

01.09.2004

## **Abschlussbericht**

**der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW"  
gemäß § 33 Abs. 3 der Geschäftsordnung**

**zu dem Auftrag des Landtags Nordrhein-Westfalen  
vom 30. November 2000**

**(Drucksache 13/458 - Neudruck -)**

**Bericht der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW"**

### **Beschlussempfehlung**

Der Abschlussbericht der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" wird zur Kenntnis genommen.

### *Hinweise*

*Der Bericht wurde als Anlage nur an die Mitglieder des Landtags verteilt, er kann als Buchpublikation im Buchhandel erworben werden.*

Datum des Originals: 01.09.2004/Ausgegeben: 08.09.2004

Die Veröffentlichungen des Landtags sind fortlaufend oder auch einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen.



<b>Vorwort des Landtagspräsidenten</b>	<b>II</b>
<b>Einführung der Kommissionsvorsitzenden</b>	<b>III</b>
<b>Kurzfassung des Abschlussberichtes der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“</b>	<b>9</b>
<b>1. Einsetzung, Zusammensetzung und Arbeitsweisen</b>	<b>19</b>
1.1 Die Enquetekommission	20
1.2 Auftrag und Zielsetzung der Enquetekommission	23
1.3 Arbeitsmethoden der Enquetekommission	25
1.4 Orientierung der Arbeit: Leitfragen, Begriffe und Zielgruppen	27
1.4.1 Leitfragen	27
1.4.2 Das salutogenetische Modell	27
1.4.3 Gesundheitsförderung	29
1.4.4 Prävention	30
1.4.5 Ganzheitlichkeit	30
1.4.6 Empowerment	31
1.4.7 Lebenswirklichkeit und Forschung	31
1.4.8 Auf die Geschlechter bezogene Begriffe	32
1.4.9 Lebensphasen	33
1.4.10 Gesundheitliche Versorgung	34
1.4.11 Literatur	35
<b>2. Rahmenbedingungen und Grundlage der Arbeit</b>	<b>37</b>
2.1 Internationaler politischer Rahmen	38
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik	40
<b>3. <i>Hinderungsgründe</i> und <i>Chancen</i> für die Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW</b>	<b>47</b>
3.1 Hinderungsgründe	48
3.1.1 Generelle und strukturelle Defizite des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf eine frauengerechte Gesundheitsversorgung	48
3.1.2 Hinderungsgründe auf der institutionellen Ebene	52
3.1.3 Hinderungsgründe auf der persönliche Ebene – der Faktor Mensch	53
3.1.4 (Strukturelle) Hinderungsgründe in der gesundheitsbezogenen Forschung	55
3.1.5 (Strukturelle) Hinderungsgründe in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Tätigen	55
3.2 Chancen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung: Modelle guter Praxis	56
3.2.1 Glasgow – frauengerechte Gesundheitsversorgung durch Organisationsentwicklung	56
3.2.2 Wien – die Frauengesundheitsbeauftragte und die Ansiedlung von Frauengesundheitszentren in Gesundheitsversorgungseinrichtungen	58

3.2.3	Die pflegende Frau im Mittelpunkt der Pflegeorganisation – Empowerment im Modellprojekt der Angehörigenpflege „Die Spinne und das Netz“	59
3.2.4	Orte für Frauengesundheit schaffen – Strategien der Vernetzung in der Modellregion für Frauengesundheit	59
3.3	Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten	61
3.3.1	In allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mangelt es an geschlechtsdifferenzierten Daten	61
3.3.2	Die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden spielt in der Forschungslandschaft in Deutschland bisher (noch) keine Rolle	61
3.3.2.1	Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei der Forschungsförderung in Deutschland	61
3.3.2.2	Frauen als Akteurinnen in der gesundheitsbezogenen Forschung	62
3.3.3	Instrumente für eine gendersensitive Forschungsförderung	62
3.3.3.1	Beispiele guter Praxis für die Implementation von Richtlinien für eine frauengerechte Forschungsförderung	63
3.3.4	Handlungsempfehlungen	66
3.4.	Reform der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung	68
3.4.1	Die Ausbildung von ÄrztInnen	68
3.4.2	Weiterbildung – Facharzt-, Zusatz- und Schwerpunktbezeichnungen	69
3.4.3	Fortbildung	69
3.4.4	Handlungsfelder	70
3.4.5	Handlungsempfehlungen	72
3.5	Literatur	72
<b>4.</b>	<b>Ausgewählte Arbeitsfelder für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung</b>	<b>75</b>
<b>4.1</b>	<b>Frauen und Arzneimittel</b>	<b>76</b>
4.1.1	Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung	77
4.1.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zulassung von Arzneimitteln	77
4.1.1.2	Frauen in der klinischen Forschung	78
4.1.1.3	Handlungsfelder	79
4.1.1.4	Handlungsempfehlungen	80
4.1.2	Frauen und psychotrope Medikamente	82
4.1.2.1	Was sind psychotrope Medikamente?	82
4.1.2.2	Häufigkeit und Risiken der Einnahme psychotroper Medikamente	82
4.1.2.3	Handlungsfelder im Umgang mit psychotropen Medikamenten	84
4.1.2.3.1	Prävention	84
4.1.2.3.2	Änderung des Verschreibungsverhaltens von ÄrztInnen	84

