

Grußwort von Andrea Fischer, Bundesministerin für Gesundheit

Gerne habe ich die Einladung zur heutigen Tagung angenommen, denn das Thema Frauengesundheit liegt mir sehr am Herzen. Die engagierte Arbeit des Arbeitskreises Frauengesundheit verfolge ich mit großer Aufmerksamkeit. Es ist Ihnen gelungen, mit Ihren Tagungen immer wieder relevante Aspekte der Frauengesundheit zu thematisieren und damit gesellschaftliche Diskussionsprozesse zu befördern.

Die Frauengesundheitsbewegung insgesamt hat in den mehr als 25 Jahren ihres Bestehens grundlegende Perspektivveränderungen im Gesundheitswesen erreicht. Gesundheit und Wohlbefinden haben nicht nur biochemische Voraussetzungen. Dies gehört zu den Alltagserfahrungen von Frauen, die Frauengesundheitsbewegung hat diese Erkenntnisse politisiert. Frauen sind anders krank als Männer; auf psychische Krisen und schlechte Lebensumstände reagieren sie häufig unmittelbarer und schneller mit Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Frauen beschäftigen sich mehr mit ihrem Körper und sie werden im Durchschnitt wesentlich älter als Männer.

Aber auch unser Gesundheitssystem reagiert auf Frauen anders als auf Männer. Allzu oft werden Frauen eher als krank und behandlungsbedürftig angesehen. So erhalten zum Beispiel Frauen doppelt so häufig Medikamente verschrieben wie Männer. Ganze Phasen der weiblichen Biografie, wie z.B. die Schwangerschaft oder die Wechseljahre, werden vorrangig als medizinisches Problem gesehen. Dieser Tendenz zur Pathologisierung des Weiblichen hat sich die Frauengesundheitsbewegung wirksam entgegengestellt.

Ein bisschen gestolpert bin ich zunächst über den Titel der Tagung. Die Beschränkung auf ein Organ, die Brust, schien mir ein wenig im Widerspruch zu stehen zum ganzheitlichen Ansatz der Frauengesundheitsbewegung. Allerdings erweist sich das Programm der Tagung als sehr vielschichtig. Es geht um das Thema Frauen und ihre Brüste in vielen unterschiedlichen Facetten. Dabei wird nicht nur die Problematik des Brustkrebses angesprochen, son-



dern – und diesen Punkt erachte ich für genauso wichtig – auch die gesunde Brust und die mit ihr verbundenen lustvollen Aspekte für Frauen werden thematisiert.

Viel zu lange hat man sich ausschließlich mit Krankheiten und Krankheitsentstehungen beschäftigt. Nur wenig wurden dabei die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen in den Blick genommen. Zu selten wurde auch die Frage gestellt, was Menschen gesund macht und gesund erhält. Erst in den letzten Jahren hat diese Perspektive an Bedeutung gewonnen. Das schöne Fremdwort dafür lautet ‚Salutogenese‘. Diese Entwicklung ist von der Public Health Bewegung sehr wesentlich initiiert und beeinflusst worden, aber auch im Rahmen der psychologischen Präventions- und Gesundheitsforschung hat die Salutogenese an Bedeutung gewonnen.

Die weibliche Brust steht für vieles. In erster Linie ist sie als sekundäres Geschlechtsmerkmal von Frauen quasi naturgemäß ein Sexualsymbol. Sie ist das Symbol für Weiblichkeit. Sie steht für Weichheit, Wärme und Geborgenheit und durch ihre Stillfunktion auch für ‚Nähren‘ und ‚Sattmachen‘. Der intensive und lustvolle Körperkontakt mit der mütterlichen Brust beim Stillen ist die Primärerfahrung eines Menschen.

Ich denke, es gibt fast keine Frau, die ihren Brüsten nicht irgendwann in ihrem Leben einmal kritisch gegenüberstand. Sie sind zu klein, zu groß, zu spitz, zu flach, zu schlaff, zu ungleich. Wir erleben außerdem, dass die Brust kein starres Organ ist; sie verändert sich im Laufe des Menstruationszyklus. Für manche von uns macht sie sich auch immer wieder schmerzhaft bemerkbar. Und sie verändert sich auch im Laufe des Lebens. In fast allen Kulturen ist die Brust ein erotisches Symbol. Auch wenn wir in die Geschichte schauen, begegnen wir dem Mythos der Brust in unterschiedlicher Weise, ausgedrückt zum Beispiel in der Kunst.

