Kodierung im ICD-10. Fachärzt*innen sollten theoretisch die Form der FGM feststellen, dokumentieren und ggf. behandeln können. Bedauerlicherweise ist die FGM aber noch nicht in allen gynäkologischen Lehrplänen in Niedersachsen angekommen und auch unter den Psycholog*innen herrscht noch viel Unwissenheit. Vielfach werden Informationen durch Mund-zu-Mund-Propaganda und kleinere, hauptsächlich ehrenamtliche Projekte weitergegeben. Es fehlt noch eine transparente Leitlinie und Koordination zur Informationsweitergabe, dem Umgang mit den Betroffenen, das Empowerment betroffener Frauen und den psychologischen und medizinischen Behandlungen bei Bedarf.

Geistige Beeinträchtigungen

Wenn geflüchtete Menschen mit geistigen Behinderungen nach Deutschland kommen, kommen sie in den meisten Fällen in Begleitung von Familienangehörigen. Dies ist zu Beginn sehr hilfreich, da eine vertraute Person häufig relevante Informationen über die Art der Beeinträchtigung und Unterstützungsmöglichkeiten geben kann. Die meisten in Deutschland gebräuchlichen Diagnostikinstrumente bei Intelligenzminde- rung sind stark sprachlich geprägt, so dass die Ergebnisse häufig nicht valide sind. Im weiteren Verlauf ist es jedoch wichtig, darauf zu achten, dass die betroffene Person selbst und die unterstützenden Familienmitglieder die Versorgungsstrukturen in Niedersachsen kennenlernen, da die Strukturen in den Herkunftsländern häufig die Verantwortung bei den Familien lassen und sich damit starke Abhängigkeitssysteme etablieren können, die in einer neuen Umgebung mit neuen Herausforderungen (zum Beispiel Erwartungen an Integrationsleistungen der Familienmitglieder) überfordern können.

Seelische Beeinträchtigungen

Laut EU-Richtlinie ist die Früherkennung psychischer Beschwerden bei geflüchteten Menschen ausdrücklich erwünscht. Zur Unterstützung der Früherkennung wurde der PROTECT-Fragebogen entwickelt, ein Screening-Fragebogen zu Hinweisen auf Trau-

matisierungen, der in den Erstaufnahmebehörden bereits genutzt wird. Zudem gibt es Kooperationen zur fachlichen, diagnostischen Abklärung in den ersten Monaten. Das Land Niedersachsen fördert eine Reihe von Psychosozialen Zentren, in denen sich Geflüchtete eben auch nach der Umverteilung in die Gemeinden niedrigschwellig in Sprechstunden vorstellen und beraten lassen können. Diese Sprechstunden werden sehr rege von Geflüchteten genutzt, sowohl von Männern als auch von Frauen. Bei der Weiterbehandlung stockt es jedoch leider häufig. Dies liegt unter anderem daran, dass geflüchtete Frauen häufiger von familiären Verpflichtungen berichten, die sie daran hindern, regelmäßige Termine etwa bei einer/einem Psychotherapeut*in wahrzunehmen. Auch herrscht unter vielen Geflüchteten eine große Angst vor dem Stigma, „verrückt zu sein“. Junge Frauen berichten vielfach, dass sie als psychische Kranke nicht heiraten könnten. Mütter berichten häufig von ihrer Sorge, die eigenen Kinder zu verlieren, wenn sie als psychisch erkrankt erklärt werden würden. Gerüchte über die Arbeitsweise und die Rechte des Jugendamtes bzw. des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) verstärken diese Sorgen leider in vielen Fällen. Gegen diese Ängste helfen Aufklärungs- und Beziehungsarbeit, die die Behandelnden und Berater*innen geduldig leisten sollten. Erfreulicherweise gibt es einige offene und engagierte Berater*innen und Behandler*innen in Niedersachsen, obwohl die Bedingungen, unter denen sie ihre Arbeit leisten, meist nicht ideal sind. Von einer unkomplizierten, selbstverständlichen Vermittlung psychisch erkrankter Geflüchteter in die gesundheitliche Regelversorgung sind wir leider noch weit entfernt.