4.1.2.3.3	Information, Öffentlichkeitsarbeit und Werbung	85
4.1.2.3.4	Behandlung von Frauen mit Medikamentenabusus und -abhängigkeit	85
4.1.2.4	Handlungsempfehlungen	87
4.1.3	Hormontherapie	89
4.1.3.1	Hormontherapie in den Wechseljahren	89
4.1.3.2	Gesundheitsgefahren durch Hormontherapie	89
4.1.3.3	Ergebnisse internationaler Studien zu den Risiken der Hormontherapie	90
4.1.3.3.1	Gesundheitsrisiken für Frauen in Deutschland und NRW	92
4.1.3.4	Information und Öffentlichkeitsarbeit, gesellschaftlicher Umgang und Beratung —Handlungsfelder für eine Reduzierung der bestehenden Gesundheitsrisiken	94
4.1.3.5	Für einen offenen und vertrauensvollen Dialog – Information von ÄrztInnen und PatientInnen verbessern	94
4.1.3.6	Strategien zur Senkung der Hormongaben entwickeln: das Einnahmeverhalten ändern	96
4.1.3.7	Handlungsempfehlungen	97
4.1.4	Medikamentenversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen	99
4.1.4.1	Alteneinrichtungen in NRW – eine Welt (fast) ohne Männer	99
4.1.4.2	Über-, Unter- und Fehlmedikation in Alteneinrichtungen – eher die Regel als die Ausnahme	99
4.1.4.3	Es gibt viel zu tun – Handlungsfelder für eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen	101
4.1.4.4	Handlungsempfehlungen	103
4.1.5	Literatur	105
<b>4.2</b>	<b>Psychosoziale Lage von <i>Brustkrebs</i>patientinnen</b>	<b>111</b>
4.2.1.	Einleitung	111
4.2.2	Epidemiologische Daten zum weiblichen Brustkrebs	113
4.2.3	Psychosoziale Bedürfnislagen von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und deren angemessene Versorgung	116
4.2.3.1	Exkurs: Die Chancen der Früherkennung von Brustkrebs und die angemessene Kommunikation von Risiken	116
4.2.3.2	Brustkrebs und psychosoziale Belastungen	120
4.2.4	Modelle guter Praxis	124
4.2.4.1	Was macht ein Modell guter Praxis aus?	124
4.2.4.2	Verbesserung der Versorgung in der Region: Vernetzung, Qualitätssicherung und Schnittstellenmanagement	124
4.2.4.3	Laienkompetenz unterstützen und einsetzen: Selbsthilfe	127
4.2.4.4	Niedrig schwellig und individuell informieren: Das Internet	127
4.2.4.5	Forschung für die Praxis – Praxis für die Forschung	129
4.2.4.6	Der Blick über den Tellerrand: Internationale Beispiele	129

4.2.5	Handlungsfelder	130
4.2.6	Handlungsempfehlungen	132
4.2.7	Literatur	134
<b>4.3</b>	<b>FrauenErwerbsarbeit und Gesundheit</b>	<b>138</b>
4.3.1	Arbeitsbelastungen, Ressourcen und gesundheitliche Auswirkungen sind nicht geschlechtsneutral	138
4.3.2	Herausforderung an den Arbeitsschutz: Alte und neue arbeitsbedingte Belastungen betreffen Frauen und Männer anders	138
4.3.2.1	Stress und Belastungsfaktoren	141
4.3.2.2	Spezifische Gesundheitsbelastungen in frauendominierten Berufen: Raumpflegerin, Friseurin, Verkäuferin, Büroangestellte	142
4.3.2.3	Belastungsfaktoren im Callcenter	145
4.3.3.	Handlungsfelder	146
4.3.3.1	Wie kann Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag für die Frauengesundheit am Arbeitsplatz leisten?	146
4.3.3.2	Anforderungen an einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz im Handlungsfeld „Verwaltungen und Betriebe“	148
4.3.4	Handlungsempfehlungen	150
4.3.5	Literatur	153
<b>4.4</b>	<b>Frauen und Mädchen mit <i>geistigen Behinderungen</i>: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft</b>	<b>155</b>
4.4.1	Jeder Mensch hat Sexualität	156
4.4.2	Rechtliche Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung versus Praxis	157
4.4.2.1	„Verhinderte“ Sexualität in Einrichtungen und Elternhaus	157
4.4.2.2	Empfängnisverhütung einschließlich Sterilisation	159
4.4.2.3	Kinderwunsch und Elternschaft	160
4.4.3	Sexualisierte Gewalt	162
4.4.4	Gynäkologische Versorgung	164
4.4.5	Handlungsfelder	165
4.4.5.1	Sensibilisierung und Aufklärung des Umfelds	165
4.4.5.2	Aufklärung und Stärkung der Eigenkompetenzen	165
4.4.5.3	Gesundheitsversorgung	165
4.4.5.4	Vernetzung	167
4.4.6	Handlungsempfehlungen	168
4.4.7	Literatur	169
<b>4.5</b>	<b>Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich <i>Gewalt</i> gegen Frauen und Mädchen</b>	<b>172</b>
4.5.1	Gewalt – ein alltägliches Problem mit gesundheitlichen Folgen	172
4.5.2	Gesundheitlichen Folgen im Einzelnen	173