Die Vorbilder für die ideale weibliche Brust änderten sich im Laufe der Jahrhunderte und werden sich vermutlich auch weiterhin ändern. Schon im 14. Jahrhundert gab es spezielle Vorrichtungen um die Brüste flachzudrücken, ähnlich war das Schönheitsideal in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts. Vom 16. bis zum 19. Jahrhundert wurden mit Hilfe von Korsetts die Taillen enger geschnürt und die Brüste dadurch betont. Auch heute geht die Mode mit den push-up BHs zum Teil wieder in diese Richtung. Damit ist es für Frauen schwer, ein natürliches Verhältnis zu ihrer Brust zu entwickeln, weil die Einstellung sich sehr stark an dem jeweiligen Schönheitsideal orientiert.

Im Zuge der Frauenbewegung wurde die Vermarktung des weiblichen Körpers mit dem Ziel der alleinigen Bedürfnisbefriedigung des Mannes kritisiert. Der Frauenbewegung ist es gelungen, uns für den missbräuchlichen Umgang mit der weiblichen Brust als Sexualobjekt, z.B. im Rahmen der Werbung, zu sensibilisieren. Wirklich geändert hat sich auf diesem

Gebiet bislang jedoch nur wenig. Man denke nur an die Titelblätter der Magazine, wie z.B. diese Woche wieder der *Spiegel*.

Ein wichtiger Akt zu Beginn der neuen Frauenbewegung war auch die Abkehr vom BH. Dieser Trend hielt allerdings nicht allzu lange an, weil schnell klar wurde, dass das Verbrennen der BHs nur wenig zu einer Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse beitragen konnte. Dennoch war es ein wichtiges Symbol der Befreiung. Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Verhältnis von Frauen zu ihrer Brust sehr vielfältig und zum Teil auch zwiespältig ist und bleibt.

Lassen Sie mich aus all den Themen, über die es sich in diesem Kontext nachzudenken lohnt, die beiden herausgreifen, die in meiner Zuständigkeit liegen: Das sind die Themen ‚Stillen‘ und ‚Brustkrebs‘.

In den vergangenen Jahrzehnten konnte weltweit ein Trend weg von der traditionellen und natürlichen Säuglingsernährung durch das Stillen hin zur Flaschennahrung beobachtet werden. Gerade für die Generation unserer Mütter wurde der gesamte Stillvorgang zum Problem gemacht. Die Hilfe bei auftretenden Stillproblemen war ungenügend. Die Verhältnisse in den Entbindungskliniken, wie z.B. die getrennte Unterbringung von Müttern und Säuglingen, strikt einzuhaltende Fütterungszeiten und Förderung des Abstillen bei Problemen sowie das – heute verbotene – kostenlose Verteilen von Babynahrung, trugen oft dazu bei, die Mütter eher vom Stillen abzuhalten als dieses zu fördern.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Entwicklung traten am deutlichsten und schnellsten in den Entwicklungsländern zutage. Die Säuglingsmilch war teuer, deshalb wurde sie zu sehr verdünnt. Außerdem war häufig kein einwandfreies Trinkwasser für die Zubereitung von Flaschennahrung vorhanden. Dies führte zum Tode vieler Säuglinge. Nach und nach aber wurden Nachteile für die Gesundheit von Mutter und Kind durch das Vernachlässigen des Stillens und die allzu unkritische und leichtfertige Verwendung von Flaschennahrung aber auch in den Industrieländern immer offensichtlicher. Eine wichtige Erfahrung für Mutter und Kind ging verloren. Außerdem konnte beobachtet werden, dass nicht gestillte Kinder häufiger unter Allergien leiden. Denn die Muttermilch enthält Bestandteile, die das noch nicht ausgereifte Immunsystem des Säuglings stärken und diesen vor Infektionen schützen. Eine neue Untersuchung weist auch darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Stillen und späteren Problemen mit Übergewicht geben soll.

UNICEF und WHO hatten deshalb auf dem Weltkindergipfel 1990 durch die INNOCENTI-Deklaration die Förderung des Stillens als vorrangiges Ziel verabschiedet. Die Bundesregierung hat sich 1992 einem Beschluss der Weltgesundheitsversammlung angeschlossen, die INNOCENTI-Deklaration auf nationaler Ebene zu unterstützen. Zu diesem Zweck hat das

BMG 1993 die Nationale Stillkommission beim Robert-Koch-Institut ins Leben gerufen, die ihre Arbeit 1994 aufgenommen hat.