Die „Sprachbarriere“ oder aber „Der Umgang mit Sprachvielfalt“

Fragt man Behandler*innen nach den Schwierigkeiten bei der Behandlung von Geflüchteten, wird meistens zuerst „die Sprachbarriere“ genannt. In einer Gesellschaft, in der Kinder bereits in der Grundschule Englischunterricht haben, Französisch, Spanisch oder auch Chinesisch lernen können, Auslandserfahrungen in den Lebensläufen erwartet werden, Akademiker*innen sich über ihre Erasmussemester und PJ's im Ausland (Praktisches Jahr der Ärzt*innen) definieren, finde ich es verwunderlich, wie wenig flexibel wir, die Behandler*innen, auf Sprachvielfalt in der Praxis reagieren. Denn allen Fachpersonen ist bekannt, dass Beschwerden wie zum Beispiel Schlafstörungen, die sehr häufig von Geflüchteten beklagt werden, einen negativen Einfluss auf die Lernfähigkeit haben. Im Rahmen von Depressionen, der häufigsten psychischen Erkrankung unter Geflüchteten, sind Einschränkungen der Merk- und Gedächtnisfähigkeit ein großer Bestandteil. Im Falle einer Nichtbehandlung ist davon auszugehen, dass die Sprachlernfähigkeit weiter abnimmt, wodurch sich auch der psychische Zustand weiter verschlechtert (Stichwort: Selbstwirksamkeit und Selbstwertproblematik).

Seit vielen Jahren arbeite ich mit Dolmetscher*innen in meinen Beratungen und Psychotherapien. Und ich schreibe bewusst Dolmetscher*innen, weil das, was die Kolleg*innen in den Sitzungen leisten, wirklich Dolmetschen mit Qualität ist. Berufspolitisch verstehe ich die Differenzierung zwischen studierten Dolmetscher*innen und ausgebildeten Sprachmittler*innen, aber wie in so vielen Bereichen fehlen auch hier von politischer Seite klare Vorgaben zu Ausbildung und Bezahlung dieser Tätigkeiten. Auch hier gibt es sehr lobenswerte Projekte wie etwa das Projekt „Worte helfen Frauen“, das Sprachmittlungsleistungen im Beratungsbereich ermöglicht. Für die psychologische und medizinische Behandlung sind die Bedingungen jedoch wie so oft regional sehr unterschiedlich. Wenig oder schlecht geschulte Sprachmittler*innen bergen die Gefahr von sprachlichen Fehlleistungen, aber vor allem auch von Rollenvermischungen, Abhängigkeitskonflikten und Sekundärtraumatisierung. Und dies bedeutet für Behandler*innen das Risiko von Behandlungsfehlern aufgrund von Falschübersetzungen, Missverständnissen und unnötigen Konflikten.

Da ist für mich der Wunsch vieler Patientinnen, lieber direkt mit einer Behandlerin sprechen zu können, die ihre Sprache spricht und der man nicht so vieles über die eigene Herkunft bzw. das System des Herkunftslandes erklären müsste, sehr gut nachvollziehbar. Natürlich ist es zu Beginn leichter, zu jemandem Vertrauen zu fassen, dessen Wörter man direkt versteht, dessen Klang vielleicht auch etwas Vertrautes weckt. Nur sind erstens die Realitäten in der niedersächsischen Gesundheitsversorgung anders. Es gibt Projekte, zum Beispiel der Ärztekammer Niedersachsen, Berufskolleg*innen mit Fluchthintergrund in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Aber gerade in der Psychotherapie gibt es nur sehr wenige „muttersprachliche Therapeut*innen“, selbst für die häufigen Sprachen arabisch und persisch. Zweitens besteht dieser Wunsch meist eher in der Anfangsphase der Behandlung, wenn das Vertrauen noch aufgebaut werden muss. Später erweist es sich meist als sehr bereichernd, dass mehrere Sprachen in den Sitzungen gesprochen werden, dass die Therapeut*in sich auch „die Blöße gibt“, sprachliche Fehler zu machen und, dass eine dritte Person das Leid anerkennt und man gemeinsam nach Worten für das häufig unaussprechlich Erscheinende sucht. Der Fokus liegt dabei auf dem gemeinsamen Kennenlern- und Bearbeitungsprozess, der durch die Vielfalt bunter und spannender und manches Mal auch humorvoller wird. Denn wir sind ein Team in der Behandlung. So wie wir auch eine Gesellschaft sind.