4.5.3	Die Gewaltproblematik bei besonderen Zielgruppen	176
4.5.4	Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen	177
4.5.4.1	Barrieren seitens der Behandelnden	177
4.5.4.2	Barrieren seitens der betroffenen Frauen	178
4.5.4.3	Strukturelle Barrieren	178
4.5.5	Umdenken im Gesundheitswesen gefordert: Handlungsfelder für eine bessere Versorgung von Gewaltopfern	180
4.5.5.1	Gewalterfahrungen als Krankheitsursache abklären	180
4.5.5.2	Informationsmaterial bereitstellen und verbreiten	181
4.5.5.3	Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	182
4.5.5.4	Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationsnetzen und Verbundprojekten	183
4.5.5.5	Qualitätsstandards entwickeln und festlegen	183
4.5.5.6	Aus-, Fort- und Weiterbildung	184
4.5.5.7	Erfahrungen guter Praxis übernehmen	184
4.5.5.8	PatientInnenrechte stärken	185
4.5.5.9	Forschungsbedarf	185
4.5.6	Handlungsempfehlungen	186
4.5.7	Literatur:	189
<b>4.6</b>	<b>Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW</b>	<b>191</b>
4.6.1	Einleitung	191
4.6.2	Analyse der gegenwärtigen Situation	192
4.6.2.1	Inzidenz von arteriosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Vergleich zu Männern – Verteilung der Risikofaktoren	193
4.6.2.2	Akuter Herzinfarkt – Prähospitalphase	194
4.6.2.2.1	Gründe für die verlängerte Prähospitalphase	194
4.6.2.3	Symptomgeleitete diagnostische Handlungskette	195
4.6.2.4	Behandlungshäufigkeit und -intensität (Behandlungsqualität)	196
4.6.2.5	Rehabilitationsmaßnahmen	197
4.6.2.6	Sterblichkeit	197
4.6.2.7	Spezielle Befunde in NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland	198
4.6.2.7.1	Morbidität und Mortalität (Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit)	198
4.6.2.7.2	Kardiovaskuläre Risikofaktoren	199
4.6.2.7.3	Medizinische Versorgung und Rehabilitation	199
4.6.2.7.4	Unterversorgte Frauengruppen?	200
4.6.3	Handlungsfelder	201
4.6.4	Handlungsempfehlungen	203
4.6.5	Literatur	204

<b>4.7</b>	<b>Frauenspezifische Besonderheiten bei <i>HIV und AIDS</i></b>	<b>206</b>
4.7.1	Einleitung	206
4.7.2	Geschlechtsspezifische Entwicklung der Infektionsraten	207
4.7.3	Veränderte Übertragungswege	207
4.7.4	Besonderheiten im Krankheitsverlauf und Defizite in der Therapie bei HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Frauen	208
4.7.5	Psychische und psychosoziale Aspekte	209
4.7.6	Handlungsempfehlungen	211
4.7.7	Literatur	212
<b>4.8</b>	<b>Gesundheit von <i>Lesben</i> und deren gesundheitliche Versorgung</b>	<b>214</b>
4.8.1	Gesundheitliche Folgen von Diskriminierung	214
4.8.2	Risikofaktoren und Erkrankungsspektrum von Lesben	215
4.8.3	Lesben in der Gesundheitsversorgung	216
4.8.4	Handlungsempfehlungen	218
4.8.5	Literatur	219
<b>4.9</b>	<b>Gesundheitliche Situationen von <i>Mädchen</i></b>	<b>222</b>
4.9.1	Einleitung	222
4.9.2	Essstörungen	223
4.9.2.1	Epidemiologie	223
4.9.2.2	Gesellschaftliche Hintergründe	224
4.9.2.3	Versorgung	225
4.9.3	Mädchen mit Migrationshintergrund	226
4.9.4	Drogen- und Arzneimittelkonsum	228
4.9.5	Die Zigarette, eine schlechte Gefährtin	229
4.9.6	Mädchen und Alkohol: neuere Entwicklungen	231
4.9.7	Arzneimittel	232
4.9.8	Mädchen und Sport	232
4.9.9	Modelle guter Praxis	234
4.9.10	Handlungsempfehlungen	236
4.9.11	Literatur	237
<b>4.10</b>	<b>Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von <i>Migrantinnen</i> in NRW</b>	<b>242</b>
4.10.1	Einleitung	242
4.10.2	Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen	243
4.10.2.1	Sozio-ökonomische und psychosoziale Problemlagen, die potenziell gesundheitsgefährdend sind	244
4.10.2.2	Gruppenspezifische Belastungen	245
4.10.2.3	Mobilisierung von Ressourcen und Integration	247



