

Große Anfrage

der Abgeordneten Kersten Artus, Dora Heyenn, Christiane Schneider,
Norbert Hackbusch, Elisabeth Baum, Dr. Joachim Bischoff, Wolfgang Joithe-
von Krosigk, Mehmet Yildiz (Fraktion DIE LINKE) vom 06.10.09

und Antwort des Senats

Betr.: Aktionsplan Frauengesundheit

Im Jahr 2001 gab eine Expertinnen- und Expertenkommission einen Perspektiven- und Empfehlungskatalog „Frauen und Gesundheit“ für Hamburg ab¹. Die Kommission stellte unter anderem fest: Forschung, Behandlung und Organisation des Gesundheitswesens orientieren sich nach wie vor vorwiegend an der Körperlichkeit des Mannes und seiner gesellschaftlichen Stellung.

Den Empfehlungen zufolge sollte Frauen durch frauenspezifische Forschung und individuell auf ihre Bedürfnisse und Lebenslagen abgestimmte Gesundheitsangebote eine verbesserte Versorgung zuteil werden. Ziel des Aktionsprogramms Frauengesundheit ist es zudem gewesen, dass Frauen zur Stärkung der weiblichen Selbstbestimmung in allen gesundheitspolitischen und medizinischen Institutionen und Gremien ausreichend vertreten sind.

Die Kommission stellte weiterhin fest: Eine ganzheitliche, geschlechtersensible Gesundheitspolitik kann nur gemeinsam gelingen: Die Empfehlungen für ein Aktionsprogramm richten sich an Politiker und Politikerinnen, an Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen, Initiativen und Projekten sowie von Krankenkassen und Versicherungen, aber auch an alle Interessierten, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Schule, Hochschule und Medien.

Die Empfehlungen teilen sich in zehn Themenschwerpunkte auf: Selbsthilfe, Patientinnenrechte, Migrantinnen, Frauen und Sucht, Gewalt gegen Frauen, Arbeits- und Lebenswelt, Brustkrebs, Schwangerschaft und Geburt, Frauen in der Psychiatrie und weibliche Lebensphasen

Jeder Themenschwerpunkt wurde nach sieben Perspektiven unterteilt, die beteiligungs- und prozess-, kundinnen- und wettbewerbsorientiert sowie nachhaltig sind: Frauengesundheit braucht Information, Transparenz und Kommunikation, eine Adresse und einen Ort, unabhängige, nicht von ökonomischen Interessen geleitete Forschung, gesicherte Qualität, Öffentlichkeit und Leitbilder, speziell geschultes Fachpersonal, sowie förderliche Arbeits- und Lebensbedingungen.

¹ Die Empfehlungen im Internet:
<http://www.hamburg.de/contentblob/116904/data/frauen-und-Gesundheit.pdf>

Wir fragen auf Grundlage dieser Empfehlungen den Senat:

1. *Selbsthilfe*

Selbsthilfegruppen sind ein frauenfreundliches Bewältigungsmodell. Wer sich in einer Selbsthilfegruppe engagiert, erwirbt fachliche Kenntnisse und entwickelt ein stärkeres Bewusstsein im Umgang mit professionellen Gesundheitsanbietern.

- a) *Inwiefern stehen Selbsthilfegruppen die nötigen finanziellen, technischen und räumlichen Ressourcen zur Verfügung, um gegenüber Gesundheitsanbietern unabhängig arbeiten zu können?*

Die Selbsthilfegruppen werden gefördert über den „Hamburger Selbsthilfegruppentopf“, der anteilig von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und den Hamburger Krankenkassen finanziert wird.

Die zur Verfügung gestellten Finanzmittel sind bei dem derzeitigen Antragsvolumen der Selbsthilfegruppen ausreichend. Die räumlichen Ressourcen werden teilweise von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) zur Verfügung gestellt. Bei nicht ausreichenden Räumen bei KISS unterstützen die örtlichen Kontakt- und Informationsstellen bei Bedarf die einzelnen Selbsthilfegruppen.

- b) *Ist es in den letzten Jahren gelungen, Selbsthilfegruppen als Interessenvertretungen zu etablieren und einzubeziehen, und wenn ja, in welchen Gremien, bei welchen Planungs- und Entscheidungsprozessen, bei welcher Evaluation und Qualitätssicherung?*

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist gering organisierte Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige/Freunde – betroffen sind. Sie wollen also vorrangig sich selbst oder ihren Angehörigen helfen und suchen sich dazu Gleichgesinnte (eine Gruppe). Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements.

Die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140 f SGB V wird in Hamburg durch das Forum Patientenvertretung koordiniert. Das Forum wird gebildet von der Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e.V. (LAG), KISS Hamburg, der Patienten-Initiative e.V. und Verbraucherzentrale Hamburg. Gemeinsam benennen diese Organisationen die Patientenvertreterinnen und -vertreter für die Zulassungsausschüsse für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Außerdem werden Patientenvertreterinnen und -vertreter in die Fachgruppen im Rahmen der externen Qualitätssicherung (EQS) der Krankenhäuser benannt. Die Aufgaben in diesen und anderen Gremien werden überwiegend von Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen und Organisationen wahrgenommen.

Ergebnisse einer Befragung bei Kontaktpersonen von Selbsthilfegruppen zur Evaluation und Qualitätsentwicklung in diesem Bereich wurden 2004 in einer Studie von A. Trojan veröffentlicht. Quelle: A. Trojan, A. Estorff-Klee (Hg.): 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung, Reihe Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Band 10; Münster 2004.

- c) *Sieht der Senat hier Nachbesserungsbedarf und wenn nein, warum nicht?*

Nein. Die zuständige Behörde steht im engen Kontakt mit KISS und passt deren Arbeit bedarfsgerecht an.

- d) *Hat sich Selbsthilfe nach Ansicht des Senats als Methode und Institution im Gesundheitswesen etabliert?*

Wenn ja, bitte begründen.

Selbsthilfegruppen sind heute ein unverzichtbarer Teil unseres Gesundheitssystems.

Durch ihre „Hilfe zur Selbsthilfe“ unterstützen die Selbsthilfegruppen die Versorgung und Rehabilitation chronisch kranker Menschen. Sie ermöglichen die gegenseitige Hilfe für Menschen mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemen, beraten bei gesundheitlichen und sozialen Themen, organisieren vielfältige Informationsveranstaltungen und tragen damit zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei.

- e) *Welche Unterstützungsangebote gibt es für Laienhelferinnen und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen?*

Die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) bieten regelmäßig ein umfangreiches Fortbildungsprogramm an. Dazu gehören Erfahrungsaustauschtreffen und Fortbildungsmodule für in der Selbsthilfe aktive Personen.

Die Unterstützung und Begleitung von Selbsthilfegruppen bei schwierigen Gruppenprozessen gehört zu den Kernaufgaben von KISS Hamburg. In Zusammenarbeit mit der Hamburger Krebsgesellschaft wird auch eine regelmäßige Supervision für Leiterinnen und Leiter von Krebsselfhilfegruppen angeboten.

Weiterhin werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von KISS Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen (zum Beispiel Gesundheitsgespräche und Erfahrungsaustausch in verschiedenen Bezirken) selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen durchgeführt.

- f) *Inwieweit ist die Hamburger Selbsthilfe kultursensibel aufgestellt?*

Bei der Berücksichtigung unterschiedlicher Kulturen in der gesundheitlichen Selbsthilfe ist die Hamburger Selbsthilfe vorbildlich aufgestellt. So führt KISS zum Beispiel mit Unterstützung einer Krankenkasse das Projekt „Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten in Hamburg“ durch. Mit dieser interkulturellen Öffnung werden kulturadäquate Formen der gesundheitlichen Selbsthilfeunterstützung entwickelt und erprobt.

Im Bereich der Selbsthilfe zur Alkoholabhängigkeit haben sich in den letzten drei Jahren Selbsthilfegruppen in verschiedenen Sprachen (zum Beispiel Russisch, Farsi, Türkisch) gebildet.

2. *Patientinnenrechte*

Vor zehn Jahren verabschiedete die Gesundheitsministerkonferenz die „Patientenrechte in Deutschland heute“. Ein zentrales Recht ist das Recht auf eine zweite Meinung. Frauen erleben sich oft nicht als auf Augenhöhe befindend in einer Klinikwelt und bei Ärzten, die durch eine männliche Medizin und Forschung geprägt und dominiert sind. Sie bedürfen einer besonderen Stärkung, um sich selbstbestimmend – und das heißt nach einer informierten Entscheidungsfindung – mit Diagnosen und Behandlungen auseinandersetzen zu können.

- a) *Wie haben sich nach Ansicht des Senats die Patientinnenrechte in Bezug auf ihren Bekanntheitsgrad seit 2001 entwickelt?*
- b) *Welche Maßnahmen hat der Senat seit 2001 ergriffen, um Patientinnenrechte bekannter zu machen und Frauen zu ermutigen, ihre Rechte als Patientinnen wahrzunehmen und durchzusetzen, beziehungsweise welche Maßnahmen sind bekannt?*

Über zahlreiche Maßnahmen auf Bundesebene hinaus (Schaffung des Amtes der Patientenbeauftragten, Veröffentlichung einer Patientencharta, Patientenbeteiligung in Gremien et cetera), von denen Frauen und Männer gleichermaßen profitieren sollen, hat auch der Hamburger Senat eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken. Beispiele sind die Initiierung des Aufbaus von Beschwerdestellen in den Hamburger Krankenhäusern, die jährliche Förderung der Patientenberatungsstelle der Verbraucherzentrale, Patienteninformation zu Patientenrechten über Broschüren und Internet (<http://www.hamburg.de/patientenrechte/>) sowie die Koordinierung des Beschwerdemanagements im Bereich der medizinischen Versorgung in Hamburg.

- c) *Wurde das Recht auf eine zweite Meinung seit 2001 evaluiert und wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?*

Wenn nein, warum nicht?

Das Recht auf eine zweite Meinung ist eine Fragestellung von grundsätzlicher und überregionaler Bedeutung. Hierzu liegt bisher nach Kenntnis der zuständigen Behörde keine Evaluation vor; die Gründe hierzu sind nicht bekannt.

- d) *Welche unabhängigen Beratungseinrichtungen und Interessenvertretungen wurden seit 2001 für Frauen aufgebaut und/oder wurden systematisch in welcher Form gefördert?*

Beratungsangebote, die allein auf Frauen ausgerichtet sind, wurden seit 2001 nicht aufgebaut beziehungsweise gefördert.

Seit 2007 fördern die Spitzenverbände der Krankenkassen für drei Jahre das Modellvorhaben „Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“. Die UPD versteht sich als Wegweiser und Lotse für Frauen und Männer durch das deutsche Gesundheitswesen. Sie ist ein Verbund von 22 unabhängigen, regionalen Stellen und hat auch in Hamburg eine Niederlassung (www.unabhaengige-patientenberatung.de). Darüber hinaus fördert der Senat die Patientenberatung der Verbraucherzentrale. Beide Einrichtungen beraten Patientinnen und Patienten individuell.

3. *Frauen mit Migrationshintergrund*

Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, Unkenntnis des deutschen gesundheitlichen Versorgungssystems oder ein erhöhtes Armutsrisiko führen dazu, dass Frauen mit Migrationshintergrund einem spezifischen, auch höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind.

- a) *Wurden jemals die Faktoren, die zu dem erhöhten Gesundheitsrisiko von Frauen mit Migrationshintergrund führten und führen, evaluiert und wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?*

Wenn nein, warum nicht? Bitte aufschlüsseln nach Herkunftsländern und Einkommen.

Nach Erkenntnissen des Robert Koch-Instituts (RKI – www.rki.de) haben Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach, sind arbeitslos oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren. Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund grundsätzlich nicht häufiger krank als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Vielmehr können sie auch über gesundheitsförderliche Ressourcen verfügen.

Nach Aussagen des RKI sind Frauen mit Migrationshintergrund Mehrfachbelastungen ausgesetzt, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können, zum Beispiel Faktoren wie berufliche und familiäre Belastungen. Die Gesundheitszufriedenheit von Frauen mit Migrationshintergrund verschlechtert sich mit zunehmendem Alter und Leben in der Migration überdurchschnittlich stark. Dies spiegelt sich auch in einer höheren Krankenquote in der Altersgruppe ab 40 Jahren wider. Ab diesem Alter sind Frauen auch in erhöhtem Maße Risikofaktoren wie Adipositas ausgesetzt. Infektionskrankheiten wie Tuberkulose treten häufiger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund auf.

- b) *Welche schriftlichen Angebote erhalten Frauen mit Migrationshintergrund in Bezug auf ihre Gesundheit und Krankheit in ihrer Muttersprache und in kultursensibler Form? Bitte angeben, welche Sprachen verfügbar sind.*

Nach Kenntnis der zuständigen Behörde stehen unter anderem folgende Angebote zur Verfügung:

„Schwanger und im Konflikt. Informationen zur ungewollten Schwangerschaft“, Einlegeblätter in Bulgarisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Portugiesisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch.

„Wie schläft mein Baby gut und sicher?“ Einlegeblätter in Englisch, Französisch, Italienisch, Kroatisch, Russisch, Serbisch, Türkisch.

„Kleine Fibel zur Vermeidung von Kinderunfällen“ in Englisch, Türkisch, Russisch.

„Enemene-Mu - Hey ich will zur U“, Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Türkisch.

„Von klein auf rundum geschützt, Schutzimpfungen in Hamburg“ in Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch.

„Diabetes“ in Türkisch.

„Hilfe im Notfall“ in Arabisch, Chinesisch, Englisch, Farsi, Französisch, Kroatisch, Paschtu, Russisch, Serbisch, Spanisch, Thai, Türkisch.

Faltblatt über das Angebot von CASA blanca, Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona in Bulgarisch, Englisch, Französisch, Portugiesisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch.

Faltblatt über „Bakterielle Vaginose“ und Faltblatt „Pille und Pille danach“ in Bulgarisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch.

Darüber hinaus stehen fremdsprachige Informationsmaterialien unterschiedlicher Herausgeber (zum Beispiel Amnesty for Women Städtegruppe Hamburg e.V.), Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie pharmazeutische Unternehmen) für Frauen zur Verfügung.

- c) *Stehen spezifisch für das Gesundheitssystem qualifizierte und kultursensible Dolmetscherdienste zur Verfügung und wenn ja, welche sind das, welche Sprachen stehen zur Verfügung und in welchem Umfang können Frauen mit Migrationshintergrund sie in Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen in Anspruch nehmen?*

Entsprechende Angaben liegen nur für das UKE vor, dessen Dolmetscherdienst 18 Dolmetscherinnen und Dolmetscher als freie Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter beschäftigt. Diese haben eine Fortbildung zum Thema „Migrantenversorgung im UKE“ durchlaufen und nehmen in regelmäßigen Abständen an Fortbildungen zu medizinischen Themen teil. Alle Dolmetscher/-innen sind Muttersprachler/-innen, leben aber schon jahrelang in Deutschland und verfügen über kulturspezifische Kompetenz.

Der Dolmetscherdienst am UKE verfügt über 16 verschiedene Sprachen: Arabisch, Albanisch, Bulgarisch, Dari, Farsi, Japanisch, Kroatisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch, Usbekisch. Für andere Sprachen, für die erfahrungsgemäß seltener Dolmetscherdienste nachgefragt werden, wird eine externe Dolmetschervermittlung in Anspruch genommen.

- d) *Gibt es verbindliche Qualitätskriterien für Dolmetscher und Dolmetscherinnen im Gesundheits- und Sozialsystem und wenn ja, welche sind das, wo sind sie niedergeschrieben und werden sie angewendet?*

Wenn nein, warum nicht?

Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) liegt ein Konzept für eine bundeseinheitliche Ausbildung zu Sprach- und Integrations-Mittlerinnen und -Mittlern im sozialen und medizinischen Bereich vor. Eine Umsetzung der Ausbildung ist ab 2010 vorgesehen.

- e) *Wie viele kulturelle Mediatorinnen sind bereits innerhalb des MiMi-Projektes ausgebildet worden, welche kulturellen Hintergründe sind abgedeckt worden und wie oft sind diese zum Einsatz gekommen?*

Innerhalb des MiMi-Projektes sind seit 2005 insgesamt 56 interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen ausgebildet worden. Diese decken im Wesentlichen die in Hamburg vorhandenen kulturellen Hintergründe ab, das heißt, dem Projekt stehen Mediatorinnen aus den Hauptherkunftsländern zur Verfügung. Diese informieren muttersprachlich und kultursensibel über gesundheitliche Fragen. Von den ausgebildeten Mediatorinnen und Mediatoren sind aktuell 20 Mediatorinnen für das MiMi-Projekt tätig.

Ein neuer Schulungsdurchgang mit insgesamt 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, davon 25 Frauen, hat am 15. Oktober 2009 begonnen. Seit Beginn des MiMi-Projektes hat es etwa 200 Einsätze von MiMi-Mediatorinnen in Hamburg gegeben.

- f) *Auf welche Art und Weise wird das MiMi-Projekt evaluiert und wo ist diese Evaluation einzusehen?*

Klassische MiMi-Einsätze (Muttersprachliche Gesundheits-Veranstaltungen) werden über das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover (als bundesweiter Träger des Projektes) evaluiert (siehe „Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg“ in Forum Migration Gesundheit Integration, Band 5, 2008, zu beziehen über ethno@onlinehome.de).

Im Rahmen der Finanzierung durch die BSG seit Juli 2009 ist eine Erweiterung der MiMi-Angebote, zum Beispiel durch Beratungseinsätze in Kitas oder Begleitung von Familienhebammen vereinbart worden. Im Rahmen dieser Erweiterungen von MiMi-Hamburg werden derzeit Evaluationsinstrumente beim Projektträger (Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e.V.) entwickelt.

- g) *Welche Projekte gab es diesbezüglich außerdem und was ist aus ihnen geworden?*

Das Bezirksamt Wandsbek finanzierte 2007 mit einmalig zur Verfügung gestellten Mitteln das „Interkulturelle Gesundheitsprojekt Wandsbek“ in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Migration gGmbH. Das Projekt wurde nicht weiter finanziert.

- h) *Werden Einverständniserklärungen zu medizinischen Maßnahmen angemessen erläutert übersetzt? Bitte darlegen, wo und in welcher Form dies geschieht.*

In den Hamburger Krankenhäusern liegen Aufklärungsbögen in einer Vielzahl von Sprachen (bis zu 16) vor. Bei Bedarf werden zur Unterstützung Angehörige der Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund oder auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen.

Im UKE werden zum Beispiel in der Prämedikationsambulanz sämtliche Aufklärungsgespräche mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern geführt. Dolmetschende Familienangehörige werden dort nicht gestattet. Auch die anderen Abteilungen legen Wert auf professionell gedolmetschte Aufklärungsgespräche. Grundsätzlich wird bei Aufklärungsgesprächen, die mit Dolmetschern geführt werden, ein entsprechender Vermerk in die Krankenakte aufgenommen, der vom Dolmetscher zu unterschreiben ist.

- i) *Welche Projekte bestehen an Schulen, um über diesen Zugang Mütter mit Migrationshintergrund zu erreichen und über das deutsche Gesundheitssystem zu informieren? An welchen Schulen und sonstigen Institutionen, und mit welcher Qualifikation sind die Beraterinnen und Berater ausgestattet?*

Die erfragten Angaben werden von der zuständigen Behörde nicht erfasst.

In Elternschulen, Eltern-Kind-Zentren und Kindertagesstätten gibt es niedrigschwellige Angebote für Migrantinnen, die bei Bedarf auch über das deutsche Gesundheitswesen informieren.

- j) *Sind dem Senat Gesundheitsexpertinnen (im Gesundheitsbereich versorgende, beratende und organisatorisch Tätige außerhalb von MiMi) mit Migrationshintergrund bekannt, die gezielt dazu beitragen, Frauen mit Migrationshintergrund in gesundheitlichen Fragen zu begleiten und zu unterstützen? Bitte unterteilen nach Schulen, Bezirken, Qualifikationen und Migrationshintergrund.*

Die erfragten Angaben werden von den zuständigen Behörden nicht erfasst.

- k) *In welchem Umfang und in welchen Einrichtungen, Krankenhäusern und Beratungsstellen werden Gesundheitsexpertinnen mit Migrationshintergrund eingesetzt? Bitte unterteilen nach Schulen, Bezirken, Qualifikationen und Migrationshintergrund.*

In allen Hamburger Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen sind Fachkräfte mit Migrationshintergrund tätig. Es ist Programm des Senats, verstärkt Migrantinnen und Migranten im Öffentlichen Dienst zu beschäftigen.

