

Frauen.Gesundheit.NRW.

Dokumentation der Fachtagung für eine
frauengerechte Gesundheitsversorgung
vom 16. März 2012 in Düsseldorf

Frauen.Gesundheit.NRW.

Dokumentation der Fachtagung für eine
frauengerechte Gesundheitsversorgung
vom 16. März 2012 in Düsseldorf



Inhalt

Barbara Steffens Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen Frauengesundheit – ein unerlässlicher Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Gesundheits- und Pflegesystems	4
Bernd Zimmer Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein Grußwort	7
Fachvorträge	
Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek Frauengesundheit – Erkenntnisse und Impulse für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen Warum brauchen wir eine geschlechtersensible Medizin?	8
Dr. med. Anne Gutzmann Das ängstliche Geschäft und das Geschäft mit der Angst Wie sich die Pathologisierung von Lebenszyklen rechnet	14
Marion Steffens Häusliche Gewalt und Gesundheit Interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen	18
Petra Otto Machen, was machbar ist!? Der (un)aufhaltsame Aufstieg des Kaiserschnitts	20
Merve Winter und Prof. Dr. Brigitte Boothe Frauen spenden – Männer empfangen Geschlechterunterschiede in der Organspende	23
Prof. Dr. med. Stephanie Krüger Psychische Erkrankungen über den Lebenszyklus der Frau	26
Dr. Monika Weber Mädchen und Gesundheit Ressourcen stärken statt Risiken beschwören	29
Podiumsdiskussion Frauengesundheit etabliert - Perspektiven für das Gesundheitswesen in NRW	31
Infobörse Frauengesundheit innovativ	41

Ministerin Barbara Steffens

Frauengesundheit – ein unerlässlicher Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Gesundheits- und Pflegesystems



Ich freue mich, dass unsere Fachtagung heute im Haus der Ärzteschaft stattfinden kann. Dafür danke ich der Ärztekammer Nordrhein, besonders ihrem Vizepräsidenten Herrn Zimmer, sehr herzlich. Ihre Einladung einerseits und die Offenheit seitens der Ärztinnen und Ärzte für das Thema andererseits sind ein wichtiges Signal dafür, dass sich etwas bewegt, dass es gelungen ist, beim Thema Frauengesundheit in den Dialog einzutreten. Es ist spürbar, dass auf beiden Seiten großes Interesse und eine regelrechte Aufbruchstimmung herrscht, diesen Prozess fortzusetzen. Auch die beeindruckend große Zahl an Teilnehmerinnen aus der Frauengesundheitsszene an der Fachtagung heute zeigt dies.

Zwei zentrale Handlungsfelder

Ich sehe zwei zentrale Handlungsfelder mit Blick auf das Thema. Erstens: Wir müssen Frauengesundheit konsequent mitdenken bei den Strukturveränderungen, die notwendig sind, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung den Erfordernissen des demografischen Wandels anzupassen. Zweitens: Wir müssen es schaffen, vorhandenes Wissen und Kompetenzen ins System zu implementieren. In Nordrhein-Westfalen sind in der Vergangenheit viele Erkenntnisse über die Gesundheit von Frauen erarbeitet und gesammelt worden. Dieses Wissen hat allerdings keine systematische Berücksichtigung im Gesundheitswesen gefunden, wie auch der geschlechtsspezifische Blick generell noch nicht durchgängig in den Strukturen des Gesundheitswesens verankert ist. Die durchgängig geschlechtsspezifische Perspektive ist aber auf allen relevanten Feldern der gesundheitlichen Versorgung notwendig und muss viel stärker zur Anwendung kommen. Und auch in Wissenschaft und Forschung fehlt häufig noch der differenzierte Blick auf die Geschlechter.

Doch zunächst zu den notwendigen strukturellen Veränderungen. Stichwort demografischer Wandel, ein gesellschaftlicher Großtrend, der direkte Konsequenzen auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nach sich zieht. So wird zum Beispiel die Zahl älterer Menschen stark steigen, damit verbunden auch die Zahl der Men-

schen, die im Alter multimorbid sind oder an chronischen Erkrankungen leiden. Prognosen zufolge müsste in NRW im Jahr 2050 jede und jeder vierte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig sein. Das wird uns mit den jetzt vorherrschenden Strukturen kaum gelingen, zumal die Zahl der Erwerbspersonen sinkt, also die Zahl jüngerer Menschen, die für eine Tätigkeit in der Versorgung potenziell infrage kommen.

Gesundheitswesen überwiegend weiblich

Hinzu kommt noch etwas anderes: Gesundheitswesen und auch der Pflegebereich sind überwiegend „weiblich“. Wenn wir uns etwa die Zahl der Universitätsabschlüsse im Fach Humanmedizin anschauen, dann stellen wir fest, dass der Anteil der Frauen stark gestiegen ist. Unter den Studierenden des Fachbereichs Medizin befinden sich mittlerweile 60 % Frauen, unter den Promovierenden sind es ca. 50 %. Ähnliches gilt für viele andere Berufe im Gesundheitswesen und in der Pflege (Nachholbedarf gibt es allerdings bei den Professuren. Hier liegt der Frauenanteil bei lediglich 5,6 %).

Wenn der Anteil von Frauen im Gesundheitswesen steigt, müssen sich auch die Strukturen den veränderten Bedarfen anpassen. Dabei geht es beileibe nicht nur um die Frage, wie Schwangerschaftsvertretungen beispielsweise in Krankenhäusern organisatorisch bewältigt werden können. Es geht vielmehr um grundsätzliche Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Karriereplanung. Es geht um die Vorstellungen, die Frauen von einem Leben als Berufstätige und Mutter oder auch als ausschließlich Berufstätige haben. Hier unterscheiden sich Frauen und Männer deutlich. Zurzeit ist das Gesundheitswesen immer noch am männlichen Erwerbsmodell ausgerichtet. Das ist nicht das, was Frauen wollen. Sie wollen flexible, an ihren konkreten Bedürfnissen ausgerichtete Arbeitsbedingungen.

Frauenperspektive nachhaltig verankern

Grundsätzlich müssen wir uns also fragen, wie es gelingen kann, die Bedürfnisse von Frauen, seien sie im Gesundheits- bzw. Pflegesektor tätig oder auch als Patientinnen, von Anfang an bei künftigen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen mitzudenken. Dabei gilt: Die Frauenperspektive nachhaltig in den Strukturen zu verankern, ist ein klassisches Querschnittsthema. Alle in diesen Feldern tätigen Akteurinnen und Akteure sind gefordert, in ihrem Zuständigkeitsbereich danach zu fragen, ob die geplanten Maßnahmen die jeweils unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern tatsächlich berücksichtigen und diesen gerecht werden. Sonst kann es passieren, dass in Zeiten knapper Kassen mühsam aufgebaute Strukturen mit einem Federstrich aus den Haushaltsplänen gestrichen werden. Und wenn Strukturen einmal weg sind, geht immer auch Kompetenz verloren. An dieser Stelle möchte ich mich bei all den Frauen aus der Frauengesundheitsszene in NRW bedanken, die es geschafft haben, das Thema ohne Strukturen und ohne eine unterstützende Finanzierung durch das Land über viele Jahre am Leben zu halten. Viele von Ihnen kenne ich aus meiner langjährigen politischen Arbeit. Und auch heute ist deutlich spürbar, dass Kompetenz, Wissen und Gestaltungswille der Frauengesundheitsbewegung unverändert groß sind. Mehr noch: dass eine neue Aufbruchstimmung herrscht.

Frauen strukturell benachteiligt

Wir wissen, Frauen sind Männern gegenüber in vielen Bereichen nach wie vor strukturell benachteiligt. Sie sind in einem erschreckenden Ausmaß Opfer von häuslicher Gewalt, sie sind nach wie vor auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt und haben ein höheres Armutsrisiko. Wir wissen, dass all diese strukturellen Benachteiligungen oft auch zur Folge haben, dass Frauen ein höheres Gesundheitsrisiko tragen. Und wir wissen auch, dass „Frauen nicht gleich Frauen“ sind. Innerhalb der Zielgruppe Frauen muss das Gesundheitswesen sehr viel differenzierter und zielgruppenspezifischer als bisher auf die jeweils besondere Lebenslage Bezug nehmen. So hat z. B. eine ältere

„Frauen haben einen spezifisch anderen Umgang mit Gesundheit und Krankheit als Männer.“

Frau mit Migrationsgeschichte andere Bedürfnisse und Ansprüche an eine gesundheitliche Versorgung als eine junge Frau ohne Zuwanderungsgeschichte. Es geht darum, lebensweltspezifische Einflussfaktoren auf Gesundheit zu erkennen und die Versorgung entsprechend anzupassen, um sie wirksamer zu machen. Es geht darum, Zugänge zu schaffen, die bisher nicht oder nur unzureichend vorhanden sind.

Klar ist auch, dass Frauengesundheit viel, viel mehr ist als Gynäkologie. Von vielen wird Frauengesundheit ja bis heute auf dieses medizinische Fachgebiet beschränkt. Nein, Frauengesundheit in ihrer ganzen Breite meint etwas anderes als eine isolierte, rein medizinische Betrachtung und Behandlung körperlicher Beschwerden. Doch dieses Bewusstsein ist längst noch nicht in allen Köpfen angekommen. Es geht auch und gerade um Geschlechtszugehörigkeit, um die Frage von Selbstdarstellung und Selbstwahrnehmung. Es geht um Kommunikation und Interaktion zwischen Patientin auf der einen Seite und Ärztin oder Arzt auf der anderen. Und es geht nicht zuletzt auch darum, wie Frauen mit Krankheitssymptomen umgehen.

Frauen sind anders krank

Frauen haben einen spezifisch anderen Umgang mit Gesundheit und Krankheit als Männer. Diese Unterschiede zu erkennen, kann entscheidend sein für eine angemessene gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Ein inzwischen breit diskutiertes Beispiel hierfür sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Symptomatik, vor allem aber hinsichtlich des Umgangs mit den Symptomen eines Herzinfarkts, auch wenn diese Unterschiede von manchen immer noch negiert werden. Ähnliches gilt im Pflegebereich. Hier ist es so, dass bei Männern eher ein Pflegebedarf anerkannt und die Zuordnung zu einer Pflegestufe vorgenommen wird als bei Frauen mit vergleichbaren Symptomen. Warum ist das so? Ich denke, es liegt daran, dass Frauen andere Ansprüche an sich haben als Männer, was sie alles noch selbständig können. Welche Frau gibt schon gern zu, dass sie Unterstützung im Haushalt braucht, weil sie es allein nicht mehr

schaft? Oder ist es einfach so, dass Männern aufgrund fehlender Alltagskompetenz von den Versicherungen eher zugestanden wird, hilfsbedürftig zu sein?

Es gibt weitere Versorgungsbereiche mit Schiefen. So zieht sich beispielsweise eine „Medikalisierung“ durch das gesamte Frauenleben, von der Pubertät über Kinderwunsch, Fertilität und Schwangerschaft bis zur Menopause und darüber hinaus. Da stellt sich schon die Frage, ob Frauengesundheit in erster Linie ein großer Absatzmarkt für die Pharmaindustrie ist oder ob es tatsächlich um die Bedürfnisse von Frauen geht. Ein weiteres Beispiel: die Anwendungsdauer von Hormontherapien. Wenn auch die Verordnungspraxis dieser Therapien zurückgegangen ist, so ist ihre Anwendungsdauer bei der Mehrzahl von Frauen immer noch zu lang.

Hinzu kommt, dass selbstbestimmtes Mitreden auf Augenhöhe in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten vielfach an mangelnder Aufklärung scheitert – nach dem Motto: Die Medizin weiß schon, was für uns Frauen gut ist. Ich denke dabei zum Beispiel an den Mammografie-Einsatz im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung. Wir Frauen brauchen mehr Informationen über unsere Gesundheit und wir wollen einen anderen Umgang mit ihr seitens der Medizin!

Ein weiteres Beispiel ist das Thema Depressionen. Die Diagnose Depression wird bei Frauen deutlich häufiger gestellt als bei Männern. Auch hier lohnt es sich, genauer hinzuschauen. Es ist unklar, ob Frauen häufiger depressiv sind als Männer, vielleicht suchen Männer mit Symptomen einer Depression einfach seltener Hilfe. Für sie ist diese Erkrankung noch immer viel zu oft ein Tabuthema. Wenn wir uns die Suizidraten anschauen, die bei Männern deutlich höher ausfallen als bei Frauen, liegt diese Vermutung nahe.

Lebensweltbezogenes Gesundheitsverständnis nutzt Frauen und Männern

Ich bin überzeugt: Ein lebensweltbezogenes Gesundheitsverständnis, eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung von Krankheitsbildern, Symptomen und Präventionsangeboten nutzt nicht nur uns Frauen, sondern beiden Geschlechtern und damit dem System insgesamt. Wir vermeiden Über-, Unter-, Fehlversorgung und gelangen so zu einer viel stärker am Wohl der Patientinnen und Patienten orientierten Versorgung. Wir müssen also an dieser Stelle das gesamte Versorgungssystem auf den Kopf stellen.

Ich glaube, dass wir uns heute mit dieser Fachtagung auf den Weg gemacht haben. Mir ist wichtig, dass wir in NRW die Vernetzung voranbringen. Sie ist von existenzieller Bedeutung für die Weiterentwicklung des Themas Frauengesundheit. Außerdem muss der Bereich Frauen und Sucht wieder im Zentrum stehen, denn er ist untrennbar

verbunden mit dem Thema Frauengesundheit. Auch am Beispiel des Suchtbereichs wird deutlich, wie wichtig der Genderblick ist. Untersuchungen zu Abhängigkeitsentwicklungen, differenziert nach Geschlechtern, zeigen, dass Männer und Frauen unterschiedliche Suchtmittelpräferenzen und andere Suchtverläufe haben. Nach wie vor wird in der Suchtarbeit diese notwendige geschlechtsspezifische Differenzierung nicht oder nur unzureichend berücksichtigt – mit der Folge, dass zum Beispiel Präventionsangebote an beiden Geschlechtern vorbeigehen.

Ich sage es noch einmal: In einer effektiven Versorgung, die beiden Geschlechtern optimal gerecht werden soll, führt kein Weg an einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung vorbei. Das gleiche gilt für den Aufbau zeitgemäßer Strukturen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Ohne Berücksichtigung der verschiedenen Bedarfe wird es uns nicht gelingen, die Strukturen dauerhaft zukunftsfest zu machen. Wenn wir nicht jetzt damit anfangen, werden die Versorgungsstrukturen im Jahr 2050 – wenn ich 90 bin und hoffentlich noch versorgt werden möchte – nicht mehr funktionstüchtig sein. Und ich möchte auch, dass wir die nötigen Veränderungen gemeinsam schaffen. Ich will, dass es in 20 Jahren keine Frauen mehr gibt, die diskutieren, was früher hätte anders laufen müssen, dass wichtige Weichenstellungen versäumt wurden. Ich möchte, dass wir die Weichen jetzt stellen, dass Frauengesundheit und Frauenbedarfe mitgedacht und umgesetzt werden. In NRW gibt es diesbezüglich viel Potenzial. Wir müssen es in die Fläche tragen, in NRW und im Bund. Dabei bitte ich um Ihre und Eure Unterstützung.

Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein Bernd Zimmer

Grußwort



Schon seit dem letzten Jahrhundert hat die Ärzteschaft in Deutschland die spezifische Betrachtung gesundheitlicher Probleme von Frauen nachvollzogen, mit der Einführung des Facharztes für Frauenheilkunde. Dies alleine reicht aber für die heute anstehenden Probleme nicht mehr aus. Zum einen gilt es zu betrachten, wie sich bestimmte Krankheiten, die als sogenannte große Volkskrankheiten – koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus oder Karzinom-erkrankungen – innerhalb der Bevölkerung, spezifisch getrennt nach Männern und Frauen, auswirken. Darüber hinaus ist auch in der Therapie zu bedenken, dass unter Umständen in Anwendungs- und Zulassungsstudien vorzugsweise Männer eine größere Anzahl der Probanden stellten, so dass hier eine noch nicht ausreichende Erforschung der Wirkung von Substanzen auf den weiblichen Organismus erfolgt ist.

Die Situation der Gesundheit von Frauen im Gesundheitswesen, eine andere Facette, wird sich im Laufe der kommenden zwei Jahrzehnte dahingehend verändern, dass immer mehr Frauen den Arztberuf ergreifen und innerhalb der nächsten zehn Jahre die 50 % Quote der beruflich Aktiven erreichen. Dies wird sicherlich auch im Behandlungsprozedere zu Veränderungen führen, insbesondere aber auch zu einer anderen Wahrnehmung von beruflichem Handeln neben der Familie. Gleichzeitig bewegt sich aber – und das sollte nicht aus den Augen verloren werden – im Rahmen der Gleichberechtigung auch der männliche Teil der Bevölkerung dahin, Aufgaben, die früher spezifisch als weiblich gesehen wurden, zu übernehmen, so z. B. die Versorgung von Kleinkindern im Rahmen der Elternzeit. Wird dies zu mehr Frauengesundheit beitragen?

Alleine die Frage der gesundheitlichen Verbesserung auf den Fokus Männer versus Frauen zu setzen, ist nach meiner Einschätzung ohnehin viel zu kurz gegriffen. Zukünftig wird es sicherlich so sein, dass wir viel stärker zu einer individualisierten Medizin kommen werden. In der werden ganz unterschiedliche Therapieverfahren für Menschen mit gleichen Erkrankungen die Regel sein, weil es uns gelingen wird, die unterschiedliche Ansprechbarkeit auf

Substanzen individualisiert vorauszubestimmen und dann entsprechend Therapien einzuleiten. Dies ist im Bereich der Östrogentherapie, z. B. im Rahmen des Mammakarzinoms, schon ein Beitrag, der über das geschlechterspezifische Moment Frau zu sein, hinausgeht. Besser als über Frauengesundheit alleine zu sprechen, sollte m. E. diese als eine gesundheitliche Fragestellung unter Geschlechteraspekten bearbeitet werden.

Kann es z. B. nicht sein, dass die Zahl in depressiver Episode befindlicher Männer viel zu niedrig erfasst ist, weil die typischen Symptome, die derzeit zur Diagnostik genutzt werden, viel zu spezifisch dem Bereich „weiblicher“ Wahrnehmung und Artikulation entstammen oder als „unmännlich“ geltend von diesen deshalb verneint werden?

Insgesamt ist es zunächst hilfreich, sich dem Problem der Frauengesundheit mit den derzeit verfügbaren Mitteln insofern zu widmen, als auf diesem Weg neue Erkenntnisse für eine stärker individualisierte Medizin gewonnen und Lücken zur „Frauengesundheit“ geschlossen werden können. Ich freue mich, dass diese Initiative in NRW stattfindet und bin sicher, dass diese Fachtagung unser aller Bewusstsein schärfen wird, und dass gerade auch die fünf medizinischen Fakultäten im Landesteil ihren Forschungsauftrag diesem Thema verstärkt widmen werden.

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek

Direktorin, Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, GIM, Charité, Berlin



Frauengesundheit – Erkenntnisse und Impulse für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen

Warum brauchen wir eine geschlechtersensible Medizin?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich freue mich sehr, dass ich heute hier eingeladen bin, denn von Nordrhein-Westfalen geht etwas Besonderes aus, was Frauengesundheitsversorgung, aber auch geschlechtersensible Medizin angeht. Das ist auch in Berlin eines unserer Hauptthemen. Wir müssen Medizin moderner gestalten und mehr Zielgruppen erreichen. Wir sollten uns auch nicht auf eine einzige Zielgruppe wie die Frauen konzentrieren. Vielmehr geht es darum, wirklich alle mitzunehmen und für eine differenziertere Medizin zu werben, die Untergruppen gerecht wird. Daher der Titel meines Vortrages: „Warum brauchen wir eine geschlechtersensible Medizin?“

Was ist geschlechtersensible Medizin oder was ist Gendermedizin?

Und worauf beruhen die hier relevanten Geschlechterunterschiede? Sie kommen einmal zustande durch die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Sie alle wissen, dass die Frauen zwei X-Chromosomen haben. Jedes trägt etwa 1500 Gene, die vor allem mit Herz, Hirn und Immunfunktion beschäftigt sind. Das Y-Chromosom war früher einmal so groß wie das X-Chromosom vor etwa 300 Millionen Jahren. Seit dieser Zeit degeneriert es und gibt Gene ab. Die Entwicklungsbiologie ist sehr hilfreich dabei, uns auszurechnen, wann es denn völlig verschwunden sein wird. Aktuell existiert das X-Chromosom noch, es hat 78 Gene, die mit Sexualfunktionen beschäftigt sind und es trägt auch – das wurde kürzlich gefunden – unter anderem einen ganz interessanten Locus, der mit dem Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen, für Myokardinfarkte assoziiert ist. Dass Männer so häufig bestimmte Herzinfarkte, aufgrund von sogenannten Hauptstammstenosen, haben, kann man zum Teil aus diesem Locus auf dem Y-Chromosom verstehen. Geschlecht hat aber noch weitere Komponenten und das sind die soziokulturellen Komponenten. Wie bringen wir Männer dazu, rechtzeitig zur Vorsorgeuntersuchung von Prostatakarzinom oder auch Lungenkarzinom zu gehen? Dazu müssen wir sie sehr spezifisch ansprechen. Auch das ist ein Anliegen der Gendermedizin. Es ist wichtig zu wissen, dass das biologische Geschlecht und das soziokulturelle Geschlecht nicht nebeneinander stehen oder sich Konkurrenz machen, sondern miteinander

interagieren. Das biologische Geschlecht beeinflusst das Verhalten. Testosteron, das zeigen alle Tiermodelle, ist mit aggressivem Verhalten gekoppelt. Der Östrogen-Rezeptor Alpha im Gehirn spielt eine große Rolle für körperliche Aktivitäten, für Bewegungsfunktionen bei Männern und bei Frauen. Das biologische Geschlecht beeinflusst also das Verhalten. Auf der anderen Seite beeinflusst das Verhalten auch das biologische Geschlecht. Auch das haben wir erst in letzter Zeit gelernt. Wir wissen, dass Ernährung, Stress, Umweltfaktoren, Toxine die Verpackung unserer Gene beeinflussen. Und die Verpackung unserer Gene durch Eiweiße bestimmt, wie diese Gene abgelesen werden. Vereinfachend ausgedrückt: „Man ist, was man isst“. Stress, Umwelt, Toxine beeinflussen, wie das Individuum seine Proteine zusammensetzt und damit letztendlich wie das Individuum aussieht und existiert. Mit anderen Worten: Biologie beeinflusst Verhalten, aber Verhalten beeinflusst auch die Biologie. Wir nennen dieses neue Fachgebiet, das wir gerade lernen Epigenetik. Dabei geht es zum Beispiel darum, dass Stress bei einer schwangeren Frau die Gene ihres Kindes ganz spezifisch verpackt und damit das Verhalten – beim Herz-Kreislauf-Risiko wissen wir es genau – des Kindes im späteren Leben beeinflusst. Und das sind wichtige Dinge aus der Forschung, die etwas mit Geschlecht zu tun haben und die mehr in unseren medizinischen Alltag einfließen müssen als sie es bisher tun.

