

KLFR 20 22

Konferenz der Landesfrauenräte

Beschlüsse zur KLFR vom 24. – 26. Juni 2022

**Geschäftsführender Landesfrauenrat:
FrauenRat NRW**

Inhaltsverzeichnis

Beschlüsse der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

Stärkung der Geburtshilfe – für eine sichere und gesunde Geburt **1**

(Antrag gestellt vom LandesFrauenRat Hessen und Landesfrauenrat Thüringen)

Digitalisierung geschlechtergerecht gestalten **6**

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Niedersachsen)

**Gendermedizin umfänglich etablieren – in Forschung, Lehre,
bei der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation **7****

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Saarland)

**Für eine geschlechterinklusive Unfallforschung: Reduzierung des Gender Data
Gap **10****

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Sachsen-Anhalt)

Mehr Fortschritt wagen – Wahlrechtsreform mit Parität! **12**

(Antrag gestellt vom FrauenRat NRW)

Beschluss der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

(Antrag gestellt vom LandesFrauenRat Hessen und Landesfrauenrat Thüringen)

Stärkung der Geburtshilfe – für eine sichere und gesunde Geburt

Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert:

- die Vorlage eines Gesetzentwurfes bzw. Beschließung eines verbindlichen Bundesgesetzes zur Stärkung der Geburtshilfe vor Ort.
- die Geburtshilfe als Grundversorgung anzuerkennen. Wohnortnahe Versorgung und freie Wahl des Geburtsortes zu gewährleisten, die sowohl hinsichtlich Qualität als auch Quantität bedarfsgerecht ist. Schließungen der Geburtsstationen genau zu überprüfen und die dadurch entstandenen Konsequenzen und Auswirkungen bei der Krankenhausplanung der Bundesländer zu berücksichtigen.
- den im Koalitionsvertrag des Bundes versprochenen politischen Einsatz für eine 1:1-Betreuung (eine Hebamme/eine Gebärende) umzusetzen.
- die Verbesserung des Personalschlüssels in den geburtshilflichen Abteilungen. Hebammenvergütung in den Krankenhäusern in Personalkostenbudgets zu integrieren. Die Finanzierung der Geburtshilfe über die DRG (Diagnosis Related Groups) abzuschaffen. Die Geburtshilfe muss bedarfsgerecht finanziert werden.
- die Arbeitsbedingungen für Hebammen zu verbessern.
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Krankenhäusern zu gewährleisten.
- Gewalt und Übergriffigkeit begünstigende Strukturen müssen verändert werden um eine gewaltfreie, interventionsarme, sensible und personenzentrierte Geburtshilfe zu gewährleisten
- Chancengleichheit für alle Hebammen unabhängig ihrer Berufsabschlüsse zu gewährleisten und die Probleme in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen konsequent zu beheben.

Beschluss richtet sich an:

Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesministerium für Bildung und Forschung; Bundesministerium der Justiz; Zuständige Landesministerien

Begründung:

Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ enthält bereits seit seiner Veröffentlichung im Jahr 2016 die grundlegenden Forderungen zur nachhaltigen Stärkung der Geburtshilfe. Es ist daher höchste Zeit, diese politische Zielvorgabe, die ebenfalls im Koalitionsvertrag des Bundes im Jahr 2021 wieder aufgenommen wurde, umzusetzen. Dementsprechend fordern wir die Vorlage eines Gesetzentwurfes bzw. die Beschließung eines verbindlichen Gesetzes zur Stärkung der Geburtshilfe vor Ort, das alle o.g. Forderungspunkte umfasst. Bereits im Jahr 2019 wurde die Bundesregierung in einer Entschließung des Bundesrates (Drucksache 544/19 Beschluss) dazu aufgefordert, zeitnah mit einem Gesetzesentwurf die Geburtshilfe im Krankenhaus zu stärken.