Quantitative Angaben hierzu liegen nicht vor.

- l) *Gab es für Gesundheitsexpertinnen mit Migrationshintergrund spezielle Ausschreibungen und wenn ja, wann und für welche Berufsgruppen konkret?*

Bitte unterteilen nach Schulen, Bezirken, Qualifikationen und Migrationshintergrund.

Hierüber liegen den zuständigen Behörden keine Angaben vor.

- m) *Wurde der Einsatz von Gesundheitsexpertinnen mit Migrationshintergrund jemals evaluiert und wenn ja, mit welchem Ergebnis?*

Siehe Antwort zu 3. f).

Der Erfolg des Projektes „MiMi - Mit Migranten für Migranten“ beruht im Wesentlichen darauf, dass durch die Mitwirkung von Frauen mit Migrationshintergrund weitere Migrantinnen in deren Lebensumgebung angesprochen und erreicht werden.

- n) *Wurden seit 2001 Frauen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen ausgebildet und wenn ja, in welchem Umfang? Welches Herkunftsland lag zugrunde?*

Der nachgefragte Migrationshintergrund wird in der Schulstatistik der beruflichen Schulen nur im Kontext der Staatsangehörigkeit erfasst. Bei deutscher Staatsbürgerschaft ist ein etwaiger Migrationshintergrund dort nicht erkennbar.

Die Ausbildung von Frauen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft in Gesundheitsberufen ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Bildungsgang	Staatsbürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								
		2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	Summe:
Altenpfleger(in)	Afghanistan	1	1					2	4	8
	Ägypten	1							1	2
	Angola						1	1	1	3
	Armenien					1	1			2
	Bosnien-Herzegowina	2	1	1		2	1	3	3	13
	Dänemark	2	2	1						5
	Ecuador			1	1	1				3
	Estland				1					1
	Frankreich					1			1	2

Drucksache 19/4262 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg – 19. Wahlperiode

Bildungsgang	Staats- bürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								
		2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	Summe:
noch Altenpfleger(in)	Gambia							1		1
	Georgien								1	1
	Ghana	2	1		1	1	1			6
	Indonesien					1				1
	Iran, Islamische Republik				1				1	2
	Italien	1				1	1	1		4
	Jugoslawien (Serbien u. Montenegro)	3	1				1	1	4	10
	Kamerun								1	1
	Kasachstan			1	1					2
	Kirgisistan						1	1	2	4
	Kroatien			2						2
	Litauen				1	1	1		1	4
	Mazedonien	1	1	1	1	1				5
	Niederlande			1						1
	Norwegen			3	1	1				5
	Philippinen				1					1
	Polen	1	3	8	7	10	14	14	12	69
	Portugal	1	2	2	3	2	2			12
	Rumänien	1				1	1	1		4
	Russland		2	3	4	2	1	1	3	16
	Sambia						1			1
	Serbien								1	1
	Slowakische Republik					1	1	1		3
	Spanien						1		1	2
	Thailand						1	1		2
	Togo						1	1	1	3
	Tschechische Republik								1	1
	Türkei	9	5	7	8	13	19	15	24	100
	Ukraine					1	3	3	2	9
	Ungarn		3	2	2					7
	Usbekistan						1	1	1	3
	Weißrussland						1	1	1	3
Altenpfleger(in)	Summe:	25	22	33	33	41	55	49	67	325

Bildungsgang	Staatsbürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								
		2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	Summe:
Altenpflegehelfer(in) (bis 2006)/Gesundheits- und Pflegeassistenz (ab 2007) ¹⁾	Afghanistan			2	1				2	5
	Bosnien		1	1						2
	Brasilien						1			1
	Frankreich						1	1	1	3
	Georgien								1	1
	Ghana						1	1	3	5
	Griechenland								1	1
	Indonesien							1		1
	Jugoslawien (Serbien u. Montenegro)				1		1	2	1	5
	Kasachstan			1	1					2
	Kongo							1		1
	Kroatien	1	1	1						3
	Marokko								1	1
	Mazedonien							1		1
	Niederlande								1	1
	Nigeria						1			1
	Polen							1	1	2
	Portugal								1	1
	Rumänien							1	1	2
	Russland								2	2
	Togo							1		1
	Türkei	3	3	7	8	6	6	7	11	51
Altenpflegehelfer(in)/Gesundheits- und Pflegeassistenz	Summe:	4	5	12	11	6	11	17	27	93

Arzthelfer(in) (bis 2006)/Medizinische(r) Fachangestellte(r) (ab 2007) ¹⁾	Afghanistan	11	10	14	11	11	12	13	13	95
	Albanien		1	2	2	2	2	2	4	15
	Armenien			1		1	2	3	2	9
	Aserbaidshjan								2	2
	Äthiopien		1	1	1					3
	Bosnien-Herzegowina	5	5	4	4	1	1	2	2	24
	Brasilien	1	1	1						3
	Dänemark	2	2	1						5

Drucksache 19/4262 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg – 19. Wahlperiode

Bildungsgang	Staats- bürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								Summe:
		2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	
noch Arzthelfer(in) (bis 2006)/ Medizinische(r) Fachangestellte(r) (ab 2007) ¹⁾	Ecuador	1								1
	Frankreich					2	2	1		5
	Ghana	1						1	1	3
	Griechenland	5	5	2	2	2	3	2	4	25
	Indonesien			1	1	1				3
	Irak		1		1					2
	Iran, Islamische Republik	1	1	1		1	1	1	1	7
	Italien	3	2	2	1	1	1		2	12
	Jugoslawien (Serbien u. Montenegro)	4	3	2	3	3	2	1	3	21
	Kap Verde						1	1	1	3
	Kenia	1								1
	Kirgisistan			1	1					2
	Kolumbien						1	1	1	3
	ehemals Jug. Kosovo	1	1							2
	Kroatien		3	2	3	2	2			12
	Marokko			1	1	1				3
	Mazedonien	7	6		3	2	2	2	3	25
	Österreich	2								2
	Polen	3	3	7	9	6	2	1	4	35
	Portugal	4	4	6	5	5	6	5	6	41
	Rumänien							1	2	3
	Russland	2	2	2	3	3	1	2	2	17
	Sambia							1	1	2
	Spanien	2	1							3
	Syrien	1	1	1						3
	Sri Lanka			1						1
	Thailand		1							1
	Tunesien	1	1	1						3
	Türkei	49	46	38	34	30	30	32	32	291
	Ukraine	2	4	3	2	1	1		2	15
	USA	1								1
	Vietnam		1	1	1					3

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg – 19. Wahlperiode Drucksache 19/4262

Bildungsgang	Staatsbürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								
		2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	Summe:
noch Arzthelfer(in) (bis 2006)/ Medizinische(r) Fachangestellte(r) (ab 2007) ¹⁾	Weißrussland	1	1	1					1	4
Arzthelfer(in)/ Medizinische(r) Fachangestellte(r)	Summe:	111	107	97	88	75	72	72	89	711

Tiermedizinische(r) Fachangestellte(r)	Litauen				1	2	1	1		5
---	---------	--	--	--	---	---	---	---	--	---

Zahnarzthelfer(in) (bis 2001)/Zahnme- dizinische(r) Fach- angestellte(r) (ab 2002) ¹⁾	Afghanistan	8	12	17	19	17	10	14	17	114
	Ägypten							1		1
	Albanien				1		1	1	1	4
	Armenien								1	1
	Äthiopien				1	1	1			3
	Bosnien- Herzegowina	5	5	5	5	5	5	3	1	34
	Brasilien	1	2	2	2	1	1	1	1	11
	Bulgarien								1	1
	Costa Rica								1	1
	Ecuador	1	1				1	3	2	8
	Estland						1	1	1	3
	Frankreich	1		1	1	1			1	5
	Gambia							1	1	2
	Georgien						1	1	1	3
	Ghana			1	1		1	1	1	5
	Griechenland	2	3	4	4	2	4	6	5	30
	Honduras		1	1	1					3
	Indien						1	1		2
	Iran, Islami- sche Repu- blik	6	7	8	8	6	5	4	3	47
	Italien	3	3	2	1	1	2	3	2	17
	Japan								1	1
	Jugoslawien (Serbien u. Montenegro)	8	7	6	6	3	1	2	3	36
	ehem. Jug. Kosovo		1	1						2
	Kasachstan		2	2	3	4	5	2	1	19
	Kenia			1	1	1				3

Drucksache 19/4262 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg – 19. Wahlperiode

Bildungsgang	Staatsbürgerschaft	Schülerinnen mit nicht deutscher Staatsbürgerschaft im Schuljahr ...								
		2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	Summe:
noch Zahnarzt- helfer(in) (bis 2001)/Zahn- medizinische(r) Fach- angestellte(r) (ab 2002) ¹⁾	Kroatien		5	6	6	2	1		1	21
	Kuba			1	1	1	1			4
	Lettland	1	1	1						3
	Litauen						1	1	1	3
	Marokko							1	1	2
	Mazedonien	2	2	3	4	2	2	2	3	20
	Niederlande							1	1	2
	Philippinen		1	1	1					3
	Polen	7	9	9	8	5	4	4	6	52
	Portugal	7	6	6	2	2	1	1	5	30
	Rumänien		1	2	3	1	1			8
	Russland	5	8	6	4	4	1	2	3	33
	Schweden				1					1
	Slowenien	1		1			1	1	1	5
	Spanien	1	1	1						3
	Thailand	1	1	1	1	1		1	1	7
	Tschechische Republik	1	1	1			1			4
	Tunesien	1	1	1		1	1	1		6
	Türkei	42	43	43	34	33	23	22	44	284
	übriges Europa					1	1			2
	Ukraine	1	3	2	1			3	3	13
	Vietnam	1	1							2
	Weißrussland						1	2	2	5
Zahnarzt- helfer(in)/Zahn- medizinische(r) Fach- angestellte(r)	Summe:	106	128	136	120	95	80	87	117	869

Gesamt:	246	262	278	253	219	219	226	300	2003
----------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

Quelle: Herbsthebungen 2001 bis 2008

¹⁾ Da der Beruf Gesundheits- und Pflegeassistent(in) eine Neuordnung des Ausbildungsberufs Altenpflegehelfer(in) ist und in unmittelbarer zeitlicher Abfolge steht, wurden diese beiden Berufe in einem Tabellenabschnitt zusammengefasst. Dasselbe gilt für die Ausbildungsberufe Medizinische(r) Fachangestellte(r) und Arzthelfer(in) sowie für die Berufe Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) und Zahnarzt-
helfer(in).

Seit 2001 wie auch in früheren Jahren wurden in Hamburg Frauen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsfachberufen und in den akademischen Berufen des Gesundheitswesens ausgebildet. Angaben zum Umfang können nicht gemacht werden, da

Daten zum Migrationshintergrund in den Schulen des Gesundheitswesens nicht erhoben werden.

Seit 2008 sind die Schulen des Gesundheitswesens verpflichtet, sich an statistischen Erhebungen zu beteiligen. Dort werden jedoch lediglich Daten zu Schülerinnen und Schülern mit ausländischer Staatsangehörigkeit erhoben. Aufgrund des Aufwandes und der Schwierigkeit, insbesondere in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern korrekt und nicht diskriminierend der Kategorie „Migrationshintergrund“ zuzuordnen, ist nicht beabsichtigt, den Erhebungsbogen in diesem Punkt zu ändern.

Seit 2006 gibt es in Hamburg die Ausbildung zur Gesundheits- und Pflegeassistenz. Die Ausbildung dauert zwei Jahre.

Über die Statistik der Ausbildung in Schulen des Gesundheitswesens hinaus erfasst die zuständige Stelle bei der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz auf freiwilliger Basis den Migrationshintergrund der Auszubildenden. Danach haben 78 Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und mindestens 57 deutsche Frauen mit Migrationshintergrund seit 2006 die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit haben teilweise keine Angabe zum Migrationshintergrund gemacht). Das Herkunftsland wird statistisch nicht erfasst; die Staatsangehörigkeit war in zwölf Fällen türkisch, in acht russisch und in sieben eine der Nachfolgerepubliken Jugoslawiens (in 51 Fällen sonstige Staatsangehörigkeit).

Quelle: BSG, Geschäftsstatistik der zuständigen Stelle für die Ausbildung zur Gesundheits- und Pflegeassistenz

- o) Bewertet der Senat eine erhöhte Anzahl an Auszubildenden mit Migrationshintergrund als positiv für den Abbau von Versorgungslücken von Patientinnen mit Migrationshintergrund?*

Der Senat hält eine gleichberechtigte Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen im Versorgungsprozess für förderlich.

- p) Wie hoch schätzt der Senat die Anzahl von Frauen in Hamburg ein, die nicht durch das Gesundheitssystem erreicht werden und welche Angebote gibt es speziell für Frauen ohne Papiere? Worauf beruht die Annahme?*

Hierüber liegen der zuständigen Behörde keine Angaben vor.

- q) Welche Ausbildungsabschlüsse von Frauen mit Migrationshintergrund mit Gesundheitsberufen werden hierzulande anerkannt, welche nicht und welche Maßnahmen hat der Senat in der Vergangenheit ergriffen, um die Anerkennung zu fördern?*
- r) Welche weiteren Maßnahmen wurden ergriffen, um Frauen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen zu fördern?*

Grundsätzlich sind alle Ausbildungsabschlüsse der akademischen Berufe im Gesundheitswesen anerkennungsfähig. Das Anerkennungsverfahren ist in den Berufsgesetzen (Bundesärzteordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundesapothekerordnung, Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) geregelt. Soweit es sich nicht um Ausbildungen handelt, die dem automatischen Anerkennungsverfahren der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen unterliegen, ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes für die Anerkennung entscheidend. Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben, so ist die Gleichwertigkeit des Kenntnisstandes durch das Ablegen einer Kenntnisstandprüfung nachzuweisen. Staatlich unterstützte Fördermaßnahmen privater Träger gibt es hierzu im ärztlichen Bereich.

Die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse auf dem Gebiet der Fachberufe im Gesundheitswesen sind in den einschlägigen Berufsgesetzen (Krankenpflege-, Hebammen-, Physiotherapeutengesetz et cetera) geregelt. Zu unterscheiden sind dabei Abschlüsse, die innerhalb der EU oder in Assoziierungsabkommensstaaten

(zum Beispiel Schweiz) erworben wurden, und außerhalb der EU erworbene Abschlüsse. Für EU-Assoziierungsabkommensstaatenabschlüsse gelten die EU-Richtlinien, die in der Richtlinie 2005/36/EG zusammengefasst wurden. Ausbildungen in der allgemeinen Krankenpflege sowie für Hebammen werden danach grundsätzlich automatisch anerkannt, weil sie festgelegten EU-Standards entsprechen. Für die neuen Beitrittsstaaten sind jeweils Übergangsvorschriften vorgesehen, die sich auf Abschlüsse vor dem Beitrittsdatum beziehen. Für die anderen Gesundheitsfachberufe sowie für Ausbildungen außerhalb der EU gilt das Prinzip der Gleichwertigkeit. Bei nicht vorliegender Gleichwertigkeit sind Anpassungsmaßnahmen/Eignungsprüfungen beziehungsweise Kenntnisprüfungen vorgesehen. Da die meisten Anträge eine pflegerische Ausbildung betreffen, hat die zuständige Behörde verschiedene ESF-Projekte initiiert, zum Beispiel Vorbereitungsmaßnahmen auf Kenntnisprüfungen sowie verkürzte Ausbildungen in der Krankenpflege für Migrant/-innen (Vollzeit und aktuell in Teilzeit).

Den Beruf der Gesundheits- und Pflegeassistentin beziehungsweise des Gesundheits- und Pflegeassistenten gibt es nur in Hamburg. Eine direkte Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist daher nicht möglich. Ausbildungen in vergleichbaren Berufen können bei der Ausbildungsdauer verkürzend berücksichtigt werden.

4. *Frauen und Sucht*

Mit der Begriffskombination Frauen und Sucht werden in der Regel Essstörungen verbunden, aber es gibt auch viele Formen der Substanzabhängigkeit mit einer geschlechtsspezifischen Relevanz. Essstörungen haben epidemische Ausmaße erreicht. Es erkranken nicht nur junge Frauen und Pubertierende. Essstörungen sind auch unter Frauen ab 30 Jahren sehr verbreitet, werden aber oft tabuisiert und sind unsichtbar. Expertinnen halten das Hamburger Suchthilfesystem aufgrund der Antworten der Kleinen Anfrage der Abgeordneten Kersten Artus, Drs. 19/2627, für unzureichend und überfordert.

- a) *Welche Anlauf- und Beratungsstellen wurden seit 2001 speziell für über 30-jährige essgestörte Frauen in Hamburg geschaffen, wie sind sie personell, räumlich und finanziell ausgestattet und reicht dieses Angebot aus?*

Wenn ja warum?

Wenn nein, wie gedenkt der Senat das Defizit zu beseitigen?

- b) *Welche Anlauf- und Beratungsstellen wurden seit 2001 für Mädchen und junge essgestörte Frauen geschaffen, wie sind sie personell, räumlich und finanziell ausgestattet und reicht das Angebot aus?*

Wenn ja, warum?

Wenn nein, wie gedenkt der Senat das Defizit zu beseitigen?

- c) *Welche Anlauf- und Beratungsstellen wurden seit 2001 für Übergewichtige Mädchen und Frauen in Hamburg geschaffen und wie sind sie personell, räumlich und finanziell ausgestattet?*

Für über 30-jährige essgestörte Frauen wurden seit 2001 keine neuen Anlauf- und Beratungsstellen geschaffen. Die bestehenden Einrichtungen Waage e.V., Die BOJE Barmbek und Die BOJE Eimsbüttel werden seit 2001 gefördert.

Seit 2008 wird in der Beratungsstelle Waage e.V. eine weitere 30-Stunden-Stelle (zunächst befristet auf zwei Jahre) finanziert, mit welcher der stetig gestiegene Anteil von Online-Beratung bewältigt und eine „offene Sprechstunde“ neu eingerichtet werden konnte. Die zusätzliche finanzielle Ausstattung betrug im Jahr 2008 29.670,01 Euro und im Jahr 2009 28.289,78 Euro und ist aus Sicht der zuständigen Behörde ausreichend.

Volljährige essgestörte Frauen werden auch von der Beratungsstelle Waage e.V. betreut.

Für essgestörte Mädchen wurden seit 2001 keine neuen Anlauf- und Beratungsstellen durch die zuständige Behörde geschaffen. Die bestehenden Einrichtungen KAJAL/ Frauenperspektiven e.V. und Die Brücke e.V. werden weiterhin gefördert.

Der Träger „Die Brücke e.V.“ berät in einem durch die Aktion Mensch geförderten Projekt junge Mädchen und Frauen mit Essstörungen. Das Projekt wurde im Haushaltsjahr 2005 ergänzend mit 12.500 Euro durch die zuständige Behörde gefördert (siehe Drs. 18/2888). Das Angebot wird seit 2006 vollständig durch die Aktion Mensch finanziert. Die Finanzierung ist bis 2010 befristet.

Im Übrigen siehe Drs. 19/4263.

Für übergewichtige Mädchen und Frauen wurden seit 2001 keine neue Anlauf- und Beratungsstellen durch die zuständige Behörde geschaffen. Die Betroffenen werden in den bestehenden Einrichtungen, die sich mit Essstörungen befassen, betreut. Darüber hinaus gibt es in Hamburg Angebote verschiedener Träger für übergewichtige Kinder/Jugendliche und ihre Angehörigen.

- d) *Welchen Handlungs- und Finanzierungsbedarf sieht der Senat aufgrund der Zunahme von Essstörungen, speziell auch in ärmeren Stadtteilen?*

Stadtteilbezogen gibt es verschiedene Möglichkeiten, sich bei Fragen zu Fehlernährung und Essstörungen beraten zu lassen. Dazu gehören spezialisierte Beratungsstellen, aber zum Beispiel auch die Sprechstunden von psychosozialen Kontaktstellen, niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser. Die zuständige Behörde hält die Vernetzung der beteiligten Akteure sowie Öffentlichkeitsarbeit über das Hilfesystem für notwendig, dies wird durch den Fachausschuss Essstörungen bei der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. ermöglicht.