Woran sterben Männer und Frauen in Deutschland?

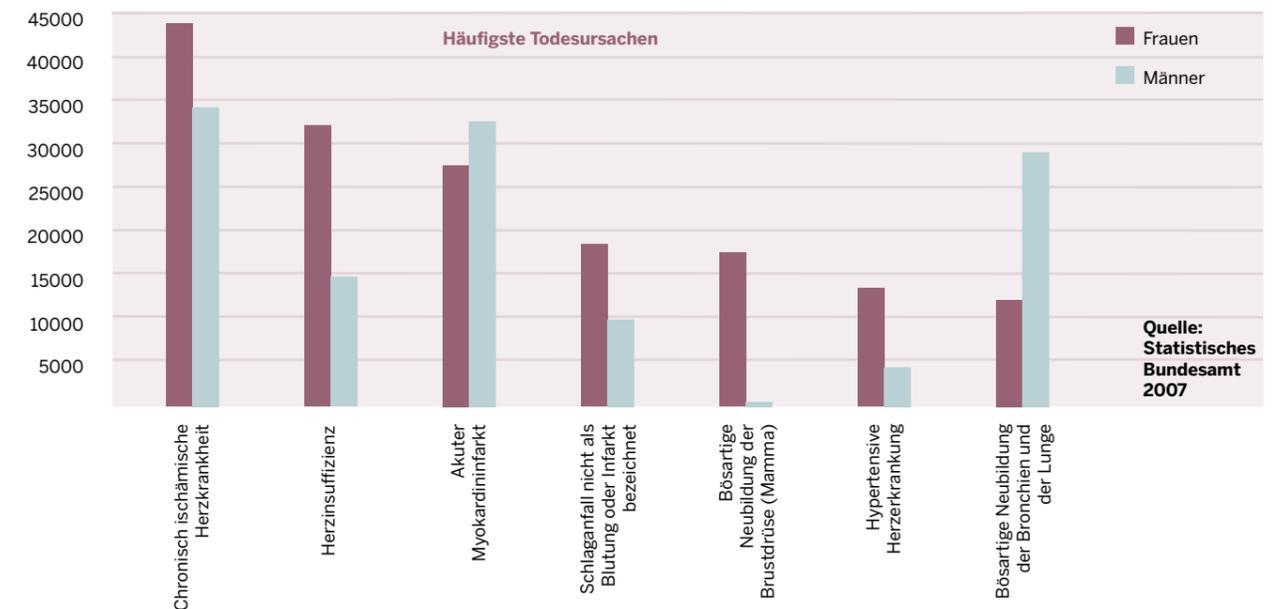
Am häufigsten an der chronisch ischämischen Herzerkrankung. Dann folgen bei den Frauen Herzschwäche und akuter Myokardinfarkt. Am akuten Myokardinfarkt sterben etwas mehr Männer. Am Schlaganfall und Brustkrebs wieder mehr Frauen (s. Abb. 1). Aber wenn Sie die vier Säulen aufeinander setzen, die etwas mit Herz-Kreislauf-Risiken zu tun haben oder mit Todesfällen durch Herz-Kreislauf-

erkrankungen, dann sehen Sie, dass das sehr viel mehr sind als die, die an Brustkrebs sterben. Natürlich sterben diejenigen, die an Herz-Kreislauf-erkrankungen sterben, vor allem die Frauen, im höheren Alter. Ich glaube, deswegen hat man das früher vernachlässigt. Diese Frauen, die mit 70, 80 Jahren an Herz-Kreislauf-erkrankungen gestorben sind, waren vor etwa 50 Jahren in der Gesellschaft nicht sichtbar. Aber mittlerweile sind sie sichtbar. In unserer neuen Welt werden viele Menschen gesund und fit 70 und 80 Jahre alt. Sie haben den Anspruch, nicht invalidisiert durch chronische Erkrankungen – Herz-Kreislauf-erkrankungen sind chronische Erkrankungen – im Altersheim oder im Pflegeheim sitzen zu müssen. Von daher ist es wichtig, dass wir auch diese Erkrankungen, diese Altersgruppe ernsthaft zur Kenntnis nehmen.

Das Wissen über Herz-Kreislauf-erkrankungen ist bei Frauen noch relativ schlecht ausgeprägt. 2002 gab es eine repräsentative Umfrage in der Frauen gefragt wurden, was sie für die häufigste Todesursache halten. 75 % haben gesagt, dass es Brustkrebs ist, und nur etwa 25 % haben die richtige Antwort „Herz-Kreislauf-erkrankungen“ gegeben. Wir haben das gerade in Berlin mit einer Forsa-Umfrage noch einmal wiederholt und die Ergebnisse waren in etwa gleich. 70 % der Berliner Frauen meinten immer noch, dass Brustkrebs die wichtigste Todesursache ist und deutlich weniger, dass es Herz-Kreislauf-erkrankungen sind.

„Das Wissen über Herz-Kreislauf-erkrankungen ist bei Frauen noch relativ schlecht ausgeprägt.“

(Abb. 1)



Wie unterscheiden sich Herzerkrankungen bei Frauen und Männern? Interessanterweise treffen 52 % der Todesfälle bei Herzkreislauferkrankungen Frauen. Trotzdem bezeichnen wir das Krankheitsbild und die Symptomatik der Frauen als atypisch. Das ist eine Lehrbuchlogik, die kommt noch aus der Zeit, als die medizinischen Lehrbücher alle nach einem Standardprototyp, einem geschlechtslosen Prototyp geschrieben wurden. Dieser Prototyp war aber eindeutig männlich. Die atypische Symptomatik ist also gar nicht atypisch.

Klassisches Bild vom Herzinfarkt

Das klassische Bild vom Herzinfarkt in allen Lehrbüchern zeigt einen Mann, möglicherweise Manager mit gerade entfallener Zigarette, in einer Situation, die vermuten lässt, dass er einen Wochenabschluss mit Kollegen im Restaurant hatte. Nach einer kleinen Anstrengung (zum Beispiel Treppenstufen) bekommt er Schmerzen im linken Arm. Alle denken an einen Herzinfarkt, der Mann ist sofort im Krankenhaus. Das ist unser „Freitagabend-Infarkt“, „Adam-Infarkt“. Der kommt immer, wenn man freitags abends kardiologischen Notdienst hat. Mit Frauen ist es etwas anderes. Ich habe viele Patientinnen, die sagten: „Mir war es schlecht bei der Arbeit, ich hatte so einen Druck auf der Brust, ich dachte, es ist der Magen. Der Chef hat gesagt, ich soll mich nicht so anstellen. Da habe ich halt weitergearbeitet.“ Die Frau schleppt sich durchs Wochenende, versorgt – dazu gibt es ganz gute Zahlen, auch zu der Reihenfolge – die Großeltern, die Kinder, die Haustiere, den Garten, den Ehemann. Montag oder Dienstag ruft sie den Hausarzt an, nicht den Notarzt – auch dazu gibt es eindeutige Zahlen – und kommt etwa Dienstag ins Krankenhaus; mit einer Symptomatik, die als atypisch bezeichnet wird. Und, sie wird natürlich später versorgt und möglicherweise auch langsamer. Es ist beschämend, wie wenig Messwerte wir haben. Wir kennen diese Unterschiede in der Symptomatik bei Herzinfarkt oder in der Darstellung durch die Patientinnen und Patienten jetzt seit 20 Jahren. Dennoch haben wir fast keine genuine Forschung, die uns sagt, sind da wirklich Unterschiede im Auftreten der Beschwerden oder sind es Unterschiede in der Interpretation der Beschwerden durch die Patientin, durch die Ärzte. Und die Unterschiede, die wir mit am besten kennen, sind: Ein Herzinfarkt, der sich nur durch Übelkeit und Erbrechen oder Schmerzen äußert, tritt bei Frauen, sehr viel seltener auf als bei Männern. Schmerzen

„Unterschiede in der Kreislaufreaktion von Frauen und Männern werden erst beschleunigt aufgearbeitet, seit die Amerikaner angefangen haben, Astronautinnen ins All zu schießen.“

zwischen den Schulterblättern sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Unterschiede in der Kreislaufreaktion von Frauen und Männern werden erst beschleunigt aufgearbeitet, seit die Amerikaner angefangen haben, Astronautinnen ins All zu schießen und die ihnen prompt kollabierten, weil die Frauen eine etwas andere Herzkreislauf-Regulation haben als die Männer. Ab diesem Zeitpunkt hat man systematisch angefangen, sich für das Problem zu interessieren. Aber es ist ein enormes Defizit, wie wenig wir über geschlechtsspezifische Symptomatik beim Herzinfarkt wirklich wissen.

Geschlechterunterschiede bei Risikofaktoren

Was wir wissen ist, dass die Risikofaktoren für Infarkte sich bei beiden Geschlechtern unterscheiden. Neun Risikofaktoren sind weltweit für etwa 90 % der Herzinfarkte verantwortlich. Einige der Risikofaktoren sind geschlechtsspezifisch, vor allem Diabetes. Das wissen wir seit etwa 15 Jahren. In den Disease Management Programmen ist es jedoch immer noch nicht angekommen. Ebenso, dass sich die Vorstufen, der Prädiabetes, bei Männern und Frauen anders verteilen. Bluthochdruck ist ein häufigerer Risikofaktor bei Frauen, psychischer Stress wohl auch. Bewegung hat bei Frauen einen stärkeren protektiven Effekt als bei Männern. Ich sage den Kollegen immer, wenn ich auf Kongressen bin: „Mir reicht's, wenn ich einmal am Morgen um den Block renne, ihr müsst für den gleichen protektiven Effekt dreimal rennen.“ Andererseits reicht mir auch ein Glas Rotwein am Abend in der Bar, die Kollegen brauchen drei. Unterschiede kommen wohl dadurch zustande, dass Männer häufig zuviel trinken, und dass dann der protektive Effekt wieder aufgehoben wird, während Frauen eher zu mäßigem Alkoholkonsum neigen. Das ist dann protektiv. Ein gleiches Risiko bei Männern und Frauen bilden zum Beispiel erhöhte Blutfette. Dennoch gibt es in der Praxis immer noch sehr viele Ärzte, die Frauen nicht mit Lipidsenkern behandeln, wenn sie einen erhöhten Blutdruck haben, weil sie annehmen, dass die Frauen durch ihre Hormone geschützt sind. Das ist wirklich ein schlimmer Irrtum, mit dem man aufräumen muss. Erhöhte Blutfette sind für beide Geschlechter ein gleich hohes Risiko.

Anders als bei uns gibt es in den USA Leitlinien zur Prävention bei Frauen. In diesen wird festgehalten, welche geschlechtsspezifischen Risikofaktoren es gibt, was bei Frauen und Männern wichtiger ist und es wird auch auf Risikofaktoren hingewiesen, an die wir in Deutschland gar nicht denken, die in unseren Guidelines nicht stehen, die Hormonstörungen, polycystisches Ovar. Wofür sich in Europa auch kaum jemand interessiert ist, dass Herzkreislauferkrankungen in der Schwangerschaft, also Diabetes oder eine Präeklampsie, eine Hypertonie in der Schwangerschaft, dafür prädestiniert, im späteren Leben, so mit 50, 60 Jahren, tatsächlich einen massiven Bluthochdruck und eine Arteriosklerose zu entwickeln. Also, wir haben hier noch einiges aufzuarbeiten.

Interessant ist auch, dass in Deutschland und in Europa die Infarkthäufigkeiten insgesamt abnehmen und zwar bei Männern. Bei den Frauen hat allerdings die Infarkthäufigkeit von 1987 auf 2007 signifikant zugenommen. Die Sterblichkeit am Herzinfarkt hat glücklicherweise von 1987 bei Frauen und Männern abgenommen. Deutlich ist auch, dass 2007 die Sterblichkeit am akuten Infarkt bei den „unter 60-jährigen“ Frauen immer noch signifikant über der der Männer liegt. D. h., wir haben hier eine Gruppe, in der wir eindeutig noch Behandlungsdefizite haben. Diese höhere Sterblichkeit am Infarkt jüngerer Frauen ist in einer riesigen US-Studie aus 1999 schon publiziert worden. Wir haben das in Berlin in unserem Infarktregister nachvollzogen. Da ist sichtbar, dass die Sterblichkeit im Krankenhaus bei den Frauen in allen Altersgruppen über der Sterblichkeit der Männer liegt. Noch ist ein Rätsel, woran das liegen könnte. Ein gleiches Phänomen haben wir bei Bypass-Operationen. Frauen, vor allem jüngere, die sich einer Bypass-Operation unterziehen müssen, haben eine höhere Sterblichkeit als gleich alte Männer. Es heißt, wir haben beim Herzinfarkt und bei Bypass-Operationen die gleichen Trends und wissen nicht recht, woher das kommt. Wir haben dazu eine prospektive Studie durchgeführt, die uns Erklärungen gegeben hat, die aber im Moment die Fachwelt nicht wirklich wissen will. Wir haben dann gefragt, ob das ein weltweites Phänomen ist oder ein rein deutsches. Dazu habe ich Europa und auch China ziemlich extensiv bereist. In allen europäischen Ländern, mit Ausnahme von Portugal, haben die Frauen bei Bypass-Operationen die deutlich höhere Sterblichkeit. Auch in China ist es so. Allerdings haben wir keine Daten zur Altersabhängigkeit bekommen. Auch hier haben die Frauen nach Bypass-Operationen eine höhere Sterblichkeit. Woran kann es liegen?

Männer und Frauen werden unterschiedlich behandelt

Die deutschen Kardiologen protestieren immer ernsthaft, sehr heftig, wenn die Möglichkeit auch nur diskutiert wird, dass es an der Behandlung liegen könnte. Die Ergebnisse einer umfangreichen Studie in 420 amerikanischen Krankenhäusern zeigen, dass Frauen in allen wichtigen Behandlungs-Items nicht die standardisierte und empfohlene Behandlung, die bei Männern angewandt wird, erhalten. Das sind alles Dinge, die in den Guidelines stehen. Aber wie gesagt, die Mehrheit der medizinischen Fachwelt meint, das könne auf Deutschland überhaupt nicht zutreffen, weil es solche Behandlungsdefizite nicht gebe. Was es gibt, das ist eine Statistik, die in der Zeitschrift für Kardiologie 2006 publiziert worden ist. Da hat man geschaut, wie die Hausärzte Frauen und Männer behandeln und hat sich dabei an den ICD 10-Codes orientiert. Ergebnis ist, dass die Frauen, vor allem im jüngeren Alter mit vier wichtigen Medikamentengruppen, mit Gerinnungshemmern, mit ACE-Hemmern (gegen Herzinsuffizienz und Bluthochdruck) mit Lipidsenkern und Betablockern, weniger behandelt werden als altersgematchte Männer. Was wir in Deutschland auch sehen, ist, dass Frauen für

invasive und teure Verfahren später vorgestellt werden. Wir haben im Deutschen Herzzentrum eine Studie gemacht, in der wir uns die Patientinnen und Patienten, die zur Herztransplantation vorgestellt werden, angeschaut haben. Erfasst haben wir nur Ausgangsdiagnosen, die bei Frauen und Männern ähnlich häufig sind (wir haben koronare Herzerkrankung, die bei Männern häufiger ist, ausgeschlossen). Wir sehen, dass die Frauen, die kommen, kränker sind: Sie haben ein höheres NYHA-Stadium (Klassifikation zur Herzinsuffizienz) gehabt, eine geringere Sauerstoffaufnahme VO₂, eine schlechtere Nierenfunktion (Creatinin-Clearance), dafür haben sie weniger Diabetes. Wieso haben sie weniger Diabetes? Das kann eigentlich nicht sein. Diabetes ist bei Männern und Frauen gleich häufig. Aber es ist eine relative Kontra-Indikation gegen eine Herztransplantation, weil es viele Komplikationen macht. Diese wird offensichtlich bei den Frauen relativ ernst genommen und bei den Männern etwas weniger ernst. Zusammen mit anderen Faktoren führt das dazu, dass Männer 82 % der Spenderorgane erhalten und Frauen insgesamt nur 18 %, obwohl Frauen insgesamt 30 % der Organe spenden und Männer relativ weniger. Das ist bei der Nierentransplantation ähnlich, d. h. hier gibt es einen ganz schönen Genderbias in der Zuweisung zur Organtransplantation.

Geschlechterunterschiede in der Arzneimitteltherapie

Wie sieht es mit der Arzneimitteltherapie aus? Arzneimittel bei Herzschwäche. Ich habe mal ein bekanntes Beispiel herausgegriffen, nämlich Digitalis. Das ist ein altes Arzneimittel. Die erste wirklich systematische Studie dazu ist 1997 gemacht worden. Diese Studie hat gezeigt, dass Digitalis keinen Effekt auf die Sterblichkeit hat, aber das Befinden verbessert und die Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen reduziert. Daraufhin kam Digitalis in die Leitlinien. Eine geschlechtsspezifische Analyse gab es nicht. 2002 hat sich dann eine clevere Gruppe die Datenbasis genommen, eine geschlechtsspezifische Analyse gemacht und dabei gezeigt, dass die Frauen, die Digitalis bekommen deutlich häufiger gestorben sind als die Frauen, die Placebo bekommen haben. Bei den Männern war es umgekehrt. Wieso hat man das in der Originalstudie nicht gesehen? Frauen haben mit Digitalis eine deutlich höhere Sterblichkeit. Das Problem ist, dass in der Originalstudie ca. 75 % Männer waren und nur 25 % Frauen. Und da man nicht beide Gruppen spezifisch analysiert hat, fiel in der Gesamtgruppe der Effekt auf die Sterblichkeit nicht mehr auf. Das ist ein wichtiges Beispiel. Bis heute ist nicht wirklich geklärt, wie das mit Digitalis ist. Man verordnet es jetzt etwas weniger und orientiert sich stärker an den Blutspiegeln, dadurch kann man der Gefahr bei Frauen und auch Männern Einhalt gebieten. Es gibt noch mehr Substanzen, bei denen wir wichtige Geschlechterunterschiede in den Wirkungen und Nebenwirkungen haben. Dazu gehören die häufig eingesetzten Betablocker, Antidepressiva, Tumortheraeutika, Gerinnungshemmer und auch andere Herzinsuffizienztherapeutika neben Digitalis.

Diese Substanzen kann man durchaus geben. Man muss es nur wissen und man muss wissen, dass der Blutspiegel kontrolliert werden muss. Bei Digitalis zum Beispiel muss man wissen, dass man in einen niedrigen Dosierungsbereich geht und bei Frauen noch zurückhaltender ist, Körpergewicht und Nierenfunktion berücksichtigt. Dann hat das Medikament eine gute und richtige Wirkung. So kann man es durchaus bei Frauen und Männern mit sehr positiven Ergebnissen benutzen.

Das Problem ist, dass Frauen in klinischen Studien immer noch unterrepräsentiert sind. Ganz auffällig ist, dass bei Coronary Artery Disease (CAD, koronare Herzerkrankung), und Hyperlipidämie (HPL) der Frauenanteil in den Studien sehr viel niedriger als er in der Krankheitsgruppe ist. Es gibt noch ein Problem. Tierexperimente werden überwiegend an jungen, männlichen Mäusen gemacht. Das ist wirklich ein großes Problem. 90 % unserer Tierexperimente werden tatsächlich an der jungen, männlichen Maus gemacht. Damit werden auch ältere Männer nicht berücksichtigt. Wir nehmen die 8-Wochen alte Maus, das entspricht den 18 - 25-jährigen Männern in der Bevölkerung ohne Zusatzkrankung. Und für die werden die Arzneimittel entwickelt. Ein typisches Beispiel ist die Entwicklung auf dem Boden eines Transgens, dessen Überexpression die Sterblichkeit nach Myokardinfarkt signifikant reduziert – in einer großen gemischtgeschlechtlichen Mausgruppe. Die weitere Analyse zeigt jedoch, dass die Sterblichkeitsreduktion nur einem extrem starken Effekt bei den männlichen Tieren zu verdanken ist. Das Überleben der weiblichen Tiere wird nicht verbessert. Das ist erschreckend, denn hätte man nicht auf das Geschlecht geschaut wäre man von einer sehr wirksamen Substanz ausgegangen. Sie wäre weiter in die klinische Entwicklung gebracht worden, was mittlerweile auch geschieht. Und die Ärzte, die das Medikament dann verordnen, hätten vielleicht, nachdem es bei Frauen nicht so wirklich gewirkt hätte, es immer höher dosiert. Arzneimittelnebenwirkungen sind bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern. Wir haben in der Arzneimittelentwicklung mehrere Probleme: Sie geschieht überwiegend an männlichen jungen Mäusen, wir haben zu wenige Frauen in klinischen Studien und wir

haben häufig keine geschlechtsspezifischen Analysen. Dies ist ein wesentlicher Grund für momentane Probleme in der Arzneimittelentwicklung. Wir schaffen es im kardiovaskulären Bereich kaum mehr, eine neue Substanz erfolgreich auf den Markt zu bringen.

Ärztinnen und Ärzte behandeln Männer und Frauen unterschiedlich.