Fazit

Die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und individuellen Bedarfen ist ein komplexes Thema, das jedoch durch eine transparentere und einheitlichere Gestaltung der Strukturen deutlich erleichtert werden kann.

Frauke Baller, M.Sc. klinische Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT)
und Referentin, spezialisiert auf Psychotraumatologie und Psychotherapie „zu dritt“.
E-Mail: Frauke.Baller@gmx.net

Disability Studies – Worum es dabei geht

Interview mit Prof. Dr. Swantje Köbsell (SK), Professorin für DS an der Alice Salomon Hochschule Berlin und Koordinatorin der Arbeitsgemeinschaft Disability Studies in Deutschland, geführt von Dr. Ute Sonntag für den Rundbrief des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen (Rb)

Rundbrief: Was sind Disability Studies? Worum geht es da?

Swantje Köbsell: Die Disability Studies entstanden in den späten 1970er Jahren parallel, aber unabhängig voneinander, in Großbritannien und den USA aus den dortigen politischen Behindertenbewegungen. Diese Bewegungen setzten und setzen sich für die Verbesserung der Lebenssituation behinderter Menschen ein, zum Beispiel im Hinblick auf die Wohnsituation, Mobilität, Barrierefreiheit sowie Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben. Als sie sich gründeten, waren die Teilhabechancen behinderter Menschen durch das damals dominante Bild von Behinderung bzw. behinderten Menschen stark eingeschränkt: Die traditionelle Sicht auf Behinderung unterscheidet nicht zwischen Behinderung und Beeinträchtigung und sieht reduzierte gesellschaftliche Teilhabe als quasi-natürliche Folge des Vorliegens einer Beeinträchtigung. Es dominiert eine defizitorientierte Sichtweise, die Behinderung unauflöslich mit Leiden verbindet. Diese Perspektive wird als medizinisches oder individuelles Modell von Behinderung bezeichnet. Behinderte Menschen sollen „so normal wie möglich“ werden, um in einer auf die Bedürfnisse nichtbehinderter Menschen ausgerichteten Umwelt so gut wie möglich zurecht zu kommen. Je weniger dies gelingt, desto geringer sind die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. In diesem Modell werden behinderte Menschen nicht als Rechtsträger*innen, sondern als Empfänger*innen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen angesehen.

Dagegen setzten die Behindertenbewegungen eine neue Sicht auf Behinderung, die diese nicht mehr als medizinisches Problem oder tragisches Schicksal der/des Einzelnen betrachtete, sondern vielmehr als Produkt eines gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesses von Menschen, die aufgrund bestimmter Merkmale von gesellschaftlichen Normalitätserwartungen abweichen. In diesem Gegenentwurf zum medizinischen Modell werden zwei Ebenen unterschieden: die individuelle Ebene der Beeinträch-

tigung (englisch impairment; physische, sensorische, mentale oder kognitive Einschränkung des Individuums) und der Behinderung (englisch disability), mit der die gesellschaftliche Reaktion des Ausschlusses auf diese Beeinträchtigung bezeichnet wird. Behinderung ist damit nicht etwas, das die oder der Einzelne „hat“, sondern das Resultat eines gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesses aufgrund der Abweichung von gesellschaftlichen Normalitätserwartungen. So gesehen ist Behinderung eine gesellschaftliche Konstruktion, weshalb diese Sichtweise auch als soziales Modell von Behinderung bezeichnet wird: Menschen sind nicht behindert, vielmehr werden sie behindert. Das bedeutet, nicht die Menschen mit Beeinträchtigungen müssen sich an eine für Nichtbehinderte gemachte Umwelt anpassen, sondern die Umwelt muss so gestaltet werden, dass alle Menschen darin zurechtkommen können.

Ausgehend von dieser Sicht von Behinderung als sozialer Konstruktion, deren Ausprägung von den jeweiligen zeitgeschichtlichen, kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen bestimmt wird, ist es das Anliegen der Disability Studies zu untersuchen, wie Behinderung und Nichtbehinderung historisch und kulturell hervorgerufen wurden und werden, bzw. in welchen Bereichen und mittels welcher Mechanismen diese Konstruktionsprozesse stattfinden. Dies bedeutet auch einen veränderten Ansatz in der Forschung zu Behinderung: Statt wie bisher über, soll nun von und mit behinderten Menschen geforscht werden und so ihre Stimmen in der Forschung wahrnehmbar werden.