4.10.3	Stand der Forschung und Datenlage in Deutschland, insbesondere in NRW	248
4.10.3.1	Subjektives Gesundheitsempfinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Migrantinnen	248
4.10.3.2	Auswirkungen migrationsspezifischer Erfahrungen	249
4.10.3.3	Inanspruchnahme von psychisch induzierten Rehabilitationsmaßnahmen in NRW	249
4.10.4	Defizite der Vorsorge und Gesundheitsversorgungsangebote	251
4.10.5	Handlungsfelder	252
4.10.6	Handlungsempfehlungen	255
4.10.7	Literatur	259
<b>4.11</b>	<b>Belastungen und Ressourcen von Müttern</b>	<b>262</b>
4.11.1	Aktueller Forschungsstand	262
4.11.2	Lebenslagen verschiedener Gruppen von Müttern	263
4.11.3	Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen	266
4.11.4	Beispiele gelungener Ressourcenstärkung und funktionierender Versorgung	270
4.11.5	Hindernisse und Barrieren für eine Umsetzung müttergerechter Gesundheitsversorgung	272
4.11.6	Handlungsfelder	273
4.11.7	Handlungsempfehlungen	276
4.11.8	Literatur	278
<b>4.12</b>	<b>Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes</b>	<b>281</b>
4.12.1	Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes	281
4.12.2	Die Instrumente des öffentlichen Gesundheitsdienstes eröffnen Wege zu einer gendersensiblen kommunalen Gesundheitsversorgung	282
4.12.2.1	Leitbild I: Der öffentliche Gesundheitsdienst ermöglicht jeder Frau den Zugang zur geschlechtergerechten gesundheitlichen Versorgung	282
4.12.2.2	Leitbild II: Vielfältige, gendersensible Gesundheitsberichte sind Grundlage einer an weiblichen Lebensrealitäten orientierten kommunalen Gesundheitspolitik	284
4.12.2.3	Leitbild III: Der öffentliche Gesundheitsdienst erwirkt Beteiligung und Empowerment von Frauen bei allen ihre Gesundheit betreffenden Fragen	286
4.12.3	Handlungsempfehlungen	289
4.12.4	Literatur	290
<b>4.13</b>	<b>Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen pflegender Angehöriger</b>	<b>292</b>
4.13.1	Situationsbeschreibung	292
4.13.2	Häusliche Pflege ist weiblich	293
4.13.3	Bereitschaft und Motivation zur Pflegeübernahme	295
4.13.4	Entstehung der Pflegesituation	296
4.13.5	Beratungsbedarf und Beratungsinanspruchnahme	297

---

4.13.6	Folgen der Pfllegetätigkeit	299
4.13.7	Handlungsfelder	304
4.13.8	Handlungsempfehlungen	309
4.13.9	Literatur	313
<b>4.14</b>	<b>Versorgung von chronisch <i>rheumakranken</i> Frauen in NRW</b>	<b>315</b>
4.14.1	Einleitung	315
4.14.2	Defizitanalyse anhand ausgewählter rheumatischer Krankheitsbilder	317
4.14.2.1	Fibromyalgie-Syndrom	317
4.14.2.2	Osteoporose unter besonderer Berücksichtigung der Schenkelhals-Fraktur	320
4.14.2.3	Rheumatoide Arthritis (RA)	322
4.14.2.4	Kosten der Unterversorgung von PatientInnen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis (RA)	328
4.14.3	Handlungsfelder am Beispiel der drei ausgewählten Krankheiten	335
4.14.4	Handlungsempfehlungen	340
4.14.5	Literatur	342
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse orientiert an Leitfragen</b>	<b>345</b>
	<i>Sondervotum FDP</i>	349
<b>6.</b>	<b>Anhang</b>	<b>357</b>
6.1	Einsetzungsbeschluss	358
6.2	AnsprechpartnerInnen der Enquetekommission	362
6.3	Glossar und Abkürzungen	371
6.4	Verzeichnis der Kommissionsdrucksachen	374
6.5	Chronologie der Arbeit	377
6.5.1	Anhörungen	384
6.5.2	Reisen der Enquetekommission	393
6.5.3	Gutachten der Enquetekommission	394