- e) *Welche verbindlichen und im Lehrplan festgeschriebenen suchtpreventiven Veranstaltungen finden in den Schulen und Kindertagesstätten statt, um Mädchen bezüglich Essstörungen, Rauchen und den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen zu informieren?*

Mit den „Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen“ mit insgesamt sieben Bildungsbereichen wird ein verbindlicher Orientierungsrahmen für die Bildungs- und Erziehungsarbeit in den Kitas vorgegeben. Der Bildungsbereich „Körper, Bewegung und Gesundheit“ gibt Anregungen, wie bei Kindern ein Bewusstsein für den eigenen Körper und gesunde Verhaltensweisen und Aktivitäten geschaffen werden kann. Suchtprävention ist ein Bestandteil des Auftrags von Kindertagesstätten, der in vielfältiger Form die alltägliche pädagogische Arbeit in den Kitas durchzieht. Die Kita-Träger sind in ihrer Entscheidung und Schwerpunktsetzung für die einzelnen pädagogischen Konzepte der Einrichtungen autonom.

In den Bildungs- und Rahmenplänen werden in Schulen für das Aufgabengebiet Gesundheitsförderung sowie für den Sachunterricht und den naturwissenschaftlich-technischen Unterricht Kompetenzen definiert, die Schülerinnen und Schüler zu bestimmten Abschnitten der Schullaufbahn erworben haben sollen. Dazu gehören auch Kompetenzen hinsichtlich Sucht und Ernährung. Schulen ist es im Rahmen ihrer Selbstverantwortung inhaltlich und methodisch überlassen, wie sie diese Kompetenzen vermitteln. Daher werden keine Veranstaltungen verbindlich vorgeschrieben.

- f) *Welche Erkenntnisse hat die Einrichtung des Zentrums für psychosoziale Medizin am UKE unter Leitung von Prof. Dr. Thomasius bislang gebracht und welche konkreten Präventionsschritte wurden unternommen, um geschlechtsspezifische Sucht zu erforschen und Handlungen abzuleiten?*

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (DZSKJ) führte im Zeitraum Oktober 2007 bis September 2009 in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS/Köln), der delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH (Berlin) und Frau Prof. Dr. C. Zenker (Berlin) die durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie: „Ge-

schlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen“ durch. Folgende Aspekte wurden bearbeitet:

- Bestandsaufnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Anforderungen in der Suchthilfe sowie von mädchen- und jungenspezifischen Konzepten in Suchthilfe und Suchttherapie.
- Erhebung der Erfahrungen mit diesen Konzepten und von Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten beziehungsweise den Zugang von Jungen und Mädchen zur Suchthilfe und zu Suchttherapieangeboten beeinflussen.
- Erhebung des Versorgungsbedarfs für von Sucht betroffene oder gefährdete Mädchen und Jungen aus Expertensicht sowie der subjektiven Versorgungsbedürfnisse der Mädchen und Jungen selbst.
- Erhebung von Schnittstellenproblemen zwischen dem medizinischen System und der Jugend- und Suchthilfe in Hinblick auf Genderaspekte sowie Erarbeitung von Vorschlägen zur besseren Verzahnung und Kooperation.

Ende September dieses Jahres wurde der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit übersandt. Wichtige Ergebnisse der Forschungsarbeit sollen in Fachzeitschriften publiziert und einer breiteren Fachöffentlichkeit bekannt gemacht werden. Der Transfer der Ergebnisse in die Praxisarbeit der Jugend- und Suchthilfe gehört zu den originären Aufgaben des DZSKJ und wird fortlaufend in Seminaren und Fortbildungen umgesetzt.

Darüber hinaus wird dem Genderaspekt auch in allen anderen laufenden Forschungsprojekten des DZSKJ ein hoher Stellenwert beigemessen (Übersicht über laufende Forschungsvorhaben auf der Homepage unter www.dzskj.de).

- g) *Welche Maßnahmen hat der Senat seit 2001 ergriffen, um die Wechselwirkung zwischen Berufstätigkeit von Frauen und jeweils Alkoholsucht und Esssucht zu erforschen? Bitte Projekte auflisten und jeweilige Finanzierungsgrundlage angeben.*

Es wurden hierzu keine Forschungsprojekte durchgeführt.

- h) *Frauen ab 45 Jahren sind besonders gefährdet, tablettensabhängig zu werden. Welche Maßnahmen (unter anderem Weiterbildungsangebote, Aufklärung) hat es nach Kenntnis des Senats seit 2001 gegeben, um Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Allgemeinmediziner und -medizinerinnen, aber auch Apotheker und Apothekerinnen dahingehend zu sensibilisieren, dass sie ihre Verschreibungs- und Ausgabep Praxis verändern und inwiefern hat sich nach Kenntnis des Senats diesbezüglich tatsächlich etwas verändert?*

Zum Thema Medikamentenmissbrauch gibt es eine Reihe von Aktivitäten der Ärztekammer Hamburg. So hat sich vor etwa einem Jahr eine Arbeitsgruppe Benzodiazepine gebildet, in der Expertinnen und Experten von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg daran arbeiten, die Hamburger Ärzteschaft für das Thema zu sensibilisieren. Zu deren Aktivitäten gehört beispielsweise eine Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt, welches allen Hamburger Ärztinnen und Ärzten zugeht, zum Thema „Verordnung von Benzodiazepinen“. In Planung ist auch eine große Fortbildungsveranstaltung zum Thema Benzodiazepine, die im Frühjahr 2010 stattfinden soll.

Darüber hinaus berichten das Hamburger Ärzteblatt sowie das Deutsche Ärzteblatt regelmäßig über neue Erkenntnisse in Epidemiologie, Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen aller Art. Geschlechtsspezifika werden dabei häufig thematisiert.

Zudem gibt es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hamburger Ärztinnen und Ärzte zum Thema Suchtmedizin: Neben dem jährlich stattfindenden Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung, der 50 Stunden umfasst, gab es in diesem Jahr unter anderem Veranstaltungen zu den Themen „Suchterkrankungen in der Hausarztpraxis“ und „Risikokompetenz/Drogenerziehung/Suchtethik“. Im vergangenen Jahr fand elfmal die „Vorgesetztenschulung Suchtprävention“ statt. Eine komplette Auflistung rele-

vanter Fortbildungsveranstaltungen stellt die Ärztekammer Hamburg auf Anfrage zur Verfügung.

Daneben haben sowohl die Bundesärztekammer als auch die Bundesapothekerkammer Leitfäden herausgegeben. Mit dem Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis“ erhalten alle Ärztinnen und Ärzte die nötigen Informationen sowie Handlungsoptionen im Umgang mit den betreffenden Patientinnen und Patienten. Ähnliches erhalten alle Apothekerinnen und Apotheker durch den Leitfaden „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch – Leitfaden für die apothekerliche Praxis“ der Bundesapothekerkammer (BAK, 2008). Daneben sind Apotheken, die unter Anleitung der Apothekerkammer ein Qualitätsmanagement etablieren und zertifizieren lassen, nach den entsprechenden Leitlinien der Bundesapothekerkammer verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken und damit bei Missbrauchsverdacht in einem geordneten Verfahren zu verankern.

Inwieweit sich durch diese zahlreichen Maßnahmen die Verschreibungs- und Ausgabepaxis der Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker verändert hat, ist dem Senat nicht bekannt.

- i) *Welche öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen hat es gegeben, um über Tablettensucht bei Frauen aufzuklären und ihr auch entgegenzuwirken?*

Bisher gab es zu dieser Thematik keine öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen. Die zuständige Behörde erörtert derzeit gemeinsam mit dem Koordinationsgremium der Kosten- und Leistungsträger und Anbietern der Suchthilfe und Suchtprävention, welche öffentlichen Maßnahmen ab dem Jahr 2010 geeignet erscheinen.

- j) *Hat sich nach Kenntnis des Senats etwas zum Positiven verändert und wenn ja, worauf beruhen die Erkenntnisse – auch vor dem Hintergrund explodierender Arzneimittelkosten?*

Der Fachbehörde liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

- k) *Warum wurde das Projekt PATERAS in Hamburg, das Schwangeren nachgewiesen effektiv bei Nikotinsucht hilft, nicht weiter finanziert und welche Alternativen werden angedacht beziehungsweise geschaffen?*

Für die weitere Finanzierung des Projekts PATERAS sind im Haushalt der Freien und Hansestadt Hamburg keine Mittel vorgesehen. Die Entscheidung über die Weiterführung obliegt den Krankenkassen (siehe Drs. 19/4140).

- l) *Hat sich nach Kenntnis des Senats der Trend ins Negative verändert und wenn ja, worauf beruhen die Erkenntnisse – auch vor dem Hintergrund explodierender Arzneimittelkosten?*

Der Fachbehörde liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

- m) *Welche Hilfen wurden seit 2001 für schwangere Süchtige angeboten? Von wie vielen sind diese in Anspruch genommen worden? Bitte aufschlüsseln nach Suchtmittel, Angebot, Anzahl der Klientinnen, stationär – ambulant, Betreuungsdauer, Qualifikation der Betreuungspersonen und Erstgeburt oder Wiederholungsfall.*

Seit 1991 gibt es das Beratungsangebot von „IGLU“ (Träger Palette e.V.). „IGLU“ bietet Kindern, die in Familien aufwachsen, in denen mindestens ein Elternteil von illegalen Drogen abhängig ist, und ihren drogenabhängigen oder substituierten Eltern Unterstützung an. Zur Zielgruppe zählen auch drogenabhängige Schwangere.

Anzahl der Schwangeren, die von „IGLU“ laut der Sachberichte 2001 bis 2008 betreut wurden:

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Schwangere	12	21	21	21	27	22	20	38
Geburten im Berichtsjahr insgesamt	*	*	*	*	*	*	18	25

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Erstgeburten im Berichtsjahr	*	*	*	*	*	*	10	11
Geburten im nachfolgenden Jahr	*	*	*	*	*	*	2	7
Informationen zum Schwangerschaftsverlauf liegen nicht vor	*	*	*	*	*	*	0	6
Anzahl der Kontakte insgesamt	17	*	*	*	163	125	133	259
Drogenstatus der Betreuten								
Clean	*	*	5	6	10	9	7	11
Substituiert	*	*	14	15	8	7	7	23
Rückfällig	*	*	0	0	5	2	5	0
Drogenabhängig	*	*	2	0	2	2	0	1
Cannabis	*	*	0	0	2	1	1	0
Alkohol	*	*	0	0	0	1	0	1
Unklar	*	*	0	0	0	0	0	2

* Die jeweiligen Informationen liegen nicht vor.

Betreuungspersonen sind regelhaft diplomierte Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, aber auch Psychologinnen und Psychologen und krankenflegerisches Personal.

Daten über die Inanspruchnahme weiterer Angebote liegen dem Senat nicht vor.

- n) *Warum ist das Internetportal lina-net.de, das eine Informations- und Vernetzungsstelle zum Thema Schwangerschaft und Sucht sein soll, und die Datenbank entgegen der Ankündigung des Senats nicht seit Ende letzten Jahres allgemein zugänglich?*

Es hat einen längeren Abstimmungsprozess gegeben. Das Internetportal „Lina-Net“ steht der Fachöffentlichkeit seit 28. Oktober 2009 unter www.lina-net.de zur Verfügung.

- o) *Gibt es für Schwangere Informationsmaterialien, in denen auf Hilfen für suchtmittelabhängige werdende Mütter hingewiesen wird und wenn ja, welche, von wem zuletzt herausgegeben, in welchen Auflagen, in welchen Sprachen und kultursensibel aufbereitet und wo erhältlich?*

Folgende Informationsmaterialien, die auch online abgerufen werden können, stehen suchtmittelabhängigen werdenden Müttern zur Verfügung:

Bezeichnung	Hrsg.	Auflage/ Stückzahl	Datum	Sprache	Erhältlich
Auf dein Wohl mein Kind	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	1/150	04.2009	Deutsch	www.bzga.de Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
Broschüre „rauchfrei in der Schwangerschaft - Ich bekomme ein Baby“	BZgA	4/100	07/2008	Deutsch	www.bzga.de , HLS

Bezeichnung	Hrsg.	Auflage/ Stückzahl	Datum	Sprache	Erhältlich
Broschüre „Du bist schwanger und nimmst Drogen?“ für suchtmittelkonsumierende Schwangere und ihre Partner	DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	1/40	12/2005	Deutsch	DHS Als PDF-Dokument: http://www.dhs.de/maekheit/cms/cms_upload/dhs/brosch_schwangerschaft.pdf

Bezeichnung	Hrsg.	Internet-Link/Tel.	Sprache
Telefonberatung zur Raucherentwöhnung	BZgA	Tel.-Nr. 01805/31 31 31	Deutsch
Rauschbarometer Online-Hilfe zu allen Fragen rund um Sucht und Drogen für die Region in und um Hamburg mit zielgruppenspezifischen Angeboten (z.B. Tabak Frauen).	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)	www.rauschbarometer.de	Deutsch
Kursbuch Sucht: U.a. auch Hinweis auf Beratungsstellen, wo Schwangere in Hamburg und Umgebung Beratung und Hilfe finden	HLS	www.suchthh.de/kursbuch/index.htm	Deutsch
Rauchfrei-Info-Portal	BZgA	http://www.rauchfrei-info.de/	Deutsch
Online-Angebot Schwangereninfo rund um die Themen Verhütung, Familienplanung, Schwangerschaft, Vater werden und die erste Zeit mit dem Kind	BZgA	www.schwangereninfo.de	Deutsch
Fachdatenbank Frauengesundheit und Gesundheitsförderung	BZgA	http://artemis.bzga.de/frauen/	Deutsch
Plakatkampagne „Passivrauchen hemmt die Entwicklung Ihres Kindes“ Ein Plakat für Innenräume und zwei weitere Plakate ab Mai 2008 hamburgweit für ca. zwei Monate auf den U-Bahnhöfen. Inhalte: gesundheitliche Belastungen für Babys durch Rauchen während der Stillzeit und ausnahmslose Schädlichkeit des Passivrauchens für Kinder	Bezirksamt HH-Nord/HLS	http://www.hamburg.de/hamburg-nord/umwelt-gesundheit/gesundheitskonferenzen.html	Deutsch

p) Welche Maßnahmen wurden seit 2001 geplant und umgesetzt, die eine Perspektive auf ein suchtmittelfreies Leben von Müttern – und Vätern – mit ihren Kindern unterstützen?

Mit der Drs. 18/3422 „Drogenfreie Kindheit und Jugend, Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen“ hat der Senat die Grundlage für unterschiedliche Maßnahmen zur Erreichung von Risikogruppen und -personen entwickelt. Hierdurch soll die Sensibilität für den Umgang mit Tabak, Alkohol und illegalen Drogen gefördert werden. Im Bereich der Entwicklung von Perspektiven für ein suchtmittelfreies Leben für Schwangere, Mütter und Väter mit ihren Kindern wurden folgende Maßnahmen geplant und umgesetzt.

- Mit der Empfehlung zur Beurteilung und zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung des Fachrates Drogen und Sucht vom 2. April 2007 an die ambulante Suchtkrankenhilfe wurden verstärkt auch die Kinder der zu betreuenden Klientinnen und Klienten mit einbezogen. Um Kindeswohlgefährdung so früh wie möglich entgegenzuwirken, wurde eine enge Kooperation mit der Jugend- und Suchthilfe empfohlen.
- Am 23. Februar 2008 wurde die Rahmenvereinbarung „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ zwischen mehr als 60 Hamburger Institutionen der medizinischen Versorgung, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und der Behörde für Soziales, Familie und Verbraucherschutz geschlossen. Ziel ist es, das bestehende Hilfesystem transparent zu machen und auf die zahlreichen professionellen Angebote hinzuweisen. Außerdem soll die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche gestärkt werden.
- In diesem Zusammenhang wurde bei der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. eine zentrale Informationsstelle zu Schwangerschaft und Sucht eingerichtet, bei der sich Fachkräfte, die mit betroffenen Frauen und Familien zu tun haben, kundig machen können. Auf Grundlage der Vereinbarung wurden in 2008 Fortbildungen für Fachkräfte aus dem Bereich der Suchthilfe zum Thema Kinderschutz durchgeführt.

Weiterhin wird ein Informationsaustausch der Unterzeichnenden organisiert und es werden regelmäßig zu diesem Thema Fortbildungen durchgeführt.

Seit 2001 wurden folgende Fachtagungen organisiert:

- 5. Dezember 2002 Fachtagung „...und mir sollten sämtliche Wunder begegnen“, Strategien zur Weiterentwicklung einer frauengerechten Suchtarbeit
- 6. Dezember 2006 Fachtagung: Kinder von Klientinnen und Klientinnen mit Kindern
- 28. – 29. April 2008 Mitorganisation und Finanzierung des 31. BundesDrogen Kongresses „Kinder sind die Zukunft, die Suchthilfe positioniert sich“ des Fachverbands Drogen und Rauschmittel

Folgende Projekte wurden seit 2001 umgesetzt:

- Mit dem Umzug des Nachsorgezentrums für Frauen und Mütter mit ihren Kindern des SuchtTherapieZentrums Hamburg (STZ) von Hummelsbüttel nach Lokstedt im Jahre 2002 wurde suchtmittelabhängigen Frauen und ihren Kindern eine dem Standard der Eingliederungshilfe entsprechende Unterbringung zur Verfügung gestellt.
- Dem Träger jugend hilft jugend e.V. wurde in 2003 ein Zuschuss von 454.000 Euro für die Errichtung und den Ausbau eines Therapiehauses zur Verfügung gestellt. Der Träger konnte hier das Projekt TheKi (Therapie mit Kindern) unterbringen. Das Angebot einer stationären Therapie für drogenabhängige Mütter oder Väter mit ihren Kindern in Hamburg konnte hierdurch langfristig gesichert werden (siehe auch Antwort zu 4. m)).
- Für Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben, stehen sogenannte Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII zur Verfügung. Diese Form der Unterstützung ist geeignet, wenn die Persönlichkeitsentwicklung des Elternteils einen Bedarf bei der Pflege und Erziehung des Kindes hervorruft und bei der Aufnahme einer schulischen und beruflichen Ausbildung beziehungsweise Berufstätigkeit.
- Die vorliegende Auswertung des von Mitte 2003 bis Mitte 2005 durchgeführten Modellprojektes „Connect – Hilfe für Kinder aus suchbelasteten Familien durch Kooperation und Vernetzung“ in Osdorf zeigt, dass „Connect“ sowohl unter suchtp Präventiven als auch unter Kindeswohlgefährdungsaspekten ein hoher Stellenwert zukommt. Es ist daher beabsichtigt, dieses Projekt schrittweise in die Fläche zu

übertragen und aufbauend auf den Erfahrungen in Osdorf bis 2011 wenigstens sieben weitere regionale Kooperationsnetzwerke für Kinder aus suchtbelasteten Familien aufzubauen. Die Koordination des Arbeitsvorhabens liegt beim Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.

- Beim Träger jugend hilft jugend e.V. wird ab dem 1.5.2008 eine Suchthilfefachkraft für Familien finanziert. Die Fachkraft berät und begleitet suchtkranke Eltern und suchtkranke schwangere Frauen und motiviert sie zur Inanspruchnahme von weiterführenden Hilfen.
- Förderung des Modellprojektes „Betreuung von Kindern von suchtkranken Klientinnen und Klienten“ in der STZ Beratungsstelle HUMMEL der Martha Stiftung.

Wesentlicher Inhalt ist die Erprobung einer offensiven und strukturierten Einbeziehung von Kindern (0 – 14 Jahre) in die Arbeit der Suchtberatungsstelle. Hierzu wird eine elternspezifische Suchtberatung sowie die Beratung und Begleitung von suchtgefährdeten und suchtkranken Schwangeren angeboten.

- Mit der Drs. 19/2250 Hamburger Konjunkturoffensive 2009/2010 – Nachhaltiges Wachstum – werden der Martha Stiftung 500.000 Euro für Baumaßnahmen in der Fachklinik des SuchtTherapieZentrums zur Verfügung gestellt. Hiermit wird das Angebot der Fachklinik um das Segment der stationären und teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Mütter und Väter mit ihren Kleinkindern erweitert. Nach Abschluss der Baumaßnahme voraussichtlich Anfang 2010 wird eine Aufnahme von bis zu acht Kindern möglich sein.
- Der Arbeitskreis Kinder von Suchtkranken der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. trifft sich zudem fünfmal jährlich, um aktuelle Entwicklungen und die Umsetzung in der Praxis zu diskutieren.