Rb: Was haben diejenigen, die Disability Studies studiert haben, gelernt? Für welches Berufsfeld werden sie ausgebildet?

SK: In Großbritannien, den USA und einigen anderen Ländern kann man universitäre Abschlüsse in den Disability Studies erwerben; in den deutschsprachigen Ländern ist dies noch nicht möglich. Es gibt aber inzwischen an einigen Hochschulen Lehrende, die Inhalte der Disability Studies einbringen. Dort lernen die Studierenden, scheinbares „Wissen“ über Behinderung, über Normalität und Abweichungen davon in Frage zu stellen, es als in wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskursen konstruiert zu erkennen und darüber eine andere Haltung zu entwickeln. Seit der Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention (2009) spielen auch zunehmend menschenrechtliche Aspekte eine wichtige Rolle. In Zeiten, in denen Inklusion gemäß der UN Behindertenrechtskonvention ein gesellschaftliches Ziel geworden ist, können im Prinzip alle Berufsfelder von einer veränderten Sicht auf Behinderung profitieren; in besonderem Maß betrifft es natürlich die Professionen, die direkt pädagogisch, therapeutisch oder politisch mit behinderten Menschen befasst sind.

Rb: Zu welchen Themen wird zurzeit geforscht? Wo ist der größte Forschungsbedarf in diesem Themenfeld?

SK: Diese Frage kann man nicht so einfach beantworten. Anliegen der Disability Studies ist, den Konstruktionsprozess von Behinderung zu untersuchen, um darüber Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Disability Studies werden von Vertreter*innen zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen betrieben: Es finden sich dort Soziolog*innen, Historiker*innen, Sozial-, Kultur-, Religions-, Medien-, Gesundheits- und Erziehungswissenschaftler*innen, aber auch Jurist*innen, Genderforscher*innen, Philosoph*innen, Architekt*innen und andere mehr. Sie alle erforschen in ihrem jeweiligen Fachgebiet, wie dieses zu unserem heutigen Bild von Behinderung beigetragen hat und was sich dort verändern müsste, damit behinderte Menschen nicht mehr als bemitleidenswerte Wesen, sondern als mit (Menschen)Rechten ausgestattete Bürger*innen wahrgenommen werden. So geht es um Fragen der Darstellung behinderter Menschen in Literatur, den bildenden Künsten und den Medien – welche Bilder werden dort transportiert, welche Art der Darstellung könnte Veränderung bewirken? Welche Gesetze, welche kulturellen, religiösen, juristischen und pädagogischen Diskurse haben das traditionelle Behinderungsbild geprägt – und wie kann dem begegnet werden? Welche Rolle spielen Geschlecht und Herkunft im Kontext von Behinderung, zum Beispiel im Hinblick auf Bildungschancen, Armutsgefährdung und gesundheitliche Versorgung?

Rb: Welche Ziele hat die Arbeitsgemeinschaft Disability Studies Deutschland?

SK: Die Behindertenbewegungen in den deutschsprachigen Ländern haben seit den 1970er Jahren zahlreiche Texte produziert, die man im Nachhinein als Beiträge zu den Disability Studies bezeichnen kann. Allerdings gab es hier nie das Bestreben, eine eigene akademische Disziplin zu begründen; diese Idee wurde erst recht spät durch die internationalen Disability Studies inspiriert. Die AG Disability Studies wurde 2002 gegründet; ihre Hauptziele sind die Vernetzung bereits Aktiver und Interessierter sowie die Weiterentwicklung, Verbreitung und Etablierung der Disability Studies in Deutschland. Bzgl. der akademischen Etablierung hat sich seit 2002 nicht viel verändert: Es gibt deutschlandweit derzeit lediglich drei Professuren, die die Disability Studies im Titel führen; an keiner deutschsprachigen Universität oder Hochschule gibt es Abschlüsse in den Disability Studies. Im Hinblick auf Vernetzung, Information und Austausch sieht es deutlich besser aus: 2003 fand in Bremen die Sommeruniversität „Behinderung neu denken – Disability Studies in Deutschland“ mit mehreren hundert Beteiligten statt. In der Folgezeit stieg die Zahl der Veröffentlichungen aus den DS, auch erfolgte die Gründung einiger Institute (Zentrum für Disability Studies in Hamburg (ZeDis), die internationale Forschungsstelle Disability Studies (IDis) an der Universität zu Köln so-