## **Kurzfassung des Abschlussberichtes der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“**

Die im Dezember 2000 vom Landtag NRW eingesetzte Enquetekommission will mit ihrem Bericht einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen in NRW leisten. Grundlage dafür bilden eine Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung der gegenwärtigen Situation sowie die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, die auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung abzielen. Der Bericht erhebt nicht den Anspruch vollständig oder abschließend zu sein. Vorgestellt werden vielmehr ausgewählte gesundheitliche Problemstellungen, Krankheitsbilder sowie einzelne Zielgruppen in ihrer besonderen Betroffenheit. Die dabei gewonnen Erkenntnisse lassen sich jedoch vielfach auf verschiedenste Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragen.

### **I. Struktur und Aufbau des Berichtes**

Die ersten beiden Kapitel widmen sich den theoretischen Grundlagen des Berichtes. Sie stellen den *Auftrag* und die *Zielsetzung* der Enquetekommission vor und beschreiben die vielfältigen *Arbeitsmethoden*, die sich im Besonderen durch eine kontinuierliche Einbeziehung der AkteurInnen und NutzerInnen im Gesundheitswesen auszeichnen. Erläutert werden des Weiteren für den Bericht relevante *Begriffe* wie „geschlechtersensibel“, „Salutogenese“ etc. und *Leitfragen*, an denen die Arbeit der Kommission orientiert ist. Die Darstellung von *rechtlichen Rahmenbedingungen* im Gesundheitswesen verschafft einen Einblick in die Kompetenzbereiche des Bundes, des Landes und der Kommunen. Eingebettet ist dieses Kapitel in einen kurzen historischen Abriss der relevanten *internationalen Erklärungen* zum Thema Frauengesundheit, der den politischen Rahmen für den Bericht setzt.

Kapitel 3 konzentriert sich im Wesentlichen auf *Hinderungsgründe und Chancen für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung*. Hier werden auf der Grundlage der in den verschiedenen Arbeitsfeldern identifizierten Defizite übergreifende Aspekte zusammengefasst und anhand von Beispielen guter Praxis Wege für eine zukünftige Entwicklung aufgezeigt.

Kernstück des Berichts ist das vierte Kapitel, in dem ausgewählte Arbeitsfelder für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung vorgestellt werden. Die thematischen Unterkapitel sind jeweils in eine Situations- und Defizitanalyse, übergreifende Handlungsfelder und -empfehlungen an die AkteurInnen der verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen (wie z.B. Landesregierung, Forschung, Ärzteverbände, Kassen etc.) unterteilt. Inhaltlich gliedern sich die bearbeiteten Themen in die Kategorien *ausgewählte Krankheitsbilder*, *besondere Problemstellungen* und *Zielgruppen*.

Als ausgewählte Krankheitsbilder stellt der Bericht *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*, *rheumatische Erkrankungen*, *Brustkrebs* und *HIV/AIDS-Erkrankungen* bei Frauen vor. Zum Bereich der besonderen Problemstellungen zählen die Themen *Frauen und Arzneimittel*, *gesundheitliche Folgen von Gewalt*; *Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit* sowie *Zukunft eines frauengerechten Öffentlichen Gesundheitsdienstes*. Zielgruppenspezifisch werden *Mütter* und *pflegende Angehörige* unter den Aspekten Gesundheitsgefährdungen, Belastungen und Ressourcen berücksichtigt, die *gesundheitliche Situation von Mädchen* sowie Versorgungsdefizite für *Lesben*

im Gesundheitssystem analysiert. In den Kapiteln *psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen sowie Frauen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft* werden schließlich Krankheitsbilder bzw. Problembereiche anhand einer besonderen Zielgruppe exemplarisch dargestellt.

Kapitel 5 beantwortet themenübergreifend die Leitfragen, an denen sich die Arbeit der Kommission orientierte.

Im Anhang des Berichtes (Kapitel 6) findet sich schließlich ergänzendes Material wie z.B. der Beschluss des Landtags zur Einsetzung der Enquetekommission sowie Aufstellung und Übersichten über die durchgeführten Veranstaltungen und erstellten Gutachten.