Eine Studie hat im Falle der Hypertonie festgestellt, dass Männer von weiblichen und männlichen Ärzten gleich behandelt werden. Aber Frauen werden durch die männlichen Ärzte deutlich schlechter behandelt als durch die weiblichen Ärzte. Mit anderen Worten, wir bräuchten tatsächlich etwas mehr Rücksichtnahme auf das Geschlecht. Das sehen mittlerweile auch große Fachzeitschriften so, darunter „Nature“, unsere größte. Die haben drei Punkte identifiziert:

1. Der Sex-bias, die Fokussierung auf das männliche Geschlecht in klinischen Studien, muss ein Ende haben.
 2. „Nature“ bedauert, dass die männlichen Mäuse immer noch die Tierversuchsstudien beherrschen.
 3. „Pregnant women deserve better“ (Anm.: Schwangere Frauen verdienen Besseres).
- Und ein ganz wichtiger letzter Punkt:

Im letzten Jahr haben wir es zum ersten Mal geschafft, eine Leitlinie für das Management von Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Frauen in der Schwangerschaft aufzustellen. Sämtliche Fachgesellschaften haben Leitlinien, seit etwa 15 Jahren werden diese von überwiegend männlichen Komitees mit größter Begeisterung geschrieben. Es gibt eine Vielzahl davon, aber das ist jetzt tatsächlich die erste, die sich wirklich mit Schwangerschaft beschäftigt. Dazu, dass Unregelmäßigkeiten oder Gesundheitsprobleme in der Schwangerschaft zu Gesundheitsproblemen im späteren Leben führen, durften wir – ich habe die internationale Gruppe koordiniert – nur einen ganz kleinen Abschnitt in diese Leitlinien einbringen. Das ist ein Thema, dass noch kaum bearbeitet wird.

„Wir haben in der Arzneimittelentwicklung mehrere Probleme: Sie geschieht überwiegend an männlichen jungen Mäusen, wir haben zu wenige Frauen in klinischen Studien und wir haben häufig keine geschlechtsspezifischen Analysen.“



Ich fasse zusammen. Ich hoffe, ich konnte Ihnen am Beispiel der Herz-Kreislauf-erkrankungen zeigen, dass es signifikante Geschlechterunterschiede bei häufigen Erkrankungen gibt, dass es signifikante Unterschiede in der Therapie und ihren Ergebnissen gibt. Ich konnte Ihnen hoffentlich etwas zu möglichen Ursachen sagen und dass auch die Schwangerschaft eigentlich noch nicht adäquat diskutiert worden ist.

Wie lässt sich die Situation verbessern?

Wir haben ein erstes Lehrbuch geschrieben, das im Dezember letzten Jahres auf den Markt kam. Es beschäftigt sich mit Geschlechterunterschieden in der klinischen Medizin, auf Englisch, weil es in Deutschland einfach dafür nicht genügend Interesse geben würde. Wenn jemand wirklich ‚was Tolles‘ tun würde, dann könnte er uns helfen, das Buch zu übersetzen. Da stehen die wichtigsten klinischen „Facts“ drin.

Es gibt eine Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin, DGesGM, die bietet eine Ausbildung zum Gendermediziner oder zur Gendermedizinerin an. Die Ausbildung ist nicht von den Ärztekammern akzeptiert, aber von uns zertifiziert. Es wäre wichtig, diese weiter zu verbreiten. Das könnte Patientinnen und Ärztinnen und Ärzten im Zweifelsfall zum richtigen Rat und zur richtigen Ansprechperson verhelfen. Um das zu tun, braucht diese Gesellschaft, die DGesGM, unbedingt mehr Mitglieder. Unterstützung hierzu ist wichtig, denn die Gesellschaft setzt sich für eine wirklich geschlechtersensitive Medizin ein. Das ist eine Medizin, die auch Männern mehr nützt. Depression, Osteoporose, Suchtverhalten, schwere Nierenerkrankungen, das sind Erkrankungen, die bei Männern nicht richtig gesehen werden. Dazu gehört auch ischämischer, plötzlicher, Herztod. Die jungen Sportler, die an einem plötzlichen Herztod sterben, sind fast alle Männer. Das können wir im Mausmodell nachmachen. Aber weil da auch immer alle ‚in einen Topf geworfen werden‘, ist der Einfluss des männlichen Geschlechts nicht adäquat untersucht. Um eine effizientere und zielgruppenorientiertere Medizin zu machen, muss eine geschlechtersensitive Betrachtungsweise eingeführt werden. Nicht nur, um den ‚armen‘ Frauen zu helfen, wir profitieren alle davon.

Was brauchen wir? Geschlechtersensitive Aspekte in der Forschung:

- Wir brauchen adäquate Register, bei denen wirklich kenntnisreich diese Punkte aufgegriffen werden.
- Wir brauchen Gender in der Lehre.
- Wir brauchen eine Wissensbasis, Aufarbeitung von Lehrmaterial, eine adäquate Kommunikation von Genderaspekten in der Pflichtlehre.
- Wir müssen die Ärztekammern dazu bringen, dass sie Genderaspekte in die Ausbildungs- und in die Weiterbildungscurricula schreiben. Denn die Studierenden der Medizin und auch die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung können nur das machen, was in den Curricula drin steht.

Und deswegen ist es wichtig, dass diese Aspekte hier aufgenommen werden. Und dafür müssen wir kämpfen. Gender in der Versorgung, Einführung von Gender in ärztliches Handeln, in Leitlinien, geschlechtergerechte Versorgungsstrategien, das ist besonders wichtig, und ich denke, da gibt es eine riesige Aufbruchstimmung in Nordrhein-Westfalen. Sie waren Vorreiter in so vielen Dingen, und es ist beeindruckend, wie Sie es schaffen, diese Dinge weiter voranzutreiben.

Ich danke meiner Arbeitsgruppe und unseren Sponsoren und Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, herzlichen Dank.

Dr. med. Anne Gutzmann

Frauenärztin und Psychoonkologin,
Köln



Das ängstliche Geschäft und das Geschäft mit der Angst Wie sich die Pathologisierung von Lebenszyklen rechnet.

Bereits 1992 wurde durch das GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) explizit der Wettbewerb in die Gesundheitsversorgung eingeführt. Über viele Stufen bewirkte dies, dass heute der Gesundheitsmarkt der mit am meisten expandierende binnenwirtschaftliche Markt in Deutschland ist.

Die Gesetze des Marktes sind auf Expansion gerichtet. Das hat zur Folge, dass aktuell die Überversorgung und nicht mehr wie vor Jahren die Unterversorgung das große Problem im ökonomisierten Gesundheitswesen darstellt. Weil das Budget der gesetzlichen (und demnächst auch der privaten) Krankenkassen nicht im gleichen Maße steigt wie das medizinische Angebot an diagnostischen und Interventions-Möglichkeiten, ungeachtet derer Sinnhaftigkeit, kommt es zu enormen Interessenkonflikten. Patienten und Patientinnen (im Weiteren nur die weibliche Form) drohen in diesem Spannungsfeld zerrieben zu werden.

Die Fragen, was ist sinnvoll für meine Gesundheit, was ist nötig, was hilft oder schadet gar, lassen sich nicht durch ein sich ausweitendes Angebot beantworten, sondern im Gegenteil: durch die basale, jedoch zeitintensive, ärztliche Anamnese und Beratung unter Einbeziehung der jeweiligen psychischen, sozialen und körperlichen Situation einer Patientin.

Der Motor, der den Wirtschaftszweig Gesundheit gut am Laufen hält, heißt Angstmache und Pathologisierung von Normvarianten oder Befindlichkeitsstörungen.

Vier Beispielen dazu aus dem Lebenszyklus der Frau:

1. Die Hormontherapie in den Wechseljahren

2003 nahmen 56 % aller Frauen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden ein. Ein ganzer Lebenszyklus wurde als therapierelevante Krankheitsphase bewertet. Einerseits haben die Hormone die vasomotorischen Symptome, die allerdings den Status einer Krankheit bekommen hatten, beseitigt. Jedoch

drohte man uns Frauen auch, sollten wir keine Hormone nehmen und dies jahrzehntelang, mit einem Szenario von Osteoporose, Alzheimer Demenz, Herzinfarkt und einem Leben ohne Libido.

Keine Illustrierte und auch kein medizinisches Fachblatt erschienen, ohne die Segnungen der Hormontherapie zu preisen. Die Pharmafirmen überschwemmen die Praxen mit entsprechenden Hochglanzbroschüren.

Dann wurden die Ergebnisse der WHI-Studie (Women's Health Initiative) 2002 publiziert, welche insbesondere das erhöhte Schlaganfall- sowie Herzinfarktrisiko bei älteren Anwenderinnen aufdeckten. Nach heftig und kontrovers geführten Debatten bezüglich der Interpretation der Studienergebnisse, wurde schließlich in den S3-Leitlinien 2009 festgelegt, dass die Hormontherapie als präventive Maßnahme nicht sinnvoll sei.

Ich möchte hier nicht auf die differenzierte Darstellung der Studie und der Leitlinie eingehen, sondern gemäß meinem Thema, die ökonomische Seite dieser Entwicklung hervorheben und zeigen, wie diese mit der öffentlichen und der Selbstbewertung der klimakterischen Frau interagiert.

Die Pharmafirmen erlebten nach 2008 einen drastischen Umsatzeinbruch. Nur noch 12 - 14 % des Ausgangswertes fanden einen Absatzmarkt z. B. für das bis dahin meistverkaufte Präparat Presomen comp. Die Hormontherapie der Wechseljahre war mit einem Schlag ein uninteressanter Markt geworden. Die Angstmache war nicht mehr lohnenswert. Wo kein Medikament mehr lukrativ platziert werden kann, muss auch keine Pathologie mehr behauptet werden.

Wie hat diese „Medikamentenlücke“ das Verhalten und die Selbsteinschätzung der Frauen in den Wechseljahren beeinflusst? Dieser Frage ist die Studiengruppe „Psychosomatische Forschung in der Praxis“ nachgegangen, initiiert von der Frauenärztin und langjährigen Vorsitzenden des AKF, Claudia Schumann. 2011 hat sie bundesweit 1000 Frauen aus 27 gynäkologischen Praxen nach ihren Einstellungen zur Hormonersatztherapie und zur Bewertung der Wechseljahre befragt. Diese Ergebnisse wurden mit einer sechs Jahre früheren Erhebung – also noch aus der Zeit der Hormonhochkonjunktur – bei identischen Items verglichen.

Ergebnis: In allen Punkten wurden 2011 die Veränderungen in den Wechseljahren deutlich positiver beschrieben als 2005. Die Betonung lag nun auf den Chancen und Perspektiven durch den neuen Lebensabschnitt und nicht mehr auf Beschwerden und Verlust.

Auf die Frage, was Frauen zu dieser höheren Akzeptanz der Wechseljahre bewogen habe, wurden genannt: die Stärkung der Eigenkompetenz im ausführlichen aufklärenden Gespräch, wertschätzendes Verhalten der Ärztin und Berücksichtigung der individuellen Situation.

Dieses Beispiel belegt eindrucksvoll:

- Pathologisierung (hier eines ganzen Lebensabschnittes) schafft Bedürftigkeit und gibt Raum für einen lukrativen Markt.
- Angstfreies Erforschen einer neuen Lebensphase ohne reflexhaftes Medikamentieren und ohne die Konnotation, Wechseljahre seien schlimme Jahre.
- Lebensweltbezogene Studien zu Frauengesundheit „von unten“, d. h. aus den Praxen und Beratungsstellen, müssen mehr berücksichtigt und gefördert werden.
- Es bedarf der Integration individueller klinischer („vor Ort“) Expertise mit der externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung, um „gute Medizin“ zu machen.
- Das stützende, aufklärende, Perspektive zeigende ärztliche Gespräch ist keine Handelsware und bedient demzufolge keinen Markt. Im ökonomisierten Gesundheitswesen ist es damit fehl am Platz. Und wird dementsprechend honoriert bzw. kaum honoriert.

Es ist meine tiefe Überzeugung, dass mit solch einer Patientinnenbegleitung die Kosten im Gesundheitswesen reduziert werden könnten, zumindest aber würde eine kostenneutrale bessere Patientinnenzufriedenheit erzielt werden ohne ein schlechteres gesundheitliches Outcome.

Die ausgeweitete apparative Diagnostik, wie sie z. B. in der onkologischen Nachsorge bei Brustkrebs immer wieder zur Diskussion steht, ist ebenfalls ein Beispiel dafür, wie oft unnötige technische Verfahren zunehmend eine gründliche, abklärende ärztliche Behandlung (im Wortsinn) und ein sorgfältiges, unterstützendes anamnestisches Gespräch ersetzen.

„Pathologisierung (hier eines ganzen Lebensabschnittes) schafft Bedürftigkeit und gibt Raum für einen lukrativen Markt.“

2. Schwangerschaft

Es gäbe viele Beispiele in dieser Lebensphase Schwangerschaft, die den merkantilen Anteil einer vorgeblich nur helfen- und schützen wollenden Medizin entblößt; ich beschränke mich auf zwei:

In der Regel möchte ein werdendes Elternpaar keinesfalls etwas versäumen, was für das Kind gut wäre. Und wenn dann eine Schwangerschaft auch noch als Risikoschwangerschaft deklariert wird, so legt man den Eltern nahe, dass es viel Gutes zu tun gäbe. In Deutschland werden 40 - 60 % als Risikoschwangerschaften bewertet – viel Raum für „Gutes“. (Daten Niedersachsen Prof. Beate Schücking). Zwar basiert diese Zahl auf einer Untersuchung aus dem Jahr 1999, aber erst jetzt soll der Mutterpass, welcher

noch 52 Kriterien für eine Risikoschwangerschaft ausweist, reformiert werden.

Die Pränataldiagnostik ist ein herausragendes weiteres Beispiel für die Kalkulation mit der Angst. Ich möchte mich hier nicht über ethische Aspekte äußern, lediglich auf die monetäre Seite hinweisen. In den letzten fünf Jahren deutlich zunehmend wird das Ersttrimesterscreening von Seiten der Ärzte angeboten und – siehe oben – von verunsicherten Eltern angefragt. Diese Ultraschall-Untersuchung in der 13. Schwangerschaftswoche, welche die statistische Wahrscheinlichkeit errechnet, ob das werdende Kind ein Down-Syndrom hat, ist eine Selbstzahlerleistung und kostet annähernd 180 Euro. Die allerneueste Untersuchungsvariante dazu, ein Bluttest, kostet 1200 Euro. So steht, ungeachtet dessen, wie selten die Diagnose Down-Syndrom bei jungen Müttern ist und ungeachtet dessen, wie möglicherweise milde die Ausprägung der Symptome beim Kind sein können, am Beginn der Schwangerschaft das Gespräch über Risiken und nicht über „gute Hoffnung“.

Am Beginn der Schwangerschaft steht das Gespräch über Risiken und nicht über gute Hoffnung.

3. Die Generation 60 +

Mit der Angst vor Krankheit und drohender Hilflosigkeit wird in dieser Lebensphase noch raffinierter kalkuliert und zum Kauf unterschiedlichster Leistungen aus dem Portfolio des Gesundheitsmarktes verlockt. Eine komplett neue medizinische Fachrichtung ist aus der Taufe gehoben worden: die Anti-Aging-Medizin. Mit ihrer Hilfe soll das Altern hinausgeschoben oder zumindest ein gesundes Altern ermöglicht werden.

Die Hormonsubstitution erlebt in dieser Sparte eine rasante Renaissance, auch wenn das hormonelle Angebot eine etwas andere Zusammensetzung hat: Diesmal sind es Hormone der Nebennierenrinde, Testosteron und Melantonin, die nach teuren Laboruntersuchungen substituiert werden sollen, zusammen mit diversen Mineralien und Nahrungsergänzungsmitteln. Auch für Frauen wurde ein Testosteronpflaster entwickelt gegen ein ebenfalls neu gefundenes oder erfundenes Krankheitsbild: HSDD („hypo sexual desire disease“, zu wenig Lust auf Sex). Wer hat das nicht schon mal erlebt? Jetzt wird diese Phase zu einer Krankheit umgedeutet, die besonders nach den Wechseljahren auftritt und für die es vermeintlich medikamentöse Abhilfe gibt.

Ich weiß, dass ich hier sehr zugespitzt argumentiere, denn eine präventive Medizin mit der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens mit dem Ziel, ein langes gesundes und

selbstbestimmtes Leben führen zu können, ist unstrittig sinnvoll – und beginnt auch sinnvoller Weise schon in der Jugend.

Die seriöse Altersforschung weist allerdings als Mittel zum „guten Altern“ weder Medikamente, noch wiederholte Check-ups und Laborkontrollen aus, sondern Fähigkeiten, die erlernt, gepflegt, individuell ausgelotet und akzeptiert werden müssen.

Diese Fähigkeiten sind:

- Kompensation: Herausforderung, Verluste zu ersetzen.
- Optimierung: Der kreative Umgang mit dem, was möglich ist.
- Selektion: Aus der Menge der theoretischen Möglichkeiten, Weniges, aber Wichtiges herauszufiltern und zu pflegen.

Um einer Patientin diesen schwierigen, aber sicher auch entlastenden Weg annehmbar zu machen, bedarf es ausführlicher stützender und gezielter ärztlicher Begleitung und Beratung.

Das passt aber nicht in den aktuellen Medizinmarkt. Genau wie bei den Wechseljahren, ist ein solches „Behandeln“ von ärztlicher Seite unwirtschaftlich. Und zwar im doppelten Sinn: Weder werden der Ärztin diese Gesprächsleistungen angemessen vergütet, noch wird die Gesundheitswirtschaft angeregt, da keine medizintechnischen Gerätschaften benötigt und auch keine Medikamente verordnet werden.

Die Krankenkassen verstehen unter Wirtschaftlichkeit noch mal etwas anderes: Die medizinische Versorgung der Bevölkerung soll „kostengünstig“ sein, d. h. die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sollen niedrig bleiben bzw. sogar sinken. Dafür werden einerseits die Ärztinnen und Ärzte zur Verantwortung gezogen, z. B. in quartalsweiser Überprüfung ihrer Medikamentenausgaben; andererseits die Patientinnen, denen sinnvolle Behandlungen (z. B. manuelle Lymphdrainage nach einer Mammakarzinomtherapie) limitiert werden.

Der Spagat zwischen den unterschiedlichsten Wirtschaftsinteressen im Gesundheitswesen wird zunehmend schwieriger; die Patientinnen allerdings sind in diesem Wettbewerb das schwächste Glied, obwohl sie die umworbenen Partnerinnen sind.

Erforderlich:
Stärkung von Fähigkeiten statt
Medikamenten.

3. Jugend und frühe Erwachsenenzeit

Junge Frauen und Mädchen sind diesem ökonomischen Zugriff im Gesundheitswesen am schutzlosesten ausgeliefert.

Die Zunahme ästhetisch-chirurgischer Eingriffe bzw. der Wunsch danach, hat bei jungen und ganz jungen Frauen hohe Brisanz. 10 % der Eingriffe werden bei unter 20-Jährigen gemacht – mit deutlich zunehmender Tendenz. Die Kluft zwischen individueller Körperzufriedenheit und Lebensqualität einerseits und gesellschaftlich diktiert bzw. antizipierter Körperrorm und Wertvorstellung andererseits wird immer größer. In die Praxen kommen oft tief verzweifelte junge Frauen mit dem Begehren nach Labien- (Anm.: Schamlippen) und Brustkorrektur – gespeist aus einem enormen Druck, einer weiblichen Körperrorm entsprechen zu müssen und der Angst, ohne diese „Norm“ „nicht dazuzugehören“.

Es ist das Paradoxon einer Gesellschaft, welche die Individualität zum Leitbild erhoben hat, die aber glaubt, dieses Ziel nur durch strenge Erfüllung einer Norm erreichen zu können. Da ist die Politik herausgefordert, andere Leitbilder für junge Frauen zu fördern: durch Nutzung zeitgemäßer, junge Frauen und Mädchen ansprechender Medien; durch „Patinnen für Vielfalt“, durch Schulhospitationen von Sympathieträgerinnen für Jugendliche, durch finanzielle Ausstattung entsprechender Beratungsstellen (BZgA, Lobby für Mädchen, FrauenLeben u. Ä.).

Was ist zu tun?

1. Die Versorgungsforschung nicht nur zu fordern, sondern zu fördern, wobei kleinere Studiengruppen, die unmittelbar aus der Praxis bzw. den Frauen-Beratungsstellen kommen, finanzielle und strategische Unterstützung erhalten sollten. In dem „Kompetenzzentrum Frauengesundheit“ könnte eine solche Basisforschung aus der Praxis koordiniert und begleitet werden.
2. Die kommunikative Kompetenz im ärztlichen Bereich muss beständig geschult und gefördert werden; ebenso Kenntnisse und Anwendung evidenzbasierter Medizin, damit pseudowissenschaftliche Empfehlungen aus dem Gesundheitsmarkt auch als solche erkannt werden können.

3. Das geschulte und qualifizierte Gespräch muss in der medizinischen Versorgung in gleicher Weise bewertet und vergütet werden wie apparative Leistungen.
4. Es bedarf einer gesamtgesellschaftlichen Diskussion über die Folgen der politisch gewollten Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Dabei sollte im Fokus stehen, wie sehr marktwirtschaftliches Denken und Handeln einerseits das Vertrauen der Patientinnen zu ihren Ärztinnen zerstört und andererseits die Beziehung der Ärztinnen zu ihrer Arbeit korrumpiert.

„Die Zunahme ästhetisch-chirurgischer Eingriffe bzw. der Wunsch danach, hat bei jungen und ganz jungen Frauen hohe Brisanz.“

Marion Steffens

GESINE Netzwerk Gesundheit.EN,
Schwelm



Häusliche Gewalt und Gesundheit Interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen

Das Thema Gewalt und Gesundheit wird schon seit sehr langer Zeit auch in Nordrhein-Westfalen bewegt. Das Netzwerk Frau und Gesundheit, die Enquete-Kommission für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung, der AKF, GESINE – sie alle haben bereits vor vielen Jahren auf das Thema Gewalt und Gesundheit hingewiesen. Leider hat das aber nicht zu einer flächendeckenden Etablierung medizinischer Interventionsprogramme in der ärztlichen Praxis geführt. Frau Gutzmann hat zur Begründung gerade einen wichtigen Hinweis gegeben, den ich auch gerne dankbar aufgreife, nämlich die finanzielle Würdigung des ärztlichen Gesprächs. Dieses ist, und das stellen wir immer wieder fest, wenn wir versuchen, Ärzte und Ärztinnen für die Beachtung häuslicher Gewalt als Hintergrund für Gesundheitsbelastung zu gewinnen, eine der ganz großen Barrieren, mit dem Thema weiterzukommen.