wie das Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYS)). 2018 fand auf Anregung der AG Disability Studies in Berlin die Tagung „Zwischen Emanzipation und Vereinahmung. Disability Studies im deutschsprachigen Raum“ mit 200 Teilnehmer*innen statt, in deren Rahmen ein deutschsprachiges Netzwerk gegründet wurde, aus dem heraus inzwischen eine Initiative zur Gründung einer deutschsprachigen Zeitschrift für Disability Studies erfolgt ist.

 Prof. Dr. Swantje Köbsell, Disability Studies, Alice Salomon Hochschule Berlin, University of Applied Sciences, Alice-Salomon-Platz, 12672 Berlin, E-Mail: koebzell@ash-berlin.eu

Geschlechtssensibles Arbeiten in Therapie und Beratung

Diversity & Gender: Der Schwerpunkt der Mitteilungen der DGVT widmet sich im Band 4/2019 dem geschlechtssensiblen Arbeiten in Therapie und Beratung. Die Bandbreite der Beiträge erstreckt sich von Ansätzen zur Einbringung der Genderperspektive in Psychotherapie und Beratung über eine Betrachtung darüber, wie Gender-Dynamiken sich auf den Therapieprozess als solchen auswirken können, bis hin zu ganz konkreten Einblicken in die neu aufgestellte gendersensible Beratungskonzeption von Pro Familia.

Schwerpunkt „Geschlechtssensibles Arbeiten in Therapie und Beratung“ in: VPP – Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis (Band 4/2019), S. 745-804, dgvt-Verlag, Tübingen 2019, ISBN VPP2019-4, 15,00 Euro

Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen

Handbuch für die Gesundheitsversorgung

Dieses Buch bietet ausführliche Informationen für alle Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Ärzt*innen - insbesondere Psychiater*innen sowie (Sozial)Pädagog*innen in Ausbildung und Praxis, die sich mit diesem Thema beschäftigen und/oder mit trans*Personen arbeiten.

Um eine respektvolle und kompetente Beratung und Begleitung zu gewährleisten, braucht es fundierte Kenntnisse und eine wertschätzende Haltung. In diesem Buch gibt es hervorragendes „Material“, um beides auf- und/oder auszubauen.


Es gibt nicht nur einen Überblick über die aktuellen Versorgungsstandards und -möglichkeiten im Bereich der Psychotherapie bei Transsexualität, sondern bietet auch einen Blick auf die Perspektiven unterschiedlichster Trans*, sodass ein Dialog auf Augenhöhe möglich wird.

Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung, Reinhardt Verlag, München, 2019, 355 Seiten, ISBN 978-3-497-02881-8, 39,90 Euro

Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-West- falen

Das bereits 2019 erschienene, aber nach wie vor aktuelle Faktenblatt zeigt sowohl die Anforderungen an eine barrierefreie gynäkologische Versorgung als auch die vorhandenen erheblichen Versorgungslücken auf und gibt abschließend Handlungsempfehlungen.

Gleichzeitig bietet es eine gute Reflexionsmöglichkeit für Behandler*innen über den Umgang mit gynäkologischen Bedarfen von Frauen mit Behinderung an sich. Hier sind vor allem Mechanismen der Marginalisierung erlebter sexualisierter Gewalt zu nennen, grenzverletzendes Verhalten sowie der Hinweis auf die besondere Vulnerabilität dieser Gruppe durch die Verschränkung multipler Abwertungsmechanismen unter den Aspekten „Frau“, „behindert“, ggf. auch zusätzlich noch „Migrantin“ im Sinne von Intersektionalität.