Die Geburtshilfe und die Vorgänge um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettbetreuung sind als Teil der Daseinsvorsorge zu verstehen und die Sicherstellung eines flächendeckenden, guten Angebots für werdende Mütter und ihre Familie ist Aufgabe der Politik. Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert daher ein verbindliches Gesetz, das eine wohnortnahe geburtshilfliche Einrichtung mit einer Erreichbarkeit einer Geburtsklinik bzw. einer Geburtsstation in max. 30 km bzw. 30 Min. vom Wohnort garantiert. Allein im Jahr 2021 schlossen elf Kliniken endgültig ihre Kreißsäle. In den vergangenen fünfzehn Jahren waren es ein Drittel aller Geburtsstationen, trotz zuletzt steigender Geburtszahlen. Dieses Vorgehen wiederholt sich Monat für Monat deutschlandweit und als Gründe dafür werden Personalmangel und wirtschaftliche Gründe angegeben. Schließt ein Kreißsaal in einer Region, hat das besonders zwei Konsequenzen, die mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind einhergehen: fehlende wohnortnahe Versorgung sowie überfüllte verbleibende Kreißsäle. Eine längere Fahrzeit zum Geburtsort erhöht das Risiko von Komplikationen und ist mit einem schlechteren Geburtsverlauf verbunden. Es kann nicht sein, dass Schließungen ohne begründete Konzepte für die Versorgung der Familien vorstattgehen können und gesundheitliche Risiken als Kollateralschäden hingenommen werden.

Wir fordern daher, die Bedarfe der Familien in den Regionen rechtzeitig zu erfassen und – wenn eine Schließung unumgänglich und ggf. sogar sinnvoll ist – mögliche Defizite in der Versorgung aufzufangen. Die Geburtshilfe muss als Akutversorgung zur Notfall- und Grundversorgung mit in die Krankenhausplanung der Bundesländer aufgenommen werden. Weiterhin fordern wir die

Einhaltung der Wahlfreiheit der gebärenden Personen über die Art und Weise sowie den Ort der Geburt, welche rechtlich bereits garantiert sind, damit eine strukturelle Diskriminierung von gebärenden Personen im Gesundheitswesen ausgeschlossen wird.

Der im Koalitionsvertrag des Bundes versprochene politische Einsatz für eine 1:1-Betreuung (eine Hebamme/eine Gebärende), muss unverzüglich umgesetzt werden. Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung, während der gesamten Geburt durch eine dauerhaft anwesende (Bezugs-)Hebamme ist der sichere Weg der Geburtsbegleitung und muss gewährleistet werden. Unterschiedliche Studien belegen, dass bei dem Betreuungsmodell einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung deutlich weniger Periduralanästhesien (PDAs), weniger Dammschnitte (Episiotomien), weniger operative Geburten (Saugglocke, Zange) und es zu weniger Frühgeburten kommt. Laut eines Gutachtens des IGES Instituts im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hatten jedoch 63% der Gebärenden keine kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme. Die Folgen für Mutter und Kind sind: mehr Interventionen, höhere Risiken, Traumatisierungen und deutlich weniger physiologische Geburten. Weitere Folgen für das gesamte Gesundheitssystem sind: überfüllte Kreißsäle, die dauerhafte Doppelbelastung der Hebammen und des Pflegepersonals und dadurch Personalmangel in Kliniken. Die aktuellen Personalschlüssel, die für Hebammen in Deutschland vorgesehen sind, müssen dringend neu berechnet werden.

Darüber hinaus fordern wir erneut, analog zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, die Personalkosten für jede zusätzliche Hebammenstelle im Kreißaal und die Tarifsteigerungen für angestellte Hebammen zu refinanzieren.

Die von der Bundesregierung beschlossenen Pflegepersonaluntergrenze-Verordnung (PpUGV) vom 10.11.2021 hat absurderweise dazu geführt, dass auf Wochenstationen Hebammenstellen abgebaut wurden, da Hebammen nur mit einem Anteil von 5% einer Pflegekraft berücksichtigt wurden. Diese Sonderstellung der Hebammen in den Krankenhäusern muss beendet werden. Sie leisten genauso engagiert und gewissenhaft ihren Dienst wie das Pflegepersonal, die Therapeut:innen oder auch die Ärzt:innen. Es ist dringend notwendig, die prozentualen Grenzwerte komplett zu streichen und Hebammen analog zur Gesundheits- und Krankenpflege auf die PpUGV anzurechnen. Insofern ist die Integration der Hebammen in die Pflegebudgets überfällig. Die Finanzierung der Geburtshilfe über die DRG (Diagnosis Related Groups) ist abzuschaffen. Die Geburtshilfe muss bedarfsgerecht finanziert werden. Wir fordern deshalb die Einführung von Vorhaltepauschalen für eine fallunabhängige Grundfinanzierung von Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe. Dies ist ein wichtiger Schritt, um eine andere Personalplanung in diesen Abteilungen zu ermöglichen. Zudem fordern wir die Einführung einer eigenen Entgelttabelle für die Berufsgruppe „Hebamme“. Die Problematik der jährlich steigenden Kosten für Haftpflichtversicherungen für Hebammen stellt immer noch ein