Darüber hinaus gab es im Rahmen des interdisziplinären „Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod“ – seit 1998 von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) koordiniert – folgende Aktivitäten zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft, dem bedeutendsten Risikofaktor für den Plötzlichen Säuglingstod:

- 2001: Für mein Baby hör ich mit dem Rauchen auf: zweiteilige Fortbildung für Hebammen (Büro für Suchtprävention und BIPS Bremen)
- 2002: Gründung des „Nichtrauchernetzwerks rund um Geburt und Schwangerschaft“ (Koordination Büro für Suchtprävention). Das lockere Netzwerk verbindet Suchtexperten, Hebammen „Nichtraucherschutz Hamburg e.V.“ und trifft sich einmal pro Jahr
- 2005: Das Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod hat in Zusammenarbeit mit HAG und Krankenkassen das Projekt Proaktive Telefonberatung Rauchen und Schwangerschaft – Säuglingszeit PATERAS (2006 – 2009) ins Leben gerufen (siehe Antwort zu Frage 4. k))
- 2007: 4. Hamburger Fachgespräch Plötzlicher Säuglingstod: „Für einen gesunden Start ins Leben ohne Rauch!“, Tagungsbeiträge unter www.hamburg.de/nichtraucherschutz
- 2008: In Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg: Aktion „Für einen gesunden Start ins Leben ohne Rauch!“. Flyer/Einleger in alle Hamburger Mütterpässe. Start: 4. Quartal 2008 1. Auflage 2008: 20.000, Nachdruck 2009: 10.000. <http://www.hamburg.de/nichtraucherschutz/122836/start-ins-leben-ohne-rauch-fachgespraech.html>
- Eine Gesundheitskonferenz im Bezirksamt Nord hat sich 2006 mit dem Thema „Mit Kindern rauchfrei leben“ befasst. (Dokumentation, Auflagenhöhe 300, als PDF unter <http://www.hamburg.de/contentblob/84600/data/gesundheitskonferenz-2006-05-10.pdf>)

- Abschlussbericht 2008: Projekte und Ergebnisse der Gesundheitskonferenz 2006 „Mit Kindern rauchfrei leben“ als PDF unter <http://www.hamburg.de/contentblob/1182478/data/abschlussbericht-gesundheitskonferenz2006.pdf>
 - q) *Wie viele Babys süchtiger Mütter wurden (ergänzend zu der Antwort 3. e) in der Kleinen Anfrage, Drs. 18/7588) in den letzten Jahren geboren differenziert nach Diagnosen (ICD P04.4, ICD P96.1, ICD Q86.0)? Bitte der Übersicht halber noch einmal alle Zahlen seit 2001 auflisten.*

Zu der Frage, wie viele Kinder suchtmittelabhängiger Mütter geboren wurden, liegen der zuständigen Behörde keine validen Daten vor.

- r) *Welche Zahlen gibt es in Bezug auf den Themenkomplex „Schwangerschaft-Sucht-Kind“, die dem Senat bekannt sind, wo sind sie zu finden und reichen diese Zahlen aus, beziehungsweise welche Maßnahmen sollen ergriffen werden, um weiteres Datenmaterial zu beschaffen?*

Mit der Basisdatendokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg (BADO) werden Daten von Klientinnen und Klienten mit Kindern erhoben, die sich in ambulanter Beratung beziehungsweise Behandlung befinden. Es werden die Merkmale „Anzahl der Kinder, Anzahl minderjähriger Kinder und Aufenthaltsort der Kinder“ erhoben.

Weiterhin wurde im Rahmen der Evaluation der Familienhebammenarbeit festgestellt, dass in den Jahren 2006/2007 durch die Familienhebammen 421 Mütter mit Problemlagen betreut wurden. Hiervon hatten 16 Prozent Suchtprobleme in der Familie als eine aktuell für Mutter und/oder Kind problematische Situation angegeben.

Die zuständige Behörde hält diese Datenbasis für ausreichend.

5. *Gewalt gegen Frauen*

Misshandlungen, körperliche und seelische Verletzungen und Kapitalverbrechen sind größte Gesundheitsgefährdungen für Frauen. Durch häusliche Gewalt drücken sich Machtverhältnisse des Patriarchats archaisch aus. Frauenhäuser, Opferberatungsstellen und Notruf-Hotlines sind unverzichtbar und hoch frequentiert und nach Eigenrecherchen sowie Expertinnenaussagen finanziell und personell unzureichend ausgestattet. Auch wenn Frauen heute in den Genuss der Wegweisung kommen, fällt ihnen aufgrund von ökonomischen Abhängigkeiten dieser Schritt oftmals schwer.

- a) *Gibt es kultursensible Schulungsprogramme und/oder Leitfäden der professionellen und ehrenamtlichen Gesundheitsanbieter – speziell in den Notaufnahmen von Krankenhäusern –, die Hilfestellung bei der Diagnose, Befunderhebung und im Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen bieten und wenn ja, wann wurden diese zuletzt aufgelegt und wo sind sie erhältlich?*

Für alle Hamburger Ärztinnen und Ärzte gibt es den Leitfaden „Häusliche Gewalt“, der von der Ärztekammer Hamburg in Kooperation insbesondere mit dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg herausgegeben wird. Der Leitfaden bietet Hinweise zur Diagnostik, zur Dokumentation der Verletzungen und zum Hilfesystem. Der Leitfaden wurde im September 2006 aufgelegt und ist über die Ärztekammer Hamburg erhältlich. Er kann im Internet auf den Seiten der Ärztekammer Hamburg (www.aekhh.de) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (<http://kvvh.de>) heruntergeladen werden.

Im Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gibt es interne Verfahrensanleitungen. Die Kinderschutzgruppe des Kinderkrankenhauses hat ein standardisiertes Vorgehen erarbeitet und überarbeitet dieses regelmäßig. Eine Sozialpädagogin wird stets in Verdachts- wie in nachgewiesenen Fällen hinzugezogen, auch die Rechtsmedizin wird eingeschaltet. Im Altonaer Kinderkrankenhaus ermöglicht die Kinder- und Jugendpsychosomatische Abteilung ein rasches Einschalten von entsprechend geschul-

tem Personal. Das Krankenhaus hat eine hausinterne Leitlinie für die Fragen von Kindesmisshandlung entwickelt, die zuletzt Anfang dieses Jahres erneuert wurde. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Altonaer Kinderkrankenhauses werden zudem in Schulungen vom psycho-sozialen Dienst des Hauses im Umgang mit von Gewalt bedrohten Patienten und Patientinnen und deren Familien geschult.

Darüber hinaus sind der zuständigen Behörde keine speziellen Schulungsprogramme/Leitfäden in den Notaufnahmen der Hamburger Krankenhäuser bekannt.

- b) *Gibt es spezielle Trauma-Stationen für Frauen analog der 1998 modellhaft eingerichteten Station für traumatisierte Frauen in einem Hamburger Krankenhaus, zu der Männer keinen Zutritt hatten und in der die Patientinnen von multiprofessionellen weiblichen Teams betreut wurden, und wenn ja, in welchen Krankenhäusern und wie sind diese Stationen ausgelastet?*

Wenn nein, warum nicht?

Die II. Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll bietet mit ihrer „Behandlungseinheit für Frauen (BeF)“ einen ausgewiesenen Therapieschwerpunkt zur Behandlung traumatisierter Frauen. Die Behandlungseinheit für Frauen der Asklepios Klinik Nord ist nach Auskunft des Krankenhauses nahezu voll ausgelastet.

Die Asklepios Klinik Harburg verfügt in ihrer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie über eine Spezialstation zur Behandlung von Traumastörungen und Traumafolgeerkrankungen, in der entsprechende Patientinnen behandelt werden können. Eine stationäre Behandlungseinheit speziell für Frauen wird nicht vorgehalten.

Die anderen Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie bieten bei Bedarf traumatisierten Frauen im Rahmen der bestehenden Struktur ihrer allgemeinspsychiatrischen Stationen einen verlässlichen Schutzraum zur Behandlung. Sofern das besondere Schutzbedürfnis für die dort behandelten Patientinnen es erfordert, kann der Zugang von außen zu diesen Bereichen gesperrt werden.

- c) *Gibt es eine Bewertung des damaligen Modells und wenn ja, wo ist diese gegebenenfalls einzusehen und wie beurteilt der Senat die Einrichtung von Trauma-Stationen für vergewaltigte Frauen, Frauen mit Gewalterfahrungen und sexuell misshandelte Frauen?*

Die Asklepios Klinik Nord evaluiert regelmäßig die Zufriedenheit der Patientinnen der Behandlungseinheit für Frauen (BeF) mittels Patientinnen-Fragebögen. Danach zeigt sich, dass die frauengerechten Angebote der Klinik (wie Frauenschutzflur, Gruppenpsychotherapie und Tanztherapie für Frauen et cetera) sowohl von den traumatisierten als auch von Patientinnen mit anderen psychischen Erkrankungen geschätzt werden. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Patientinnenbefragungen liegt bislang nicht vor.

Der Senat begrüßt ausdrücklich qualifizierte Behandlungsangebote für traumatisierte Frauen. Dabei ist es innerbetriebliche Angelegenheit eines Krankenhauses, in welcher Struktur beziehungsweise Binnendifferenzierung psychiatrischer Abteilungen die Behandlungsangebote erbracht werden. Die Erfahrungen der Hamburger Krankenhäuser zeigen, dass sich eine adäquate Behandlung, die dem besonderen Schutzbedürfnis der traumatisierten Patientinnen Rechnung trägt, auch in der vorhandenen Struktur gut umsetzen lässt. Bei der vergleichsweise geringen Anzahl dieser Fälle kann die Einrichtung von speziellen Trauma-Stationen für Frauen nur in entsprechend großen Abteilungen umgesetzt werden.

- d) *Mit welchen Maßnahmen und welchem Erfolg unterstützt der Senat den Ausbau freiwilliger Therapie- und Beratungsangebote für traumatisierte Frauen, um sie vom Stigma des Opfers zu befreien und den Schutz und die Selbstbestimmung in den Mittelpunkt zu stellen?*

Der Senat stellt die bedarfsgerechte Versorgung für von Gewalt betroffene Frauen mit Beratungs-, Schutz- und Hilfsangeboten sicher (vergleiche hierzu Drs. 18/3070 – Landesaktionsplan Opferschutz). Erhöht sich die Bedarfslage aufgrund aktueller Entwick-

lungen, wird unter Berücksichtigung vorhandener Haushaltsmittel ein möglicher Ausbau geprüft. Mit dem Haushalt 2009/2010 hat der Senat durch entsprechende Aufstockung der Haushaltsmittel auf diese Weise den Ausbau der beiden interkulturellen Beratungsstellen bei häuslicher Gewalt und Zwangsheirat ermöglicht.

- e) *Welche gesetzlichen Regelungen hat es seit 2001 gegeben, die Frauen schützen, und zu welchem Ergebnis kommt der Senat, was ihre Wirksamkeit angeht?*

Zum 1. Januar 2002 trat das Gewaltschutzgesetz in Kraft. Zu den hier vorgesehenen Maßnahmen gehören an den Täter gerichtete Verbote, die Wohnung des Opfers zu betreten, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten, bestimmte andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält, Verbindung zum Opfer aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit ihm herbeizuführen. Vorgeesehen ist auch die Überlassung einer von Täter und Opfer gemeinsam genutzten Wohnung an das Opfer.

Mit Blick auf das Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes ist in Hamburg bereits am 29.7.2001 eine Ergänzung des Hamburger Sicherheits- und Ordnungsgesetzes in Kraft getreten, die in Fällen von Beziehungsgewalt die Wegweisung des Täters aus der gemeinsamen Wohnung durch die Polizei ermöglicht. Mit Novellierung dieses Gesetzes wurde im Juni 2005 zudem eine Benachrichtigungspflicht der Gerichte gegenüber der Polizei über die Beantragung des zivilrechtlichen Schutzes und die in diesem Zusammenhang ergehenden gerichtlichen Entscheidungen aufgenommen (§ 12 b Absatz 1 HambSOG; siehe hierzu auch Drs. 18/1487).

Im März 2007 ist der neue § 238 StGB in Kraft getreten. Er stellt die fortgesetzte Nachstellung unter Strafe und verbessert damit den Schutz von Stalking-Opfern. Seit Februar 2005 ersetzen die drei neuen Vorschriften zum Menschenhandel (§§ 232 bis 233 a StGB) die alten Regelungen der §§ 180 b, 181 StGB a.F.; insbesondere wird der strafrechtliche Menschenhandelsbegriff nun auf die Ausbeutung der Arbeitskraft (an sich) erweitert.

Verbesserungen der prozessualen Stellung von Opfern sind durch das Opferrechtsreformgesetz vom Juni 2004 sowie das am 1. Oktober 2009 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Rechte von Verletzten und Zeugen im Strafverfahren (2. Opferrechtsreformgesetz) erreicht worden.

Darüber hinaus sieht das „Gesetz zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ (FGG-Reformgesetz) seit 1.9.2009 vor, dass das Familiengericht für alle Gewaltschutzsachen zuständig ist. Damit entfällt im Interesse eines effektiven Opferschutzes in Hinblick auf Anträge nach dem Gewaltschutzgesetz der mit der Klärung der Zuständigkeitsfrage und gegebenenfalls mit einer Abgabe an das zuständige Gericht verbundene Zeitverlust.

In Hinblick auf die Wirksamkeit der gesetzlichen Regelungen hat die Studie „Rechtstatauswertung zur Untersuchung zum Gewaltschutzgesetz“ im Auftrag des Bundesjustizministeriums gezeigt, dass die Ausformulierung überwiegend für gut befunden und als Fortschritt für den Opferschutz angesehen wird. Gleichzeitig hat die Studie unterstrichen, dass nicht in allen Fällen eine Schutzanordnung die Gewalt beenden kann. Im Übrigen hat sich der Senat nicht mit der Wirksamkeit der beschriebenen gesetzlichen Regelungen befasst.

- f) *Wird der Senat weiterhin Frauenhäuser pauschal finanzieren und den Anforderungen entsprechend anpassen?*

Wenn ja, welche Überlegungen gibt es bezüglich der Anpassung in finanzieller, räumlicher, personeller und konzeptioneller Hinsicht?

Ja. Im Übrigen sind die Überlegungen der zuständigen Behörde noch nicht abgeschlossen.

- g) *Welche Maßnahmen gab es seit 2001, um über sexualisierte Gewalt aufzuklären und mit welchem Erfolg? Welche Maßnahmen sind für die nahe Zukunft geplant?*

Aufklärung über sexualisierte Gewalt an Frauen, Kindern und Jugendlichen erfolgt zum einen regelmäßig im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der von der BSG geförderten Beratungsstellen NOTRUF für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. (NOTRUF e.V.), Allerleirauh e.V., Dolle Deerns e.V., Zornrot e.V. und Zündfunke e.V.

Alle Beratungsstellen machen auch Angebote der Prävention mit unterschiedlichen Schwerpunkten zum Beispiel in Schulen, Gruppen der offenen Kinder- und Jugendarbeit oder im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Elternabenden.

Veröffentlichungen und Informationen durch den jeweiligen Internetauftritt der Einrichtungen gehören ebenfalls zu den gängigen Formen der Informationsvermittlung. Aufklärung geschieht darüber hinaus auch in Einzelgesprächen mit Ratsuchenden in den Beratungsstellen.

Zur Qualifizierung von Fachkräften der Jugendhilfe finden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen statt. Thematisiert wurde die Früherkennung von sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen und Möglichkeiten professioneller Intervention. Im Rahmen der Qualifizierung von Kinderschutzfachkräften in allen Arbeitsfeldern der Jugendhilfe wird sexueller Missbrauch als eine Form der Kindeswohlgefährdung ebenfalls thematisiert.

Der NOTRUF für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. hat in den Jahren 2001 – 2009 zahlreiche Kampagnen und öffentliche Veranstaltungen, Lesungen, Fortbildungen und Ausstellungen zur sexualisierten Gewalt erfolgreich durchgeführt.

Hierzu gehören insbesondere folgende Maßnahmen:

- Kampagne 2000 und ein Mann gegen VerGEWALTigung (in 2000 und 2001): Unterschriftenaktion mit (prominenten) Hamburger Männern, die sich öffentlich gegen Gewalt aussprechen.
- Von Herbst 2003 bis Frühjahr 2004 wurde die Lesereihe „ÜberLEBEN: VerGEWALTigung“ veranstaltet.
- Anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Beratungsstelle veranstaltete der NOTRUF e.V. 2005 eine Ausstellungs- und Veranstaltungswoche zum Thema sexualisierte Gewalt, „Noch hab' ich mich an nichts gewöhnt“.
- In 2007 führte der NOTRUF e.V. die regionale Veranstaltung der bundesweiten Foto-Kampagne „Der richtige Standpunkt: Gegen Gewalt“ des Bundesverbands Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e.V. unter Beteiligung der biffs durch. Die Schirmherrschaft in Hamburg übernahm die damalige Zweite Bürgermeisterin.
- 2008 wurde die Notrufimagekampagne „Sexuelle Gewalt im Blick“ mit Plakaten, Fernsehberichten, Edgar-Postcards in rund 420 Hamburger Gastronomiebetrieben und einem Weblog durchgeführt.
- Im November 2008 veranstaltete der Arbeitskreis Gewalt gegen Frauen und Mädchen gemeinsam mit der Bäcker-Innung Hamburg und der Bäcker- und Konditorenvereinigung Nord e.V. die Brottütenkampagne, „Gewalt kommt nicht in die Tüte“. In verschiedenen Bäckereien wurden Informationstische aufgestellt und über das Beratungsangebot der Hamburger Beratungsstellen und des NOTRUF e.V. berichtet.
- 2009 beteiligte sich der NOTRUF e.V. an der bundesweiten Plakatkampagne „Dialog“ seines Bundesverbandes und verteilte die Hamburger Plakate an Hamburger Ärzte und Ärztinnen – mit finanzieller Unterstützung der HAG.

Die Beratungsstellen Zornrot e.V., Zündfunke e.V., Dolle Deerns e.V. und Allerleirauh e.V. haben sich insbesondere 2004 an der Kampagne „Hinsehen, Helfen, Handeln“ beteiligt, die vom Bundesministerium in Kooperation mit vor Ort tätigen Beratungsstellen durchgeführt wurde. Diese war Teil des „Aktionsplans zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“. Die Beratungsstelle Allerleirauh e.V. hat im April 2005 gemeinsam mit Dunkelziffer e.V. an der Kampagne „Kein Kind kann sich alleine schützen“ teilgenommen.

Erfolge sind in diesen Arbeitsfeldern schwer messbar; bei den Teilnehmenden trafen die gewählten Themen und Darstellungsformen auf großes Interesse. Darüber hinaus liegen über den Erfolg von Informations- und Aufklärungsveranstaltungen keine weiteren Erkenntnisse vor.

Fortbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit der Träger werden weiter fortgeführt. Für das Jahr 2010 – dem 30-jährigen Bestehen des NOTRUF e.V. – wird eine Internetkampagne geplant.

Für schulische Lehrkräfte werden regelhaft Fortbildungsveranstaltungen zu dieser Thematik angeboten. Die Anzahl der unterrichtlichen Angebote und deren Erfolg werden von der zuständigen Behörde nicht erfasst.

Die vom Fachkreis Gewaltprävention und der Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) herausgegebenen vier Reader „Konflikte und Gewalt – Präventive Konzepte, praktische Hilfen, Adressen“ greifen unter anderem die folgende Themen auf: „Hilfen im Falle von Häuslicher Gewalt“, „Sexualisierte Gewalt in der Einwanderungsgesellschaft“, „Mädchen stärken – Mädchen und Gewalt“, „Mobbing unter Schülerinnen und Schülern“. In jedem Reader befindet sich ein ausführlich kommentierter Adressteil, in dem auch spezifische Angebote für Mädchen und Frauen enthalten sind.

Von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) wird seit über zehn Jahren ein Faltblatt „Sexueller Missbrauch – was tun?“ mit Informationen über sexuellen Missbrauch für Eltern herausgegeben, es wurde zuletzt 2009 mit einer Auflage von 10.000 Exemplaren aktualisiert.

Im Übrigen wird auf die Drs. 18/4570 verwiesen.

- h) Mit welchen konkreten Maßnahmen wurden medizinisches Personal, Polizei und Beschäftigte in der Justiz in den letzten Jahren für häusliche Gewalt sensibilisiert und geschult und was hat sich zum Positiven verändert?*

Der Senat hat in einer Vielzahl von Drucksachen Auskunft über die Aus- und Fortbildung und Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Polizei hinsichtlich des Themas häusliche Gewalt gegeben, davon sind auch Informationen über den Inhalt und die Frage der Evaluierung des polizeiinternen Handlungskonzeptes umfasst. Siehe Drs. 19/1297, 19/298, 19/474, 18/4805, 18/3314, 18/3002, 18/2989, 18/2232, 18/1769, 18/1683, 18/864, 18/5668 und 18/6435. Die Polizei wird ihre erfolgreiche Arbeit auch in Zukunft weiterführen und diese – soweit erforderlich – aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen anpassen.