## II. Ausgewählte Ergebnisse der Arbeit der Enquetekommission

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse aus den verschiedenen Arbeitsfeldern dargestellt. Dabei sind die genannten Defizite, Handlungsfelder und -empfehlungen jeweils beispielhaft zu verstehen; eine ausführliche Erläuterung findet sich jeweils in den entsprechenden weiteren Kapiteln, auf die in den Fußnoten verwiesen wird.

### II. 1 Defizite in der gesundheitlichen Versorgung

Generell lässt sich feststellen, dass mögliche Unterschiede sowohl zwischen Frauen und Männern aber auch zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen bei der gesundheitlichen Versorgung in vielen Fällen bisher nur unzureichend berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für das biologische, als auch für das soziale Geschlecht, d.h. diejenigen Unterschiede, die in unterschiedlichen gesellschaftlichen Rollen und Lebensumständen begründet sind. Deutlich werden diese Defizite grundsätzlich auf allen untersuchten Ebenen und in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung.

**Geschlechtsdifferenzierte Daten** für die Gesundheitsversorgung stehen in Deutschland – und damit auch in NRW – kaum zur Verfügung. Ursache hierfür ist einerseits, dass die Kategorie Geschlecht noch nicht durchgehend in der **Gesundheitsberichterstattung**<sup>1</sup> verankert ist. Es ist aber vor allem auch festzustellen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitsbezogenen **Forschung** nicht systematisch erfasst und analysiert werden. Ein Beispiel hierfür sind die klinischen Prüfungen von neuen Wirkstoffen und Arzneimitteln<sup>2</sup>, die in Deutschland immer noch überwiegend an jungen Männern durchgeführt werden, obwohl bekannt ist, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung geben kann und obwohl die Medikamente nach ihrer Zulassung Frauen und Männern gleichermaßen verschrieben werden. Damit werden Fehlverordnungen in Kauf genommen, die einerseits ein größeres Gesundheitsrisiko für Frauen und andererseits erhöhte Kosten zur Folge haben.

Auch für den Bereich **Prävention** stellt die Enquetekommission fest, dass vorbeugende Angebote und Programme selten geschlechtssensibel ausgerichtet sind und somit Frauen und Mädchen nicht im notwendigen Umfang erreicht werden. In

<sup>1</sup> Siehe Kapitel 4.12 – Zukunft eines frauengerechten Öffentlichen Gesundheitsdienstes

<sup>2</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

Nikotinentwöhnungsprogrammen z.B. bleiben geschlechtsspezifische Suchtmuster überwiegend unberücksichtigt, ebenso wie die Tatsache, dass eine Gewichtszunahme bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern zu Rückfällen und/oder Abbruch der Rauchtewöhnung führt. Auch Rahmenkonzepte für die Behandlung adipöser Kinder und flankierende Elternschulungen vernachlässigen das Geschlecht der Kinder.<sup>3</sup>

Hinsichtlich des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung finden sich Defizite u.a. bei der Versorgung von Migrantinnen in NRW.<sup>4</sup> Hier fehlt es insbesondere im Bereich der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Versorgung an Angeboten, die die besonderen Bedürfnisse von Migrantinnen berücksichtigen. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Kommunikation, sondern auch hinsichtlich religiöser und kultureller Besonderheiten. Über dieses generelle Defizit hinaus reichende Zugangsprobleme identifiziert die Enquetekommission außerdem für die Gruppe der Flüchtlinge mit unsicherem Aufenthaltsstatus, die trotz des vielfach besonders dringenden Bedarfs keinen Zugang zu geregelter psychologischer und/oder psychosozialer Versorgung haben.

Als besonders folgenschweres Defizit im Bereich der **Diagnostik** stellt die Enquetekommission fest, dass die Unterschiede in den Symptomen eines Herzinfarktes bei Männern (anhaltende Schmerzen im Brustkorb, Atemnot usw.) und Frauen (zusätzlich – oft sogar ausschließlich – Erschöpfung, Erbrechen, Übelkeit usw.) immer noch nicht ausreichend bekannt sind.<sup>5</sup> Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass Herzinfarkte bei Frauen später erkannt werden und dass es im Durchschnitt deutlich länger dauert, bis Frauen mit Herzinfarkt sachgerecht behandelt werden. Zusammen mit der zu beobachtenden Veränderung des Risikoverhaltens von Frauen, insbesondere der Zunahme des Anteils der Raucherinnen, führt dies dazu, dass hinsichtlich des Risikos an einem Herzinfarkt zu sterben in den letzten Jahren für Frauen eine deutlich schlechtere Entwicklung festzustellen ist als für Männer. Besonders dramatisch erscheint in diesem Zusammenhang der steigende Anteil sehr junger Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden. Hier wirkt sich wahrscheinlich die drastische Erhöhung durch die gefährliche Kombination Rauchen und Antibabypille aus: Während jedes für sich das Risiko für das Auftreten eines Herzinfarktes um das Zwei- bis Vierfache steigert, führt die Kombination beider Faktoren zu einem 40fach erhöhten Risiko.