Häusliche Gewalt laut WHO größtes Gesundheitsrisiko für Frauen

Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt ist laut Weltgesundheitsorganisation eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen weltweit. Als Folgen von Gewalt werden in der medizinischen Versorgung zunächst körperliche Verletzungen wahrgenommen aber Gewalt hat auch langfristige und vielfältige Gesundheitsfolgen. Es gibt kaum eine Gesundheitsbelastung, die nicht mit Gewalt assoziiert ist. Angesichts einer hohen Gewaltprävalenz, ist die Versorgung gewaltbelasteter Patientinnen ein wichtiges Thema für alle Gesundheitsberufe. Es gibt keinen Gesundheitsberuf, der nicht mit Patientinnen zu tun hätte, die von Gewalt betroffen sind. Barrieren, das Thema anzusprechen, gibt es allerdings auf beiden Seiten. Ich möchte dies hier am Beispiel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verdeutlichen.

Gewaltbelastung ist bezogen auf ihre Prävalenz, noch relativ selten Thema im Arzt-Patientinnen-Gespräch.

Gesprächsbarrieren bestehen auf beiden Seiten. Viele Frauen schämen sich, das Thema anzusprechen. Aber auch Ärzte fühlen sich bisweilen unsicher, möchten nicht so stark in das Privatleben ihrer Patientinnen eindringen. Dies kann zu Fehl-, Unter- oder Überversorgung gewaltbelasteter Patientinnen führen, deren mögliche Folgen eine Chronifizierung und eine Vervielfältigung der Beschwerden sind. Patientinnen, die mit immer wieder neuen Symptomen in die ärztliche Praxis kommen, werden von Ärztinnen und Ärzten als schwierig erlebt. Passende Hilfen können nicht angeboten werden, da oftmals Informationen zu konkreten örtlichen Hilfeangeboten fehlen. Das Durchbrechen des Gewaltkreislaufs wird dadurch erschwert. Wir mussten zu Beginn des GESINE-Netzwerkes feststellen, dass das Frauenhaus und die Frauenberatung als Anlaufstellen den meisten ärztlichen Praxen nicht bekannt waren, obwohl wir eine intensive Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Dies hat sich bei uns erfreulicherweise durch GESINE sehr verändert.

Wirksame Hilfe nur bei Kenntnis des Gewalthintergrundes

Wirksame Hilfen können auch nur dann angeboten werden, wenn der Gewalthintergrund bekannt ist. Generell bleiben Ärztinnen und Ärzte also ebenso wie ihre Patientinnen oft mit dem Problem Gewalt allein. Da Kinder die Gewalt gegen die Mutter miterleben, ist es sehr wichtig, auch die kinderärztliche Versorgung mit in die Vernetzung, um die es hier ja geht, einzubeziehen. Das Miterleben häuslicher Gewalt kann zu Entwicklungsverzögerungen führen, zu Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, zu körperlichen, psychischen Beschwerden und seelischen Belastungen der Kinder und zu einem höheren Risiko, selbst Gewalt zu erleiden oder anzuwenden. Es geht hier um den intergenerationellen Kreislauf der Gewalt, den es zu durchbrechen gilt. Und da haben wir zum Glück eine große Chance, weil Gesundheitsberufe und hier besonders Ärztinnen und Ärzte, die einzige Berufsgruppe sind, die früher oder später in Kontakt mit allen Gewaltopfern kommen. Nicht jede Frau geht in eine Frauenberatungsstelle, auch nicht jede Frau geht zur Polizei, aber zum Arzt gehen früher oder später alle Frauen. Damit haben Ärztinnen und Ärzte eine Schlüsselrolle im Gewaltinterventionsgeschehen.

Es ist nicht die Frage, ob Sie als Arzt oder Ärztin, oder Krankenpflegende Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen haben, sondern lediglich, wie Sie diesen Kontakt gestalten.

Das ist die Leitidee des Netzwerkes GESINE. Die Ärztin, der Arzt kann die Patientin also entweder wissend um den Gewalthintergrund behandeln oder nichtwissend. Unsere Lösung für dieses Problem heißt: „GEWINN Gesundheit“. Es ist unser Anliegen, dass die gewaltbelasteten Frauen ihre Gesundheit zurückgewinnen. Wie machen wir das? Es geht um die Unterstützung von Gesundheitsberufen im Erkennen eines Gewalthintergrundes und im Erlernen eines Trauma-informierten Umgangs mit Patientinnen. „Trauma-informierter Umgang“ bedeutet in der Praxis ein gewaltsensibles Gespräch führen zu können. Darauf legen wir in den Fortbildungen, die wir initiieren oder durchführen, sehr großen Wert und die Übungen dazu werden von den Ärztinnen und Ärzten und auch von den anderen Berufsgruppen als hilfreich empfunden. Es geht darum, Gewalt frühzeitig zu erkennen und dann die Patientin gezielt zu versorgen. Es geht auch darum, möglichst vielen Frauen möglichst frühzeitig durch eine gezielte Weitervermittlung spezialisierte Hilfe anzubieten. Viele von Ihnen kennen sicher diese langen Leporello-Zettel, auf denen 10 oder 15 oder 20 Hilfeinrichtungen aufgeführt sind – das ist wenig hilfreich und überfordernd für gewaltbelastete Patientinnen. Sinnvoll ist, stärker zu fokussieren und sehr gezielt an eine geeignete Hilfeinrichtung, die dann die Lotsenfunktion ins weitere Hilfesystem übernimmt, weiterzuvermitteln.

Entlastung durch Vernetzung

Sinn und Inhalt unseres Netzwerkes ist es, Gesundheitsberufe und Unterstützungseinrichtungen miteinander zu vernetzen und so Entlastung für alle Beteiligten zu schaffen. d. h. gezielt praxisrelevante Kooperationsstrukturen aufbauen und nachhaltig aktiv nutzen.

Das Konzept „GEWINN Gesundheit“ beinhaltet ein wirksames Interventionsprogramm für die unterschiedlichen Berufsgruppen. Qualifizierungsangebote sowie praxisorientierte und fachrichtungsspezifische Arbeitshilfen, z. B. kleinformatige „Kitteltaschenkarten“ für Patientinnen, die man mal eben so hervorziehen kann oder Din A4-formatige Karten mit komprimierten Informationen und Handlungsanleitungen für den Schreibtisch. Wir haben ein regional angepasstes Modell für ein interdisziplinäres vernetztes und verbindliches Verfahren gesundheitsbezogener Intervention bei häuslicher Gewalt und auch bei sexualisierter Gewalt entwickelt. Wichtige Anliegen sind uns auch die gesundheitliche Aufklärung und die Bereitstellung Ressourcen stärkender Angebote für Gewalt betroffene Frauen, denen selbst oft der Zusammenhang zwischen Gewalt und ihren Gesundheitsbeschwerden nicht bewusst ist.

Perspektive für NRW

Wir denken, dass hierin eine Perspektive für ganz NRW liegt. Denn durch die interdisziplinäre Gesundheitsintervention konnten wir im Ennepe-Ruhr-Kreis die Erkenntnisrate von Gewalt deutlich erhöhen und die Inanspruchnahme von Hilfen erheblich steigern. In einer Befragung gaben Ärztinnen und Ärzte an, dass sie sich dadurch stark entlastet fühlen und wir konnten zudem messen, dass die Zufriedenheit der Patientinnen und der Ärztinnen spürbar verbessert werden konnte.

Ein wichtiges Ziel für NRW wäre es, die Gesundheitsversorgung und Lebensqualität Gewalt betroffener Frauen zu verbessern, bisher unbeachtete Präventionschancen zu nutzen und damit nicht zuletzt die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Hierzu brauchen wir die gezielte Unterstützung interdisziplinärer Initiativen durch das Land NRW, durch die Ärztekammern, durch die kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und weitere wichtige Leistungsträger auf Landesebene. Denn damit können vor Ort in den Regionen, also im direkten Lebensumfeld der Frauen, Versorgungsstrukturen nachhaltig optimiert werden. Wir brauchen aber auch eine verlässliche und langfristige Koordinierung der Aktivitäten auf Landesebene und in den Regionen. Aber was wir vor allen Dingen brauchen, ist der Wille aller Beteiligten, die Gesundheitsversorgung Gewalt belasteter Frauen konkret und effektiv zu verbessern.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Petra Otto

Diplompädagogin, Schwerpunkte
Schwangerschaft und Geburt, Köln



In Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren die Kaiserschnitttrate verdoppelt. In meinem Beitrag möchte ich auf einige Gründe für die zunehmende Kaiserschnittakzeptanz eingehen und diese hinterfragen. Vorab aber ein paar Zahlen. 2009 lag die Kaiserschnitttrate in Deutschland bei 31,3 %, die höchste Rate hatte das Saarland mit 38 %, die niedrigste Sachsen mit rund 22 %. Auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern zeigte sich eine große Spanne von 13 % bis über 60 %. Deutschland ist damit Teil eines weltweiten Trends. An der Spitze liegen China mit 46 % Kaiserschnitten, gefolgt von der Dominikanischen Republik, Italien, Paraguay, Ecuador usw. Die afrikanischen Staaten haben eine Sectiorate von durchschnittlich nur 9 %, hier fehlt es jedoch häufig an der Möglichkeit, medizinisch nötige Kaiserschnitte überhaupt durchführen zu können. Weltweit verzeichnen private Krankenhäuser die höchsten Kaiserschnitttraten, z. B. in Ägypten und Mexiko mit rund 90 %. Statistiken sind sicher mit großer Vorsicht zu betrachten, es zeichnet sich jedoch ein eindeutiger und auch dramatischer Trend ab.

Gründe für den globalen Anstieg Kaiserschnitttrate

Aus Zeitgründen lassen sich hier die vielen Gründe für den globalen Anstieg nicht aufzählen. Sie liegen auf der Ebene der körperlichen Komplikationen, auf der technischen Ebene der verbesserten OP-Methoden, auf der ökonomischen, der besseren Vergütung des Kaiserschnitts, auf der persönlichen, der zunehmend geringeren ärztlichen Erfahrung mit Spontangeburt und der psychischen Ebene der Frauen, der Angst vor Schmerzen und körperlichen Folgen der vaginalen Geburt. Demgegenüber wurden die gesundheitlichen Risiken lange bagatellisiert, wie z. B. mütterliche Infektion, Wundheilungsstörungen, Narkoserisiken, höherer Blutverlust, Schmerzen nach der OP usw. Hinzu kommen Probleme bei den Neugeborenen wie Atmungsanpassungsstörungen, Allergien, Asthma oder Diabetes. Interessanterweise sind die möglichen psychischen Folgen, wie z. B. die erschwerte Mutter-Kind-Bindung oder Empfindungsstörungen in Bezug auf Körper-Seele oder Sexualität noch weitgehend unerforscht. Die zunehmende Rate von Kaiser-

Machen, was machbar ist!?

Der (un)aufhaltsame Aufstieg des Kaiserschnitts

schnitten kann auch als Ausdruck von allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen gesehen werden, die kritisch hinterfragt werden sollte.

Zum Beispiel Stichwort: Körper. Ich arbeite für eine Gesundheitsbehörde. Sie ermahnt mich, im staatlichen Auftrag sorgsam mit dem Körper umzugehen, nicht zu rauchen, nicht zu trinken, sich gut zu ernähren und regelmäßig zu bewegen. Denn wir haben nur diesen einen Körper. Er ist unsere Ressource, die Basis unseres Lebens. Von daher liegt es nahe, unnötige Eingriffe zu vermeiden und nicht kurzfristig und schon gar nicht aus wirtschaftlichen Gründen seine Intaktheit zu verletzen. In Bezug auf körperliche Folgen zeigt unser Umgang mit dem Kaiserschnitt allerdings eine erhebliche Zukunftsblindheit. Zwei renommierte Chefärzte haben mir gegenüber bestätigt, dass sie sich nicht bzw. erst spät nach der Pensionierung gefragt haben, wie es den Frauen im späteren Leben mit dem Kaiserschnitt ergangen ist. Welche Gefühle haben sie? Welche Beeinträchtigungen? All das ist nicht erforscht. Insofern spiegeln hohe Raten unnötiger Kaiserschnitte auch unser herrschendes Wirtschaftsmodell wider, das einen oftmals bedenkenlosen Umgang mit Lebensressourcen pflegt. Dem unterwirft sich zunehmend auch die Medizin. Statt eines nachhaltigen Blickes auf den Körper von Mutter und Kind herrscht ein technischer Blick. Er sieht das aktuell Machbare und übersieht oft, dass der Körper zwar viel aushält, aber nichts vergisst.

Normalgeburt mittlerweile die große Unbekannte

Die Normalgeburt ist mittlerweile die große Unbekannte in der Geburtshilfe. Es fördert sicher den Trend zum Kaiserschnitt, dass viele Ärztinnen und Ärzte, Frauen und Väter eine interventionsarme Normalgeburt kaum noch kennen. Dies legen zumindest die Interventionsraten in den Perinatalstatistiken nah.

Eine junge Assistenzärztin mit 3-jähriger Erfahrung in der Geburtshilfe erzählte mir: „Ich mache lieber eine Sectio. Den Kaiserschnitt habe ich gelernt, er ist berechenbar, ich weiß, was ich tun muss. Eine Vaginalgeburt habe ich nicht im gleichen Maße gelernt, deshalb macht sie mir in gewisser Weise Angst. Zu einer Spontangeburt werde ich meistens erst gerufen, wenn das Köpfchen kommt. Tritt ein geburtshilfliches Risiko auf, kommt erschwerend hinzu, dass ich in der Regel die Frau nicht kenne und sie und ihre Situation deshalb nicht immer angemessen einschätzen kann.“

„Statt eines nachhaltigen Blickes auf den Körper von Mutter und Kind herrscht ein technischer Blick.“

Frauen, die im Krankenhaus entbunden haben | 2009

Land	Insgesamt	Kaiserschnitt	
	Anzahl	in Prozent	
Deutschland	644 274	201 480	31,3
Baden-Württemberg	87 255	28 518	32,7
Bayern	100 405	33 196	33,1
Berlin	33 105	8 805	26,6
Brandenburg	14 605	3 836	26,3
Bremen	7 741	2 422	31,3
Hamburg	19 410	5 432	28,0
Hessen	47 827	16 266	34,0
Mecklenburg-Vorpommern	12 452	3 474	27,9
Niedersachsen	57 730	18 627	32,3
Nordrhein-Westfalen	141 359	45 995	32,5
Rheinland-Pfalz	30 089	9 812	32,6
Saarland	7 262	2 792	38,4
Sachsen	33 351	7 533	22,6
Sachsen-Anhalt	16 625	4 330	26,0
Schleswig-Holstein	19 295	6 333	32,8
Thüringen	15 763	4 109	26,1

Quelle: www.destatis.de

Die junge Ärztin spricht hier wichtige Probleme der gegenwärtigen Geburtsmedizin an. Sie erlebt den Kaiserschnitt als einfacher. Im Gegensatz zur Vaginalgeburt ist er handwerklich gelernt. Die Gebärende ist unbekannt, deshalb während einer Vaginalgeburt unberechenbar und die Ärztin kommt häufig zu spät, um die Geburt wirklich sinnvoll begleiten zu können. Verloren geht in diesem System das Vertrauen, dass Schwangerschaft und Geburt einem inneren Gesetz folgen, bei dem die Natur auf Erfolg setzt. Sie sind nicht als pathologischer Prozess geplant. Bleibt die Kenntnis des normalen Geburtsprozesses jedoch fragmentarisch, bleibt nicht genug Raum für Übungen und Erfahrungssammlung wie bei der Assistenzärztin, geraten Physiologie und innere Logik der Geburt in Vergessenheit, der Kaiserschnitt wird dann schnell zum Retter in der selbst geschaffenen Not.

„Verloren geht in diesem System das Vertrauen, dass Schwangerschaft und Geburt einem inneren Gesetz folgen, bei dem die Natur auf Erfolg setzt.“

Änderung Facharztausbildung erforderlich

Abhilfe könnte eine Verpflichtung der Facharztausbildung schaffen, eine ausreichende Zahl am besten von außerklinischen, aber zumindest interventionsarmen Spontangeburt von Anfang bis Ende zu begleiten. Die Begleitung von Geburten steht zwar in der Weiterbildung von Fachärztinnen/-ärzten, viele berichten jedoch, dass sich das Begleiten in der Praxis häufig nur auf das Ende

der Geburt bezieht. Gäbe es ausreichend Gelegenheit, Spontangeburt von Anfang bis Ende zu erleben, würde ein neuer Blick auf die Geburt entstehen, der neben dem körperlichen Ablauf auch ihre emotionale Seite erfasst. Dadurch könnte die Geburtshilfe einen anderen Schwerpunkt bekommen, die Frauen, der Geburtsfluss würde die Leitung übernehmen, nicht ärztliches Geburtsmanagement.

Stichwort: Die unbekannte Schwangere. Die Geburt ist ein intimer Prozess, bei der die Frau sich selbst vergisst und sich öffnet. Das gelingt aber nur, wenn alle Geburtsbeteiligten miteinander vertraut sind, diese Verbundenheit ist eine der wichtigsten Sicherheitsfaktoren bei der Geburt. In der gegenwärtigen Geburtsmedizin kennen sich jedoch die Gebärende und die Geburtshelfer und -helferinnen in der Regel nicht. Dass sich ein hochgradig emotionaler Vorgang wie die Geburt unter Unbekannten vollzieht, ist zweifellos eine Quelle vieler Komplikationen und in etlichen Fällen führt das zum Kaiserschnitt.

Stichwort: Angst vor der Geburt bei Frauen und bei Geburtshelferinnen und -helfern. Ein weiteres Argument für den Kaiserschnitt ist die Angst der Frauen vor der Geburt. Wahrscheinlich haben alle Frauen Angst. Dass sich der Körper für ein 50 cm großes Kind öffnen kann, ist einfach schwer vorstellbar. Hier wäre es nun die Aufgabe der Geburtshelferinnen, durch Gespräch und Zuwendung schon in der Schwangerschaft Befürchtungen und Realität zu trennen. So könnte es gelingen, Furcht in Energie umzuwandeln und den Kaiserschnitt aus Angst zu vermeiden. Das technische Geburtsmanagement in Form von Ultraschall, CTG, PDA und Sectio ist häufig die falsche Antwort auf ein richtiges Gefühl.

Stichwort: Kunstfehlerprozesse. Auf Klinikenebene ist ein weiteres Argument für die Sectio die Angst vor einem Rechtsstreit. Die oben erwähnte Assistenzärztin hat das als ihre Hauptangst bezeichnet. Begegnen sich werdende Eltern und Geburtshelferinnen und Geburtshelfer im Kreissaal auf der Ebene der kriegerischen Justiz wird es dramatisch: Dann geht genau das Vertrauen verloren, das für die gute Geburt gebraucht wird.

Zeichen setzen

Zurück zum Titel des Vortrags: Ist der Anstieg der Kaiserschnitttraten unaufhaltsam? Hat die DGGG, die Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie recht, wenn sie in ihrer Kaiserschnittleitlinie von 2012 sagt, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird? Oder ist ein Umdenken in der Medizin, in der Gesellschaft möglich? Ich plädiere auch hier für eine „Energiewende“, also die Energie in eine andere Denkrichtung zu lenken. Das Wissen über die Normalgeburten, das Vertrauen, dies sollte in der Geburtshilfe wieder ausreichend vermittelt werden. Als Begleitmaßnahme finde ich die Idee des Deutschen Hebammenverbandes gut, die Normalgeburt zum immateriellen Weltkulturerbe zu ernennen. Manchmal müssen Zeichen gesetzt werden. Mich ermutigen Beispiele wie die Krankenhäuser Havelhöhe in Berlin oder Herdecke, beide haben nur eine Kaiserschnitttrate von 13 - 15 %. Mich ermutigen auch kritische Geburtshelferinnen, die dem Steigen der Kaiserschnitttrate nicht weiter zusehen wollen. Es gibt diesbezüglich schon etliche Anfragen an den Bundestag. Und es gibt die Initiative des Arbeitskreises Frauengesundheit, der ein bundesweites Bündnis zur Senkung der Kaiserschnitttraten initiiert. Am Ende will ich den Geburtshelfer und Chefarzt Dr. W. Lütje zitieren: „Die Chance des Gebärens und das Bemühen um den Erhalt und die Weiterentwicklung geburtshilflichen Könnens sind der Schlüssel, den Kaiserschnitt wieder zu dem zu machen, was er ist, eine gute Option in seltenen Notfällen.“

Merve Winter
Diplom-Psychologin, Berlin

und
Prof. Dr. Brigitte Boothe



Frauen spenden – Männer empfangen Geschlechterunterschiede in der Organspende

Geschlechterunterschiede in der Organspende finden sich sowohl in der Postmortalspende als auch in der Lebendspende, und es gibt sie auf der Seite des Spendens und Empfangens. Dabei handelt es sich um zwei unterschiedliche Probleme (Schickanz et al. 2006): Bei Ungleichheiten im Empfangen geht es um die Frage, ob Frauen den gleichen Zugang zur Hochleistungsmedizin haben wie Männer. Dies ist vor allem in Entwicklungsländern oftmals nicht der Fall, aber auch in westlichen Industrienationen belegen Studien, dass Frauen weniger häufig Zugang zu invasivmedizinischen Behandlungen haben und weniger häufig auf die Warteliste für ein Organ gelangen als Männer (Kayler et al. 2003). Hier wird im Folgenden jedoch auf die Unterschiede in der Spendenbereitschaft fokussiert.

Frauen besitzen häufiger Organspendeausweis

Zunächst zur Postmortalspende: Jüngste Studien haben gezeigt, dass Frauen signifikant häufiger als Männer einen Organspendeausweis besitzen (Ahlert & Schwettmann 2011). Vor einigen Jahren konnte dies in Repräsentativerhebungen noch nicht festgestellt werden (Decker et al. 2008), und es fragt sich, ob sich hier ein neuer Trend abzeichnet. Ferner haben Repräsentativerhebungen gezeigt, dass Männer Bonussystemen positiver gegenüberstehen, während Frauen diese signifikant häufiger ablehnen (Decker et al. 2008, Ahlert & Schwettmann 2011).

„In der Lebendorganspende wird der Geschlechterunterschied noch viel eingehender diskutiert als in der Postmortalspende.“

Mit Bonussystemen ist zum Beispiel ein Zuschuss zur Beerdigung gemeint oder sonstige finanzielle Anreize im Rahmen der Postmortalspende. Insgesamt scheinen Frauen in ihrem Antwortverhalten stärker durch altruistische Motivation geprägt zu sein als Männer und weniger durch Kostenerwägungen. In der Lebendorganspende wird der Geschlechterunterschied noch viel eingehender diskutiert als in der Postmortalspende.