Für den höheren Justizdienst, der im Rahmen von Ermittlungs- und Gerichtsverfahren mit Frauen als Opfern, Zeuginnen beziehungsweise Verfahrensbeteiligten zu tun hat, gibt es folgende Fortbildungsangebote:

1. Bei der Deutschen Richterakademie, an deren Veranstaltungen alle Hamburger Richter und Staatsanwälte teilnehmen können, gibt es in 2009 unter anderem die folgenden – zumeist einwöchigen – Tagungen:
 - „Recht, Gewalt, Aggression“ (14d/09),
 - „Gewalt in der Familie – familien- und strafrechtliche Aspekte, Stalking und Kindesmissbrauch“ (19a/09)
 - „Der Sexualstraftäter: Ermittlungsverfahren – Hauptverhandlung – Vollzug“ (20a/09)
 - „Der Umgang mit Opfern sexueller Gewalt innerhalb des Strafverfahrens insbesondere mit Kindern/Jugendlichen“ (20d/09)
 - „Die Anhörung/Vernehmung von Kindern und Jugendlichen, auch unter Berücksichtigung der Videovernehmung“ (31d/09)
 - „Fragen des Opferschutzes“ (34c/09)
 - „Täter-Opfer-Ausgleich und allgemeine Schadenswiedergutmachung im Strafprozess“ (36a/09)

Daneben gibt es die allgemeinen Strafrechtstagungen, die die Thematik ebenfalls behandeln, wenn auch nicht schwerpunktmäßig. Die meisten der oben genannten Tagungen werden – aktualisiert – 2010 erneut angeboten.

2. In Hamburg wird durch die Justizbehörde regelmäßig eine Fortbildung „Aussage- und Vernehmungpsychologie für Zivil- und Strafrichter“ angeboten, bei der die Richter in Vernehmungstechniken geschult werden. Hierbei wird auch auf die besonderen Belange des Opferschutzes in der Hauptverhandlung eingegangen.

Eine Fortbildungsveranstaltung für Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte zum Umgang mit vergewaltigten Frauen vor Gericht wird derzeit geplant und soll schnellstmöglich angeboten werden.

Eine Fortbildung zum Thema „Häusliche Gewalt in Familien mit Migrationshintergrund/Zwangsverheiratung“ fand am 27. November 2008 in der Justizbehörde statt (siehe auch Antwort zu 5. I)).

Eine Fortbildung zum Thema „Interkulturelle Kommunikation im Gerichtssaal“ findet für Strafrichterinnen und Strafrichter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte – organisiert von der Justizbehörde – am 9. und 10. Dezember 2009 statt. Hierbei geht es um die Besonderheiten der interkulturellen Kommunikation zwischen Gericht, Staatsanwaltschaft und Tätern, Opfern sowie Zeugen mit Migrationshintergrund.

Am 11. November 2009 wird in der Justizbehörde die Fortbildungsveranstaltung „Die Jugendgerichtliche Unterbringung (JGU) – Rechtsgrundlagen, Verfahrensfragen, pädagogisches Konzept“ stattfinden. Damit wird eine besondere Maßnahme gegen gewaltbereite Jugendliche beleuchtet, die zugleich dem Opferschutz beziehungsweise dem Familienschutz dient.

Vom 27. Oktober 2009 bis zum 8. Dezember 2009 findet eine Fortbildungsreihe der Justizbehörde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin des UKE statt. Hierbei werden den Richterinnen und Richtern sowie den Staatsanwältinnen und Staatsanwälten Kenntnisse in der Rechtsmedizin vermittelt. Es werden unter anderem Themen wie Lebenduntersuchungen von Opfern, Spurensicherung, aber auch das Erkennen von selbstverletzendem Verhalten oder die HIV-Prophylaxe bei Vergewaltigungsoptionen behandelt.

Es besteht ein regelmäßiger Gedankenaustausch der Dezernentinnen und Dezernenten der Abteilung für Sexualstraftaten der Staatsanwaltschaft Hamburg mit Opferhilfeeinrichtungen und der Untersuchungsstelle für Gewaltopfer beim Institut für Rechtsmedizin. Darüber hinaus tagt im Bereich „Stalking“ regelmäßig der „AK Stalking“, an welchem neben Vertretern der Polizei und verschiedener Opferhilfeeinrichtungen stets auch ein Vertreter der Staatsanwaltschaft teilnimmt. Außerdem werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bei der Staatsanwaltschaft angesiedelten Dienststelle für den Täter-Opfer-Ausgleich in Ermittlungs- und Strafverfahren gegen Erwachsene am 11. November 2009 mit einem Informationsstand beim 12. Opferschutztag im Polizeiausbildungszentrum vertreten sein.

Die Bearbeitung von Verstößen gegen § 238 StGB sowie von Sexualdelikten erfolgt jeweils in Sonderdezernaten der Staatsanwaltschaft. Eine am 13. Februar 2009 noch einmal präzisierende Dienstanweisung zum Umgang mit Beziehungsgewalt gibt Leitlinien zur Behandlung derartiger Fälle, und dabei insbesondere zur Einschätzung des (besonderen) öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung, vor.

Die Staatsanwaltschaft stellt Merkblätter zur Verfügung, mit deren Hilfe die Dezernenten Geschädigte beziehungsweise Verletzte in geeigneten Fällen über die Möglichkeiten des Adhäsionsverfahrens sowie über ihre Rechte im Strafverfahren informieren. Diese Merkblätter stellt die Staatsanwaltschaft auch auf ihren Internetseiten (<http://justiz.hamburg.de/startseite-staatsanwaltschaft/>) zum Herunterladen zur Verfügung.

Im Übrigen wird auf die Drs. 19/1297 verwiesen.

Im Hamburger Ärzteblatt erscheinen regelmäßig Fachartikel zum Thema häusliche Gewalt. Zu den Sensibilisierungsmaßnahmen gehört auch der Hamburger Leitfaden „Häusliche Gewalt“ (siehe Antwort zu 5. a)).

Der Ausbau der Fortbildungsangebote sowie die zunehmende Behandlung interkultureller Fragestellungen stellen eine positive Veränderung dar. Darüber hinaus werden im Rahmen des Auftrags der Lenkungsgruppe der Staatsrätinnen und Staatsräte die Arbeitsgremien des Handlungskonzeptes „Handeln gegen Jugendgewalt“ (vergleiche Drs. 19/1297) weitere Vorschläge für verstärkte interdisziplinäre und interkulturelle Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen unter Einbeziehung einschlägiger Opferhilfeeinrichtungen entwickeln.

- i) *Welche Vakanzes gibt es diesbezüglich nach Einschätzung des Senats und wie sollen diese behoben werden?*

Keine.

- j) *Welchen Inhalt hat das polizeiinterne Handlungskonzept, welches in Drs. 18/2096, einem GAL-Antrag zum Haushaltsplan-Entwurf 2005/2006 den Opferschutz betreffend, erwähnt wird? Welche Fragen und Situationen sind hier berücksichtigt, in welcher Art und Weise wird dieses Handlungskonzept vermittelt und wer evaluiert den Erfolg dessen?*

Siehe Antwort zu 5. h).

- k) *Wie schätzt der Senat die Bedarfsabdeckung von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten stadtweit ein, die speziell traumatologisch geschult sind?*

Grundsätzlich obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung. Über die Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entscheidet der gemeinsame Zulassungsausschuss der KVH und der Landesverbände der Krankenkassen.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die auch die Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen besitzen können, zu einer gemeinsamen Gruppe von Leistungserbringern zusammengefasst. Eine weitere Differenzierung der Versorgungsangebote insbesondere nach einzelnen Krankheitsmerkmalen erfolgt nicht. Insgesamt ist Hamburg hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung überdurchschnittlich gut ausgestattet. Gemäß Bedarfsplan der KVH besteht im Bereich der ambulanten Versorgung in Hamburg eine deutliche Überversorgung bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten (zuletzt 132,2 Prozent gemessen an den Bedarfszahlen).

Derzeit sieht die KVH keinen generellen zusätzlichen Versorgungsbedarf über die bereits zugelassenen psychologischen Leistungserbringer hinaus. Wo sie einen lokalen Versorgungsbedarf gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erkennt, hat sie in den vergangenen Jahren nach jeweils individueller Prüfung einer Sonderbedarfszulassung zugestimmt. Nach Kenntnis des Senats prüft die KVH darüber hinaus jährlich die Auslastung der Praxen der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Solange hier freie Kapazitäten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der GKV festgestellt werden, sieht die KVH keinen Grund für weitere Sonderbedarfszulassungen.

- l) *In der Drs. 18/1398 wurden auch Schulungen für Richterinnen und Richter und Staatsanwältinnen und Staatsanwälte zum Thema häusliche Gewalt und Verfahrensbeschleunigung gefordert, die laut Drs. 19/298, Kleine Anfrage der SPD-Abgeordneten Gabi Dobusch zur Gewaltprävention, mittels einer landeseigenen Fortbildung in Planung waren und im Herbst 2008 stattfinden sollten. Inwiefern ist*

dieses geschehen, wie hoch war die Beteiligung und welche Fachbereiche haben teilgenommen?

Die Justizbehörde hat eine Fortbildung zum Thema „Häusliche Gewalt in Familien mit Migrationshintergrund/Zwangsverheiratung“ organisiert, zu der alle Hamburger Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte eingeladen worden sind. Sie fand am 27. November 2008 in der Justizbehörde mit circa 33 Richterinnen und Richtern von verschiedenen Hamburger Gerichten sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälten statt.

- m) *„Aktiv gegen Zwangsheirat“ lautet der Titel eines EU-Daphneprojektes zur Verhinderung dieser Form von Gewalt gegen Frauen und Männer. Unter Berücksichtigung der Vorgabe, dass nach sechs Monaten außerhalb des Bundesgebietes das Aufenthaltsrecht nach § 51 Absatz 1 Nummer 7 Aufenthaltsgesetz erlischt: Inwiefern sind landesbezogene Sonderregelungen rechtlich machbar, inwiefern sind diese dann gegebenenfalls umgesetzt worden und wird die Wiedererlangung des Aufenthaltsrechtes von der ökonomischen Situation abhängig gemacht?*

Bei dem Erlöschenstatbestand des § 51 Absatz 1 Nummer 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) handelt es sich um eine zwingende bundesrechtliche Vorgabe. Landesrechtliche Abweichungen sind nach der Kompetenzzuweisung in Artikel 73 Absatz 1 Nummer 4 i.V.m. Artikel 72 Absatz 1 Grundgesetz nicht möglich.

Nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 i.V.m. § 2 Absatz 3 AufenthG setzt die Erteilung eines Aufenthaltstitels in der Regel voraus, dass der Lebensunterhalt eines Ausländers ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel gesichert ist. Darüber hinaus sehen auch einzelne Erteilungsgrundlagen des AufenthG explizit die Sicherung des Lebensunterhalts als zwingende Erteilungsvoraussetzung vor. Für eine Wiedereinreise und ein Aufenthaltsrecht eines Opfers einer Zwangsheirat nach Erlöschen des bisherigen Aufenthaltstitels kommen dabei je nach den Umständen des Einzelfalles verschiedene aufenthaltsrechtliche Erteilungsgrundlagen in Betracht. Es sind dies insbesondere § 37 AufenthG (Recht auf Wiederkehr) für jüngere Ausländerinnen und Ausländer, die in Deutschland aufgewachsen sind, hier ist die Sicherung des Lebensunterhalts durch eigene Erwerbstätigkeit oder durch Unterhaltsverpflichtung eines/-r Dritten für mindestens fünf Jahre immer erforderlich, oder § 22 Satz 1 AufenthG (Aufnahme aus dem Ausland aus dringenden humanitären Gründen), bei dem nach § 5 Absatz 3 Satz 2 AufenthG vom Erfordernis des gesicherten Lebensunterhalts abgesehen werden kann.

6. *Arbeits- und Lebenswelt*

Gesundheit hängt wesentlich von sozialen und beruflichen Rahmenbedingungen ab. In der gesellschaftlichen Stellung begründen sich eine Reihe von geschlechtsspezifischen Besonderheiten, die bei Diagnose und Behandlung berücksichtigt werden müssen, unter anderem die Mehrfachbelastung durch Arbeit, Familie, Haushalt und die daraus resultierende Zeitknappheit oder auch Stressbelastungen bei Frauen.

- a) *In welcher Weise wurde nach Kenntnis des Senats der Zusammenhang zwischen Gesundheit und familiärer sowie beruflicher Tätigkeit von Frauen seit 2001 erforscht, welche Erkenntnisse liegen vor und welche Konsequenzen zieht der Senat daraus beziehungsweise hat er daraus gezogen?*

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit sowie familiärer und beruflicher Tätigkeit von Frauen findet in sämtlichen einschlägigen Forschungsvorhaben des UKE eine besondere Beachtung. Beispielhaft ist das Projekt „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“ (karmed) zu nennen.

Die karmed-Studie ist ein Verbundprojekt der Medizinischen Fakultäten Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg. Die Studienkoordination erfolgt über das Institut für Allgemeinmedizin am UKE und läuft von 2008 bis 2012 mit der Perspektive, bis 2014 verlängert zu werden. Ziel dieser Studie ist es, die Situation

von jungen Ärztinnen und auch Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung nachhaltig zu verbessern.

- b) *Inwiefern gibt es Forschungsergebnisse, in welcher Form die Entstehung von Krankheiten die Gesamtsituation der Frauen von Arbeitsplatz und Arbeitsumfeld einbeziehen?*
- c) *Welche negativen und welche positiven Auswirkungen sind bekannt?*

Mit dem abgefragten Themenkreis hat sich die Arbeitsmedizin intensiv beschäftigt und es liegen mehrere Arbeiten zu dem Komplex Arbeit und Gesundheit vor. Die Ergebnisse sind in der geforderten Form nur nach einer gründlichen wissenschaftlichen Literaturrecherche darzustellen, die im Rahmen der zur Beantwortung der Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit mit vertretbarem Verwaltungsaufwand nicht durchgeführt werden kann.

- d) *In welcher Weise wurden seit 2001 Veränderungen in den Ausbildungsinhalten von Menschen, die in medizinischen Berufen arbeiten, der Aspekt der Lebenssituation und ihre Auswirkungen auf das Entstehen von Krankheiten/für die Gesundheit aufgenommen?*

Mit der Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (APO) wurden verschiedene Fächer und sogenannte Querschnittsbereiche in den Ausbildungskatalog der ärztlichen Ausbildung aufgenommen (vergleiche insbesondere § 27 Absatz 1 ÄAppO), in denen unter anderem auch der Aspekt einer krankheitsbegründenden Lebenssituation Gegenstand der Lehre ist. Dies findet sich zum Beispiel in den Fächern Arbeits- und Sozialmedizin, in denen unter anderem Kenntnisse über berufs- und arbeitsbedingte Erkrankungen ebenso vermittelt werden wie Kenntnisse über soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit oder über den Einfluss von Lebensereignissen und sozialen Stressoren auf die Gesundheit. Auch im neu aufgenommenen Querschnittsbereich „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ soll die zunehmend an Bedeutung gewinnende Betrachtung der Lebenssituation älterer Menschen und deren Auswirkung auf ihre Gesundheit im Rahmen der Ausbildung berücksichtigt werden.

In dem Bereich der Gesundheitsfachberufe wurden seit 2001 lediglich das Kranken- und das Altenpflegegesetz neu geregelt und infolgedessen auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen novelliert. In den Themenbereichen für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Krankenpflege sind die genannten Aspekte berücksichtigt.

- e) *Verfügt der Senat über Erkenntnisse, inwiefern das Entstehen von Berufskrankheiten geschlechtersensibel betrachtet wird und wenn ja, in welcher Form und durch wen?*

Ja, im „Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM)“ sind folgende arbeitsmedizinische Studien zur Gender-Thematik beziehungsweise unter Einbeziehung dieser Thematik entstanden.

- Bullinger M., Latza U.: Gender medicine in der Arbeitswelt. In: Letzel S., Nowak D., eds. Handbuch der Arbeitsmedizin. Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, Klinische Arbeitsmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention, Kapitel B VII-1. Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN, Ergänzungslieferung 5, 12/2007
- Franke S., Wegner R., Poschadel B., Baur X.: Psychometrische Untersuchungsbefunde bei Tag- und Nachtdienstleistenden Erzieherinnen und Erziehern. In: Baur X., Glensk E., eds. Ethische Fragen in der Arbeitsmedizin. Arbeitsbedingte Hautkrankheiten. Maritime Medizin – eine komplexe arbeitsmedizinische Herausforderung. 48. wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. in Verbindung mit ICOH Mid-term Meeting 2008. Hamburg 12. – 15.3.2008. Aachen: DGAUM, 2008:437 – 441
- Latza U., Baur X.: Ursachen allergischer und irritativer obstruktiver Atemwegserkrankungen unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten. P89. In: Letzel S., Löffler Kl., Seitz C., eds. 47. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesell-

schaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. 21. – 24.3.2007 in Mainz. Lübeck: DGAUM, 2007:669 – 671

- Latza U., Butz M., Baur X.: Ursachen allergischer und irritativer obstruktiver Atemwegserkrankungen unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten. P2. In: Wrbitzky R., Bader M., eds. 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 22. – 25. März 2006 in Hannover. Dokumentation. Lübeck: DGAUM 2006: 389 – 392. CD-ROM
- Wegner R., Baur X.: Frauen im Beruf – Karriere und Gesundheit. Symposium des Ordinariats für Arbeitsmedizin der Universität Hamburg. hAb 2002; (5):234 – 235
- Wegner R., Berger P., Krause A., Baur X.: Zur Belastung und Beanspruchung von Lehrerinnen und Lehrern mit stationär behandelten psychischen Erkrankungen im Vergleich mit berufstätigen Lehrkräften. ErgoMed 1/2004, 17 – 23
- Wegner R., Kostova P., Poschadel B., Manuwald U., Baur X.: Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten/-innen. Ergebnisse einer aktuellen Erhebung. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed 2009; 44(7):389 – 398
- Wegner R., Kostova P., Poschadel B., Baur X.: Arbeitsbelastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten/-innen im Zehnjahresvergleich – Ergebnisse von Querschnittsstudien 1997/2007. In: Baur X., Glensk E., eds. Ethische Fragen in der Arbeitsmedizin. Arbeitsbedingte Hautkrankheiten. Maritime Medizin – eine komplexe arbeitsmedizinische Herausforderung. 48. wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. in Verbindung mit ICOH Mid-term Meeting 2008. Hamburg 12. – 15.3.2008. Aachen: DGAUM, 2008:451 – 456
- Wegner R., Poschadel B., Franke S., Baur X.: Zur Burnout-Gefährdung bei Nachtdienstleistenden Erzieherinnen und Erziehern in der öffentlichen Heimerziehung. In: Jäger R., ed. Schweizerische und Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Gemeinsame Jahrestagung 2006 Bregenz. Linz: Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 2007:61 – 66
- Wegner R., Poschadel B., de Jong J., Baur X.: Belastung und Beanspruchung durch Schichtarbeit im Vergleich mit Bereitschaftsdienst im Krankenhaus. Ergebnisse einer Interventionsstudie bei Ärztinnen und Ärzten. V51. In: Letzel S., Löffler Kl., Seitz C., eds. 47. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 21. – 24.3.2007 in Mainz. Lübeck: DGAUM, 2007:292 – 298
- Wegner R., Szadkowski D., Heidenreich V., Baur X.: Zur Situation von Frauen in einem Männerberuf: Belastung und Beanspruchung von Architektinnen. Zbl Arbeitsmed 2003; 53:74 – 81
- Wegner R., Szadkowski D., Poschadel B., Simms M., Niemeyer Y., Baur X.: Psychomentele Belastung und Beanspruchung im Arztberuf. Ergebnisse von Fragebogenerhebungen. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 37, 2, 2002.

f) *Welche Berufskrankheiten treffen Frauen überproportional und welche Konsequenzen leitet der Senat daraus ab? Bitte Fälle in Hamburg seit 2001 nach Berufskrankheiten auflisten.*

Aus den beim Amt für Arbeitsschutz vorliegenden Erkenntnissen kann nicht abgeleitet werden, dass Frauen durch einzelne Berufskrankheiten überproportional betroffen sind (siehe Tabelle der häufigsten Berufskrankheiten in Hamburg im Zeitraum 1.1.2001 – 1.10.2009).