Die Aufgaben der Nationalen Stillkommission, die jetzt beim Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin angesiedelt ist, bestehen hauptsächlich in

- der Beratung der Bundesregierung hinsichtlich gesundheitspolitischer Initiativen zur Beseitigung von Stillhindernissen,
- der Koordinierung der Durchführung von Maßnahmen zur Stillförderung,
- der Hilfe bei der praktischen Umsetzung von Rechtsverordnungen, Richtlinien und Empfehlungen,
- des Vorantreibens der Stillförderung innerhalb der Berufsorganisationen sowie
- der Evaluation und Berichterstattung.

Es ist schon ein wenig merkwürdig, dass ein an sich so natürlicher und selbstverständlicher Vorgang wie das Stillen heutzutage offenbar soviel institutioneller oder auch staatlicher Förderung bedarf. Es ist ein Zeichen dafür, wie sehr wir uns in unserem Lebensstil von den natürlichen Abläufen entfernt haben. Den einfachen Weg zurück gibt es nicht mehr. Die Rückbesinnung auf das Stillen erfordert jedoch neben professioneller Förderung vor allem die Unterstützung der Frauen durch das familiäre und gesellschaftliche Umfeld.

Lassen Sie mich etwas ausführlicher auf das zweite Thema im Zusammenhang mit der Brust eingehen, den Brustkrebs. Für manche Frauen wird ihr Verhältnis zu ihrer Brust durch die Angst vor Brustkrebs überschattet. Mit ihren Ängsten vor dieser Krankheit, vor dem Sterben und vor der Verstümmelung stoßen Frauen in einem von Männern geprägten Medizinbetrieb zum Teil auf wenig Verständnis. Obwohl inzwischen bewiesen ist, dass Brustamputationen oft überflüssig sind, werden sie immer noch erschreckend häufig empfohlen. Somit hat diese Angst durchaus eine reale Ursache.

Lassen Sie mich einige Fakten nennen, auch wenn sie den meisten der hier Anwesenden wohlbekannt sind:

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken jährlich nahezu 43.000 Frauen an Brustkrebs, davon mehr als 15.000 im Alter unter 60 Jahren. Brustkrebs stellt somit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar und ist für ca. 25% aller Krebsneuerkrankungen und 18% aller Krebstodesfälle bei Frauen verantwortlich. Das mittlere Erkrankungsalter bei Brustkrebspatientinnen liegt bei 63 Jahren*. Die Fakten stehen also im Widerspruch zu der in der Öffentlichkeit immer wieder vorhandenen Auffassung, dass Brustkrebs in erster Linie junge Frauen betreffe.

* Anm. der Red.: Geschätzte Zahlen, Quelle: Robert-Koch-Institut

Die in Deutschland ermittelte Neuerkrankungsrate für Brustkrebs bei Frauen liegt im EU-Vergleich im mittleren Bereich; die höchsten Erkrankungsraten finden sich in den Niederlanden, Belgien, Schweden und Dänemark, die niedrigsten in den südeuropäischen Ländern wie Griechenland, Spanien, Portugal und Italien.

Für Brustkrebs gilt ähnlich wie für viele andere Krankheiten, dass die Forschung immer neue Erkenntnisse über Faktoren an den Tag bringt, die eine Gefährdung zur Entwicklung bestimmter Krebskrankheiten anzeigen. Welche Faktoren jedoch bei der einzelnen Frau zur Krebsentstehung führen, ist immer noch ungeklärt. Als Risikofaktoren gelten Hormone, Pflanzenschutzmittel, Viren, Strahlung, die Ernährung und vieles mehr.

In den letzten Jahren sind durch die verstärkte Ausrichtung der Medizin in Richtung Molekularbiologie auch die genetischen Voraussetzungen für Brustkrebs in die Diskussion gekommen. So sind beim Brustkrebs zur Zeit zwei Gene, das BRCA₁- und BRCA₂- Gen bekannt, bei deren Nachweis für die betroffenen Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entstehung von Brustkrebs assoziiert wird.