Finanzierungsproblem in der gesamten Geburtshilfe dar. Um die 1:1-Betreuung zu gewährleisten müssen Hebammenstellen bedarfsorientiert aufgestockt werden. Der Arbeitsalltag in den Kliniken muss nachhaltiger gestaltet und nicht zuletzt die Arbeit der Hebammen besser vergütet werden.

Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern müssen verbessert werden und die Vereinbarkeit von Privatleben, insbesondere Care-Aufgaben und Beruf in Krankenhäusern muss gewährleistet werden. Ungesunde Arbeitsbedingungen führen zu permanenten Überlastungen und Personalmangel. Gewalt und Übergriffigkeit begünstigende Strukturen müssen analysiert und entsprechend verändert werden. Was immer eine Gebärende als übergriffig oder gewaltvoll empfindet, muss ernst genommen und vermieden werden. Alle Beteiligten haben die Pflicht, jede Frau bei der Geburt ihres Kindes bestmöglich zu begleiten. Ein offener Umgang und ein gesellschaftlicher sowie politischer Diskurs zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe ist die Grundlage für eine gewaltfreie, interventionsarme, sensible und personenzentrierte Geburtshilfe. Die Entscheidungen des medizinischen Personals müssen für Schwangere und Gebärende in jedem Schritt nachvollziehbar sein. Denn die psychischen und physischen Folgen für die Mütter, die keine selbstbestimmte Geburt erleben, wiegen teilweise schwer – auch für die Entwicklung des Kindes. Neue Strukturen und mehr Personal werden benötigt, um Gewalt in der Geburtshilfe zu verringern. Die strukturellen Fehlentwicklungen in der Geburtshilfe, die unter anderem zu starren Hierarchien im Kreißaal sowie zu einem berufsübergreifenden Personalmangel und zu permanenten Überforderungen und Stresssituationen führen, müssen erkannt und behoben werden. Alle beteiligten (medizinischen) Berufsgruppen müssen in der Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Neugeborenenmedizin Hand-in-Hand zusammenarbeiten.

Darüber hinaus fordern wir, die Chancengleichheit für alle Hebammen unabhängig ihrer Berufsabschlüsse herzustellen. Durch die Akademisierung des Hebammenberufes ist der Hebammenberuf attraktiver geworden und die Bewerber:innenzahlen sind dadurch gestiegen. Wir fordern jedoch, zeitnah ausreichende Hochschulplätze zu schaffen, um allen Interessierten die Möglichkeit zum Hebammenstudium zu gewährleisten, und somit die Versorgung durch Hebammen nachhaltig zu verbessern. Die Fachschulen bilden noch bis 2027 nach dem alten Recht aus und dies kann für die Hebammen eine Benachteiligung im beruflichen Wedergang bedeuten. Deshalb schlagen wir vor, eine Regelung festzulegen, welche sie den Studierenden gleichstellt und ihnen den direkten Zugang zum Masterstudiengang erlaubt.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Stärkung der Geburtshilfe steht in engem Zusammenhang mit einer guten Versorgung der Frauen und Familien, und hat somit eine enorme gesellschaftliche Tragweite. Die bestmögliche Betreuung von gebärenden Personen ist Aufgabe unseres Gesundheitssystems. Deshalb wird die Politik aufgefordert, dringend adäquate

Rahmenbedingungen für die Geburtshilfe zu schaffen, und den Bedarf von Frauen und Familien ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Aber auch die Interessen und besonderen Bedürfnisse von nicht-weiblichen Personen sind zu beachten.