Seit gut 15 Jahren wird darüber in der Fachwelt vermehrt publiziert. In Deutschland und in der Schweiz kann eine Zweidrittel/Eindrittel-Verteilung festgestellt werden. Die Frauen sind hier zu 2/3 die Spenderinnen, die Männer nur zu 1/3 (siehe Abb. 1).

Beim Geschlechterunterschied in der Lebendorganspende handelt es sich bei stetig steigenden Spendezahlen um ein konstantes und weltweites Phänomen, wenn auch mit kulturellen Unterschieden. Medizinische Gründe erklären dieses Phänomen nicht hinreichend (vgl. Zimmermann et al. 2000). Die Ursachen für die Geschlechterdifferenz müssen deshalb in kulturellen, sozialen und ökonomischen Gründen gesucht werden.

Phänomen Spendeimperativ

In einer eigenen Studie zu diesem Thema haben wir qualitative Interviews mit LebendnierenspendeInnen und EmpfängerInnen kurz vor der Transplantation geführt. Ein Ergebnis dieser Studie ist der Nachweis der Existenz eines uns als Spendeimperativ bezeichneten Phänomens: Es gibt vor dem Hintergrund der guten medizinischen Ergebnisse heutzutage eigentlich keinen vernünftigen Grund mehr, nahen Angehörigen wie EhepartnerInnen, Kindern und Geschwistern kein Organ zu spenden. Eine Lebendorganspende stellt heute die Behandlungsmethode der Wahl bei einem terminalen Organversagen der Niere oder der Leber dar. Angehörige, die nicht bereit sind zu spenden, müssen sich zunehmend legitimieren. Allerdings scheinen sich Ehefrauen, Schwestern und speziell Mütter von diesem Spendeimperativ deutlich stärker angesprochen zu fühlen als Väter oder Ehemänner, und Mütter stellen auch die größte SpenderInnengruppe dar. Es muss davon ausgegangen werden, dass Geschlechternormen einen direkten Einfluss auf die Selbst- und Fremdpositionierung der Angehörigen und damit auf das Spendeverhalten haben. Die „Anrufungen“ (Motakef 2011) in der Lebendorganspende verlaufen offenbar geschlechtsspezifisch.

Um ein Beispiel aus unserer Studie zu nennen: Es gab eine hochambivalente Ehefrau, die nicht spenden wollte, der aber von ihren Freundinnen nahegelegt wurde, dass es zu ihrer Rolle als Ehefrau dazugehören würde, ihrem Mann ein Organ zu spenden. Zudem wollte sie ihre Kinder davor bewahren, an ihrer Stelle dem Vater eine Niere zu spenden. Aus diesem Grund hat sie sich gewissermaßen „geopfert“. Allerdings zeigt unsere Studie auch, dass Frauen im Rahmen der Lebendorganspende nicht nur Opfer sind, sondern eine Lebendspende in manchen Fällen ganz aktiv von den Spenderinnen angestrebt wird, um beispielsweise die Beziehung zu der empfangenden Person zu regulieren. Eine Lebendnierenspende kann auch eine Machtposition innerhalb einer festgefahrenen Beziehung bedeuten. Lebendorganspenden sind indes nicht dazu angetan, schwierige Beziehungen zu verbessern.

Was bedeuten diese Befunde für eine gesundheitspolitische Praxis? Für die Lebendorganspende ist eine genaue und gendersensible Begutachtungspraxis zu fordern, die unter anderem einen möglichen Kinderwunsch bei den prospektiven SpenderInnen abklärt und auf mögliche Risiken bei einer nachfolgenden Schwangerschaft hinweist. Für ein solches Risiko gibt es inzwischen erste Hinweise (Reisæter et al. 2009 und Ibrahim et al. 2009). Bei ambivalenten SpenderInnen ist ein Moratorium anzuraten, um eine Entscheidung nicht von außen zu forcieren. Prinzipiell kann es in der Lebendorganspende nicht darum gehen, Frauen vom Spenden abzuhalten, sondern es müsste eher die Frage gestellt werden, wie man Männer zum Spenden ermuntern kann. Die medizinisch-ethische Argumentation, wonach männliche Nieren angeblich die besseren Ergebnisse erbringen, also länger halten und weniger häufig abgestoßen werden und Männer aus diesem Grund häufiger spenden sollten, erscheint schwierig. Nicht, weil nicht sein darf, was nicht sein soll, sondern weil hierfür einfach noch zu wenig empirische Daten und gesicherte Ergebnisse vorliegen (Jindal et al. 2005). Vor dem Hintergrund einer unsicheren Datenlage erscheint es zynisch, den ohnehin häufiger spendenden Frauen auch noch zu signalisieren, dass ihr Organ nur die „zweite Wahl“ und

einer männlichen Niere unterlegen sei. In Bezug auf die geschlechtsspezifische Passung von Organen besteht noch Forschungsbedarf.

In der Postmortalspende wären den Repräsentativerhebungen zufolge Bonussysteme in Form von finanziellen Anreizen ein sicheres Mittel, die Anzahl der männlichen Spender zu erhöhen. Die Frage ist indes, ob man dies politisch möchte. Die Betonung einer rein altruistischen Motivation, wie es bisher geschieht, trägt jedenfalls offensichtlich zur Aufrechterhaltung der Geschlechterdifferenz in der Postmortalspende bei. In Hinblick auf die zugrunde liegenden Geschlechterrollen könnte etwa an eine geschlechtsspezifische Werbung für Organspenden gedacht werden, wie dies bereits die Stiftung PRO Organspende in ihrer Kampagne von 2009 „Das kannst du auch!“ (<http://proorganspende.de/kampagnenfotos.html>) getan hat:

In dieser Werbung appelliert die Figur Batman an ein männliches Selbstverständnis als Retter und Held, mit der Hoffnung, Organspenden damit auch für Männer attraktiver zu machen. Allerdings bleibt diese Werbung traditionellen Geschlechterstereotypen verhaftet. Auch wenn Frauen in dieser Kampagne ebenfalls als Heldinnen adressiert werden, bleibt ein Aspekt augenfällig:

Superwoman wird nicht zugestanden, einen bedürftigen und gebrechlichen Mann zu retten – obwohl viele Frauen genau dies in der Realität mit Hilfe einer Organspende tun. Dass eine solche Konstellation für beide Seiten Probleme mit sich bringt und mit traditionellen Geschlechterrollen konfliktiert, konnte unsere Studie ebenfalls zeigen. Insgesamt stellt die Problematisierung der Geschlechterdifferenz einen Fortschritt gegenüber der bislang selbstverständlichen Inanspruchnahme einer stärkeren weiblichen Opferbereitschaft dar. Die Datenlage ist allerdings noch unzureichend und müsste verbessert werden. Es erscheint wünschenswert, dass auch gruppenspezifische Unterschiede (z. B. von MigrantInnen) stärker in den Blick geraten, wofür weitere quantitative und qualitative Studien notwendig wären.



Literatur:

Ahlert, Marlis und Lars Schwettmann (2011): Die Einstellung der Bevölkerung zur Organspende. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard und Uwe Repschläger (Hrsg.) (2011): Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung; S. 193-213

Decker, Oliver, Winter, Merve; Brähler, Elmar und Manfred Beutel (2008): Between Commodification and Altruism. Gender Imbalance and Attitudes towards Organ Donation. *Journal of Gender Studies* 17, pp. 251–255

Ibrahim, Hassan N.; Akkina, S.K.; Leister, E; Gillingham, K.; Cordner, G.; Guo, H.; Bailey, R.; Rogers, T.; Matas, A.J. (2009): Pregnancy Outcomes After Kidney Donation. In: *American Journal of Transplantation* 2009, Vol. 9, Issue 4, pp. 825-834

Jindal, Rahul M.; Ryan, John J.; Sajjad, Imran; Murthy, Madhukiran H.; Baines, Lyndsay S. (2005): Kidney Transplantation and Gender Disparity. In: *American Journal of Nephrology* 2005, 25, S. 474-483

Kayler, Liise K.; Rasmussen Cynthia S.; Dykstra Dawn M.; Ojo, Akinlolu O.; Port, Friedrich K.; Wolfe, Robert A. and Merion, Robert M. (2003): Gender Imbalance and Outcomes in Living Donor Renal Transplantation in The United States. *American Journal of Transplantation*, Vol 3, Nr. 4, pp. 452-458

Motakef, Mona (2011): Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende. Bielefeld, transkript Verlag

Reisæter, Anna V.; Røslie, J.; Henriksen, T; Irgens, L.M and A. Hartmann (2009): Pregnancy and Birth After Kidney Donation: The Norwegian Experience. In: *American Journal of Transplantation* 2009, Vol. 9, Issue 4, pp. 820-824

Schicktan, Silke; Rieger, J.W. und B. Lüttenberg (2006): Geschlechterunterschiede bei der Lebendnieren transplantation: Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz. In: *Transplantationsmedizin* 2006, 18. Jg., S. 83-90

SOL-DHR (2011): http://www.lebendspende.ch/de/register_sol_dhr_statistik_nierenspenden.php, abgerufen am 14.05. 2012

Zimmermann, D.; Donnelly, S.; Miller J.; Stewart, D. and S.E. Albert (2000): Gender disparity in living renal transplant donation. *American Journal of Kidney Diseases* 36, pp. 534-540

Prof. Dr. med. Stephanie Krüger

Chefärztin Zentrum für seelische
Frauengesundheit am Humboldt-Klinikum,
Vivantes, Berlin



Psychische Erkrankungen über den Lebenszyklus der Frau

Ich habe mich entschlossen, zum Thema der seelischen Frauengesundheit, über Depression zu sprechen. Die WHO hat die depressiven Störungen in den etwas zwiespältigen Status der Volkskrankheiten erhoben. Volkskrankheit wird eine Krankheit dann, wenn sie häufig auftritt, also viele Menschen betrifft und wenn, so wie es bei der Depression der Fall ist, damit schwere Auswirkungen verbunden sind. Hier sind zum Beispiel Frühverrentung, Einschränkungen im sozialen und privaten Bereich usw. zu nennen.

Depression – eine Volkskrankheit

Im Jahr 2020 wird die Depression der zweithäufigste Grund für Behinderungen in all den genannten Bereichen sein. Damit stehen die Depressionen vor den Verkehrsunfällen, den cerebrovaskulären Erkrankungen (Anm.: Erkrankung der Blutgefäße im Gehirn und Folgen) und den Lungenerkrankungen.

Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten sieht das so aus: Frauen erkranken doppelt so häufig an Depression wie Männer. Das ist unabhängig davon, ob es um die sogenannte Lebenszeitprävalenz oder kleinere Zeiträume geht. Ich denke zwar, dass sich die Geschlechter annähern werden, wenn wir die männliche Depression als solche besser zu definieren lernen, dennoch haben Frauen vor allem in sogenannten Zeiten ‚reproduktiver Ereignisse‘ ein besonders hohes Risiko, zu erkranken. Zusammengefasst heißt das, dass im Jahre 2020 eine von vier Frauen von einer Depression betroffen sein wird. Damit sind Depressionen zusammen mit den Angsterkrankungen für knapp die Hälfte der Behinderungen durch neuropsychiatrische Erkrankungen bei Frauen verantwortlich, im Vergleich nur etwas über 20 % bei Männern.

„Frauen erkranken doppelt so häufig an Depression wie Männer.“

Depression im reproduktiven Zyklus

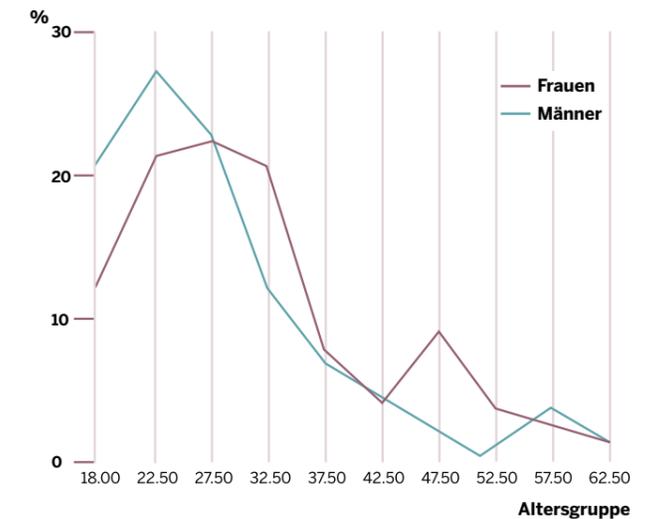
Kommen wir zum reproduktiven Zyklus. Die weiblichen und natürlich auch männlichen Geschlechtshormone interagieren in ganz komplexer Weise mit unseren Botenstoffen im Gehirn. Über den Lebenszyklus einer Frau mit Beginn der ersten Menstruation bis zum Tode kann vor allem in psychiatrischer Hinsicht viel passieren. Ich möchte Ihnen ganz kurz einen Überblick darüber geben, welche Zustandsbilder und Erkrankungen hier zu verzeichnen sind: Prä- und perimenstruelle psychische Erkrankungen, psychische Störungen im Zusammenhang mit unerfülltem Kinderwunsch, antepartale Depressionen, also Depressionen und Angsterkrankungen in der Schwangerschaft, Wochenbett-erkrankungen, ein ganz wichtiges Thema, und auch psychoonkologische Fragestellungen. Wir sehen beispielsweise zunehmend Patientinnen, die sich aufgrund von Brustkrebserkrankungen in ihrer Weiblichkeit verändert fühlen, Haarausfall nach Chemotherapie schwer verkraften können usw. Daneben gibt es die organmedizinischen Aspekte. Bei Frauen kommt es zum Beispiel bei Herzerkrankungen häufiger zu Depressionen als bei Männern und letztere beeinflusst die Prognose der Herzerkrankung in erheblichem Maße negativ. Auch die Psychopharmakotherapie sollte unter geschlechtsspezifischen Aspekten betrachtet werden: Männer reagieren anders auf Psychopharmaka als Frauen, Frauen entwickeln andere Nebenwirkungen als Männer, aber alle Zulassungsstudien sind quasi über männliche Dosierungsdefinitionen gelaufen und letztendlich auch an der männlichen Maus und auch am Mann erprobt.

Risikozeiten im Lebenslauf von Frauen und Männern

Psychische Erkrankungen bei Frauen entstehen zu zwei Peaks im weiblichen Leben (Anm: signifikanter Spitzenwert einer Messung), bei Männern eindeutig früher als bei Frauen (s. Abb. 1). Das hat für Männer den Vorteil, dass man früher eingreifen kann. Mit 20 Jahren ist man eben noch nicht mitten im Studium, häufig noch nicht familiär gebunden, hat noch kein Kind. Da kann man noch anders eingreifen, als wenn, wie bei Frauen, das 30. Lebensjahr naht und sich dann die psychische Erkrankung erstmals manifestiert.

Der 2. Peak, findet sich um das 47. Lebensjahr, das ist der Zeitraum der Perimenopause, wo sich verschiedene Hormonkonstellationen auch auf die Psyche in erheblicher Weise auswirken können. Diese Peaks sehen wir bei Männern (naturgemäß) in diesem Maße nicht.

Der nächste Punkt, den ich ansprechen möchte, ist die Suizidalität. Es ist richtig, dass sich Männer häufiger ‚erfolgreich‘ suizidieren als Frauen. Das liegt aber nur daran, dass die Männer die aggressiveren Methoden wählen, also Sprung aus großer Höhe, Erschießen oder Erhängen. Was die Suizidversuche anbetrifft, sind Frauen häufiger betroffen. Frauen legen sich häufiger in die Badewanne und inzidieren sich die Pulsadern oder nehmen



(Abb. 1)

Medikamente und das führt eben nicht so oft zum ‚Erfolg‘. Man kann also nicht sagen, dass Männer das ‚suizidale Geschlecht‘ seien. Was noch hinzu kommt ist, dass die meisten Männer, die sich suizidieren, über 65 Jahre sind. Bei den Frauen ist das anders. Bei ihnen haben wir zum Beispiel einen Peak in punkto Suizidalität um das 35. Lebensjahr und dann noch mal um das 50. Lebensjahr herum, d. h. also auch wenn wir das Thema Suizidalität betrachten, muss besondere geschlechterspezifische Sensibilität walten.

Bagatellisierung psychischer Erkrankungen bei Frauen

Wo liegen jetzt die Probleme? Psychische Erkrankungen sind in der Öffentlichkeit stigmatisiert oder aber, sie werden bagatellisiert, Thema „Burn Out“ als Stichwort. Treten psychische Erkrankungen bei Frauen im Rahmen reproduktiver Ereignisse auf, werden sie häufig konnotiert wie „wird schon“, „reiß dich zusammen“, „freust du dich denn gar nicht auf dein Kind“, „warum weinst du denn die ganze Zeit“ oder „ist doch ein Wunschkind, sei doch nicht so undankbar“. Das habe ich alles wiederholt gehört, das ist sozusagen mein tägliches Brot.

Diese Gesamtsituation erleichtert es den Frauen natürlich nicht, den Psychiater aufzusuchen, dezidiert Hilfe anzunehmen und dazu zu stehen, dass man erkrankt ist und einfach ‚nicht mehr kann‘. Die Frauen leiden enorm unter ihren Schuldgefühlen. Sie wollen alles schaffen, alles hinkriegen und merken dann, sie kommen an ihre Grenzen. Sie versuchen es, doch noch irgendwie klar zu kommen und nicht zum Arzt zu gehen. Deswegen werden Frauen ganz häufig den entscheidenden Hilfeinstitutionen viel zu spät zugeführt. Dann ist bereits ein stärkerer Schweregrad der Erkrankung erreicht, oder es liegt Suizidalität vor, oder die Erkrankung ist chronifiziert.

An einem Fallbeispiel möchte ich das Ganze illustrieren: Die Familie einer Patientin hatte sich nach deren Suizid an mich gewandt, um das Ganze aufzuarbeiten. Die betrof-

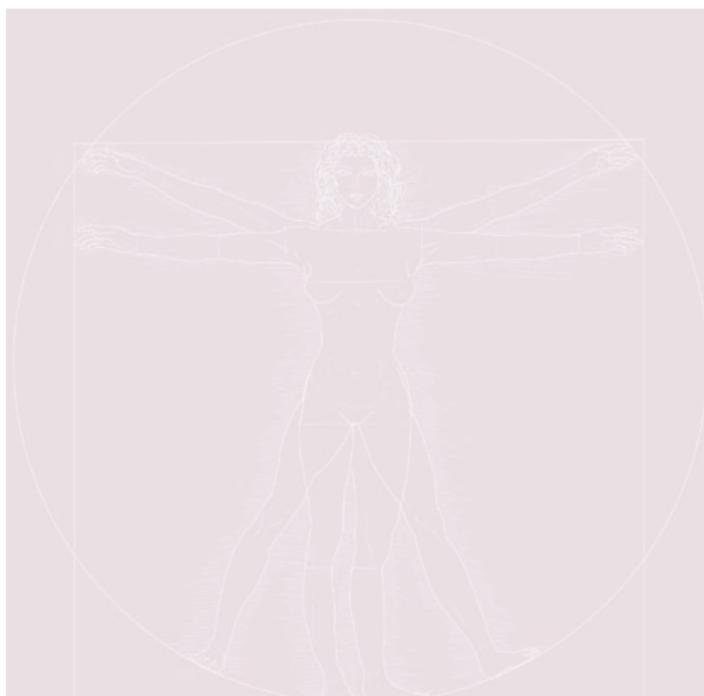
fene Frau hatte zunächst auf sich und ihr sechs Wochen altes Neugeborenes eingestochen und danach sich und ihren Säugling angezündet. Beide sind daran gestorben. Die Frau hatte jahrelang prämenstruell sehr starke Auffälligkeiten. Sie war in der Zeit immer depressiv und gereizt. Da das immer nur eine Woche im Monat auftrat, hatte sie keine Hilfe gesucht,

Im Gespräch mit den Angehörigen stellte sich heraus, dass die Mutter der Verstorbenen eine Wochenbettdepression gehabt hatte. Darüber wurde in der Familie nicht gesprochen. Die Verstorbene selbst hatte schon in der Schwangerschaft Schlafstörungen und gedrückte Stimmung beklagt, war auch zum Hausarzt gegangen, weil es massiv wurde. Der hatte sie beruhigt und ihr gesagt, das gehe vorbei, das sei hormonell bedingt und ‚ganz normal‘. Nach der Geburt hatte sie dann über Fremdheitsgefühle dem Kind gegenüber berichtet, fehlende Liebesgefühle, wollte, dass das Kind ‚wieder weg‘ sein solle, konnte es nicht auf den Arm nehmen und litt an Schlafstörungen und Appetitverlust. Sie hatte sich ihrer Hebamme anvertraut, die sie beruhigt hatte, dass dieses vielen Erstgebärenden so gehe. Auch die Freundinnen sprachen ihr beruhigende Worte dahingehend zu, dass es sich um einen temporären Zustand handele. Letztendlich muss es wohl so gewesen sein, das kann man nicht mehr genau recherchieren, dass die Frau dermaßen von Depressionen und Schuldgefühlen gequält war, dass sie nur noch im erweiterten Suizid einen Ausweg sah.

Bis zu 20 % aller Frauen, die ein Kind auf die Welt bringen, entwickeln eine klinisch relevante Wochenbettdepression. Und nur ein Bruchteil davon findet den Weg zu Ärztinnen und Ärzten oder zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ihnen weiterhelfen können. Und weil das so ist, gibt es eine 4 %-ige Infantizid-Rate (Anm.: Kindstötungsrate) bei Frauen mit Wochenbettdepressionen.

Zum Schluss meines kurzen Einblicks in die seelische Frauengesundheit möchte ich für eine geschlechtersensible Psychiatrie plädieren. Frauen und seelische Erkrankungen sind mit einer hohen Morbidität und Mortalität belastet.

Wir bemühen uns, aufzuklären und wir machen das in Berlin auch in größerem Maße, aber es reicht immer noch nicht aus, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung abzubauen. Wir brauchen Präventionsprogramme, Öffentlichkeitsarbeit und Schulungen der Berufsgruppen, die mit Frauen über den Lebenszyklus zu tun haben.