In vielen der behandelten Felder finden sich Defizite in der gesamten Versorgung, die auf fehlendes Wissen zu besonderen Problemstellungen von Frauen und Mädchen oder zu bestimmten Zielgruppen zurückzuführen sind. Besonders deutlich wird dies bei der **Versorgung** von Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen.<sup>6</sup> Obwohl nach Schätzungen davon auszugehen ist, dass bis zu 22 % aller Frauen im Verlauf ihres Lebens Gewalt in einer Ausprägungsform erleiden, die ihre Gesundheit beeinträchtigt, werden die Folgen bisher von den im Gesundheitswesen Tätigen als Ursache von Krankheiten und Verletzungen zu wenig wahrgenommen. Vielen Professionellen fehlt es an spezifischen Kenntnissen über Ausmaß, gesundheitliche Folgen, Hintergründe und Dynamik von Gewalt im Geschlechterver-

<sup>3</sup> Siehe Kapitel 4.9 – Gesundheitliche Situation von Mädchen

<sup>4</sup> Siehe Kapitel 4.10 – Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen

<sup>5</sup> Siehe Kapitel 4.6 – Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW

<sup>6</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

hältnis. Mangelndes Wissen, Mängel in der Qualifikation und fehlende Standards/Leitlinien der Behandlung und Dokumentation wie auch ein unzureichendes Angebot an bedarfsgerechter, qualifizierter Versorgung traumatisierter Patientinnen führen zur Fehl- oder Unterversorgung gewaltbetroffener Frauen.

Auch Frauen und Mädchen mit lesbischer Lebensweise, die in den Medien und der Politik zunehmend öffentlich sichtbar geworden sind, scheinen im Gesundheitswesen und der -forschung weder als Patientinnen noch als Behandelnde zu existieren. Dies kann z.B. im Zusammenhang mit vaginalen Infektionen zu inadäquaten Therapieempfehlungen führen. Aus den USA ist bekannt, dass Lesben seltener als heterosexuelle Frauen an gynäkologischen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.<sup>7</sup>

Ein weiteres Defizit, das sich für Frauen besonders negativ auswirkt, ist die mangelnde **Vernetzung und Kooperation** der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungsstrukturen. Dies zeigt sich u.a. bei der fragmentierten Organisation der Versorgung an Brustkrebs erkrankter Frauen<sup>8</sup>, wobei darüber hinaus teilweise qualitätsgesicherte Behandlung fehlt. Diese Strukturängel wirken bei den betroffenen Patientinnen zusätzlich Stress induzierend.

Welche Bedeutung positive Rahmenbedingungen für den Erhalt von Gesundheit haben können, zeigt der Zusammenhang von Frauenerwerbsarbeit und dem Gesundheitserleben von Frauen. Danach ist Berufstätigkeit nicht per se als Belastung zu sehen, sondern stellt häufig eine gesundheitsförderliche **Ressource** dar. Voraussetzungen sind allerdings ein hohes Maß an eigenverantwortlicher Organisation der Arbeit, entsprechende Entscheidungsspielräume, die soziale Integration der Beschäftigten und eine Vielseitigkeit der ausgeführten Tätigkeit.<sup>9</sup> Umgekehrt kann die fehlende Möglichkeit, berufstätig und somit finanziell unabhängig zu sein, für erwerbslose Frauen eine gesundheitsbelastende Wirkung haben.

Berufstätige Mütter z.B. schätzen ihre gesundheitliche Situation allgemein als besser ein als nichtberufstätige. Internationale Studien belegen, dass sich die Depressionswerte von Müttern verringern, wenn sie erwerbstätig sind. Das gilt gleichfalls für eine Gefährdung durch Herzinfarkt: das Risiko sinkt um 20 % bei berufstätigen Müttern. Das gesundheitliche Ressourcenpotenzial durch Erwerbstätigkeit kommt bei Müttern in Deutschland allerdings nur begrenzt zum Tragen, da es nach wie vor an bedarfsgerechten Betreuungsangeboten für die Kinder fehlt.<sup>10</sup>

Vielfach weisen frauendominierte Berufe immer noch hohe **Gesundheitsbelastungen** auf. Mitarbeiterinnen in Callcentern beispielsweise sind besonders durch einen hohen Leistungsdruck und -kontrolle belastet. Sie haben minimale Handlungsspielräume bei einer hohen Arbeitskomplexität mit beständigen Veränderungen und einer stressbelastenden Ungewissheit, was das nächste Telefonat bringt. Außerdem unterliegen sie einem Zwang zur Freundlichkeit („lächelnde Stimme“) und sind wesentlich häufiger von Stimmstörungen betroffen als Männer, da ihre Frequenz der Stimmlippenschwingungen doppelt so hoch ist. Darüber hinaus wird von Frauen erwartet, dass sie mit erhöhter Stimmlage sprechen, was zu einer weiteren Belastung der Stimmbänder führt.