Lediglich bei Infektionskrankheiten und Hautkrankheiten sind auffällig häufig Frauen betroffen. Die Ursache hierfür ist darin zu sehen, dass diese häufig in Berufen auftreten, in denen überwiegend Frauen beschäftigt sind, wie zum Beispiel Gesundheitswesen oder Friseurhandwerk. Bei den übrigen Berufskrankheiten sind Frauen deutlich geringer betroffen als Männer.

Die häufigsten Berufskrankheiten (BK) in Hamburg im Zeitraum 1.1.2001 – 1.10.2009

Berufskrankheiten (aufgelistet entsprechend der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung)	Gesamtzahl angezeigter Erkrankungen	davon Frauen
BK 2101: Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze	130	55
BK 2108: Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung	924	224
BK 2301: Lärmschwerhörigkeit	1.657	27
BK 3101: Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	190	119
BK 4104: Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura	1.638	44
BK 4301: Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie)	345	157
BK 4302: Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen	240	62
BK 5101: Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen	785	466

- g) *Gibt es Gesundheitsberichte oder Medizinalstatistiken, die Arbeitsbedingungen und ihre Auswirkungen geschlechtersensibel abbilden, und wenn ja, welche sind das, zu welchen Ergebnissen kommen diese und welche Konsequenzen zieht der Senat daraus beziehungsweise hat er daraus gezogen?*

Der zuständigen Behörde sind keine Studien, Umfragen oder Behördenveröffentlichungen bekannt, die – auf die Stadt Hamburg bezogen – die genannten Belastungsfaktoren und deren gesundheitlichen Folgen erheben und analysieren.

- h) *Welche gesundheitsschädigenden, physische, psychische und psychosoziale, Folgen sind nach Kenntnis des Senats durch den Wandel des Industrie- und Dienstleistungsgewerbes speziell in Hamburg – einseitige, monotone Tätigkeiten betreffend – absehbar und welche Konsequenzen bestehen? Bitte Senats- und Behördenveröffentlichungen sowie dem Senat bekannte Studien und Umfragen seit 2001 dazu anführen.*

Der zuständigen Behörde liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

- i) *Welche gesundheitsschädigenden Folgen sind nach Kenntnis des Senats durch den Wandel des Industrie- und Dienstleistungsgewerbes speziell in Hamburg – hochqualifizierte, kreative Tätigkeiten betreffend – absehbar und welche Konsequenzen bestehen? Bitte Senats- und Behördenveröffentlichungen sowie dem Senat bekannte Studien und Umfragen dazu anführen.*

Die Publikationen des ZfAM zu Krankenhausärztinnen, Architektinnen, Erzieherinnen, Lehrerinnen sind der Antwort zu 6. e) zu entnehmen. Im Übrigen siehe Antwort zu 6. b) und c).

- j) *Wie viele Professorinnen arbeiten an den medizinischen Fakultäten, in welchem Verhältnis steht die Anzahl zu den Männern in gleicher Position und welche Maßnahmen wird der Senat ergreifen, um ihren Anteil zu erhöhen?*

An der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg (UKE) sind 13 Professorinnen tätig. Dabei handelt es sich um 10 Prozent der besetzten Stellen. Das UKE beteiligt sich am Professorinnenprogramm des Bundes und der Länder zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Wissenschaft und Forschung an deutschen Hochschulen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Darüber hinaus sind in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen BWF und UKE mehrere Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteiles (zum Beispiel im Rahmen des Habilitandinnenprogramms, der Förderung der Forschungszeit für Wissenschaftlerinnen und des Mentorinnenprogramms) vereinbart.

- k) *Wie viele Chefärztinnen sind in Hamburger Krankenhäusern in welchen Fachbereichen tätig, in welchem Verhältnis steht diese Zahl zu den Männern in gleicher Position und welche Einschätzungen trifft der Senat, wie sich der Anteil von Chefärztinnen in der Zukunft entwickelt?*

Der zuständigen Behörde liegen nicht von allen Hamburger Krankenhäusern Beiträge hierzu vor.

Laut den Antworten von elf Krankenhäusern sind in diesen Kliniken 14 Chefärztinnen beschäftigt. Das Verhältnis zu der Zahl der Chefärzte liegt in den Kliniken zwischen 0 Prozent und 20 Prozent. Die Chefärztinnen sind in verschiedenen Fachbereichen tätig, zum Beispiel Geriatrie, Gynäkologie-Geburtshilfe, Dermatologie und Venerologie, Urologie, Kieferorthopädie, Kinderchirurgie und Anästhesie.

Im Studienfach Medizin überwiegen derzeit weibliche Studienanfänger. Es ist zu erwarten, dass dies mittel- bis langfristig auch bei der Bewerbung auf und der Besetzung von Chefarztpositionen zu einer geschlechterbezogenen Annäherung führt. Dies hängt im Wesentlichen von der Attraktivität der Position Chefärztin und der Anzahl der Bewerberinnen ab.

- l) *Welche gesundheitlichen Folgen sind dem Senat bekannt, die Erwerbslosigkeit und der Bezug von ALG II-Leistungen für Betroffene haben und welche gezielten Maßnahmen hat es seit Einführung von Hartz IV gegeben, um dem Trend entgegenzuwirken?*

Nach Informationen des RKI haben erwerbslose Männer und Frauen einen ungünstigeren Gesundheitszustand und leben weniger gesundheitsbewusst als berufstätige Männer und Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, die eigene Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen, erhöht sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Auch die Inanspruchnahme stationärer Leistungen unter Arbeitslosen ist deutlich erhöht. In allen Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention werden diese Erkenntnisse von der zuständigen Behörde berücksichtigt. Wie schon in den Vorgängerprogrammen, zum Beispiel „Lebenswerte Stadt Hamburg“ (LSH) werden auch im Rahmenprogramm der Integrierten Stadtteilentwicklung (RISE) die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und Gesundheitsproblemen dargestellt und entsprechende Vorgehensweisen und Handlungsansätze entwickelt (siehe Drs. 19/3652).

- m) *Hat der Senat Erkenntnisse über den Wiedereinstieg von Frauen und wie hoch ist die Zufriedenheit dieser Frauen?*

Im September 2009 konnten aufgrund von Angaben von „team.arbeit.hamburg – Hamburger Arbeitsgemeinschaft SGB II“ (team.arbeit.hamburg) im Regelkreis des Sozialgesetzbuches Zweites Buch 1.482 Frauen erfolgreich in Erwerbstätigkeit integriert werden. Daten über die Zufriedenheit der integrierten Frauen werden von team.arbeit.hamburg nicht erhoben.

- n) *Auf welche Studien stützt der Senat seine Aussagen, und falls der Senat Unzufriedenheiten beobachtet: Wie sehen seine künftigen Aktivitäten zur Beseitigung dieser aus?*

team.arbeit.hamburg führt keine Studien zu dieser Thematik durch. Im Übrigen hat sich der Senat hiermit nicht befasst.

- o) *Ist das Kita-Gutscheinsystem in diesem Bezug als förderliches Instrument anzusehen? Worauf stützen sich die Begründungen?*

Das Kita-Gutscheinsystem in Hamburg ist nachfrageorientiert und basiert auf gesetzlich verankerten Rechtsansprüchen der Kinder auf Leistungen der Kindertagesbetreuung. Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt haben einen Rechtsanspruch auf eine täglich fünfstündige Betreuung, inklusive eines Mittagessens (§ 6 Absatz 1 KibeG). Kinder berufstätiger Eltern oder Kinder mit dringlichem sozial bedingten oder pädagogischen Bedarf erhalten einen ihrem zeitlichen Betreuungsbedarf entsprechenden Kita-Gutschein (§ 6 Absatz 2 und 3 KibeG). Es obliegt den Eltern, eine Kita zu wählen, die ihren und den individuellen Bedürfnissen ihres Kindes hinsichtlich Konzept, Öffnungszeiten und Lage möglichst gut entspricht. Das flexibel und bedarfsgerecht ausgestaltete Kita-Gutscheinsystem trägt damit zur Entlastung von Müttern bei.

7. *Brustkrebs*

Brustkrebs hat seine Tabuisierung weitgehend überwunden und gilt nicht mehr automatisch als todbringende Diagnose und Krankheit. Seit etwas über einem Jahr gibt es ein Mammographie-Screening-Zentrum in Hamburg, in das Frauen ab dem 50. Lebensjahr zur Früherkennung eingeladen werden. Avisiert sind Zwei-Jahres-Intervalle. Frauen werden bezirksweise eingeladen. Zur Mammografie hat die Abgeordnete Kersten Artus, Fraktion DIE LINKE, zwei Anfragen gestellt, siehe Drs. 19/2782 und 19/3185, auf deren Antworten unter anderem im Folgenden Bezug genommen wird.

Mammografie birgt neben der auch lebensrettenden Früherkennung die Gefahr der Fehldiagnosen (falsch-positiv), der unnötigen Krankheitsverlaufsverlängerung (Vorverlegung der Diagnose) und von unnötigen Operationen und Probeentnahmen. Auch werden Knoten übersehen, sodass sich Frauen in falscher Sicherheit wiegen (falsch-negativ). Von den Befunden waren 15 Prozent diskrepant, also wurden von zwei Ärzten/Ärztinnen unterschiedlich beurteilt.

Nicht einmal die Hälfte der bislang eingeladenen Frauen hat das Angebot angenommen. Damit ist kein Screening, also ein systematisches Testverfahren, gewährleistet, denn alle bislang getroffenen Aussagen und Schlussfolgerungen beruhen auf mangelhaftem Datenmaterial. Manche Teilnehmerin berichtet zudem von dem Gefühl der „Massenabfertigung“ Dennoch kommt ein erster, bundesweiter Evaluationsbericht nach Einführung des Mammografie-Screenings in Deutschland zu dem Ergebnis, dass das „Mammografie-Screening erfolgreich eingeführt“ worden sei. So seien wesentlich häufiger kleine Tumore aufgespürt worden. Unbeantwortet bleibt in der Kurzdarstellung vom 21. September 2009 zum Beispiel, ob diese Tumore sich unter Umständen auch von selbst wieder zurückentwickelt hätten –wie dies bei Nichterkennung durchaus der Fall ist.

- a) *Welche unabhängigen, begleitenden und evaluierenden Früherkennungs- und Interventionsmethoden neben der Mammografie sind dem Senat bekannt, welche sind das und in welcher Form werden sie Frauen bekannt gemacht und wie werden/wurden sie gefördert und angewendet?*

Keine, da ausschließlich die im Rahmen des Mammografie-Screenings durchgeführten Untersuchungen systematisch evaluiert werden.

Weitere diagnostische Maßnahmen sind Selbstuntersuchungen und klinische Untersuchungen (Inspektion/Palpation), Ultraschall und Kernspinuntersuchungen. Es ist wissenschaftlich belegt, dass der Ultraschall bei Frauen mit dichtem Brustdrüsenge-

webe als ergänzende Methode möglich ist, um auch kleinere Mammakarzinome besser zu erkennen.

- b) *Welche Forschungen und Methoden gibt es nach Kenntnis des Senats alternativ zur Mammografie und wie werden sie bewertet?*

Zu alternativen Diagnosemöglichkeiten liegen eine Reihe von Studien vor. Diese werden wissenschaftlich kontrovers diskutiert, haben aber nicht zu einer veränderten Einschätzung nationaler und internationalen Fachgremien geführt. Die oben genannten Untersuchungen werden ergänzend eingesetzt. Die Bewertung dieser Methoden ist weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

- c) *Wurde die EU-Richtlinie „European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“ vollständig umgesetzt und wenn nein, warum nicht?*

Die EU Guidelines sind inzwischen mehrfach aktualisiert worden und sollen umgesetzt werden. In den entsprechenden Verträgen in Hamburg ist eine Bereitstellung der notwendigen Daten vorgesehen. Am 15.10.2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Datenfluss zur Evaluation des Mammografie-Screenings in geänderter Fassung verabschiedet. Bei einer Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit können dann die für die Evaluation notwendigen Strukturen aufgebaut werden. Eine Erhöhung der Teilnahmerate wird durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und eine verbesserte Transparenz der in Hamburg erreichten regionalen Teilnahmeraten angestrebt.

- d) *Ist dem Senat die evidenzbasierte Medizin (EbM) bekannt, nach der nur die beste wissenschaftliche Evidenz für Brustkrebs (Beweise) für die Patientenversorgung genutzt wird und wird diese Methode bereits in Hamburg angewendet und genutzt?*

Wenn ja, in welchen Kliniken und Studiengängen wird sie systematisch gefördert und betrieben und zu welchen Konsequenzen bei Therapien und Diagnosen hat dies bereits geführt?

Die Grundsätze der evidenzbasierte Medizin (EbM) sind der Hintergrund der wissenschaftlichen Leitlinienentwicklung in Deutschland. Zur Diagnostik und zur Therapie der Brustkrebserkrankung liegen qualitativ hochwertige sogenannte Stufe-3-Leitlinien vor, die im Internet und im Buchhandel erhältlich sind. Diese Leitlinien sind auch Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens von Brustzentren in Hamburg, deren Einhaltung durch einen kontinuierlichen Rezertifizierungsprozess überwacht wird.

- e) *Welche Auswahl von Therapiemöglichkeiten besteht, wie werden betroffene Frauen darüber unterrichtet, in welcher Weise werden Therapieangebote mit welchem Erfolg angenommen?*

In Abhängigkeit von Lokalisation, Stadium und Art des Karzinoms, außerdem von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin, stehen verschiedene Therapiemöglichkeiten zur Wahl. In der Regel wird ein individuell auf Befund, Risiko und Begleitumstände angepasster Vorschlag auf der Basis von Leitlinien erstellt, häufig werden alternative Möglichkeiten (BET/Ablatio, unterschiedliche Chemotherapieschemata) mit ihren Vor- und Nachteilen und Risiken erörtert und gemeinsam mit der betroffenen Frau eine Entscheidung getroffen. Dieses ist in erster Linie Aufgabe der Brustzentren. Zum Zeitpunkt der Befundmitteilung innerhalb des Mammografie-Screening-Programms durch die jeweils Programmverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte (PVA) liegen viele Informationen (zum Beispiel definitives postoperatives Tumorstadium, Lymphknotenstatus) noch nicht vor, um diese Diskussion zu führen und Empfehlungen zu geben.

Die Information erfolgt in erster Linie durch die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte. Weitere Informationsmöglichkeiten gibt es bei den Beratungsstellen der Hamburger Krebsgesellschaft und der Arbeiterwohlfahrt (AWO), bei der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., anderen Selbsthilfeorganisationen oder auch beim Krebsinformationsdienst der Deutschen Krebshilfe.

Über Behandlungsformen und deren Ergebnisse liegen der zuständigen Behörde keine Daten vor.

f) *In welcher Weise wird die informierte Entscheidungsfindung betroffener Frauen gefördert?*

Die Entscheidungsfindung wird durch verschiedene Faktoren gefördert. Dazu gehören

- die Mitarbeit von Patientinnen- und Patientenvertretungen in Fachgremien zum Beispiel der externen Qualitätssicherung Hamburger Krankenhäuser
- Kooperationsabkommen zwischen Brustzentren und der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
- Kurs- und Beratungsangebote von Hamburger Krebsgesellschaft und Krebsberatung der AWO
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- der Hamburger Krankenhausspiegel, der bei der Suche nach Kliniken hilft. Dort finden sich auch Qualitätsdaten zu Brustkrebsoperationen.
- schriftliches Informationsmaterial, zum Beispiel des Krebsinformationsdienstes, und Internetplattformen wie zum Beispiel www.gesundheitsinformation.de und www.patienteninformation.de.

g) *Wie hat sich die Anzahl der Brustamputationen seit 2001 entwickelt? Bitte auch im Verhältnis zu den Befunden angeben.*

Zu der Frage, wie sich die Anzahl der Brustamputationen seit 2001 entwickelt hat, liegen der zuständigen Behörde bis einschließlich 2005 keine beziehungsweise keine validen Daten vor.

Zur Frage der in den Hamburger Krankenhäusern durchgeführten Eingriffe, wurden nach §21 KHEntgG folgende Daten gemeldet:

Zahl der Fälle in den Hamburger Krankenhäusern in den Jahren 2006 und 2007 beschränkt auf die totale Mastektomie (die Fälle mit partieller Mastektomie wurden nicht einbezogen):				
OPS-Daten (Operationen- und Prozedurenschlüssel)	2006		2007	
	Gesamt	davon Frauen	Gesamt	davon Frauen
5-872 Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie	299	292	312	298
5-873 Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie	487	475	495	485
5-874 Erweiterte Mastektomie (mit Resektion an den Mm. pectorales major et minor)	34	33	35	33
5-875 Supraradikale Mastektomie mit Pectoralisresektion und Kymphadenektomie	2	2	2	2
5-87 Subkutane Mastektomie	48	33	46	32
Gesamt	822	802	844	818

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, 2006 bis 2007

Für das Jahr 2009 liegen die Zahlen noch nicht, für das Jahr 2008 noch nicht in geprüfter Form vor. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass es sich dabei um Krankenhausfälle handelt (Patientinnen und Patienten, die wegen einer Erkrankung mehrfach in einem Jahr im Krankenhaus behandelt wurden, werden in der Statistik auch mehrfach als Fall gezählt).

Zu den erfragten Bezügen der OPS-Daten zu Befunden stehen der zuständigen Behörde keine Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung.

h) *Psychosoziale Betreuung ist wichtig für Selbstbestimmung und Lebensqualität von an Brustkrebs Erkrankten. In welcher Weise findet sie bei Frauen statt, bei denen ein Verdacht auf Brustkrebs besteht, wird bei an Brustkrebs erkrankten Frauen eine psychosoziale Be-*

betreuung regelhaft und ohne Zuzahlung angeboten und in welcher Weise findet sie in der Nachsorge statt?

Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Frauen im Rahmen der Nachsorge ist im Einzelfall abhängig von der vorausgegangenen Behandlungsform. So ist eine entsprechende Nachsorge integraler Bestandteil der Behandlung in zertifizierten Brustzentren und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen, für die sich Frauen freiwillig entscheiden können. Zuzahlungen fallen hierbei nicht an. Ist im Anschluss an eine Behandlung eine weitere Nachsorge erforderlich, kann der/die betreuende Gynäkologe/Gynäkologin eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bei der zuständigen Krankenkasse beantragen; diese wäre mit einer Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag verbunden.

Darüber hinaus wird psychosoziale Betreuung auch vom Krebsberatungsdienst der Hamburger Krebsgesellschaft und von der Psychologischen Beratungsstelle für Krebskranke und deren Angehörige der AWO in Form von Einzel-, Paar- und Gruppengesprächen angeboten. Diese Angebote sind kostenlos. Außerdem gibt es Kursangebote in den Bereichen Bewegung, Ernährung, kreativer Gestaltung und Musik, für die in der Regel eine Kostenbeteiligung erhoben wird. Diese Angebote können sowohl bei Verdacht auf Brustkrebs wie auch während der Therapie und in der Nachsorge genutzt werden.

- i) *Frauen mit erblichem Brustkrebs erkranken überdurchschnittlich oft an Eierstockkrebs. Welche Früherkennungsmethoden gibt es zu diesem Krebs mittlerweile, inwiefern fließt diese Erkenntnis bei der Früherkennung von Brustkrebs in die Diagnosestellung ein und welche Qualitätsstandards gelten dafür? Gibt es spezielle Beratungsangebote für betroffene Frauen und welche?*

Neben der generellen bevölkerungsbezogenen Krebsfrüherkennung gewinnt die Möglichkeit der risikoadaptierten Krebsfrüherkennung an Bedeutung. Angesichts zahlreicher medizinischer, ethischer und sozialer Unwägbarkeiten sollte laut „Informationspapier zur Nationalen Krebskonferenz“ (23. Juni 2009) der Nutzen einer risikoadaptierten in Ergänzung zur allgemeinen Krebsfrüherkennung vor ihrer Einführung hinreichend und wissenschaftlich belegt sein.

Bei Frauen, bei denen ein begründeter Verdacht auf erblich bedingten Brustkrebs besteht (circa 5 Prozent – 7 Prozent der Frauen) können genetische Untersuchungen auf Mutationen (zum Beispiel BRCA 1 und 2) durchgeführt werden. Frauen können sich beispielsweise an das Pränatalzentrum Hamburg und an den Bereich Humangenetik im Gynaekologikum wenden.

8. Schwangerschaft und Geburt

Laut „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“ (Mai 2009) geht die Fruchtbarkeitsrate seit 1997 stetig zurück, Die Säuglingssterblichkeit sinkt, über die Hälfte der Todesfälle sind auf gesundheitliche Störungen während der Schwangerschaft zurückzuführen.