Dr. Monika Weber

Landschaftsverband Westfalen Lippe
Referat Erzieherische Hilfe, Münster



Mädchen und Gesundheit Ressourcen stärken statt Risiken beschwören

Wer auf die Gesundheit von Mädchen schaut, kann heute vielfach eine positive Bilanz ziehen:

- Über 80% der Mädchen wachsen in guter Gesundheit auf.
- Dabei kommen Mädchen gesunder als Jungen durch die Kindheit, im Alter bis zu 12 Jahren werden sie seltener in Arztpraxen oder auch Beratungsstellen vorgestellt.
- Stärker als Jungen achten Mädchen auf ihren Körper und zeigen weniger gesundheitsriskante Verhaltensweisen. Sie essen mehr Obst und Gemüse, rauchen seltener und konsumieren seltener Alkohol (12,8 % der Mädchen vs. 21,8 % der Jungen mind. 1x wöchentlich).
- Die meisten Mädchen wissen gut Bescheid über ihren Körper und ihre Sexualität, so ist der Anteil der Mädchen, die beim ersten Mal nicht verhüten, in den letzten zwanzig Jahren von 20 auf 8 % gesunken (BzGA 2010).

Aber das ist nur eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass gerade mit Beginn der Pubertät

- die körperliche und sportliche Aktivität von Mädchen stark rückläufig ist, dieses gilt insbesondere für Mädchen mit Migrationshintergrund, die z. B. in Sportvereinen deutlich unterrepräsentiert sind;
- Mädchen häufiger angeben, unter Beschwerden zu leiden;
- entsprechend die Diagnosen für Mädchen zunehmen und sie sehr viel häufiger Medikamente verschrieben bekommen;
- Mädchen im Vergleich zu Jungen ein doppelt so hohes Risiko tragen, psychisch zu erkranken,
- und sie dreimal häufiger unter Essstörungen leiden. Nahezu jedes dritte Mädchen (32,3 %) zwischen 14 und 17 zeigt Symptome einer Essstörung.

Schönheitsideale als Indikator für Erfolg

Die Phase des Übergangs von der Kindheit zur Jugend, die Integration der körperlichen Veränderungen in ihr eigenes Selbstbild, ist für Mädchen offenbar risikobehaftet, das zeigen die Beispiele. Mädchen werden sehr stark über

ihren Körper betrachtet und definiert – heute mehr denn je, wenn Serien wie „Germanys Next Top Model“ oder „Endlich schön“ das Erreichen normierter Schönheitsideale zum Indikator für Lebenserfolg und Glück machen. Entsprechend eng ist bei Mädchen das Körperkonzept mit dem eigenen Selbstbild verflochten. Schönheitsidealen nicht zu entsprechen, heißt dann schnell, sich als Person minderwertig zu fühlen. Nicht einmal die Hälfte der Mädchen stimmt der Aussage zu, sich in ihrem Körper wohl zu fühlen und ungefähr jedes vierte Mädchen fühlt sich zu dick (Bzga 2010) – das muss uns nachdenklich machen.

Für eine mädchengerechte Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung muss deshalb das zentrale Prüfkriterium lauten: Fördern die Aktivitäten und Maßnahmen einen positiven Bezug auf den eigenen Körper? Steht das Mädchen als Subjekt im Mittelpunkt oder wird der Körper für andere Interessen funktionalisiert? Statt Normierung, statt eines damit verbundenen Defizitblicks auf den eigenen Körper und statt der Beschwörung von Risiken gilt es, Mädchen in ihrem Glauben an sich selbst, in ihren Ressourcen und Fähigkeiten sowie ihrer Autonomie und Selbstbestimmung zu fördern. Wie ein solches Empowerment in der Praxis aussehen kann, dazu in der gebotenen Kürze nur einige Ansatzpunkte:

- **HPV-Impfung:** Statt einer Impfkampagne, die - von der Pharmaindustrie lanciert - die Angst vor Krebs schürt und die Phase der ersten sexuellen Erfahrungen als vor allem risikobehaftet erscheinen lässt, brauchen Mädchen altersgerecht aufbereitete und sachlich fundierte Informationen, die ihnen die Fähigkeit zugestehen, für sich und über ihren Körper selbst zu entscheiden.
- **Niedrigschwellige Informations- und Beratungsmöglichkeiten:** Mädchen brauchen vielfältige, niedrigschwellige Anlaufstellen und multimediale Informationsmöglichkeiten für ihre Fragen und Nöte, ohne dass sie im Rahmen gynäkologischer Sprechstunden gleich zu Patientinnen werden, die die Praxis mit der Minipille gegen unreine Haut oder Schmerzmitteln gegen Regelbeschwerden verlassen.
- **Hilfen bei Gewalt:** Von sexualisierter Gewalt sind Mädchen häufiger betroffen als Jungen, der größte Anteil dieser Gewalttaten findet im sozialen Nahraum, bei Mädchen häufig innerhalb der eigenen Familie statt. In einer solchen Situation sind gerade auch Ärztinnen und Ärzte für sie wichtige potenzielle Ansprechpartnerinnen und -partner. Mädchen in einer positiven Bezugnahme auf sich und ihren Körper zu stärken, kann hier heißen, gesundheitlich auffällige Verhaltensweisen wie z. B. massives Übergewicht oder dem Ritzen auch als Überlebensstrategie und Ausdruck von Widerstandskraft gegen die erlittene Gewalt wahrzunehmen und die Grenzen der sich anvertrauenden Mädchen zu wahren und z. B. nicht in kriminalistischem Sinne hinter ihrem Rücken Beweise zu sammeln.

Wie sieht eine mädchengerechte Gesundheitsförderung aus?

In der Kinder- und Jugendhilfe und speziell in der Mädchenarbeit sind zahlreiche Angebote und Ansätze einer ressourcenorientierten Stärkung des Selbst- und Körperbewusstseins vorhanden – nachzuschlagen z. B. in der Datenbank der FUMA Fachstelle Gender NRW. Beispielfähig erwähnt sei hier nur das Projekt „Einfach schön“ des Mädchentreffs in Bielefeld, das Mädchen über Medien wie Fotografie, Tanz und Erlebnispädagogik vielfältige Wege der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper eröffnet. Solche Projekte gilt es nicht nur im Rahmen begrenzter Projektfördermittel zu erproben, sondern abzusichern, auszubauen und z. B. über die Kooperation mit Schulen möglichst vielen Mädchen zugänglich zu machen.

Für die Entwicklung kommunaler Präventionsnetzwerke sind diese Erfahrungen unverzichtbar. Um eine umfassende Prävention und Gesundheitsförderung für Mädchen umzusetzen, bedarf es entsprechend einer engen Vernetzung und Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sowie speziell Mädchenarbeit. Damit diese sich in den Kommunen und kreisfreien Städten vor Ort realisiert, braucht es – so meine Erfahrung aus fünf Jahren Koordinationsstellenarbeit – politischen Willen und vernetzte Strukturen der Zusammenarbeit auch auf Landesebene.

Inhaltlich bieten sich für diese Zusammenarbeit zwei aktuelle Bezugspunkte:

1. das Programm „Kein Kind zurücklassen“. Mädchen in unterschiedlichen Lebenslagen und Altersgruppen wie z. B. von Gewalt betroffene Mädchen oder Mädchen in der Pubertät sind wichtige Zielgruppen des Programms. Sie zu erreichen gelingt nur, wenn die unterschiedlichen Zugänge der Handlungsfelder einbezogen und diese geschlechtssensibel ausgestaltet werden.
2. das Bundeskinderschutzgesetz. Wenn gewaltbetroffene Mädchen sich vertrauensvoll an ihre Ärztin wenden oder dem Arzt Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung auffallen, konkretisiert das Gesetz nun den Schutzauftrag der Berufsgeheimnisträger und klärt die Befugnis zur Datenweitergabe an das Jugendamt. Im Sinne von Mädchen gilt es diesen Schutzauftrag offensiv wahrzunehmen und die Sensibilisierung des Gesundheitswesens für die gesundheitlichen Folgen von Gewalt mit Blick auf Mädchen fortzusetzen.

Ein Kompetenzzentrum Frauengesundheit, das auch einen Schwerpunkt auf die Gesundheit von Mädchen legt, wäre dabei eine willkommene Unterstützung und Partnerin.

Podiumsdiskussion

Matthias Blum
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer
Prof. Dr. med. Susanne Schwalen
Dr. PH Ute Sonntag
Ministerin Barbara Steffens
Moderation: Ulrike Hauffe



Frauengesundheit etabliert - Perspektiven für das Gesundheitswesen in NRW

Moderatorin Ulrike Hauffe

Der sehr informative Aufriss des heutigen Vormittags durch die verschiedensten Themengebiete der Frauengesundheit hat uns sehr deutlich gezeigt, dass es noch viel zu tun gibt, um Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitssystem und im Gesundheitswesen zu etablieren. Folgerichtig ist es deshalb, dass jetzt auf dem Podium verschiedene Akteurinnen und Akteure vertreten sind, die ganz unterschiedliche Möglichkeiten haben, Erkenntnisse zur Frauengesundheit in das System zu bringen und dort zu etablieren. Ich begrüße ganz herzlich Herrn Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW, Frau Prof. Dr. med. Susanne Schwalen, geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer Nordrhein, Frau Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer, Universitätsklinikum Münster, Institut für Klinische Radiologie, Arbeitsgruppe Cognition & Gender, Frau Dr. PH Ute Sonntag, stellvertretende Geschäftsführerin der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und Frau Ministerin Barbara Steffens. Beginnen möchte ich mit einer Frage an Frau Prof. Pfleiderer.

Geschlechtersensible Forschung scheint offensichtlich noch unglaublich rudimentär zu sein. Ist diese Bilanz richtig?

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfleiderer

Diese Bilanz ist richtig. Wir haben noch einen großen Nachholbedarf. Ein Problem bei der geschlechtersensiblen Medizin ist die mangelhafte Datenlage. Es gibt sehr viele Daten zu Herz-Kreislaufkrankungen. Wir wissen jetzt mehr über Schmerzen, Immunsystemerkrankungen und Autoimmunerkrankungen. Trotzdem gibt es viele Krankheiten, von denen wir noch gar nichts wissen. Deswegen brauchen wir mehr Forschung in diesem Bereich. Ein Argument gegen die geschlechtersensible Medizin ist, dass zuwenig Daten und Fakten vorliegen, so dass qualifizierte Planungen nicht möglich sind. Daher müssen wir als Erstes unbedingt diese Datenlücke schließen.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Wie funktioniert das konkret? Entscheider und Entscheiderinnen beeinflussen, wohin Forschungsmittel fließen.

Wir wissen aber bspw. von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dass dort geschlechtersensible Forschung nicht priorisiert wird. Wie kann unter diesen Voraussetzungen Forschungsförderung in dem von Ihnen dargestellten Sinne stattfinden?

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Sicherlich wäre es notwendig, die Bewilligungsvoraussetzungen auch in der DFG zu ändern. In den USA ist man da schon weiter. Aus meiner Sicht dürfte heute kein Forschungsantrag in der Medizin bewilligt werden, in dem nicht explizit der Aspekt Geschlecht aufgenommen ist. Ich kann mir vorstellen, per Gesetz zu regeln, dass Forschung nur noch finanziert werden darf, wenn der Geschlechteraspekt berücksichtigt wird.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Frau Prof. Schwalen, wie sehen Sie das?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Im Bereich der pharmazeutischen Forschung hat sich bereits einiges getan. Wer eine klinische Medikamentenprüfung beantragt, muss geschlechtsspezifische Analysen mit einreichen (Anm.: seit August 2004). Das ist verpflichtend. Was die Minderzahl an Frauen in den klinischen Studien angeht, ist diese auf Schwierigkeiten mit dem Empfängnischutz zurückzuführen. Da wäre zu überlegen, ob in bestimmten Altersklassen die Ansprüche geändert werden können.

Moderatorin Ulrike Hauffe

In Langzeitmedikamentenstudien müssen Frauen immer wieder getestet werden, ob sie schwanger sind. Dann können sie nicht mehr an der Studie teilnehmen. Ich habe gehört, dass die Pharmaindustrie Sorge hat, dass der Anteil der Frauen in dieser Altersgruppe potenziert werden muss, um ausreichend große Populationen hinzukriegen. Stimmt das?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Das ist noch nicht mal das größte Problem. Es gibt viele Studien in der Altersklasse von 60, 65 und aufwärts. Hier ist das Thema Schwangerschaft vollkommen irrelevant, trotzdem sind Frauen auch in diesen Studien unterrepräsentiert.

Dr. Ute Sonntag

Ich möchte zu der Frage, wie die Fördergelder gesteuert werden können, etwas ergänzen: Wir haben seit Jahren auf politischer Ebene einen Beschluss zu Gender Mainstreaming. Ich würde mir für den Forschungsbereich Gender Budgeting als Steuerungsinstrument wünschen. Damit könnte gesichert werden, dass die Gelder wirklich beiden Geschlechtern zugute kommen. Nun wissen wir, an der Umsetzung des Beschlusses mangelt es noch. Woran liegt das? Ich denke, es müsste einen ergänzenden Beschluss bzw. eine umfassende Strategie geben, die sicherstellt, dass in allen maßgeblichen Abteilungen Personal mit Genderkompetenz eingestellt wird. Nur dann

ist ein politischer Beschluss tatsächlich umsetzbar. Das ist in der Vergangenheit an der Umsetzung von Gender Mainstreaming Beschlüssen deutlich geworden.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Zusammenfassend fordern Sie also Genderkompetenz als Qualifikationsvoraussetzung für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Frau Ministerin Steffens, wenn Frau Pfeleiderer sagt, das könne doch gesetzlich geregelt werden oder Frau Sonntag darauf hinweist, dass es strategisch wichtige Beschlusslagen gibt, die allerdings nicht umgesetzt werden, sind dies Punkte, die in Ihren Aufgabenbereich fallen. An welcher Stelle haben Sie Möglichkeiten, Dinge zu bewegen, die wir gerade besprochen haben?

Ministerin Steffens

Natürlich hat jeder Minister und jede Ministerin mit einem eigenen Forschungsetat die Möglichkeit zu sagen, dass die Forschungsvorhaben des eigenen Hauses geschlechterdifferenziert sein müssen. Ich kann also in den Bereichen, in denen ich Fördermittel habe, festlegen, dass jeder Wettbewerb, jede Ausschreibung, jede Forschungsstudie gendersensibel sein muss. Im Gesundheitsministerium haben wir, anders als im Wissenschaftsministerium, keine expliziten Forschungsmittel. Aber wir verfügen über EFRE-Mittel, also EU-Mittel, mit denen zum Beispiel eine Studie zum Thema Versorgungsforschung oder ähnliches gefördert werden kann. Ein anderes Beispiel ist das Thema IuK & Gender Med.NRW. Hier in Nordrhein-Westfalen haben wir zu den Themen „Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen“ und „geschlechtergerechtes Gesundheitswesen“ den ersten Wettbewerb auf EU-Ebene durchgeführt. Hier werden Produkte entwickelt, die nicht nur gute Aussichten haben, im Markt zu bestehen, sondern auch zu einer qualitativ besseren medizinischen Versorgung im Interesse der Menschen beitragen können. Gerade in der geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung besteht ein erheblicher Nachholbedarf. Europaweit vorbildhaft ist, dass jeder Wettbewerbsbereich gendersensibel sein muss. An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Bindung von Fördermitteln an Genderkriterien sehr gut funktioniert. Grundsätzlich glaube ich, dass vieles gesetzlich geregelt oder mit Beschlüssen unterstützt werden kann. Das allein wird wahrscheinlich aber genauso viel bzw. wenig ändern, wie die Genderbeschlüsse, die wir bereits haben. Wir müssen gleichzeitig in den Köpfen der Entscheiderinnen und Entscheider etwas verändern. Nach wie vor haben wir die Situation, dass eine gendersensible oder genderdifferenzierte Betrachtung und daraus resultierend frauenspezifische Konsequenzen gerne als „lila Frauenprojekte“ abgewertet werden, anstatt den gesamtgesellschaftlichen Gewinn einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung zu sehen. Damit werden wir aber keinem gerecht, weder Männern noch Frauen. Wenn Forschung nicht geschlechterdifferenziert ist, verursacht das zusätzliche Kosten, zum Beispiel durch eine ineffektive Versorgung. Es muss sich also in den Köpfen etwas verändern.

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Ich gebe Ihnen recht, es gibt immer noch einen Geschlechterkampfaspekt. Viele Männer denken, dass die Beschäftigung mit geschlechtsspezifischen oder geschlechtersensiblen Aspekten im Gesundheitswesen automatisch ein Abwerten von Männern und ein Kampf gegen Männer bedeutet. Sie erkennen nicht, dass es im Grunde beide angeht. Zudem haben wir ein Imageproblem und ich glaube, das ist in der Medizin riesig. Dagegen gilt es eine Strategie zu entwickeln.

Ich möchte noch einmal auf das Thema Forschung zurückkommen. Es ist immer noch sehr schwer, Forschung, die sich mit Aspekten des Geschlechts beschäftigt, in hochrangigen Zeitschriften unterzubringen. Nehmen Sie zum Beispiel eine Studie – wie ich sie gemacht habe – zur Verarbeitung von Sprache im Gehirn von Frauen und Männern. Ich hatte anfangs große Probleme, diese Arbeit überhaupt zu veröffentlichen. Es gibt kaum ein Interesse an geschlechterdifferenzierten Untersuchungen. Es ist sehr schwierig, Befunde zu solchen Themen in der Wissenschaftswelt zu verbreiten. Ich glaube, da müssen wir noch dran arbeiten, dass sich das ändert.

Dr. Ute Sonntag

Ich finde, wir haben nicht nur ein Imageproblem, sondern wir haben auch ein Wissensproblem. Wir müssten eigentlich in der universitären und Fachhochschulausbildung alle Lehrbücher um den Genderaspekt ergänzen. Sämtliche Lehrbücher müssten überarbeitet werden, damit Gender im Mainstream ist. Wir benötigen keine speziellen Bücher zu Gender. Genderaspekte gehören in alle Lehrbücher und das ab dem ersten Semester. Es stellt sich die Frage, wie wir das machen können, also ob es dazu eine politische Initiative o. ä. geben kann.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Das ist ein hehrer Wunsch, den ich sehr gut verstehe. Doch betrachten wir das aus der Perspektive der Ärztekammern. Ich nehme als Beispiel die Ärztekammer Bremen, die ich gut kenne. Dort gibt es sehr gute Fortbildungsveranstaltungen zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt, zu Essstörungen, Mädchengesundheit usw. Und wer sitzt da

trotz nicht weniger Fortbildungspunkte? Ärztinnen und diesmal mit kleinem „i“ und Fachfrauen aus dem psychosozialen Bereich. Ist das auch Ihre Erfahrung, Frau Prof. Schwalen?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Also zunächst einmal, welche Gremien werden von Männern und Frauen besetzt? In der Ärztekammer Nordrhein sind die Gremien für Ärztesundheit, Familie und Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc., also klassisch weibliche Themen, in der Mehrzahl von Frauen besetzt. Was die Weiterbildung betrifft: Bereits jetzt ist im Allgemeinen Weiterbildungsteil der Weiterbildungsordnung enthalten, dass zur Weiterbildung auch die Kenntnis geschlechtsspezifischer Aspekte der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation gehören. Jedoch ist Papier geduldig. Wir müssen das in Zukunft noch stärker einbringen, eben auch in eine strukturierte Weiterbildung der Ärzte.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich finde übrigens, das gilt genauso für das Pflegepersonal, für die Physiotherapeutin und den Physiotherapeuten usw., also für alle Berufe im Gesundheitswesen. Bevor ich Herrn Blum an dem Gespräch beteilige, müssen wir erst mal für das Auditorium klären, welche Rolle die Krankenhausgesellschaft in einem solchen Konzert hat.

Matthias Blum

In jedem Bundesland gibt es eine Krankenhausgesellschaft. Uns gibt es seit 1946. Wir vertreten die Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen mit ihren 404 Krankenhäusern mit 240.000 Mitarbeitern, wovon 74 % Frauen sind. Was gehört nun zu den Aufgaben einer Krankenhausgesellschaft? Im Rahmen der Selbstverwaltung schließen wir mit den Ärztekammern, den kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen Verträge bspw. über die Notwendigkeit und die Dauer einer Krankenhausbehandlung, die auch unmittelbar verbindlich sind. Zudem vertreten wir die Krankenhausträger gegenüber dem Ministerium und treffen demnächst zur Krankenhausplanung wieder zusammen. Eine weitere Aufgabe ist die Dienstleistung für unsere Häuser: Wir beraten, informieren und unterstützen die Krankenhäuser u. a. natürlich auch bei ihren Projekten.



Prof. Dr. Susanne Schwalen

Matthias Blum

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Dr. Ute Sonntag

Was machen die Krankenhäuser konkret? Dazu würde ich hier gerne den Begriff „familienfreundlich“ einführen. „Familienfreundlich“ und „gendergerecht“ sind für mich zwei Begriffe, die zusammengehören. Zum Stichwort „familiengerechter Arbeitsplatz“ ein paar Zahlen: 15 % aller Krankenhäuser bundesweit haben bereits eine eigene Kindertagesstätte, 18,7 % haben zumindest Belegplätze in den umliegenden Kindertagesstätten, und fast 70 % der Krankenhäuser ermöglichen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in der Elternzeit zu arbeiten. Rund 40 % der Krankenhäuser halten auch in der Elternzeit ständig Kontakt zu ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Welchen Nutzen die Krankenhäuser davon haben? Als Stichworte möchte ich nennen: Fachkräftemangel, Mitarbeiterzufriedenheit, -bindung und nicht zuletzt auch Kostengründe. Vor allem Mitarbeiterzufriedenheit erhöht die Bindung an das Unternehmen Krankenhaus. Davon profitieren beide Seiten und insgesamt rechnet es sich, wenn Krankenhäuser sich familienfreundlich aufstellen.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Da stimme ich Ihnen zu. Es gibt in Deutschland zunehmend mehr Unternehmen - und das sind Krankenhäuser letztendlich auch - die Lösungen dafür suchen, das Personal zu halten. Ich wüsste aber gern, was Ihre Aufgabe dabei konkret ist? Ob einzelne Krankenhäuser familienfreundlich sind, damit haben Sie als Krankenhausgesellschaft doch unmittelbar nichts zu tun? Oder entwickelt die Krankenhausgesellschaft so etwas wie ein Leitbild, eine Kultur für Krankenhäuser in NRW und setzt für alle bestimmte Standards?