Beschluss der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Niedersachsen)

Digitalisierung geschlechtergerecht gestalten

Die KLFR fordert die Bundesregierung auf, die Handlungsempfehlungen des Gutachtens „Digitalisierung geschlechtergerecht gestalten“ zum Dritten Gleichstellungsbericht aufzugreifen und zügig mit einer ressortübergreifend koordinierten Strategie umzusetzen. Von besonderer Bedeutung ist:

- Klaren Rechtsrahmen für mobile Arbeit schaffen, um Arbeitsschutz und Vereinbarkeit zu gewährleisten
- Faire Tätigkeitsbedingungen für Plattformarbeit und Crowdworking sichern
- Rechtlich verbindliche Standards für geschlechtergerechte und diskriminierungsfreie Softwaresysteme zu setzen, auch um Transparenz für den Einsatz algorithmischer Systeme zu schaffen
- Geschlechtsbezogener digitaler Gewalt entgegenzuwirken durch Informations- und Beratungsangebote sowie rechtliche Regeln zum Schutz betroffener Personen

Beschluss richtet sich an:

Bundesregierung; Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesministerium für Bildung und Forschung; Bundesministerium für Digitales und Verkehr; Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Justiz; Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz

Begründung:

Der Prozess der Digitalisierung hat insbesondere durch die Corona-Pandemie einen dynamischen Schub erfahren. Durch den zunehmenden Einsatz von Homeoffice haben sich neue Herausforderungen für die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Sorgearbeit ergeben. Vor allem Frauen* sehen sich mit alten Rollenbildern konfrontiert. Feststellbar sind geschlechtsspezifische Unterschiede bei Zugang, Nutzung und Gestaltung digitaler Technik, Kompetenzerwerb und Sichtbarkeit von Frauen* in digitalen Arbeitsprozessen. Notwendig ist es daher, Digitalisierung und Geschlechtergerechtigkeit zusammen zu denken und strategisch zu verzahnen.

Beschluss der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Saarland)

Gendermedizin umfänglich etablieren – in Forschung, Lehre, bei der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation

Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert alle Verantwortlichen auf, dafür Sorge zu tragen, dass Gendermedizin als personalisierte Medizin zum Wohl von Personen jeglichen Geschlechts Eingang findet in die Ausbildung, die Fort- und Weiterbildung und die tägliche Arbeit aller Gesundheitsberufe.

Forderungen:

- Erarbeitung von gendersensiblen und geschlechterspezifischen Standards im Hinblick auf Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für alle Berufe im Gesundheitswesen.
- Überarbeitung von Ausbildungsrahmenplänen und Lernzielkatalogen sowie Anpassung der medizinischen Leitlinien durch die zuständigen Fachgremien.
- Systematische Verankerung der gendermedizinischen Inhalte für alle Facharztgebiete in der Weiterbildungsordnung für Ärzt:innen durch die jeweiligen Landesärztekammern.
- Die geschlechtergerechte Erprobung eines Medikaments soll Voraussetzung für dessen Zulassung sein
- Erstellung eines Gesundheitsberichtes für jedes Bundesland unter spezieller Berücksichtigung sowohl von Frauengesundheit als auch Männergesundheit zur datengestützten Darstellung geschlechterspezifischer Faktoren in der Gesundheitsversorgung.
- Beachtung von Genderaspekten als Grundlage für Finanzierung von Forschung, Auftragsvergabe und Finanzierung von Kampagnen jedweder Art mit Gesundheitsbezug.
- Schaffung von Lehrstühlen für geschlechtersensible / geschlechterspezifische Medizin zur systematischen Verankerung geschlechterspezifischer Unterschiede in der medizinischen Ausbildung und Forschung.
- Schaffung von „Modellregionen für Gendermedizin“, wie in Österreich (Bsp. Kärnten).

Beschluss richtet sich an:

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Bildung und Forschung; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Medizinischer Fakultätentag; Dachverbände der Krankenkassen; die jeweiligen Landesministerien; MdBs im jeweiligen Bundesland

Begründung:

Die Nichtbeachtung des Geschlechtes bei der Diagnostik und Behandlung führt häufig zu Fehl-, Unter- und Überbehandlungen mit gesundheitlich nachteiligen Folgen für die Betroffenen. Daraus entstehen gravierende Versäumnisse und Mängel in den Vorsorgeempfehlungen und der Versorgung sowie unnötiger Einsatz von Versichertengeldern.