Was jedoch fehlt, sind Erkenntnisse darüber, wie mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen umzugehen ist. Was muss man einer Frau empfehlen, die aufgrund von Brustkrebsfällen in der Familie verunsichert ist? Kommt für sie eine entsprechende Testung infrage? Und wenn ja, welcher Rat ist in welcher Form zu geben, falls die Untersuchung tatsächlich das Vorliegen des befürchteten genetischen Schadens ergibt? Was soll sie tun, was hat der Arzt zu veranlassen, gerade unter dem Aspekt, dass noch kein Brustkrebs vorliegt? Wie kann sie nicht nur medizinische, sondern vor allem auch psycho-soziale Beratung und Unterstützung erfahren?

Um hier zu besseren wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen zu gelangen, läuft inzwischen ein von der Krebshilfe gefördertes, multidisziplinäres Projekt an 12 Zentren in Deutschland. Es soll zur Klärung dieser Fragen von der Epidemiologie über genetische die Beratung bis hin zu therapeutischen Maßnahmen incl. der dauerhaften Beobachtung beitragen. Wichtig ist mir dabei jedoch, dass alle Risikofaktoren immer nur Aussagen über eine relativ höhere Gefährdung treffen können, nicht jedoch über die Frage, ob die einzelne Frau an Krebs erkrankt. Denn für Krebs gilt ebenso wie für die meisten anderen Krankheiten, dass immer ein ganzes Bündel von Faktoren ursächlich ist.

Auch die erweiterten Möglichkeiten der Diagnostik werfen neue Probleme auf. Ich möchte die Gelegenheit nutzen und vor Ihnen als Expertinnen für Frauengesundheit ein Thema ansprechen, das in den vergangenen Wochen und Monaten viele Frauen verunsichert hat. Ich spreche von der Mammographie, um genau zu sein, von dem komplizierten Sachverhalt im Zusammenhang mit der Einführung eines Mammographie-Screenings in Deutschland.

Auch der AKF hat sich in den letzten Wochen intensiv mit dieser Frage auseinander gesetzt und sicher wird dieses Thema auch auf dieser Tagung eine große Rolle spielen.

Viele empörte und verunsicherte Frauen haben sich an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt; sie hatten von ihren Ärzten und Ärztinnen die Auskunft erhalten, dass die Mammographie neuerdings nicht mehr zum Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkasse gehöre, weil „die Politik“, also die Gesundheitsministerin persönlich, dieses aus Sparsamkeitsgründen ausschließe. Sie alle hier im Saal wissen, dass diese Information nicht den Tatsachen entspricht.

Eine routinemäßige Screening-Mammographie war noch nie Teil des Krebsfrüherkennungsprogramms und damit auch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Unberührt davon ist die seit vielen Jahren eingeführte und in erheblichem Umfang angewandte sog. ‚kurative‘ Mammographie, d.h. die Veranlassung dieser Untersuchung bei verdächtigem oder abklärungsbedürftigem Befund oder bei familiärem Risiko.

Studien aus dem Ausland haben zum Teil einen Nutzen dieser Früherkennungsmaßnahme festgestellt, sie sind aber letztendlich nicht unumstritten. Gerade die Frauengesundheitsbewegung hat sich in der Vergangenheit eher kritisch mit dieser Form der Früherkennung auseinander gesetzt. Denn jede Mammographie bleibt ein Risiko für die gesunde Frau und mögliche falsch positive Befunde können zu einer großen Beunruhigung der Frauen führen.

Das wichtigste ist deshalb, dass hohe Qualitätsanforderungen an die Mammographie gestellt werden und dies gilt ebenso für die kurative Mammographie wie für die geplanten Modellversuche zum Mammographie-Screening. Nur ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening wird für Frauen wirklich von Nutzen sein und die erhofften Verbesserungen hinsichtlich des Rückganges der Krebssterblichkeit bei Brustkrebs mit sich bringen.

Die Verantwortung für die Einführung eines Mammographie-Screenings in Deutschland liegt in den Händen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen. Und ich denke, dass es gerade angesichts der Risiken richtig ist, dass sich die Selbstverwaltung zunächst auf einige Modellversuche für ein Mammographie-Screening beschränkt.