Die wenigsten Kinder kommen in Geburtshäusern (134 in 2007) oder zu Hause zur Welt. Nur noch drei Tage im Schnitt verbleiben Frauen nach der Geburt im Krankenhaus.

Die Kaiserschnittquote liegt mittlerweile bei über 30 Prozent. Die Pränataldiagnostik hat erheblich zugenommen, obwohl nur drei Prozent aller Ungeborenen Fehlbildungen aufzeigen – die teilweise auch nach der Geburt noch behandelt werden können. Anfragen der SPD, Drs. 19/2680, und der Abgeordneten Kersten Artus, Fraktion DIE LINKE, Drs. 19/2640, über die Versorgung von Frauen durch Hebammen, ergaben hierbei eine eklatante Unterversorgung vor und nach der Geburt und eine geringe Nachfrage seitens der Frauen trotz Rechtsanspruch in vielen Stadtteilen.

- a) *Welche Auswirkungen hat nach Ansicht des Senats die vom Bundestag in 2009 beschlossene Pflichtberatung bei der medizinischen Indikation?*

Die mit dem Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes eingeführte obligatorische Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit späten Schwangerschaftsabbrüchen nach pränataldiagnostischen Maßnahmen tritt erst am 1.1.2010 in Kraft. Insofern lässt sich derzeit noch nicht beurteilen, ob die mit dem Gesetz bezweckte Verbesserung der Informationslage der Schwangeren und damit eine Reduzierung der Anzahl später Schwangerschaftsabbrüche erreicht werden kann.

- b) *Wie verteilen sich die in Hamburg ansässigen Gynäkologen und Gynäkologinnen über das Stadtgebiet? Bitte auch die durchschnittliche Versorgungsquote nach Einzugsgebiet und wie viele der Gynäkologen und Gynäkologinnen einen Migrationshintergrund haben und welche Sprachen vertreten sind.*

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) verteilen sich die in Hamburg ansässigen Gynäkologen und Gynäkologinnen mit den jeweiligen Fremdsprachenkenntnissen über das Stadtgebiet gemäß folgender Übersicht (Stand 16.10.2009). Daten zum Migrationshintergrund liegen nicht vor. Angaben zur durchschnittlichen Versorgungsquote lassen Rückschlüsse auf die Fallzahlen der im Einzugsgebiet niedergelassenen einzelnen Gynäkologen und Gynäkologinnen zu und sind daher aus Datenschutzgründen nicht zulässig.

Stadtteil	1. Anzahl Gynäkologen	2. Fremdsprachenkenntnisse
Allermöhe	1	1 Englisch
Alsterdorf	5	4 Englisch 1 Spanisch
Altona-Altstadt	9	9 Englisch 3 Französisch 2 Spanisch 1 Persisch
Altona-Nord	4	4 Englisch 2 Französisch
Bahrenfeld	1	1 Englisch
Barmbek-Nord	3	3 Englisch 1 Französisch 1 Spanisch 1 Persisch 1 Türkisch
Barmbek-Süd	3	3 Englisch 1 Französisch 1 Portugiesisch
Bergedorf	8	8 Englisch 3 Französisch 1 Russisch
Billstedt	5	4 Englisch 2 Französisch 1 Lettisch 2 Russisch
Blankenese	4	4 Englisch 2 Französisch 1 Spanisch

Stadtteil	1. Anzahl Gynäkologen	2. Fremdsprachenkenntnisse
Bramfeld	4	4 Englisch 1 Italienisch 2 Französisch 1 Dänisch
Dulsberg	1	1 Englisch 1 Französisch
Duvenstedt	1	1 Englisch 1 Norwegisch
Eidelstedt	2	2 Englisch 1 Französisch 1 Russisch
Eilbek	2	2 Englisch 1 Französisch 1 Spanisch
Eimsbüttel	29	29 Englisch 10 Französisch 6 Spanisch 2 Türkisch 1 Tschechisch 1 Ungarisch
Eppendorf	4	4 Englisch 2 Französisch 1 Spanisch
Farmsen-Berne	1	1 Englisch 1 Französisch
Finkenwerder	1	1 Russisch
Fuhlsbüttel	2	2 Englisch
Groß Flottbek	1	1 Englisch 1 Französisch
Hamburg-Altstadt	16	14 Englisch 2 Slowakisch 1 Italienisch 4 Französisch 3 Polnisch 3 Spanisch 1 Serbisch 3 Russisch 2 Tschechisch 1 Ungarisch 1 Griechisch 1 Kroatisch 1 Rumänisch 1 Hebräisch

Stadtteil	1. Anzahl Gynäkologen	2. Fremdsprachenkenntnisse
Hamm-Mitte	1	1 Englisch 1 Italienisch 1 Polnisch 1 Ukrainisch 1 Russisch
Hamm-Nord	3	2 Englisch 2 Polnisch 3 Russisch 1 Tschechisch
Harburg	14	12 Englisch 1 Italienisch 5 Französisch 3 Polnisch 2 Spanisch 1 Persisch 3 Russisch 1 Tschechisch
Harvestehude	13	13 Englisch 2 Italienisch 1 Japanisch 8 Französisch 2 Spanisch
Hausbruch	2	2 Englisch 1 Französisch
Hoheluft-Ost	2	2 Englisch 1 Französisch 1 Spanisch 1 Russisch 1 Tschechisch
Hoheluft-West	2	2 Englisch 1 Französisch 1 Persisch
Horn	4	3 Englisch 1 Französisch 1 Russisch
Iserbrook	1	1 Englisch
Jenfeld	1	1 Englisch 1 Persisch 1 Türkisch
Langenhorn	4	4 Englisch 1 Italienisch 2 Französisch
Lohbrügge	5	5 Englisch 3 Französisch 1 Persisch

Stadtteil	1. Anzahl Gynäkologen	2. Fremdsprachenkenntnisse
Lokstedt	4	4 Englisch 3 Französisch
Lurup	2	2 Englisch 2 Französisch 2 Spanisch
Marienthal	4	4 Englisch 1 Französisch
Neugraben-Fischbek	2	2 Englisch 1 Italienisch 1 Norwegisch
Neustadt	9	9 Englisch 1 Japanisch 4 Französisch 1 Bulgarisch 1 Türkisch
Niendorf	5	5 Englisch 2 Französisch
Nienstedten	1	1 Englisch 1 Französisch 1 Türkisch
Osdorf	3	3 Englisch 1 Französisch 1 Kroatisch
Othmarschen	2	2 Englisch 1 Französisch 1 Russisch 1 Griechisch
Ottensen	9	9 Englisch 1 Italienisch 4 Französisch 2 Spanisch 1 Türkisch
Poppenbüttel	7	7 Englisch 2 Französisch
Rahlstedt	7	7 Englisch 1 Französisch 1 Polnisch
Rissen	1	1 Englisch 1 Französisch
Rotherbaum	4	3 Englisch 1 Italienisch 1 Französisch 1 Russisch
Sasel	2	2 Englisch 1 Russisch

Stadtteil	1. Anzahl Gynäkologen	2. Fremdsprachenkenntnisse
Schnelsen	2	2 Englisch
St. Georg	3	3 Englisch 1 Französisch 1 Dänisch 1 Türkisch
St. Pauli	2	2 Englisch 2 Französisch
Stellingen	2	2 Englisch 1 Norwegisch
Sternschanze	5	5 Englisch 4 Französisch 1 Spanisch 1 Norwegisch
Tonndorf	1	1 Englisch 1 Polnisch 1 Russisch
Uhlenhorst	2	2 Englisch 1 Französisch
Volksdorf	4	4 Englisch 3 Französisch
Wandsbek	3	3 Englisch
Wellingsbüttel	1	1 Persisch
Wilhelmsburg	2	1 Englisch 1 Persisch 1 Türkisch 1 Dari
Wilstorf	1	1 Englisch 1 Französisch 1 Spanisch
Winterhude	9	9 Englisch 4 Französisch 1 Spanisch

- c) *Welche Ausbildung gewährleistet, dass Gynäkologen und Gynäkologinnen eine umfassende Beratung vor Durchführung einer pränatalen Diagnostik in Bezug auf die möglichen Folgen leisten können?*

Die Weiter- und Fortbildung von Gynäkologinnen und Gynäkologen gewährleistet eine hohe Beratungsqualität. Die Bundesärztekammer befasst sich bereits seit Ende der Neunzigerjahre mit der Thematik und hat hierzu die Richtlinie zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen herausgegeben. Zudem gibt es eine enge Kooperation zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen und den Schwangerschaftskonflikt- und Schwangerenberatungsstellen.

- d) *Welche kultursensiblen Möglichkeiten haben Frauen und ihre Partnerinnen und Partner in Hamburg, sich unabhängig vor einer pränatalen Diagnose beraten zu lassen, wie viele machen davon Ge-*

brauch und wie werden diese Stellen vom Senat jeweils finanziell unterstützt? Bitte Institutionen mit Adressen nach Bezirken angeben.

Die auf der Grundlage des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (§ 4) geförderten sechs Beratungsstellen bieten Ratsuchenden mit Migrationshintergrund eine den spezifischen Erfordernissen entsprechende Beratung an und vermitteln gegebenenfalls auch weitergehende Unterstützungsangebote. Nach Angaben der Träger wurden im Jahr 2008 Migrantinnen wie folgt beraten:

Träger	Bezirke	Anzahl der Beratungen
1) pro familia Seewartenstraße 10 20459 Hamburg	Hamburg-Mitte	144
Außenstelle Harburg Am Irrgarten 3 – 9 21073 Hamburg	Harburg	
Außenstelle Bergedorf Billwerder Billdeich 648a 21033 Hamburg	Bergedorf	
2) Familienplanungszentrum Bei der Johannis-kirche 20 22767 Hamburg	Altona	60
3) Sozialdienst Kath. Frauen Ortsgruppe Hamburg Wartenau 5 22089 Hamburg	Hamburg-Nord	95
4) Sozialdienst Kath. Frauen Hamburg-Altona Schomburgstraße 120 22767 Hamburg	Altona	
5) Caritas Verband Danziger Straße 66 22051 Hamburg	Hamburg-Mitte	77
6) Diakonisches Werk Königstraße 54 22767 Hamburg	Altona	7

e) *Laut der Senatsantwort in der Drs. 19/2680 arbeiten aktuell in Hamburg 25 Familienhebammen auf 17 Standorte verteilt. Der Senat hält dieses Angebot für ausreichend. Insgesamt wurden aber nur 422 Mütter in 2006 und 2007 von Familienhebammen – laut Senat zwischen zehn und 25 Stunden tätig – betreut, 33 davon mit Migrationshintergrund. Zahlen für 2008 und 2009 sind nicht vorgelegt worden.*

Warum hält der Senat angesichts der bestehenden Unterversorgung durch Familienhebammen, der angezeigten Überlastung der Ämter für soziale Dienste und der geringen Anzahl von betreuten Frauen mit Migrationshintergrund dieses Angebot für ausreichend und bedeutet dies, dass es keine flächendeckende, lückenlose Versorgung auf absehbare Zeit geben wird?

Mit Stand 1. April 2009 waren bedarfsgerecht in allen Bezirken 25 Familienhebammen an 16 Standorten tätig (vergleiche Drs. 19/2680). Damit wurde eine weitgehend akkömmliche Versorgung etabliert. Familienhebammen bieten im Gesamtsystem früher Hilfen ein spezifisches Angebot für besonders unterstützungsbedürftige Schwangere, Mütter mit Säuglingen und Familien an. Der Auf- und Ausbau der Standorte ist vorerst abgeschlossen. Gegenwärtig befindet sich das System in einer Konsolidierungsphase,

gegebenenfalls wird die fortgesetzte Evaluation weitere Anpassungsbedarfe aufzeigen.

Der im Februar 2009 veröffentlichte Gesundheitsbericht „Die Arbeit der Hebammen in Hamburg“ zeigt, dass die Zielgruppen – einschließlich der Frauen mit Migrationshintergrund – erreicht wurden. Etwa ein Drittel der betreuten Frauen (33 Prozent von 422 abgeschlossenen Betreuungsfällen) weisen einen Migrationshintergrund auf, in den einzelnen Bezirken lag der Anteil zwischen 25 und 50 Prozent (vergleiche Drs. 19/2680).

- f) *Die beiden in Hamburg durch Hebammen geleiteten Kreißsäle in den Asklepios Kliniken in Harburg und Barmbek erfreuen sich laut Senat höherer Zufriedenheit der betreuten Frauen. Diese Kreißsäle erleben steigende Anmeldungsraten. Wie viele Hebammen mit welchem Migrationshintergrund arbeiten jeweils in diesen Kreißsälen und sind nach Kenntnis des Senat in den Asklepios Kliniken und/oder auch in anderen Krankenhäusern, zum Beispiel dem UKE, hebammengeleitete Kreißsäle geplant und wenn ja, wann?*

Wenn nein, warum nicht und wird der Senat sich bei Asklepios und dem UKE für die Errichtung beziehungsweise den Ausbau von Kreißsälen einsetzen, die von Hebammen geleitet werden, zusätzlich zu dem Fundus-Kreißsaal?

Die Entscheidung, durch Hebammen geleitete Kreißsäle in den Hamburger geburtshilflichen Abteilungen einzurichten, obliegt ausschließlich der Entscheidung der jeweiligen Klinik. Die Struktur der geburtshilflichen Abteilungen ist grundsätzlich die innerbetriebliche Angelegenheit der Krankenhäuser.

In der Asklepios Klinik Barmbek arbeiten im gesamten Kreißsaalbereich 24 Hebammen, davon sechs mit Migrationshintergrund. Der Hebammenkreißsaal stellt dabei keine gesonderte organisatorische Einheit dar.

In der Asklepios Klinik Harburg haben von den zwölf fest angestellten Hebammen vier einen Migrationshintergrund.

In der Asklepios Klinik Altona, der Asklepios Klinik Nord, dem UKE und dem Albertinen-Krankenhaus gibt es auf Wunsch der gebärenden Frau die Möglichkeit der (beleg-)hebammengeleiteten Geburt, das heißt ohne Arztanwesenheit. Das Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus prüft zurzeit, ob das Angebot entsprechend erweitert wird.

- g) *Freiberuflich tätige Hebammen verdienen nach einer Modellrechnung des Hebammenverbandes im Schnitt nur 7,50 Euro pro Stunde ohne Urlaubstage und freie Wochenenden. Laut § 134 SGB V bestimmt das Bundesgesundheitsministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger, soweit diese Leistungen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfasst sind. In der Verordnung sind auch die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkasse zu regeln. Der Senat antwortet in der Drs. 19/2640 auf die Frage, ob er die Erforderlichkeit sieht, das Gebührensystem zu ändern, dass er keine Einflussmöglichkeiten für eine Veränderung sieht, damit freiberufliche Hebammen eine bessere wirtschaftliche Grundlage erhalten.*

Welche Einflussmöglichkeiten beständen für den Senat konkret über den Bundesrat und die Gesundheitsministerkonferenzen?

Keine. Wie in der Drs. 19/2640 und 19/2680 dargelegt, wird die Höhe der Vergütung für Leistungen der Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V vertraglich vereinbart, und zwar zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen. Die Regelung des § 134 SGB V, wonach das Bundesministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Vergütungen der freiberuflich tätigen Hebammen

bestimmt, ist dafür entfallen. Insofern bestehen seitens des Senats keine Einflussmöglichkeiten über den Bundesrat und die Gesundheitsministerkonferenz auf die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer.

- h) *Verhütungsmittel müssen für über 18-jährige Hartz IV-Empfängerinnen von den Gesundheitsleistungen aus der Regelleistung für Gesundheitsmittel in Höhe von 14 Euro monatlich bestritten werden. Gibt es Berechnungen seitens des Senats, inwiefern die kostenlose Ausgabe von Verhütungsmitteln die Folgekosten ungewollter Schwangerschaften mindern könnten?*

Nein. Im Übrigen haben gesetzlich Krankenversicherte – zu denen auch Bezieherinnen von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch gehören – bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres Anspruch auf ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel gemäß § 24 a SGB V.

- i) *Anonyme Geburten und Babyklappen sind in Hamburg seit geraumer Zeit wieder ins Zentrum der Öffentlichkeit gerückt. Hält der Senat an dem Prinzip der anonymen Geburt und der Babyklappen fest und hält er das Angebot für ausreichend, für adäquat und weiterhin förderungswürdig?*

Wenn nein, warum nicht?

Der Senat hat am 17.12.2002 mit seiner Mitteilung an die Bürgerschaft (Drs. 17/1971) das Konzept „Anonyme Geburt“ – „Erste Baby-Hilfe“ vorgestellt und Anfang 2003 umgesetzt. Nach diesem Konzept wird weiterhin verfahren.

9. *Frauen in der Psychiatrie*

Frauen entwickeln spezifische Lebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien. Übergriffe, Grenzverletzungen und Traumatisierungen müssen daher geschlechtergerecht diagnostiziert werden und in frauengerechte Therapien münden.

- a) *Welche Forschungen sind dem Senat diesbezüglich bekannt, die seit 2001 national und international geplant, durchgeführt und abgeschlossen wurden? Bitte für die verschiedenen Psychosen und psychischen Störungen auflisten.*
- b) *Welche psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen werden oder wurden daraus abgeleitet?*

Das UKE berücksichtigt in den genannten Bereichen (Frauen in der Psychiatrie) die geschlechterspezifischen Besonderheiten in der Behandlung. Es werden jedoch keine speziellen Studien durchgeführt. Der zuständigen Behörde sind im Übrigen keine entsprechenden Forschungsvorhaben bekannt.

- c) *Ein weitgehend unabhängiges Leben ist auch für psychisch Erkrankte erstrebenswert. In welcher Weise sind die stationären und ambulanten Angebote für psychisch kranke Frauen miteinander vernetzt und wie wurde/wird dies vom Senat gefördert, um dies zu ermöglichen?*

Die an den individuellen Besonderheiten des Einzelfalls ausgerichtete Gestaltung des Übergangs zwischen medizinisch klinischer Behandlung und der möglicherweise anschließenden Betreuung im psychosozialen System der Eingliederungshilfe gehört zum Auftrag der an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten. Darüber hinaus ist der Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung innerhalb des sozialpsychiatrischen Hilfesystems grundsätzlich Bestandteil der einzelfallbezogenen Reha-Gesamtplanung.

- d) *Wurden seit 2001 Leitlinien entwickelt, die eine frauenfreundliche Gestaltung der psychosozialen Versorgung ermöglichen und wenn ja, von wem wurden sie wann erstellt und wie lauten diese?*

Nein. Geschlechtsspezifische Angebote sind im sozialpsychiatrischen Hilfesystem obligatorisch.

- e) *Wurde seit 2001 ein Schwerpunkt „frauenspezifische Psychiatrie“ in die Fachärztinnen- und Fachärzte-Ausbildung integriert oder in anderer Weise für angehende Fachärztinnen und Fachärzte zugänglich gemacht (Literatur, Studiengänge, Vorlesungen et cetera) oder bestehen Absichten dazu?*

Wenn nein, warum nicht?

Einen Schwerpunkt „frauenspezifische Psychiatrie“ gibt es in der fachärztlichen Ausbildung nicht.

In der Ärztekammer Hamburg befassen sich Ärztinnen und Ärzte in der Arbeitsgruppe „Gender Mainstreaming“ grundsätzlich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im ärztlichen Alltag sowie in Diagnostik und Therapie bei Patientinnen und Patienten und inwieweit diese Eingang in die ärztliche Fortbildung finden sollten.

- f) *Welche Möglichkeiten haben psychisch kranke Mütter, sich gemeinsam mit ihrem Baby/Kind behandeln zu lassen? Bitte Krankenhäuser und Umfang der vorhandenen Plätze angeben.*

Die Hamburger Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten nach eigenen Angaben folgende Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder:

Krankenhaus	Fachabteilung	Vorgehaltenes Angebot	Anmerkungen
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Keine zusammengefasste Behandlungseinheit	Die geringen Fallzahlen ermöglichen eine gemeinsame Behandlung in der bestehenden Struktur
	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	4 teilstationäre Behandlungsplätze	Angebot einer Spezialsprechstunde für psychisch erkrankte Mütter
Asklepios Klinik Harburg	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	2 Betten	gemeinsame Aufnahme von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern im Säuglingsalter zur Behandlung unterschiedlichster Krankheitsbilder (in der Regel aus den Bereichen der Psychiatrie bzw. Gynäkologie/ Geburtshilfe)
Asklepios Klinik Nord	Kinderheilkunde (BT Heidberg)	2 Betten	Behandlung von Wochenbettdepression; Angebote von Elternschule und Elternkursen
	II. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie - Behandlungseinheit für Frauen (BT Ochsenzoll)	2 Betten	Es werden Kinder im Alter von bis zu 1 Jahr gemeinsam mit ihrer Mutter aufgenommen.