Die Forschung zeigt dies an Beispielen aus den diversen Fachgebieten, hier exemplarisch Kardiologie.

Am Beispiel des Fachgebietes der Kardiologie ist die Bedeutung des Geschlechtes bei Diagnostik und Therapie gut und langjährig erforscht. So sind Symptome eines Herzinfarktes bei Männern* und Frauen* sehr unterschiedlich. Bei Unkenntnis der spezifischen Symptome erfolgt eine Klinikeinweisung von betroffenen Frauen* auch heute noch oftmals gar nicht oder zu spät. Bei Klinikaufnahme von betroffenen Frauen* kommt es sodann häufig zu einer verzögerten Zuweisung auf eine adäquate Intensivstation.

Die Nichtberücksichtigung von Genderaspekten führt zu unnötigen Kosten im Gesundheitswesen.

Gerade das Gebiet der Pharmaforschung ist kostenrelevant. Bei acht von zehn Mitteln, die wieder vom Markt genommen werden mussten, waren Frauen* deutlich stärker von den Nebenwirkungen betroffen als Männer*, da die Forschung nur an Männern* durchgeführt wurde und wird. Erst am 31. Januar 2022 trat die acht Jahre zuvor verabschiedete Verordnung Nr. 536/2014 der Europäischen Union (EU) in Kraft, die den Missstand korrigieren soll. Demnach sollen künftig alle an einer klinischen Prüfung Teilnehmenden repräsentativ für die Bevölkerungsgruppen sein – das schließt Alter und Geschlecht mit ein.

Mehr Berücksichtigung von Genderaspekten im Studium der Medizin und Zahnmedizin und in der gesamten Ausbildung der Gesundheitsberufe

Selbst Studierende fordern dieses mittlerweile ein; an einigen Hochschulen gibt es auf Initiative von Studierenden Gendermedizin als Wahlfach. In einem offenen Brief an den Medizinischen Fakultätentag forderten 2021 Studierende verschiedener Verbände, u.a. des Dt. Ärztinnenbundes, Gendermedizin als prüfungsrelevantes Querschnittsfach zu etablieren.

Positive Beispiele für die Umsetzung sind das Institut für Gendermedizin an der Berliner Charité und der aktuell neu geschaffene Lehrstuhl für geschlechtersensible Medizin an der Uni Bielefeld.

Eine vom BMG geförderte Studie aus dem Jahr 2020 mit dem Titel „Aktueller Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte, Curricula und Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen“ stellt den aktuellen Stand der Integration von Geschlechtersensibilität und -wissen in den Ausbildungskonzepten der Gesundheitsberufe Humanmedizin, Gesundheits-, Kranken-/ Kinderkrankenpflege und Physiotherapie dar. Basierend auf Dokumentenanalysen und Befragungen legt das Gutachten dar, dass trotz eines verbreiteten Wissens über die Relevanz geschlechtersensibler Inhalte die strukturelle Integration bislang nur in einem geringen Umfang umgesetzt wurden.

Mangelnde Berücksichtigung von Geschlecht und Gender in klinischen Studien zu Covid-19 – aktuelles Beispiel

Obwohl sich das Coronavirus unterschiedlich auf Frauen* und Männer* auswirkt, stellt die große Mehrzahl der laufenden klinischen SARS-CoV-2- und Covid-19-Studien keinen Bezug zu Geschlecht und Gender her. Eine neue Metaanalyse von fast 4.500 klinischen Studien zeigt: Nur vier Prozent der ausgewerteten Studien sehen ausdrücklich vor, Geschlecht und Gender als Aspekte in ihre Analyse einzubeziehen.

Während der Pandemie stellte sich heraus, dass Frauen* und Männer* von einer Corona-Erkrankung unterschiedlich betroffen sind. So sind Männer* häufiger von schweren Krankheitsverläufen betroffen, müssen öfter im Krankenhaus behandelt werden und sterben schließlich im Zusammenhang mit dem Virus auch öfter. Woran das liegt, ist bisher noch nicht vollständig erforscht. Eine mögliche Konsequenz wäre jedoch, dass Frauen* und Männer* unterschiedlich therapiert werden müssten.