Soweit Röntgenstrahlen, wie hier bei der Mammographie, zur Anwendung kommen sollen, sind auch die rechtlichen Bestimmungen des Strahlenschutzes zu beachten. Nach der jetzigen Röntgenverordnung dürfen Röntgenstrahlen nur angewandt werden, wenn dies aus ärztlicher Sicht geboten ist. Das wirft zumindest rechtliche Fragen bezüglich der Zulässigkeit von Röntgenreihenuntersuchungen – wie bei der Screening-Mammographie – auf. Allerdings wird an einer diesbezüglichen Novellierung der Röntgenverordnung intensiv gearbeitet.

Im Zusammenhang um die Diskussion zur Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings rückt die Brustselbstuntersuchung häufig in den Hintergrund der Diskussion.

Diese Untersuchung – regelmäßig angewendet – kann auch einen Beitrag zur Früherkennung des Brustkrebses leisten. Daher ist die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust nicht ohne Grund Bestandteil des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms. Ich denke jedoch, dass unabhängig von der Frage des Brustkrebses die Selbstuntersuchung ein wichtiger Schritt sein kann für Frauen, sich intensiver mit dem eigenen Körper auseinander zu setzen. Denn je besser wir uns selbst kennen, um so eher ist es möglich, Veränderungen im Körper zu erspüren und ernst zu nehmen. Deshalb ist es wichtig, wie diese Untersuchung Frauen – nicht zuletzt unter psychologischen Gesichtspunkten – vermittelt wird.

Auch wenn unserer Bestrebungen in erster Linie darauf gerichtet sind, Brustkrebs zu verhindern, so ist es doch genauso wichtig, den Frauen, die an Brustkrebs erkranken, ein Leben mit dieser Krankheit zu ermöglichen.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass das Gesundheitssystem den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst wird und nicht umgekehrt. Dies ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform 2000, die zur Zeit breit diskutiert wird.

Ein wesentlicher Defizitpunkt in unserem Versorgungssystem ist die bestehende starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Doppeluntersuchungen, doppeltes Vorhalten von medizinischen Geräten, das Hin- und Herschieben von Patientinnen aus finanziellen Gesichtspunkten und mangelhafter Informationsfluss sind Beispiele für diese fehlende Verzahnung.

Gerade eine optimale, qualitativ hochwertige onkologische Versorgung erfordert die Zusammenarbeit von Hausärztinnen, spezialisierten Ärztinnen im Krankenhaus und freier Praxis, von Reha-Kliniken und anderen Einrichtungen zum Wohl der Krebspatientinnen auf regionaler wie überregionaler Ebene. Besonders wichtig ist auch die Einbeziehung von Pflegekräften und anderen Heilberufen in die Betreuung. Auch die Selbsthilfegruppen von betroffenen Frauen gehören dazu. Dieses Ziel wird nur erreichbar sein, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren.

Die Krankenkassen sollen deshalb mit der Gesundheits-Reform 2000 die Möglichkeit erhalten, integrierte Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, zwischen ambulantem und stationärem Bereich anzubieten.

In der Krebsbehandlung gibt es bereits einige vielversprechende Ansätze für die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung wie z.B. die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 1995 einen Studienverbund ‚Feldstudien‘, der die Versorgung von Krebskranken im Einzugsgebiet von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten systematisch bewerten und flächendeckend verbessern soll. In insgesamt fünf Zentren im Bundesgebiet werden Maßnahmen gefördert, in denen es um die Qualität der Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom geht. Um für die Anforderungen der Zukunft gerüstet zu sein, werden dabei nicht nur die medizinischen Versorgungsleistungen kontinuierlich dokumentiert und analysiert, sondern auch die subjektive Einschätzung der Patientinnen zu ihrer aktuellen Lebensqualität erhoben.

Gerade chronisch Kranke sind vor allem auf Informationen über Krankheiten, aber auch über Behandlungsmöglichkeiten existenziell angewiesen. Information ist die entscheidende Voraussetzung, um sich aktiv in den eigenen Behandlungsprozess einmischen zu können. Für Krebspatientinnen existieren dabei bereits vielfältige Möglichkeiten.