 Nora Feline Pösl, Ivonne Wattenberg, Claudia Hornberg: Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe - Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen, 19 Seiten
Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW, Bochum (Hrsg), online als pdf abrufbar unter www.frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2020/02/Faktenblatt_GesundheitlicheBedarfe_Mmb.pdf, kostenlos

Mental Health Matters – Psychische Gesundheit verstehen und fördern


Ansätze, wie eine gendersensible Förderung der psychischen Gesundheit gelingen kann, zeigt die 105. Ausgabe der impulse, der Fachzeitschrift der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Neben gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren unterschiedlicher Settings, Belastungen

und Chancen der Digitalisierung werden Geschlechterunterschiede hinsichtlich der psychischen Gesundheit, Krankheit und der Versorgung beleuchtet sowie deren multifaktorielle Ursachen diskutiert. Weitere interessante Beiträge zur Frauengesundheit thematisieren unter anderem ein Forschungsvorhaben im Kontext der Novellierung des Strafrechtsparagrafen 219a zu den »maßgeblichen Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung von ungewollten Schwangerschaften« sowie die Bedeutsamkeit einer intersektionalen Frauen*- und Mädchen*-Gesundheitsarbeit, um der Marginalisierung jener Gruppen, die (antimuslimischem) Rassismus ausgesetzt sind, entgegen zu wirken.

 impulse für Gesundheitsförderung: Mental Health Matters – Psychische Gesundheit verstehen und fördern Nr. 105, Dezember 2019, 32 Seiten, kostenfrei erhältlich unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse

Jahrbuch der anerkannten Vorsorge- und Rehabilitationskliniken des Müttergenesungswerks (MGW)

Zum 70-jährigen Bestehen der gemeinnützigen Stiftung erscheint diese Ausgabe in einem neuen Design. Das Jahrbuch hält eine umfangreiche Übersicht über 70 vom MGW anerkannte Kliniken, die gendersensible Kuren für Mütter, Väter und Pflegende anbieten, bereit und erleichtert somit die Suche nach einer geeigneten Klinik für eine Vorsorge- oder Rehabilitationskur nach §§24 und 41 StGB.

 Elly Heuss-Knapp-Stiftung (Hrsg.) (2020): Jahrbuch der anerkannten Vorsorge- und Rehabilitationskliniken des Müttergenesungswerks 2020 / 2021 / 2022. 1. Auflage. 224 Seiten jahrbuch@muettergenesungswerk.de

Neues Netzwerk zur gynäkologischen Versorgung im Aufbau: Kollektiv für gynäkologische Selbstbestimmung

Eine Gruppe queer-feministischer Aktivist*innen, die aus Patient*innen-Perspektive für Selbstbestimmung im Kontext gynäkologischer Behandlungen eintreten, gründet ein neues Online-Netzwerk. Ziel ist es, einen Überblick über sensibel handelnde Gynäkolog*innen zu bekommen, die Patient*innen und deren Perspektive zum Mittelpunkt ihres ärztlichen Handelns machen – unabhängig von Körperform, sexueller Orientierung, Hautfarbe, Behinderung etc. Jede* kann daran mitwirken, dieses Netzwerk mit Leben zu füllen, indem sie ihre persönlichen Erfahrungen (anonym) teilt.

Die Plattform findet sich hier: www.gynformation.de

Wo die Corona-Krise Frauen ins Hintertreffen bringt


Ein Großteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen, jedoch befindet sich nur ein kleiner Teil von ihnen in Führungspositionen – ebenso wenige Frauen sind in Entscheidungsgremien vertreten. Diese Fakten können zu einer unzureichenden Berücksichtigung von Frauen im Gesundheitswesen führen und Rückschritte in der Gleichstellung von Männern und Frauen begünstigen, so wie es die Corona-Krise aktuell verdeutlicht, kritisiert Dr. Susanne Ludwig, Sprecherin der Deutschen Sektion von Women in Global Health an der Charité, im Podcast-Gespräch mit Ruth Ney. Es wird ersichtlich, dass es an einem (öffentlichen) Bewusstsein für diese Problematik mangelt.

„ÄrzteTage“-Podcast vom 28.05.2020, online abrufbar unter: www.aerztezeitung.de/Podcasts/Wo-die-Corona-Krise-Frauen-ins-Hintertreffen-bringt-409888.html

Neue Ausgaben der clio

Clio, die Zeitschrift für Frauengesundheit, herausgegeben vom FFGZ Berlin, bearbeitet in der Ausgabe 89 das Thema „Blase und Beckenboden stark machen – was können Frauen tun?“ Von Blasen- und Beckenbodenproblemen sind viele Frauen in unterschiedlichen Lebenslagen betroffen: nach Schwangerschaft und Geburt, in den Wechseljahren, durch Blasensenkung oder Blaseninfektionen. Heilkundliche und Selbsthilfe-Ansätze spielen genauso wie der medizinische Blick eine Rolle.