Ebenfalls besteht ein Zusammenhang zwischen Gender – der sozialen Geschlechterrolle – und der Wahrscheinlichkeit, sich mit dem Virus anzustecken: Frauen* sind häufiger als Männer* als Pflegekräfte tätig und arbeiten häufiger in Berufen mit vielen Kontakten. Dadurch steigt ihr Ansteckungsrisiko. Demnach müssen Gender und Geschlecht gleichermaßen in klinischen Studien und in der Gesundheitspolitik berücksichtigt werden.

(Originalstudie: Emer Brady, Mathias Wullum Nielsen, Jens Peter Andersen, Sabine Oertelt-Prigione: Lack of consideration of sex and gender in COVID-19 clinical studies. Nature Communications, <https://www.doi.org/10.1038/s41467-021-24265-8>, am 6. Juli 2021).

Beschluss der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

(Antrag gestellt vom Landesfrauenrat Sachsen-Anhalt)

Für eine geschlechterinklusive Unfallforschung: Reduzierung des Gender Data Gap

Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert das Bundesministerium für Digitales und Verkehr auf, sich für eine geschlechterinklusive Unfallforschung einzusetzen und den diesbezüglichen Gender Data Gap zur Verbesserung der Verkehrssicherheit aller Verkehrsteilnehmer:innen zu reduzieren. Dies beinhaltet insbesondere den verpflichtenden Einsatz von weiblich* proportionierten Crashtest-Dummys, die geschlechtergerechte Konzipierung der Ergonomie sowie die Positionierung von z.B. Lenkrad, Airbags, Kopfstützen und Sicherheitsgurten in Kraftfahrzeugen.

Beschluss richtet sich an:
Bundesministerium für Digitales und Verkehr

Begründung:

Wie sicher ein Fahrzeug für die Fahrzeuginsass:innen ist, wird in der Unfallforschung in der Regel mit Crashtest-Dummys, welche an die männliche* Anatomie angepasst sind, getestet. Der Dummy seinerseits sieht immer gleich aus, misst 1,78 Meter und wiegt 78 Kilogramm. Das entspricht genau dem sog. europäischen 50-Perzentil-Mann. Kinder und Frauen* deckt der Dummy demzufolge nicht ab.

Aufgrund maskulin-orientierter Ergonomie und Sicherheitstechnik in Autos, die anhand von männlich proportionierten Dummys entwickelt wurden, erleiden Frauen* bei Unfällen oft schwerere Verletzungen und sterben häufiger bei Verkehrsunfällen als Männer*.

Die Unfallforschung der Versicherer (UDV) stellte bereits vor Jahren fest, dass viele Frauen* und kleinere Menschen beispielsweise den Fahrersitz im Auto weit nach vorn schieben müssen, um Gas-, Brems- und Kupplungspedal zu erreichen. Diese Verlagerung in den äußersten, vorderen Bereich der Fahrerkabine trägt unmittelbar zu einer größeren Gefährdung im Fall eines Unfalls bei.

Auch die Sicherheitsgurte, eines der wichtigsten und wirksamsten Sicherheitsmerkmale von Fahrzeugen, sind nicht für Brüste geeignet und oftmals bei Frauen* bzw. Personen mit Brüsten,

kleinen Personen etc. aufgrund ihrer Beschaffenheit nicht so angelegt, dass sie tatsächlich ihre Sicherungsfunktion optimal erfüllen. Auch deshalb müssen zukünftig mehr weiblich* proportionierte Dummies zum Einsatz kommen.

Zum Schutz kleinerer Personen, die ein Auto führen, muss auch die Ergonomie in den Fahrzeugen deutlich verbessert werden, u.a. durch verstellbare Pedale und Lenkräder sowie spezielle Knie-Airbags als Aufpralldämpfer.

Beschluss der Konferenz der Landesfrauenräte (KLFR) 2022

(Antrag gestellt vom FrauenRat NRW)

Mehr Fortschritt wagen – Wahlrechtsreform mit Parität!

Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert alle im Bundestag vertretenen demokratische Parteien auf:

- sich zu Parität zu bekennen
- hierzu konkrete Vorschläge im Rahmen der Wahlrechtsreform zu machen und
- in dieser Wahlrechtsreform – in dieser Wahlperiode – Parität zu verankern.

Die Zeit für Parität ist jetzt!

Beschluss richtet sich an:

Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (Vorsitz); Bundestagsfraktion CDU/CSU (Vorsitz); Bundestagsfraktion Die Linke (Vorsitz); Bundestagsfraktion FDP (Vorsitz); Bundestagsfraktion SPD (Vorsitz)

Begründung:

Die Koalition aus SPD, Grünen und FDP hat ihren Koalitionsvertrag mit „Mehr Fortschritt wagen“ überschrieben. Damit ist untrennbar verbunden, die Gleichstellung von Frauen* und Männern* bis zum Ende dieses Jahrzehnts zu verwirklichen, so wie es auch im Koalitionsvertrag steht. Dazu gehört die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen* in allen gesellschaftlichen Bereichen - auch in den Parlamenten.

Freiwilligkeit hat in mehr als 100 Jahren nach Einführung des Frauenwahlrechts nicht zu einer gleichberechtigten Teilhabe geführt. Wer Gleichstellung bis 2030 in allen gesellschaftlichen Bereichen verwirklichen will, muss Parität mit der jetzt diskutierten Wahlrechtsänderung einführen.

Die strukturellen Benachteiligungen in der Gesellschaft wirken bis in die Parlamente

Im Deutschen Bundestag waren zu Beginn einer Wahlperiode noch nie mehr als 36,3 Prozent Frauen vertreten – bei der Wahl 2021 waren es nur 34,8 Prozent.

Die politischen Teilhabemöglichkeiten und die Chancen beim Zugang zum Mandat sind zwischen Frauen* und Männern* ungleich verteilt. Weil schon die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für

viele Frauen* eine riesige Herausforderung ist, sehen sie keine Möglichkeit, Beruf und Familie auch noch mit politischem Ehrenamt zu vereinbaren.

Bisher haben es die Parteien nicht geschafft, die politische Teilhabe so zu organisieren, dass Frauen*, aber auch Männer*, ihr politisches Ehrenamt mit einer partnerschaftlichen Teilung von Beruf und Familie vereinbaren können.

Auch politische Parteien sind Artikel 3 GG verpflichtet - auch und gerade in ihrer eigenen Organisation. An qualifizierten Frauen* mangelt es in keiner Partei, in einigen aber am politischen Willen, Macht zu teilen und eine gleichberechtigte Teilhabe auch für Frauen* zu ermöglichen. Es ist keine Benachteiligung von Männern*, wenn diese ihre Privilegien abgeben müssen, sondern eine Notwendigkeit, um Gleichstellung zu realisieren.

Der Frauenanteil bei den Mandaten, aber auch in den Parteigremien von SPD, Grünen und Linken zeigt, dass parteiinterne Quoten wirken – allerdings nur für Listenmandate.

Parität ist machbar

Die Konferenz der Landesfrauenräte ist überzeugt: Wenn der politische Wille da ist, im Wahlrecht Parität zu verankern, gibt es auch verfassungskonforme Möglichkeiten, dies gesetzlich umzusetzen. Der Eingriff in die Wahlrechtsgrundsätze und in die Parteienfreiheit kann durch den Gleichstellungsauftrag des Grundgesetzes gerechtfertigt werden. Bisher bleibt der Anteil der im Deutschen Bundestag vertretenen Frauen* weit hinter ihrem Anteil in der (Wahl-) Bevölkerung zurück. Frauen* haben immer noch deutlich geringere Chancen als Männer* überhaupt auf einem aussichtsreichen Listenplatz oder in einem gewinnbaren Wahlkreis kandidieren zu können. Diesen strukturellen Benachteiligungen muss aktiv entgegengewirkt werden. Es gibt Wahlrechtsmodelle, mit denen eine paritätische Vertretung von Frauen* und Männern* sichergestellt werden kann. Parität ist bei Listen- und Direktmandaten möglich.