Nach wie vor stark nachgefragt ist der (telefonische) Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg. Ich verhehle nicht, dass ich ein wenig stolz bin, es geschafft zu haben, diese Einrichtung über die Modellphase hinaus in eine nun ebenfalls schon über Jahre gehende Projektförderung zu bringen. Allerdings setzen die eng gewordenen finanziellen Mittel des Bundes hier Grenzen, zumal es sich um eine freiwillige Leistung, keine gesetzlich verankerte handelt. Es wird also für die nähere Zukunft einerseits darauf ankommen, neben dem Land Baden-Württemberg andere Mitfinanziers bzw. weitere Finanzierungsquellen zu erschließen, damit der Krebsinformationsdienst bei weiter steigendem Mittelbedarf seine gewohnte hohe Qualität und Leistungsfähigkeit aufrechterhält. Zudem sollte aber das vorhandene Wissen nicht allein per Telefon, sondern auch mittels moderner elektronischer Medien nutzbar sein, ohne dass damit der direkte persönliche Kontakt, wie ihn KID bietet, ersetzbar wäre.

Zur Aufklärung und Information über Brustkrebs gibt es daneben auch lokale Initiativen, so z.B. die Berliner Brustkrebs-Initiative. Sie hat eine telefonische Hotline eingerichtet, die Frauen helfen soll, sachkundige und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Für viele Frauen ist gerade die räumliche Nähe und die Möglichkeit, andere betroffene Frauen vor Ort auch persönlich zu sprechen und kennen zu lernen, wichtig.

Abschließend möchte ich Ihnen einige Schwerpunkte unserer aktuellen gesundheitspolitischen Überlegungen vorstellen, die für Sie und Ihre Arbeit von besonderem Interesse sein dürften, weil Sie Ihre Bemühungen um eine ganzheitliche Sichtweise auf das Thema Gesundheit unterstützen.

Die Gesundheitsreform 2000 wird in der Öffentlichkeit zu sehr unter dem Finanzaspekt diskutiert. Unter den Tisch fallen dabei diejenigen inhaltlichen Reformschritte, mit denen wir

wichtige Forderungen, die gerade auch von der Frauengesundheitsbewegung entwickelt wurden, aufgreifen. Es geht uns um eine Verbesserung der Position der Patientinnen und Patienten innerhalb des System. Wir haben vielfältige Maßnahmen zur **Stärkung der Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention** festgeschrieben. Denn viele dieser Angebote wurden in der Vergangenheit zu über 70% von Frauen in Anspruch genommen. Wir beginnen mit dem Ausbau der Patientenrechte, eine zentrale Forderung der Gesundheitsbewegung.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die **Stärkung der Selbsthilfe**. Denn auch hier engagieren sich viele Frauen. Gerade bei Krebspatientinnen erlangten die Selbsthilfegruppen in den letzten Jahren – vor allem im Bereich der Nachsorge und Krankheitsbewältigung – eine herausragende Bedeutung.

Mit all diesen Maßnahmen wollen wir die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten stärken. Das bedeutet für uns nicht, wie es unter der alten Regierung war, sie immer stärker selbst an den Kosten zu beteiligen. Es geht uns darum, die besten Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Menschen als gleichberechtigte Partner in alle Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit einbezogen werden.

Mit diesen Maßnahmen ist das Thema Frauengesundheit jedoch keineswegs für uns erledigt. Für mich ist Frauengesundheitspolitik eine Querschnittsaufgabe, die wir wirksam in den unterschiedlichen Feldern der Gesundheitspolitik verankern müssen. Sie umfasst auch eine bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung der vielen **Gesundheitsberufe**, die in erster Linie Frauenberufe sind oder den Bereich der **„medizinischen Forschung“**, der immer noch eher von Männern dominiert ist. Ein anderes wichtiges Thema ist **„Armut und Gesundheit“**, denn immer noch sind es in erster Linie Frauen, die von Armut betroffen sind. Auch die Frage, wie wir einer ganzheitlichen Medizin noch besser zum Durchbruch verhelfen können, ist noch nicht zufriedenstellend beantwortet.

Weil das Thema **„Frauengesundheit“** so vielschichtig ist, erscheint es mir sinnvoll, zunächst einmal in Form eines ressortübergreifenden **„Runden Tisches“** mit engagierten und klugen Frauen aus diesem Bereich zu überlegen, welche Themen vorrangig aufzugreifen sind, und welche Projektansätze geeignet erscheinen, die anstehenden Probleme einer Lösung näher zu bringen. Ich gehe davon aus, dass auch Vertreterinnen des AKF sich an dieser Debatte beteiligen werden. Gerade auf Ihren breiten Erfahrungshintergrund kann aus meiner Sicht hierbei keinesfalls verzichtet werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.