Matthias Blum

Die Vorgabe von Leitbildern gehört nicht zu unseren Aufgaben. Wir haben ungefähr 70 % freie gemeinnützige Krankenhäuser, überwiegend kommunale und einige private. Die Träger würden sich zu Recht vor solcher Bevormundung verwahren. Aber wir können Empfehlungen geben, wir können Handreichungen machen, wir können die Häuser auf Verschiedenes hinweisen.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Sie können also Empfehlungen abgeben. Ich will den Gedanken von Frau Dr. Sonntag von eben noch einmal aufgreifen. Frau Dr. Sonntag hat kühn behauptet, eine Möglichkeit, bestehe darin, Kenntnisse über geschlechtersensible Versorgung zur Grundlage jeglichen Handelns aller Fachkräfte im Gesundheitswesen zu machen. Können Sie dabei eine Rolle spielen?

Matthias Blum

Wir können hier allenfalls unterstützen. Diese Kenntnisse zu vermitteln, ist Aufgabe der Ärztekammern oder der Berufsverbände.

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Unsere Aufgabe besteht darin, Gendermedizin nach vorne zu bringen. In den Vorträgen heute Vormittag fiel auch immer wieder das Stichwort ‚Kommunikation‘. Diese müssen wir in allen Gesundheitsberufen schulen: die Kommunikation miteinander, auf horizontaler und auf vertikaler Ebene. Kommunikation muss zielgruppengerecht gestaltet werden. Da haben wir noch viel Arbeit vor uns.

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Ich würde viel früher ansetzen. Bei den Ärztinnen und Ärzten anzusetzen, ist gut, aber es reicht nicht. Man müsste schon in den Schulen beginnen. Dort muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass es vielfältige Unterschiede gibt. Im Biologieunterricht müsste deutlich werden, dass Menschen sich nicht nur durch x- und y-Chromosome voneinander unterscheiden, sondern dass auch die Umwelt einen großen Einfluss auf Frauen und Männer hat. In den Genetikunterricht könnte man ganz moderne Erkenntnisse einbringen. Lehrkräfte müssten für diese Themen nachgeschult und sensibilisiert werden. Wichtig ist auch, diese Aspekte in die Schwesternausbildung, die Pflegeausbildung und letztlich die Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten selber einzubringen. Denn das sind die Ärztinnen und Ärzte von morgen. Sie sind ein wichtiges Bindeglied zwischen den verschiedenen Gruppierungen, sei es Vereine gegen Gewalt, Netzwerke gegen Essstörungen usw. Sie müssen frühzeitig für das Thema ausgebildet und

sensibilisiert werden. Deswegen bin ich auch einer Meinung mit Frau Sonntag: Genderkompetenz darf keine Wahl sein, sondern muss ganz selbstverständlich Teil der Ausbildung sein. Es gibt auch einen nationalen, kompetenzbasierten Lernziel-Katalog, an dem momentan gearbeitet wird. Ziel ist, dort Aspekte des Geschlechtes und der geschlechtersensiblen Kommunikation aufzunehmen und verbindlich zu verankern.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich greife das Stichwort Gesundheitsbildung auf und gebe direkt an Frau Steffens weiter.

Ministerin Steffens

Bei dem Redebeitrag ist mir gerade deutlich geworden, wie schwierig es ist, das Gesundheitswesen gendersensibel auszurichten. Wir bewegen uns hier auf sehr vielen unterschiedlichen strukturellen Ebenen und leider gibt es keine zentrale Stelle, kein „Kartenhaus mit Dominoeffekt“, von dem aus sich eine Entscheidung automatisch fortsetzt und verbreitet.

Im Bereich Bildung müssten die Lehrpläne und die Schulbücher verändert werden. Schauen Sie sich die Schulbücher an, insbesondere die der Fächer Biologie und Sexualkundeunterricht, dann wird Ihnen spätestens nach der heutigen Veranstaltung mulmig. Wengleich hier Änderungen noch relativ einfach durchzuführen wären, weil der Bereich Schule in die Zuständigkeit der Länder fällt. Gleiches gilt für die Ausbildung von Pflegepersonal. In anderen Bereichen ist das schwieriger. So fällt die ärztliche Ausbildung im Hochschulbereich unter die Hochschulfreiheit, d. h. da kann zwar Genderkompetenz gefordert werden, die Hochschulen müssen die Vorgabe aber nicht umsetzen. Das ist dann wie mit Beschlüssen zur Umsetzung von Gender Mainstreaming. Für viele reicht es, Männer und Frauen sprachlich getrennt zu benennen und das dann als gegendert zu verkaufen. Aber wir wissen, allein eine geschlechtergerechte Sprache bringt uns nicht weiter. Vielmehr müssen die Folgen und Wirkungen jeglichen Handelns auf die Geschlechter betrachtet werden. Diese Sichtweise haben wir noch lange nicht. Ich fände es gut, wenn alle Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitssystem in Genderkompetenz weiterqualifiziert würden, also auch der politische Raum, ebenso Hochschulleitungen und andere Bereiche, in denen Entscheidungskompetenzen vorhanden sind. Denn wenn sich in den Köpfen nichts ändert, werden wir Gender auch nicht in den Lehrplänen wiederfinden.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Frau Ministerin, Sie sprechen da etwas Wichtiges in einem kleinen Nebensatz aus, was ich gerne noch mal aufgreifen möchte. Es geht um das Thema „Fliegenbeine zählen“. Wir nennen das auch Sexual Counting, also im Grunde Männlein, Weiblein zählen. Das ist für Datenerhebungen wichtig, ohne Frage. Aber für das, worüber wir hier reden und das haben Sie gerade auch betont, ist das nicht das primär Relevante. Viel wichtiger ist die Frage der sozialen Zuschrei-

bung von Rollen und Geschlecht. Und das in die Köpfe zu kriegen ist hochkomplex und schwierig.

Ministerin Steffens

Ich wäre allerdings schon froh, wenn wir flächendeckend „Fliegenbeine gezählt“, also sämtliche Daten geschlechtergerecht erhoben hätten.

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Ich sehe das etwas anders, letztendlich haben wir hier schon viel erreicht und sollten eher würdigen, dass mittlerweile in vielen Bereichen Daten geschlechtergerecht erhoben werden.

Ministerin Steffens

Wenn wir uns die Datenlage quer durch das gesamte Gesundheitssystem ansehen, halte ich die eher für absolut unzureichend. In vielen Bereichen gibt es nur eine Handvoll geschlechtsspezifischer Daten. Aus meiner Sicht gibt es eher noch großen Nachholbedarf.

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Das hört sich alles sehr mühselig an. Ich möchte hier noch etwas in die Runde werfen, von dem ich glaube, dass es in den nächsten Jahren ganz wesentlich für uns sein wird, nämlich die Feminisierung der Medizin. Wir haben zurzeit 44 % Ärztinnen. An den Hochschulen studieren jetzt zwischen 60 und 70 % Medizinstudentinnen, Tendenz weiterhin steigend. Ich denke, dass sich da in den nächsten Jahren automatisch andere Aspekte ergeben und sich Blickwinkel ändern werden.

Moderatorin Ulrike Hauffe

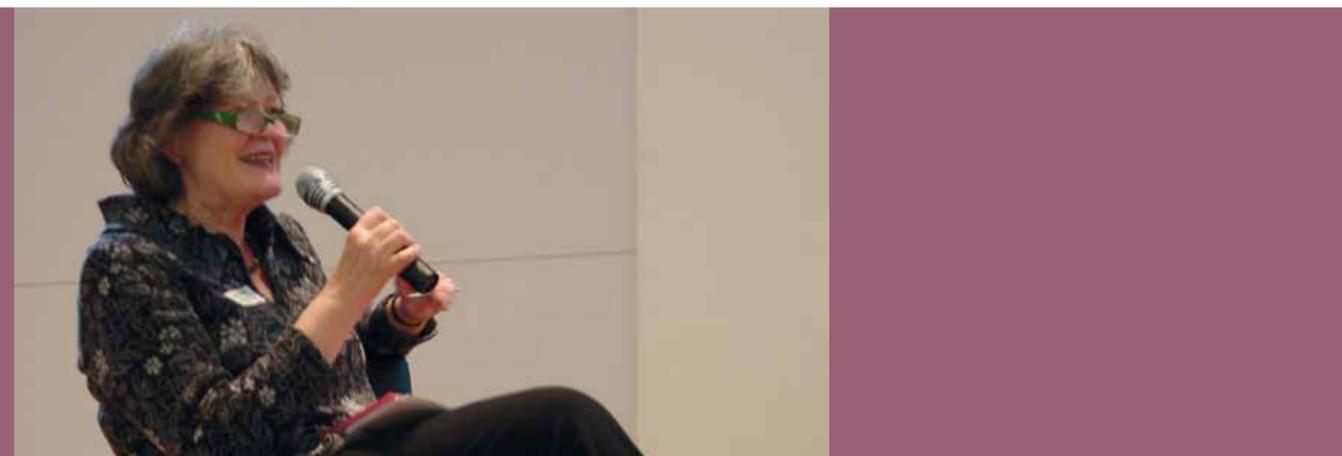
Das suggeriert, Frauen im ärztlichen Beruf seien andere Menschen. Wir merken aber doch eher, dass die Anpassungsbereitschaft von Frauen an männlich dominierte Strukturen tendenziell sehr hoch ist und insgesamt finden wir immer mehr Frauen, die ihre weitere berufliche Entwicklung und Karriere nicht in Kliniken machen, sondern in Arbeitszusammenhängen wie Krankenkassen, medizinischen Diensten etc., die von gut organisierten Strukturen gekennzeichnet sind. Aber ändert sich dadurch etwas?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Darauf würde ich gerne etwas erwidern. Bei der Gremientätigkeit in der Selbstverwaltung ist es immer noch so, dass die Ärztinnen stark unterrepräsentiert sind. Aber das wird sich ändern und die Frauen werden andere Aspekte in die Gestaltung der Tätigkeit einbringen, davon bin ich überzeugt.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal strukturierend eingreifen, damit wir den roten Faden nicht verlieren. Wir haben eben das Forschungsthema berührt mit den Impulsen und den Forderungen, die wir an Forschung setzen. Hier sitzen Menschen auf dem Podium, die begrenzt in der



Ulrike Hauffe

Lage sind, etwas anzustoßen und ich glaube, der Appell ist klar. Das Thema Arbeitsleben wurde auch kurz angesprochen. Das möchte ich im Moment bei aller Bedeutung etwas zur Seite schieben. Gerne würde ich noch einmal auf das Thema zurückgehen, wie wir die Geschlechterkompetenz in das Gesundheitssystem bekommen, wenn sie nicht verbindlich zum Standard erhoben werden kann.

Dr. Ute Sonntag

Ich möchte noch einmal über das Legitimationsproblem sprechen. Ich wünsche mir, als flankierende Maßnahmen, dass Gender in die Qualitätsdiskussion kommt, zum Beispiel über Leitlinien u. ä. Gesundheitliche Versorgung ist nur dann qualitativ gut, wenn auch gendersensibel gearbeitet wird. Das ist die eine Schiene, die andere Schiene ist natürlich die Motivation über Geld. Wir geben sehr viel Geld unnötig aus, weil wir geschlechterunsensibel arbeiten. Wir haben heute Morgen viel über Fehl-, Unter-, Überversorgung gesprochen, wenn geschlechtsunsensibel gearbeitet wird. Wenn wir das unter finanziellen Gesichtspunkten betrachten – der Sachverständigenrat hat das schon mal gemacht –, dann ergibt sich eine andere Motivation und vielleicht gewinnen wir auch neue Verbündete dafür, geschlechtersensibel zu arbeiten.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Wie kann es Verbündete geben, wenn ich als Patientin nicht mehr die medizinische Versorgung bekomme, die ich früher erhalten habe? Über die Verordnung von Medikamenten erfahre ich auch – indirekt – eine persönliche Wertigkeit. Die Medizin hat sich in unserem Leben zu etwas entwickelt, das uns wie ein sozialer Mentor im Leben begleitet. Wir haben der Medizin eine Rolle zugewiesen, die uns aufwertet. Wenn wir viel bekommen, sind wir es auch wert. Und wenn Sie jetzt sagen, Frau Dr. Sonntag, dass es im Grunde eine Überversorgung gibt und wir auf einmal weniger erhalten, entsteht sicherlich ein Motivationsproblem. Wie können wir das lösen?

Ministerin Steffens

Aber hier müssen wir zunächst unterscheiden, ob wir Weniger oder ob wir etwas Anderes bekommen...

Moderatorin Ulrike Hauffe

Für mich stellt sich vor allem die Frage, wie wir es vermitteln.

Ministerin Steffens

Ja, ich glaube schon, dass es vermittelbar ist. Dabei geht es nicht um Weniger oder um Mehr, sondern es geht darum, ob das, was das Gesundheitssystem uns als Patientinnen bietet, tatsächlich das ist, was wir brauchen. Für mich ist klar, in vielen Bereichen ist das nicht der Fall. Vermittelbar wird das dann, wenn wir umfassend informiert werden.

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Es ist bereits mehrfach angesprochen worden: Das Gespräch zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin bzw. Patient muss höher bewertet werden. Viele Medikamentengaben

ließen sich vermeiden, wenn mehr gesprochen würde. Damit wäre auch das „Ärztchopping“ vermeidbar. Das rührt vor allem daher, dass sich Patientinnen und Patienten nicht verstanden fühlen oder das Gefühl haben, die Behandlung habe keinen Sinn. Möglicherweise hat die Kommunikation nicht funktioniert und die Kolleginnen oder Kollegen hatten keine Zeit. Ich bin Vorsitzende des Deutschen Ärztbundes Regionalgruppe Münsterland. Von daher höre ich von vielen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen: „Ich muss 40 Patienten am Tag durchziehen, damit ich meine Miete und meine Sprechstundenhilfen zahlen kann und überhaupt über die Runden komme.“ Mittlerweile haben manche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Existenznöte. Wer dann noch Zeit für Gespräche aufwendet, hat oft finanzielle Probleme.

Für mich ist die Honorierung des Patientengesprächs eine ganz wichtige Sache. Insofern geht es nicht um weniger oder mehr, sondern um besser.

Dr. Ute Sonntag

Das möchte ich auch unterstreichen. Wir brauchen strukturelle Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, die das belohnen, was wir an Verhalten sehen wollen. Das ist das Eine. Das Andere ist, wie reagiert eine Patientin, der etwas „weggenommen“ wird, Beispiel: Hormongaben in den Wechseljahren. Das Zauberwort ist die „informierte Entscheidung“. Als Patientin brauche ich evidenzbasierte Informationen. Ich muss über Vor- und Nachteile von Behandlungen aufgeklärt sein, damit ich auch nachvollziehen kann, warum etwas nicht mehr verordnet wird. Wenn ich weiß, bei dem Medikament ist mit Gesundheitsschäden zu rechnen, ist die Akzeptanz groß. Ich wünsche mir das Leitbild der mündigen Patientin. Dann ist auch ein weniger an Medizin vermittelbar.

Ministerin Steffens

Um das zu erreichen, müssen wir auch mit der Ärztekammer den Diskurs führen: Wie wird festgelegt, was im Gesundheitssystem wie bewertet und honoriert wird. Unser System orientiert sich an der Refinanzierbarkeit von Apparaten. Ein teures Gerät bedeutet viel Geld für die Leistung. Für Gespräche muss nicht investiert werden, also gibt es wenig Erstattung. Von diesem Berechnungssystem müssen wir weg! Ich halte es für ganz wichtig, dass wir als Patientinnen und Patienten das auch einfordern. Ich will ein anderes Beispiel nennen. Es geht um Kostenreduzierung im stationären Bereich und zwar an der Schnittstelle der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten. Wir haben viele Menschen, die wegen einer Hüft-OP ins Krankenhaus kommen. Für ältere Menschen liegt die Wahrscheinlichkeit durch die OP in ein perioperatives Delir zu fallen bei ca. 60 %. Der Delir-Zustand äußert sich wie eine Demenz. Der ältere Mensch wird pflegebedürftig und erhält eine Pflegestufe. Ein Krankenhaus in Münster wollte wissen, wie sich die Delir-Zustände reduzieren lassen. In der Klinik wurde ein neues Modell erprobt und mittlerweile durchgängig implementiert. Festgestellt wurde: Delir-Zustände nach einer OP lassen sich durch Bezugspflege minimieren. Die Patientin,

der Patient wird von Beginn des Krankenhausaufenthalts begleitet, die Narkosemittel werden reduziert, während der OP spricht jemand mit der Patientin und nach dem Aufwachen steht die Bezugsperson am Bett. Statt abends Schlafmittel und Sedierung zu geben, werden Gespräche geführt. Ergebnis: Das perioperative Delir wurde auf 6,9 % reduziert. Das ist evaluiert! Unter dem Strich rechnet sich das Vorgehen. Weil die Verweildauer kürzer ist, sind die Kosten geringer. Und die Menschen erhalten ihre Lebensqualität! Hieran wird deutlich: Es geht, und manchmal ist menschliche Zuwendung viel effektiver. Ich stelle mir vor, dass das gesamte System auf diese Weise durchgeprüft wird. Die Beispiele, die wir bereits haben, müssen in die Fläche und vor allen Dingen in die Köpfe hinein.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich glaube, wir wünschen uns das alle. Nicht nur im Krankheitsfall. Ich glaube, das entspricht auch unserer gesellschaftlichen Vorstellung über Gesundheit. Nur, dann müssen wir uns ernsthaft fragen, wer sitzt denn in den Gremien, in denen über unser Gesundheitssystem verhandelt wird? Vertreten sie das, wovon Sie gerade sprechen?

Ministerin Steffens

Wir brauchen einen ganz breiten Diskurs, denn – da will ich mich auch vor die Akteurinnen und Akteure stellen – wir haben uns als Gesellschaft bislang ein zu stark wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem erlaubt, obwohl wir Daseinsfürsorge brauchen. Wir haben ein System, dass die Krankenhäuser gegen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aufstellt, statt Zusammenarbeit zu fördern. Wir haben die Krankenkassen vor allem durch die Zusatzbeiträge in einen irrsinnigen Wettbewerb getrieben und das, was wir gemeinsam wollen, nämlich die bestmögliche Versorgung, steht nicht im Mittelpunkt der Diskussion, sondern Kosteneffizienz, Kostendruck und Wettbewerb. Alle sind gegeneinander aufgestellt worden und damit ist ein Druck im System entstanden, unter dem das Zusammenagieren unglaublich schwierig ist. Deswegen bin ich froh, dass wir heute hier im Haus der Ärzteschaft mit der Krankenhausgesellschaft und den Ärztinnen und Ärzten zusammen sind. Denn in Nordrhein-Westfalen ist es ein Stück weit anders. Wir versuchen, Grenzen aufzubrechen und gemeinsam etwas zu bewegen. Aufgrund des Wettbewerbsdrucks ist das mühsam. Deswegen brauchen wir eine komplett andere Gesundheitsreform. Eine, die für Daseinsvorsorge steht. Und wir wollen mit statt gegen die Akteurinnen und Akteure agieren.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Die Ministerin entwirft etwas, was wir hier alle sofort unterschreiben würden. Herr Blum, bei so einem Entwurf, wie das Gesundheitswesen zu organisieren ist, würde ich Sie gerne noch einmal einbeziehen. Sind Sie jemand, der – abgesehen von Finanzen – verhandelt, was für diese Versorgung wichtig ist? Und wo stehen Sie in diesem Wettbewerb, der gerade skizziert worden ist? Können Sie in Ihrer Funktion auch ethische Grundlagen mit verändern und wenn ja, an welcher Stelle?



Matthias Blum

Auf die Krankenhäuser wird in Zukunft mehr zukommen, was ambulante Behandlung betrifft. Wir arbeiten immer mehr mit niedergelassenen Ärzten zusammen. Der frühere tiefe Graben zwischen den niedergelassenen Bereichen und den Krankenhäusern gibt es so nicht mehr. Dafür gibt es genügend Beispiele: Es gibt Notfallpraxen in Krankenhäusern, es gibt Ärztehäuser und integrierte Versorgungsverträge. Und ich glaube, dass hier auch die Zukunft liegt. Interessant fand ich eine Äußerung von Herrn Prof. Rürup in dieser Woche. Er hat gesagt, dass es keine Kostenexplosionen im Gesundheitswesen gibt. Die Kostenerhöhung im Gesundheitswesen hätte mehr oder weniger immer Schritt gehalten mit dem Bruttoinlandsprodukt. Die Aufgabe des Gesundheitswesens könne aber nicht darin liegen, die Verantwortung dafür zu tragen, dass Menschen länger leben. Die Lebensqualität steigt und dadurch steigen auch die Kosten im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt. Wir müssen eine klare Entscheidung im Hinblick auf die Zukunft treffen, ob wir das so wollen. Hinsichtlich der sprechenden Medizin ist es im Moment ja so, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis als Unternehmen führen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezahlen müssen. Gleichzeitig zeigen aber die Untersuchungen, dass ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin aus Zeitgründen im Gespräch zu früh unterbricht. Dies kann dazu führen, dass schnell das ein oder andere Medikament verschrieben wird. Hier muss einmal grundlegend überlegt werden, wie letztendlich die Versorgung der Bevölkerung aussehen soll. Hier sind letztlich zukünftig die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ebenso gefordert, wie der Maximalversorger Krankenhaus.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Aus Berlin möchte ich dazu ein Beispiel beisteuern. Ich übe ein Ehrenamt als Selbstverwalterin einer bundesdeutschen Krankenkasse aus. Von dort haben wir ein MVZ besucht (Medizinisches Versorgungszentrum). In dem MVZ sind die Ärztinnen und Ärzte angestellt, übrigens überproportional viele Frauen. Auf die Frage, wie sie sich bei der Arbeit fühlen, erhielten wir als Antwort: „Ich bekomme monatlich mein Gehalt und es ist nicht davon abhängig, wie viele und welche Ziffern ich aus meinem Computerprogramm herausuche, damit der Besuch finanziell sinnvoller ist. Stattdessen verändert sich das Denken. Weil ich mein monatliches Gehalt habe, kann ich mehr patientinnen- und patientenorientiert arbeiten.“ An so einer Stelle

wird deutlich, wie stark der Einfluss von Systemen ist (Ich weiß, man kann über MVZs auch kritisch denken, das ist durchaus berechtigt). Hier im Auditorium sitzen ganz viele aus der Frauengesundheitsbewegung, die in NRW immer stark war. Das war und ist eine Bewegung, die von unten nach oben funktioniert. Im Moment reden wir dagegen aus der Top-down-Position. Die ist insofern wichtig, als dort die Entscheidungsmacht liegt. Wie gelangt aber das generierte Erfahrungswissen zur Geschlechterperspektive aus der Frauengesundheitsbewegung in das System, auf die Entscheidungsebene? Wie sehen beispielsweise die Kommunalstrukturen aus? Wie kann die Versorgung vor Ort organisiert werden? Gibt es nicht im Rahmen der vorhandenen Strukturen, die Sie hier in NRW haben, Möglichkeiten der stärkeren Implementierung solcher sog. „grass roots“, Bewegungserkenntnisse?