Krankenhaus	Fachabteilung	Vorgehaltenes Angebot	Anmerkungen
Ev. Krankenhaus Alsterdorf	Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	5 Betten	Ergänzendes Angebot zur psychiatrischen Versorgung von Eltern, deren Kinder im Werner-Otto-Institut klinisch behandelt werden.
Bethesda AK Bergedorf	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	4 Betten	Die Station mit den Behandlungsschwerpunkten Depression und Persönlichkeitsstörungen nimmt Mütter mit ihren Kindern auf.
Albertinen-Krankenhaus			Bei Bedarf ist eine gemeinsame Aufnahme möglich. In Einzelfällen können Neugeborene bei regelmäßigem Mutter-Kind-Kontakt länger auf der Säuglingsstation versorgt werden.

g) *Wurden die Modelle von Frauenstationen „Psychisch kranke Mütter mit Säuglingen“, die 1998 eingerichtet wurden, jemals evaluiert und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?*

Wenn nein, warum nicht?

Der zuständigen Behörde ist eine Evaluation nicht bekannt.

Unabhängig von dem genannten Modell hat das UKE zu dem in der Antwort zu 9. f) genannten neuen Versorgungsangebot der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ein neues schwerpunktmäßiges Forschungsprojekt begründet. In den vergangenen Jahren wurden hierfür geeignete Instrumente, mit denen es möglich ist, insbesondere Veränderungen in der Qualität der Erziehung beziehungsweise Bindung zwischen Mutter und Säugling abzubilden, entwickelt und erprobt. Im März 2009 hat ein auf drei Jahre angelegtes Forschungsprojekt mit Förderung der „Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur“ begonnen, zu dessen Zielsetzungen unter anderem die wissenschaftliche Erfassung von Veränderungsprozessen in der Mutter-Kind-Beziehung durch die innovativen Behandlungsmethoden der Klinik, die auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung abzielen, gehört.

10. Lebensphasen

Junge, erwachsene und dann auch ältere Frauen haben spezifische Gesundheitsrisiken. Selbst obdachlose Frauen, die es überproportional zu anderen Städten in Hamburg gibt, bedürfen gezielter Angebote.

Frauen pflegen, Frauen sind überproportional aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Gepflegte. Der Notstand in der Pflege, was qualifiziertes Fachpersonal und Ausbildungsplätze und die Finanzierung menschengerechter Pflege angeht, spitzt sich seit Einführung der Pflegeversicherung zu. Die ambulante Pflege wird ausgebaut, Pflegeeinrichtungen wurden in Hamburg privatisiert. Eine Studie aus 2009 an über 8.500 Verstorbenen mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren, die durch Herrn Prof. Dr. Püschel/UKE veranlasst und beaufsichtigt wurde, ergab in Teilen dramatische körperliche Zustände der Untersuchten (Dekubitus, Zahngesundheit, Ernährung).

Das Pflegezeitgesetz von 2008 soll Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ermöglichen, sich zeitlich begrenzt freistellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um pflegebedürftige Angehörige zu versorgen.

- a) *Welche Möglichkeiten haben pflegende Angehörige, sich fortzubilden, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden und sie zu bewältigen, und wie viele nahmen in den letzten fünf Jahren welche Angebote in Anspruch?*

Pflegende Angehörige können gemäß § 45 SGB XI kostenlose Schulungskurse in Anspruch nehmen. Die Teilnahme wird statistisch nicht erfasst.

- b) *Welche Möglichkeiten haben pflegende Angehörige, sich von ihrer belastenden Aufgabe zu erholen, und welche Rolle in welchem Umfang spielen konkret Hospize dabei?*

Die Möglichkeit zur Erholung bieten insbesondere die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI und die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI. Darüber hinaus gibt es für pflegende Angehörige Entlastungs- und Unterstützungsangebote gemäß § 45 b SGB XI, die sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote durch Ehrenamtliche in der Häuslichkeit oder in Gruppen. Hospize können zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen. In welchem Umfang das der Fall ist, wird statistisch nicht erfasst.

- c) *Wie werden pflegende Angehörige darüber informiert, welche Fortbildungs- und Erholungsmöglichkeiten sie haben?*

Die Pflegekassen informieren die Leistungsempfänger über die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Außerdem informieren die Dienststellen der Bezirklichen Seniorenberatung und die neu eingerichteten Pflegestützpunkte. Im Internet informiert die BSG unter der Adresse www.hamburg.de/pflege.

- d) *Ist dem Senat bekannt, wie viele Beschäftigte in Hamburg von den Möglichkeiten des Pflegezeitgesetzes bislang Gebrauch gemacht haben und wenn ja, wie hoch ist die Anzahl? Bitte auch die Dauer der Ausstiegszeit beziehungsweise der Teilzeit sowie eine Aufschlüsselung nach Geschlecht sowie eine Zugehörigkeit nach Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst angeben.*

Die Freistellungsregelungen des Pflegezeitgesetzes sind von den Beschäftigten (Beamtinnen/Beamte, Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer) der Freien und Hansestadt Hamburg seit Inkrafttreten des Gesetzes (01.07.2008) bis einschließlich Monat September 2009 in 16 Fällen in Anspruch genommen worden. Die Einzelheiten ergeben sich aus nachfolgender Übersicht. Die Freistellung erfolgte in allen Fällen in Vollzeit.

Lfd. Nr.	weiblich/männlich (w/m)	Anzahl der Tage
1	w	2
2	m	2
3	w	2
4	w	13
5	w	14
6	m	1
7	w	9
8	w	6
9	w	9
10	w	10
11	m	8
12	m	4
13	w	15
14	m	153
15	m	29
16	w	184

Vergleichbare Daten aus der Privatwirtschaft liegen der zuständigen Behörde nicht vor.

- e) *Welche Forschungen wurden seit 2001 regional, national und international geplant, durchgeführt und/oder abgeschlossen, die zu den Belastungen und dem Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger Aussagen treffen, und welche Konsequenzen hat der Senat daraus gezogen?*

Ein zentrales, umfassendes Verzeichnis aller Forschungsvorhaben zu Belastungen und dem Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger gibt es nicht. Die zuständigen Behörden berücksichtigen die ihnen vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse.

- f) *Die Pflegeversicherung ist nur eine „Teilkaskoversicherung“. Hält der Senat die Pflegeversicherung für ausreichend und wenn ja, warum?*

Wenn nein, welche Maßnahmen und Initiativen plant der Senat, um die Versorgung zu pflegender Mitbürgerinnen und Mitbürger besser zu gewährleisten?

Ja. Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wurde die Versorgung Pflegebedürftiger umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt. Sie trägt wesentlich dazu bei, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden finanziellen Belastungen zu mildern. Hinzu kommt, dass alle Pflegebedürftigen, deren notwendige Versorgung durch Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenmittel nicht finanziert werden kann und die sozialhilferechtliche Voraussetzungen erfüllen, Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten können.

- g) *Die weitgehende Privatisierung der Pflege führt zu untertariflich beschäftigtem Personal, der Versorgungsauftrag des Staates kann nicht zuletzt durch die Pauschalisierung nur noch unzureichend gesteuert, kontrolliert und eingehalten werden.*

Ist der Senat der Ansicht, dass es vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen noch eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gibt, und wenn ja warum?

Wenn nein, welche Maßnahmen und Initiativen plant der Senat zukünftig, um den Bedarfen gerecht zu werden, und welche Vorteile sieht er in einer alternativ zur Debatte stehenden Bürger- und Bürgerinnenversicherung?

Ja. Es gibt ein flächendeckendes Pflege- und Beratungsangebot.

- h) *In welchem Umfang werden die Pflegestützpunkte die vorgenannten Anforderungen in welcher Form gewährleisten und wann ist beabsichtigt, diese zu evaluieren und darüber Bericht zu erstatten?*

Die Pflegestützpunkte werden zur Information und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen. Die Pflegekassen und die Freie und Hansestadt Hamburg als Partner des Landesrahmenvertrags nach § 92 c Absatz 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg streben gemäß § 10 des Vertrages an, eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung sicherzustellen. Sie soll insbesondere datengestützte Aussagen zur Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte und der Bedarfsbemessung ermöglichen. Die Planungen sind noch nicht abgeschlossen.

- i) *Die Darstellung des weiblichen Körpers in Medien und Werbung reduziert Frauen oft auf schlanke, schöne, durchgestylte Objekte, die aufgrund des wachsenden Einflusses der Medien auf Kinder und Jugendliche immer prägender werden. Die plastische Chirurgie ist von der Upperclass in breiten Teilen der Bevölkerung angekommen und wird zum Millionengeschäft. Die freie, selbstbestimmte Entfaltung von Mädchen und Frauen, die identitätsstiftende Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich wird dadurch ein fortwährender, sich weit über die Pubertät hinausziehender Prozess. Mädchen und*

Frauen geben sich selbst an einem angeblich unvollkommenen Äußeren die Schuld, was zu tiefen Krisen und psychischen Störungen führen kann.

Welche Maßnahmen hat der Senat seit 2001 ergriffen, um diesem Bild entgegenzuwirken, welche Maßnahmen gedenkt er für die Zukunft zu ergreifen?

Die zuständigen Behörden unterstützen unter anderem die Initiative „Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Ziel ist es, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken (siehe hierzu auch Antwort zu 4. e)).

In Schulen werden folgende Maßnahmen durchgeführt und weiter fortgesetzt:

- In der Handreichung „Essstörungen vorbeugen“ vom SuchtPräventionsZentrums (SPZ) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) wird der Zusammenhang gesellschaftlich dominanter Schönheitsideale mit der Entstehung von Essstörungen thematisiert und es werden Unterrichtsvorschläge für zwei Doppelstunden zur Behandlung des Themas „Körper und Schönheit“ ab Jahrgangsstufe 8 gemacht.
- Auch das vom SPZ erstellte Unterrichtsprogramm „Selbstständig werden – Eigenständig bleiben“ für die Sekundarstufe I enthält eine Unterrichtseinheit zum Thema „Essstörungen“ mit ähnlichen Unterrichtsvorschlägen für zwei Doppelstunden zur Behandlung des Themas „Körper und Schönheit“. Das SPZ bietet seit 2005 zur Anwendung dieses Unterrichtsprogramms schulinterne Einführungsfortbildungen für (Teil-)Kollegien an. Die Schulen erhalten das Programm im Rahmen dieser Fortbildungen.
- Das SPZ bietet, verknüpft mit Unterrichtsberatung und schulinterner Lehrerfortbildung, Schulen einen Parcours „Essenslust und Körperfrust“ an, der Schülerinnen ermöglicht, sich auf anschauliche Weise an fünf Lernstationen unter anderem auch mit den Aspekten „Schönheit“ und „Körperwahrnehmung“ auseinanderzusetzen.
- Der stark nachgefragte Stationen-Parcours zur Suchtprävention des SPZ bietet mit einer Lernstation Schülerinnen Gesprächs- und Reflexionsanlässe über Essgewohnheiten. Begleitend zum Parcours finden schulinterne Lehrerfortbildungen und Unterrichtsberatungen statt.
- In Lehrerfortbildungen zur Sexualerziehung und auf Elternveranstaltungen zur Pubertät des LI wird das Thema „Körperbilder“ regelhaft bearbeitet. Dabei wird auch der Aspekt „Intimchirurgie und -rasur“ aufgegriffen.
- In der Informationsbroschüre „... und ewig droht das Essen“ des Jugendinformationszentrums erhalten Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte hilfreiche Hinweise zur Vermeidung von Essstörungen.
- Aktuelle Informationen finden sich außerdem auf dem Hamburger Jugendserver. Dort wird unter anderem auf die Informationsbroschüre des Bundesfamilienministeriums „Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet“ hingewiesen.

j) Die Spritze gegen Gebärmutterhalskrebs, die für weibliche Jugendliche unter 17 Jahren von den Kassen übernommen wird, ist umstritten. Es besteht der berechtigte Eindruck, dass über die Nachteile aufgrund der lukrativen Einnahmequelle nicht ausführlich genug informiert wird, sodass keine selbstbestimmte Entscheidung stattfindet, sich impfen zu lassen. Über welche Erkenntnisse verfügt der Senat diesbezüglich und warum wurde die ursprüngliche Idee, auch Jungen impfen zu lassen, aufgegeben?

Der Senat teilt die Einschätzung nicht, dass über die Vor- und Nachteile der HPV-Impfung einseitig informiert wird. Ihm ist besonders daran gelegen, dass in einer kontrovers geführten Diskussion zu Für und Wider der Impfung durch sachdienliche Infor-

mationen zu einer informierten Entscheidung der Betroffenen beigetragen wird. Aus diesem Grund wird in Hamburg derzeit eine gemeinsame Erklärung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erarbeitet, in der unter Abwägung aller Argumente eine Grundlage geschaffen wird, mittels der die Betroffenen zu einer für sich tragfähigen Entscheidung in Bezug auf die Durchführung der Impfung kommen können.

Die ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt im Epidemiologischen Bulletin 30/2009 zur Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs eine generelle Impfung gegen Humane Papillomviren (Typen HPV 16, 18) für alle Mädchen im Alter von zwölf bis 17 Jahren. Die Impfung von Jungen ist in der Empfehlung nicht enthalten. Die STIKO begründet dies damit, dass über die epidemiologische Wirksamkeit der Immunisierung von Jungen und Männern zur Verhinderung der Infektion bei Frauen keine ausreichenden Daten vorliegen.

- k) *Die dritte Befragung von Obdachlosen nach 1996 und 2002 hat in 2009 ergeben, dass obdachlose, auf der Straße lebende Frauen zwar häufiger als Männer über eine Krankenversicherungskarte verfügen, ihren Gesundheitszustand insgesamt jedoch schlechter einschätzen. Außerdem ist schätzungsweise jede fünfte obdachlose Person in Hamburg eine Frau.*

Welche besonderen ärztlichen Zugänge haben obdachlose, auf der Straße lebende, Frauen – mit und ohne Krankenversicherungskarte und wie will der Senat es ermöglichen, dass sie künftig auch einen direkten, niedrigschwelligen Zugang zu Gynäkologen und Gynäkologinnen erhalten?

Obdachlose, auf der Straße lebende Frauen haben grundsätzlich Anspruch auf eine Behandlung im medizinischen Regelsystem. Der Anteil der Frauen, die auch die Rahmenbedingungen erfüllen und zum Beispiel im Besitz einer Krankenversicherungskarte sind, ist sehr hoch. Dennoch wird das Regelsystem selten in Anspruch genommen. Die Gründe dafür sind vorwiegend sozialer Art, das heißt, die potenziellen Patientinnen haben persönliche Gründe, keinen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Ein weiterer Grund ist die Erhebung der erforderlichen Zuzahlungen für ärztliche Behandlung und Arznei- und Verbandsmittel. Auf die Zuzahlungen kann aufgrund der bestehenden Rechtslage kein Einfluss genommen werden, um die Situation zu begünstigen. Die sozialen Hemmnisse, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen, können über längerfristige Vertrauensarbeit abgebaut werden. Deswegen ist die Kooperation von niedergelassenen und anderen Ärzten mit Einrichtungen der Wohnungshilfe beispielgebend.

Obdachlose, auf der Straße lebende Frauen können zusätzlich die niedrigschwelligen medizinischen Hilfeangebote für Obdachlose wahrnehmen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die medizinischen Sprechstunden im Pik As, der Kemenate e.V. (speziell für Frauen) und der Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße. Hinzu kommt die Ambulante Hilfe des Caritasverbandes (Krankenmobil und Zahnarztmobil), die regelmäßig bestimmte Treffpunkte der Obdachlosenszene anlaufen und direkt vor Ort tätig sind.

Die gynäkologische Behandlung von obdachlosen Frauen bedarf, mehr noch als die bloße medizinische Betreuung, eines besonderen Vertrauens gegenüber den behandelnden Ärzten. Hinzu kommt eine viel höhere zu überwindende Schamgrenze der Betroffenen und es bedarf vor allem eines entsprechend geeigneten Behandlungsortes. Dies ist im Rahmen des niedrigschwelligen Systems nicht zu erreichen. Die im niedrigschwelligen Hilfesystem tätigen Ärzte versuchen deshalb, in solchen Fällen Kontakte zu einschlägigen Praxen herzustellen.

11. Empfehlungen

- a) *Wie steht der Senat zu der Empfehlung, ein Pilotprojekt „Frauengesundheitsinformation“ einzurichten? Welche Überlegungen und Maßnahmen hat es diesbezüglich seit 2001 gegeben?*

- b) *Wie steht der Senat zu der Empfehlung, einen „Frauengesundheitsbrief“ zu entwickeln? Welche Überlegungen und Maßnahmen hat es dazu seit 2001 gegeben?*

Männer und Frauen haben unterschiedliche gesundheitliche Probleme, zeigen ein anderes Gesundheitsverhalten und Körperbewusstsein und haben daher auch unterschiedliche Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies wird in gesundheitsbezogenen Informationen zielgruppenspezifisch berücksichtigt. Die stärkere Vernetzung bereits bestehender Angebote sowie eine intensivere Nutzung bereits vorhandener Strukturen werden seitens der zuständigen Behörde für alle Zielgruppen angestrebt.

In der Broschüre „Anruf genügt ... Rat und Hilfe für Frauen“ (2008) hat die Behörde für Soziales Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) Beratungseinrichtungen gezielt aufgelistet, die sich an Frauen richten oder die von Frauen oft nachgefragt werden.

Derzeit wird von der BSG die Datenbank „Hamburger Gesundheitswegweiser“ aufgebaut. Mit ihr werden Informationen und Hinweise auf regionale Angebote, die zu einem gesunden Lebensstil und zur Erhaltung, Stärkung oder Wiedererlangung der Gesundheit beitragen, zur Verfügung stehen. Darin sind auch Informationen für die Zielgruppe Frauen vorgesehen. Die oben genannten Empfehlungen für ein Pilotprojekt „Frauengesundheitsinformation“ und einen „Frauengesundheitsbrief“ werden deshalb aktuell nicht weiter verfolgt.

- c) *In den Empfehlungen von 2001 werden analog wie in den USA einzurichtende „Women's Care Center“ vorgeschlagen. Ziel ist ein niedrigschwelliges Dienstleistungszentrum für Frauen mit beratendem Fachpersonal mit neuester Technologie ausgestattet und in ansprechender Atmosphäre, damit die Entscheidungsfreiheit bei allen erdenklichen Fragen zur Gesundheit gestärkt wird.*

Ist ein solches Zentrum jemals vom Senat angedacht oder geplant gewesen, bestehen konkrete Planungen und wenn ja, in welchem Stadium befinden sie sich?

Wenn nein, warum nicht?

Nein. Ein Bedarf wird hier von der zuständigen Behörde nicht gesehen.

12. *Berichte zur Gesundheit*

In im Mai 2009 herausgegebenen Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg heißt es, dass in den kommenden Jahren Berichte zur Gesundheit rund um die Geburt, zur Gesundheit im mittleren Lebensalter und zur Gesundheit älterer Menschen geplant sind und in den kommenden Jahren veröffentlicht werden.

- a) *Wann ist konkret mit diesen Berichten zu rechnen?*

- Bericht zur Gesundheit rund um die Geburt: Anfang 2010
- Bericht zu Gesundheit im mittleren Lebensalter: Ende 2011
- Berichte zur Gesundheit älterer Menschen: 2010

- b) *Wer ist an der Erstellung dieser Berichte beteiligt?*

- Bericht zur Gesundheit rund um die Geburt: Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung Hamburg (EQS) c/o Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. (HKG)
- Bericht zu Gesundheit im mittleren Lebensalter: Robert Koch-Institut
- Berichte zur Gesundheit älterer Menschen: LUCAS – Longitudinale Urbane Kohorten Alters-Studie: Forschungsverbund unter der Leitung von Prof. Dr. Renteln-Kruse des Albertinen-Hauses (Fördermittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF); www.geriatrie-forschung.de)

- c) *Werden geschlechtsspezifische Besonderheiten gesondert ausgewiesen?*

Ja.

- d) *Ist auch mit einem Bericht zur Frauengesundheit zu rechnen?*

Wenn ja wann?

Wenn nein, warum nicht?

Nein, die gesundheitliche Lage von Frauen wird in den Lebensphasenberichten berücksichtigt und beschrieben (siehe Drs. 18/6261).