Die Ausgabe 90 befasst sich mit der Krebsfrüherkennung. Im Zentrum steht der Gebärmutterhals und die Frage, welche Faktoren Gebärmutter und Gebärmutterhals beeinflussen, zu Zellveränderungen führen und welche zur Heilung beitragen. Es wird auch ein Update zum HPV-Test, zur HPV-Impfung, zum Screening und zum vaginalen Ultraschall geliefert.

 Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (Hrsg.): clio 89: Blase und Beckenboden stark machen – was können Frauen tun? November 2019, ISSN 0933-0747, 4,50 Euro

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (Hrsg.): clio 90: Krebsfrüherkennung – ein Update. Mai 2020, ISSN 0933-0747, 4,50 Euro

Schutzkonzepte

Das pro familia Magazin befasst sich in der Ausgabe 2/2020 mit dem Thema Schutzkonzepte vor sexueller Gewalt. Themen sind die Inhalte von Schutzkonzepten sowie deren Umsetzung. Fragen sind, wie partizipative Schutzkonzepte gelingen und wie ein solches inklusiv werden kann. Sexuelle Bildung und Schutzprozesse wird ebenso als Thema behandelt.

 pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband (Hrsg.): Schutzkonzepte. pro familia Magazin Nr. 2/2020, ISSN 0175-2960, 5,10 Euro

Hebammenversorgung in Niedersachsen

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt hat 2019 mit dem Gesundheitsbericht „Hebammenversorgung in Niedersachsen“ einen Überblick über die Datenlage auf Landes- und kommunaler Ebene vorgelegt. Daten verschiedener Institutionen flossen in den Bericht ein. Die Ergebnisse sollen Grundlage für Gespräche über den Versorgungsbedarf durch Hebammen sein.

Die Datenquellen sind hinsichtlich Vollständigkeit und Aussagekraft limitiert und lassen daher in der Zusammenschau keine eindeutige Einschätzung der Versorgungssituation durch Hebammen zu. Perspektivisch wird eine Verbesserung der Datenqualität angestrebt. So wird die Krankenhausstatistik um die Stundenanteile der beschäftigten Hebammen erweitert, um Teilzeittätigkeiten besser erfassen zu können. Ein vom Bund in Auftrag gegebenes Gutachten analysiert die aktuelle Situation. Erhofft wird, daraus Handlungskonzepte ableiten zu können. Der vorliegende Bericht liefert erste Informationen für Niedersachsen. Wir berichten weiter.

 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (HRSG.): Gesundheitsbericht „Hebammenversorgung in Niedersachsen“ Datenlage. Januar 2019, 27 Seiten, www.nlga.niedersachsen.de

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie wurden beziehungsweise werden viele der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Juni 2020) erfolgen daher vorbehaltlich etwaiger Änderungen durch die Veranstalter. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

Datum / Ort	Titel	Information
13. August 2020, 9:00–17:00 Uhr und am 14. August 2020, 9:00–15:00 Uhr, Familienplanungszentrum BALANCE, Berlin	Sexualität und psychische Erkrankung im Spannungsfeld von Betreuung, Therapie und Institutionen, zweitägige Fortbildung	www.fpz-berlin.de/2020_Aug_Einladung_FobiPsych-pdf-952185.pdf Anmeldung bis 31.07.2020 unter: haase@fpz-berlin.de
03. September 2020 - Online-Seminar -	FGM – Reproduktive Gesundheit im Kontext von Female Genital Mutilation Webinar	Kooperationsveranstaltung des pro familia Landesverbands Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen www.gesundheit-nds.de www.profamilia.de
08. September 2020 Hannover	Frauen in Führung, Fortbildung in der Reihe CAREa-lisieren	www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/fortbildungen
30. September 2020 Hannover	Selbstinszenierung von Frauen und Mädchen in den sozialen Medien. Die medien- und sexualpädagogische Einschätzung zum Aufwachen von Mädchen - Seminar der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen	Anmeldung unter: www.jugendschutz-niedersachsen.de/blog/hauptsache-perfekt/
02. Oktober 2020 Frauenberatung Verden, Verden	Table Quiz zum Thema Frauen*, Frauen*gesundheit und mehr	Kooperationsveranstaltung der Frauenberatung Verden e. V. und der Kreisvolkshochschule: bit.ly/35liEtH info@frauenberatung-verden.de
06. Oktober 2020 Hannover	Vortrag zur sexuellen Selbstbestimmung	Kooperationsveranstaltung des Frauen- und Mädchen Gesundheitszentrums Region Hannover e. V., Amanda e. V. und der Beauftragten für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt der Landeshauptstadt Hannover www.amanda-ev.de/projekte-ue-60-plus/ info@amanda-ev.de
07. Oktober 2020 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover	Gynäkologie und Migration: Barrieren erkennen – Barrieren abbauen Fachtagung	Weitere Informationen bald unter: yhr.positive-network.de