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeiderer

Also ich glaube, wir brauchen beides. Entscheidend ist, dass sich Top-down und Bottom-up treffen. Ich sehe folgendes Problem: Auf der einen Seite gibt es diese vor Ort kämpfenden, sehr engagierten Frauen. Meist sind es ja Frauen. Und dann gibt es die wenigen, meist männlichen Entscheider. Das Problem ist, dass sich diese beiden Parteien zu wenig austauschen und oft nicht wissen, wo sich was ändern muss und wie die Bedürfnisse sind. Ein Traum oder Wunsch von mir ist, vorhandene Netzwerke durchlässiger zu machen. Momentan scheint es noch Behinderungsfaktoren zu geben. Es muss uns besser gelingen, Wissen zu transferieren. Wer sitzt wo? Wer kann helfen? Vielleicht müsste es auch Leuchtturmstrukturen geben. Bspw. eine Professur für geschlechtersensible Medizin mit dem Schwerpunkt Frauen in der Medizin. Bisher gibt es nur eine in Berlin. Es wäre nicht schlecht, wenn auch Nordrhein-Westfalen eine hätte.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Also Ihre Frage ist, wie kommen die Instanzen, die entscheiden und die, die Impulse geben, zusammen?

Ministerin Steffens

Dadurch, dass wir in Kürze ein Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit wieder installieren, das es als Koordinierungsstelle Frauen und Gesundheit in NRW vor einigen Jahren bereits gab. Das Kompetenzzentrum soll wichtige Impulse in das Gesundheitswesen geben. Außerdem brau-

chen wir dringend tragfähige Vernetzungsstrukturen, die das Kompetenzzentrum aufbauen wird. Nun zu den angesprochenen Vorgehensweisen: Wir benötigen sowohl den Top-down- als auch den Bottom-up-Ansatz. Darüber hinaus müssen wir sehen, wie wir das Wissen in die kommunalen Gesundheitskonferenzen vor Ort implementieren können. Aber wie schaffen wir den Austausch? Wie transportieren wir das Wissen von einer in die andere Kommune? Auch das wird eine Aufgabe des Kompetenzzentrums sein. Standort des Kompetenzzentrums ist der Gesundheitscampus in Bochum, ein wichtiges Zentrum des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Eine Professur für gendersensible Medizin in Nordrhein-Westfalen fände ich auch sinnvoll. Leider steht das nicht in meiner Macht. Vielleicht kommen wir irgendwann dazu.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich möchte noch mal auf das Kompetenzzentrum zu sprechen kommen. Ich bin nicht sicher, dass das, was Sie gerade sagen, allen bekannt ist: Das Kompetenzzentrum hier in Nordrhein-Westfalen wird Bindeglied sein zwischen den Gesundheitskonferenzen auf Landes- und kommunaler Ebene, um die Genderperspektive in die konkrete Gesundheitsversorgung zu bringen?

Ministerin Steffens

Es gab in Nordrhein-Westfalen bereits die Koordinierungsstelle Frauen und Gesundheit, deren Förderung dann leider eingestellt wurde. Wir nehmen die Förderung aus Landesmitteln in diesem Jahr wieder auf. Der Fokus des Kompetenzzentrums liegt auf Frauengesundheit, nicht auf Gender. Aufgabe ist, Kompetenz und Wissen, über die Netzwerke, die vor Ort vorhanden sind, wieder miteinander zu verbinden. Der Knotenpunkt im System wird wiederhergestellt.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich halte diesen strukturellen Aspekt für absolut wichtig, Frau Ministerin. Bildlich gesprochen, wollen Sie dort eine Art Spinne organisieren, die die Bindung zwischen den verschiedenen Ebenen herstellt?

Ministerin Steffens

Genau das. An dieser Schnittstelle ist das personalisiert. Dort werden Handlungsbedarfe im Gesundheitssystem identifiziert und angegangen. Gleichzeitig haben wir in

Nordrhein-Westfalen eine Patientenbeauftragte, Frau Dr. Eleftheria Lehmann. Sie ist auch heute anwesend. Wir wollen in der Gesundheitspolitik mit ihr die Perspektive der Patientinnen und Patienten stärker einnehmen. Auch an dieser Stelle muss es, bezogen auf Frauengesundheit, einen Austausch geben. Die beiden Stellen müssen kommunizieren und nach Lösungen suchen. Von vorhandenen Kompetenzen sollen über die Ebenen hinweg alle gemeinsam profitieren.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich möchte das jetzt gerne auf die Krankenhausgesellschaft übertragen. Herr Blum, wie sehen Sie die Idee einer zentralisierten Kompetenzbildung für Ihre Bereiche, die Krankenhäuser? Ist es möglich, dass Sie in Bezug auf die Implementierung von Gender Mainstreaming einen Impuls für die Krankenhäuser setzen?

Matthias Blum

Aus einem anderen Bundesland, dem Freistaat Sachsen kann ich dazu ein Beispiel nennen. Das Staatsministerium (entspricht unserem Gesundheitsministerium) hat dort von 2007 bis 2008 ein Projekt gemeinsam mit der Ärztekammer, der entsprechenden Landeskrankengesellschaft und zwei Krankenhäusern durchgeführt. Bei dem Projekt „Arbeitsort Krankenhaus“ ging es um Familienfreundlichkeit und Gendergerechtigkeit. Das Projekt war Initialzündung dafür, dass sich mittlerweile 2/3 der Häuser mit den Themen „familienfreundlich“ und „gendergerecht“ befassen. Der zuständige Kollege in Sachsen war begeistert von dem Projekt und hat uns Nachahmung empfohlen. Ohne einen Gremienbeschluss kann ich allerdings nicht aktiv werden. Hilfreich wäre auch ein entsprechendes Signal aus dem Gesundheitsministerium, das ggf. die fachliche Begleitung übernehmen müsste. Also ein durchaus positives Projekt. Besonders zählt auch hier, dass alles, was sich in irgendeiner Form rechnet, was sowohl den Beschäftigten als auch den Kliniken finanziell hilft, ein Anliegen ist, was wir selbstverständlich unterstützen. Von daher nehme ich das gerne als Wunsch aus dieser Runde mit.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Ich finde es wichtig, festzuhalten, dass Herr Blum sich auf den Weg machen wird, eine Entscheidung hinzubekommen, die Krankenhäuser NRW inhaltlich mit der Fragestellung Gender Mainstreaming, d. h. sowohl frauengesundheits-

sensibel wie männergesundheits-sensibel als auch personalsensibel zu labeln.

Matthias Blum

„Familienfreundlich“ und „gendergerecht“ ist mir wichtig.

Ministerin Steffens

Ich möchte einen Punkt ergänzen. Der Bereich Personalressourcen und die Frage, wie wir damit in den Strukturen umgehen, ist wichtig. Aber in der Frage „wie schaffe ich familienfreundliche Strukturen?“ ist die gendersensible Versorgung nicht enthalten. Das ist ein entscheidender Punkt, über den wir gemeinsam, vielleicht auch mit den Krankenversicherungen und Ärztekammern, reden müssen. Wie schaffen wir zum Beispiel, dass der Kardiologe im Krankenhaus oder der Anästhesist gendersensibel ist und dass wirklich alle medizinischen und pflegerischen Fachkräfte berücksichtigen, dass es ein Unterschied ist, ob dort eine Frau oder ein Mann liegt. Und es ist auch ein Unterschied, ob sie oder er möglicherweise eine Migrationsgeschichte hat. Dieser genaue Blick ist entscheidend. Wir sollten diese Herausforderung gemeinsam, vielleicht im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz, zum Thema machen. Ich kann mir vorstellen, dass wir zusammen ein Konzept entwerfen. Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit könnte uns und die Patientenbeauftragte coachen. Ich weiß, dass wir die Umsetzungsmängel der Vergangenheit nicht gleich beseitigen können. Aber klar ist: Das, was unterm Strich nützt, setzen die Krankenhäuser um. Und genderspezifische Gesundheitsversorgung nützt an zwei Stellen, nämlich bei der Qualität und letztendlich auch bei den Kosten, indem z. B. Medikamentenkosten (auch durch geringere Dosierung) und die Verweildauer (durch effizientere Behandlung) reduziert werden. Deswegen glaube ich, wir schaffen es, uns nach der heutigen Veranstaltung zusammen zu setzen und einen Weg zu finden.

Moderatorin Ulrike Hauffe

Also Herr Blum, Sie sind jetzt verpflichtet. Das ist großartig und es gibt umfassende Expertise zur Unterstützung, die Sie abrufen können. Frau Prof. Schwalen, was nimmt die Ärztekammer aus der heutigen Veranstaltung mit?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Da Genderaspekte bereits in der Weiterbildungsordnung enthalten sind, wird es leicht sein, meine Kollegen und



Kolleginnen davon zu überzeugen, dafür zu sorgen, dass Genderkompetenz in strukturierten Weiterbildungen tatsächlich zu einer Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte führt.

Moderatorin Ulrike Hauße

Sie verpflichten sich jetzt hier in dieser Runde zu sagen, dass Sie genau diese Impulse setzen wollen und damit Qualität ins System bringen wollen, so habe ich Sie richtig verstanden?

Prof. Dr. Susanne Schwalen

Ja.

Moderatorin Ulrike Hauße

Wenn ich Sie jetzt frage, Frau Prof. Pfeleiderer, dann sind Sie in der wunderbaren Situation, von mir nicht Verpflichtungsmeldungen übernehmen zu müssen, trotzdem würde ich gerne von Ihnen wissen, was können Sie in NRW aus Ihrer Rolle in Münster heraus dazu beitragen, dass sich verbessert, was wir hier besprochen haben?

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Ich muss mich nicht verpflichten, denn seit Jahren beschäftige ich mich konstant mit diesem Thema. Ich versuche, aktuell die medizinische Ausbildung zu optimieren. Wir haben in Münster ein geschlechtersensibles Lehrmodulprojekt, woran wir arbeiten und wir machen Workshops zu geschlechtersensiblen Aspekten im medizinischen Curriculum, laden Experten aus den Niederlanden, der Schweiz, Österreich und Deutschland ein und versuchen uns zu vernetzen. Ich glaube, das ist der einzige Weg, im System erst mal Inseln zu schaffen und Leute überhaupt für diese Thematik zu sensibilisieren. Auch in der Medizin selbst benötigen wir solche Punkte, Störfaktoren oder wie man das nennen mag. Menschen, die sich verbindlich einsetzen. Man muss auch von Innen, sozusagen in der Medizin, die Kollegen begeistern oder ihnen deutlich machen: „Das ist fast ein Kunstfehler, wenn du das nicht berücksichtigst.“ Das geht nicht von außen, sondern muss von der Medizin selbst kommen. Ich sehe meine Aufgabe darin, es den Kolleginnen und Kollegen nahezubringen und sie darüber

zu informieren, wie z. B. durch Organisation eines großen Kongresses in Berlin, der sich auch mit geschlechtersensibler Medizin beschäftigt hat. Ich war Kongresspräsidentin. Es ist wichtig, die Medizin zu stören und wir müssen immer wieder neue Erkenntnisse nahe bringen und weiter bilden. Und was ich auch mache, ich mache z. B. „Frauensalons“. Dreimal im Jahr gehe ich zu ganz „normalen“ Menschen und erzähle etwas über geschlechtersensible Medizin. Einfach mal den Menschen erzählen, was man jetzt weiß, so dass sie dann bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nachfragen. Das halte ich auch für einen gangbaren Weg: direkt auf Menschen zugehen.

Moderatorin Ulrike Hauße

Ich möchte mich bei dieser Runde hier sehr bedanken, bei Ihnen, Herr Blum, bei Frau Dr. Sonntag, bei Frau Prof. Schwalen, bei Frau Prof. Pfeleiderer. Diese Runde ist sehr „arztlastig“ oder genauer „ärztinnenlastig“. Aber das hat seine Logik in den Funktionen und ist von daher nachvollziehbar. Was wir hier für die ärztliche Profession gefordert haben, gilt gleichermaßen für die Berufe im Gesundheitswesen generell. Denn wir müssen nicht glauben, dass Pflegepersonal qualifizierter in der Geschlechterfrage gebildet wird als Ärztinnen und Ärzte, und ich übergebe jetzt hier herzlich gerne der Ministerin das Abschlusswort.

Ministerin Steffens

Ganz herzlichen Dank, wir haben heute angefangen, wir machen weiter. Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen, Frau Hauße, für die phantastische Moderation bedanken. Ich möchte mich aber auch noch mal ganz herzlich bei Herrn Zimmer für die Gastfreundschaft bedanken. Und ich möchte mich bei den Mitarbeiterinnen des Ministeriums, der Frauenabteilung und der Gesundheitsabteilung ganz herzlich bedanken wie auch bei all denjenigen, die sich an der Infobörse beteiligt haben. Wir konnten sehen, diese Veranstaltung hat davon gelebt, dass die Begeisterung, das Interesse an dem Thema im Publikum wirklich sehr groß ist. Ich freue mich darauf, dass wir auch in Zukunft gemeinsam an dem wichtigen Thema Frauengesundheit weiterarbeiten.



Infobörse

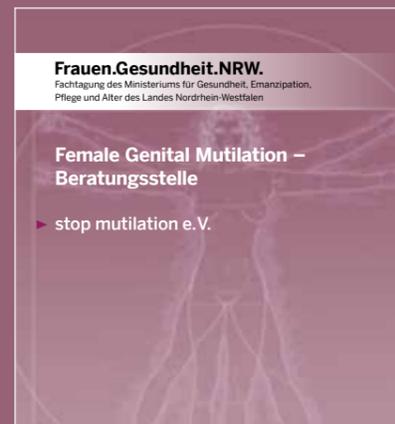
Parallel zur Fachveranstaltung Frauen.Gesundheit.NRW fand im Haus der Ärzteschaft eine Infobörse statt. Hier präsentierten Institutionen des Gesundheitswesens NRW ihre Projekte, Maßnahmen und Initiativen, die für eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik in NRW gezielt die Belange von Frauen und ihrer Gesundheit in den Mittelpunkt stellen. Vertreten waren auch beispielhafte Initiativen/Projekte/Maßnahmen aus der Frauengesundheitszene.

Zugleich bot die Infobörse Raum für den fachlichen Austausch und interessante Gespräche zwischen Fraueninfrastruktur und maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens.





stop mutilation e. V.
www.stop-mutilation.org



Forschungszentrum Jülich GmbH,
Projektträger ETN
www2.fz-juelich.de/etn/

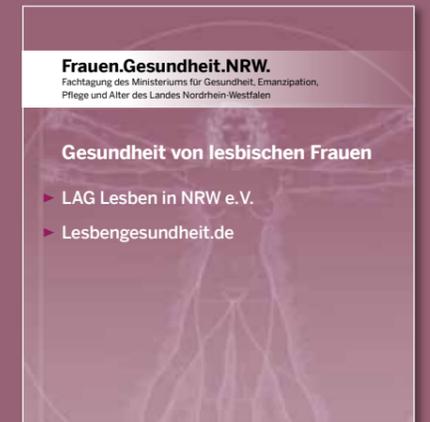


AKF - Arbeitskreis Frauengesund-
heit in Medizin, Psychotherapie und
Gesellschaft e. V.
www.akf-info.de

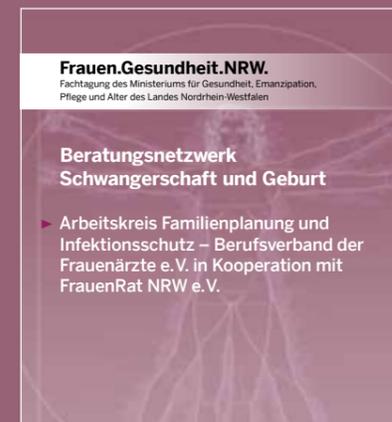
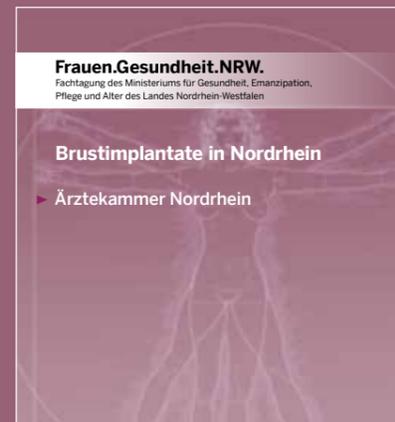


LAG Lesben in NRW e. V.
www.lesben-nrw.de

Lesbengesundheit.de
www.lesbengesundheit.de



Ärztammer Nordrhein
www.aekno.de



Arbeitskreis Familienplanung
und Infektionsschutz - Berufsverband der
Frauenärzte e. V. in Kooperation mit
FrauenRat NRW e. V.
www.bvf.de
www.frauenrat-nw.de



Feministisches FrauenGesund-
heitsZentrum Hagazussa e. V.
www.frauengesundheitszentrum-
koeln.de



Landesverband der Hebammen
Nordrhein-Westfalen e. V.
www.hebammen-nrw.de





NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW
www.netzwerkbuero-nrw.de

LAG Selbsthilfe NRW e. V.
www.lag-selbsthilfe-nrw.de

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Depressionen bei Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung

- ▶ NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW
- ▶ LAG Selbsthilfe NRW e.V.

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Neue Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in Krankenhäusern

- ▶ gaus medien bildung politikberatung gmbh
- ▶ medomus Projektentwicklung GmbH

gaus medien politikberatung gmbh
www.gaus.de

medomus Projektentwicklung GmbH
www.medomus.de



Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Auf den zweiten Blick ... Psychotherapie bewegt Frauen

- ▶ Psychotherapeutenkammer NRW
- ▶ Universität zu Köln, Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie
- ▶ Technische Universität Braunschweig, Institut für Psychologie
- ▶ LebensWert e.V. Köln

Psychotherapeutenkammer NRW
www.ptk-nrw.de

Universität zu Köln, Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie
www.hf.uni-koeln.de/30845

Technische Universität Braunschweig, Institut für Psychologie
www.tu-braunschweig.de/psychologie

LebensWert e. V. Köln
www.vereinlebenswert.de



AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
www.aok.de/rheinland-hamburg

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

WellCard – Gesundheitsangebot für berufstätige Frauen

JaVita – Patientinnen-Begleitservice

- ▶ AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse



ÄGGF - Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V.
www.aeggf.de

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Ärztliche Informationsstunden – für Schülerinnen und – für Frauen mit Migrationshintergrund

- ▶ ÄGGF – Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V.

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Intervention gegen häusliche Gewalt

- ▶ GESINE – Netzwerk Gesundheit.EN

GESINE – Netzwerk Gesundheit.EN
www.gesine-intervention.de



Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Brustzentren nach NRW-Modell Perinatalzentren in Westfalen-Lippe

- ▶ ÄKzert – Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe

ÄKzert - Die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe
www.aekwl.de



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
www.belladonna-essen.de

Frauen.Gesundheit.NRW.

Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Frauenspezifische Suchthilfe in NRW

- ▶ Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA

Frauen.Gesundheit.NRW.
Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

**Verbesserung der Rheuma-
versorgung – RhePort21**

- ▶ Franziskus Kliniken gGmbH, Betriebsteil Rheumaklinik Aachen
- ▶ FIR e.V. an der RWTH Aachen
- ▶ MUL Systems GmbH
- ▶ Universitätsklinikum Aachen, Geschäftsbereich IT-Direktion

Franziskus Kliniken gGmbH,
Betriebsteil Rheumaklinik Aachen

FIR e. V. an der RWTH Aachen
www.fir.rwth-aachen.de

MUL Systems GmbH
www.mul-services.de

Universitätsklinikum Aachen,
Geschäftsbereich IT-Direktion
www.it.ukaachen.de



Medizinisches Zentrum für Gesundheit
Bad Lippspringe GmbH – MZG
Westfalen
www.medizinisches-zentrum.de

Institut für Medizinische Psychologie,
Ludwig-Maximilians-Universität
München
www.imp.med.uni-muenchen.de

Frauen.Gesundheit.NRW.
Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

**Geschlechtergerechte Therapie in
der kardiologischen Rehabilitation**

- ▶ Medizinisches Zentrum für Gesundheit
Bad Lippspringe GmbH – MZG Westfalen
- ▶ Institut für Medizinische Psychologie,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Frauen.Gesundheit.NRW.
Fachtagung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

**Genderspezifische Erfassung und
Versorgung von Patientinnen und
Patienten nach Gewalterfahrung**

- ▶ Universitätsklinikum Aachen für die
Medizinische Fakultät der RWTH Aachen
- ▶ Frauen helfen Frauen e.V.

Universitätsklinikum Aachen für
die Medizinische Fakultät der RWTH
Aachen
www.ukaachen.de

Frauen helfen Frauen e. V.
www.fhf-aachen.de



Diese Druckschrift wird in Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Ansprechpartnerin

Erika Voß
Referat Grundsatzangelegenheiten Frauenpolitik,
Frauengesundheit
Telefon 0211 8618-3217
E-Mail: erika.voss@mgepa.nrw.de

Gestaltung

Fafalter GmbH, Düsseldorf

Druck

Claßen Druck, Drensteinfurt

Bildquellen

Titelmotiv, S. 8, S. 28: fotolia.com©Glyph
Fachtagung/Infobörse: Monica Brauer
S. 4: Thorsten Stecher
S. 14: © panthermedia.net, Achim Prill
S. 20: © Fotowerk - Fotolia.com
S. 25: © Birgit Reitz-Hofmann - Fotolia.com
S. 26: © panthermedia.net, Jan Mika
U4: Ralph Sondermann

© **2013/MGEPA 118**

Die Druckfassung kann bestellt werden:
im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service
telefonisch: **Nordrhein-Westfalen direkt**
01803 100 110*
*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz –
max. 42 Cent aus dem Mobilfunknetz

Bitte die Veröffentlichungsnummer **118** angeben.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon 0211 8618 50
info@mgepa.nrw.de

www.mgepa.nrw.de