08.-10. Oktober 2020 Leipzig	36. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e. V.	www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=405
15. Oktober 2020 Berlin	„digital und real“: Unterstützung, Beratung und Empowerment bei digitaler Gewalt bff-Konferenz	www.frauen-gegen-gewalt.de
15.-17. Oktober 2020 Alpach (Tirol, Österreich)	28. Internationaler Kongress des Netzwerks für Essstörungen	www.netzwerk-essstoerungen.at/kongress20/
30. Oktober 2020 Hannover	Deine Krankheit – macht mich krank. Angehörige von depressiv Erkrankten gendersensibel begleiten und stärken Fachtagung der „AG Gender und Depression“ im Bündnis gegen Depression in der Region Hannover	Weitere Informationen bald unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen
06. November 2020 Deutsches Hygiene-Museum, Dresden	„Osteoporose – Mythen und Fakten“ Satellitensymposium zur 27. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit	www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/tag/osteoporose/
07. November 2020 Deutsches Hygiene-Museum, Dresden	„#FemHealth2020: Digitalisierung und Frauengesundheit“ Fachtag im Rahmen der 27. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit	www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/veranstaltungen/jahrestagungen/
19. November 2020, Frauenberatung Verden, Verden	Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz Fachvortrag und Gespräch	Kooperationsveranstaltung der Frauenberatung Verden e.V., Kreisvolkshochschule Verden und der Stiftung Leben & Umwelt / Heinrich-Böll-Stiftung Niedersachsen: bit.ly/35c6oLR Anmeldung unter: 04231 – 85120
Termin steht noch nicht fest	Die Periode ist politisch Vortrag mit Franziska Wartenberg #Franka Frei	www.amanda-ev.de/projekte-ue-60-plus/
10.-13. März 2021 Berlin	Traditionen und Umbrüche in der psychosomatischen Frauenheilkunde 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.	www.dgpfg.de/weiterbildung/veranstaltungenkalender/ info@dgpfg.de
28.-29. Juni 2021 Berlin	150 Jahre §218 StGB (Arbeitstitel) Kongress	Save the date; ein breites Bündnis plant diesen Kongress
16.-17. September 2021 Hamburg	Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie	www.dgms.de/kongress-tagungsportal/dgms-veranstaltungen/

Termine MOSAIK Gesundheit

Datum / Ort	Titel	Information
24. September, 1. und 8. Oktober 2020 FMGZ, Hannover	Therapeutisches Boxen für FLINT*	www.mosaikgesundheit.de/termine/ Anmeldung unter: info@fmgz-hannover.de
03. Oktober 2020 Queeres Zentrum, Göttingen	Resilienz all Gender, Workshop	www.mosaikgesundheit.de/termine/ Anmeldung unter: kontakt@mosaikgesundheit.de

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

Stefanie Rennspiess
Nds. Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

stefanie.renspiess@ms.niedersachsen.de

Birgit Vahldiek
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e.V.
Herschelstr. 31
30159 Hannover

birgit.vahldiek@sovd-nds.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen
Dieterichsstraße 25A
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de

Edith Ahmann
Frauen-und MädchenGesundheitsZentrum
Region Hannover e.V.
Escherstrasse 10
30159 Hannover

info@fmgz-hannover.de

Melissa Depping
„MOSAIK Gesundheit – ein Projekt für lesbische,
bisexuelle und queere Frauen* in Niedersachsen“
c/o QNN e.V., Volgersweg 58, 30175 Hannover

kontakt@mosaikgesundheit.de