---

<sup>7</sup> Siehe Kapitel 4.8 – Gesundheit von Lesben und deren gesundheitliche Versorgung

<sup>8</sup> Siehe Kapitel 4.2 – Psychosoziale Lage von Brustkrebspatientinnen

<sup>9</sup> Siehe Kapitel 4.3 – Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit

<sup>10</sup> Siehe Kapitel 4.11 – Belastungen und Ressourcen von Müttern

Welch geringe Bedeutung der Bereich Ressourcenstärkung für die Gesundheit von Müttern immer noch hat, zeigt sich sowohl bei Präventions- wie auch **Rehabilitationsangeboten**.<sup>11</sup> Allein erziehende erwerbstätige Mütter mit mehreren kleinen Kindern sind bezüglich der Arbeitszeit besonders stark gesundheitlich belastet. Sie nehmen aber nur in sehr geringem Umfang an Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen teil. Obwohl den Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen des Müttergenesungswerkes wissenschaftlich hohe Effizienz der Ressourcenstärkung bestätigt wird, wird bundesweit jede dritte ärztlich befürwortete Maßnahme abgelehnt. Meist werden die Ablehnungen mit ambulant vor stationär begründet, was den Alltag von Müttern ignoriert. Oder aber die Antragstellerinnen werden – ohne dass bei ihnen eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt – an den jeweiligen Rentenversicherungsträger verwiesen, obwohl diese keine spezifischen Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen anbieten. In solchen Fällen führen die ungeklärten Zuständigkeiten für erwerbstätige Mütter zu Fehlleitungen und/oder langwierigen Verzögerungen bzw. häufig auch zur Aufgabe der Antragstellung seitens der Mütter.

Die von der Enquetekommission identifizierten Defizite in der Versorgung haben jedoch nicht nur – teilweise dramatische – gesundheitliche Folgen für die Betroffenen. Sie führen durch erschwerte Krankheitsverläufe letztlich auch zu höheren **Kosten** sowohl für die Kostenträger als auch für die Gesellschaft insgesamt. Wie ein im Auftrag der Enquetekommission erstelltes Gutachten am Beispiel der Unter- und Fehlversorgung einer speziellen Gruppe von Rheumapatientinnen<sup>12</sup> zeigt, verursacht allein die Unterversorgung hinsichtlich der medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis jährliche Mehrkosten von mehr als 100 Mio. Euro allein in NRW.

## II. 2 Ausgewählte Handlungsfelder für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung

Auf der Grundlage dieser Defizitanalyse benennt die Enquetekommission in ihrem Bericht für jedes der untersuchten Schwerpunktthemen Felder, in denen sie Handlungsbedarf sieht. So sollten beispielsweise in dem wichtigen Handlungsfeld der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** im Gesundheitswesen zukünftig geschlechtsspezifische Unterschiede in Lehrpläne und Prüfungsordnungen verpflichtend aufgenommen werden.<sup>13</sup>

Im Handlungsfeld **Forschung** muss nach Ansicht der Enquetekommission die Berücksichtigung möglicher Geschlechterunterschiede durch ein entsprechendes geschlechtsdifferenziertes Studiendesign, bei der Auswahl der Studienpopulation, bei der Datenerhebung und bei der Auswertung als unentbehrliches Qualitätsmerkmal gesundheitsbezogener Forschung etabliert werden. Hier sind einerseits die WissenschaftlerInnen und ihre Organisationen gefordert, andererseits aber auch diejenigen Institutionen, die Forschungsvorhaben mit öffentlichen oder privaten Mitteln unterstützen. Die Enquetekommission zeigt in ihrem Bericht anhand

<sup>11</sup> Siehe Kapitel 4.11 – Belastungen und Ressourcen von Müttern

<sup>12</sup> Siehe Kapitel 4.14 – Versorgung chronisch rheumakranker Frauen in NRW

<sup>13</sup> Siehe Kapitel 3.4 – Reform der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

von Beispielen guter Praxis, wie die beschriebenen Qualitätsziele verbindlich in Kriterienkatalogen zur Vergabe von Fördermitteln verankert werden können.<sup>14</sup>

Neben der Forschung spielt für die Bereitstellung geschlechtsdifferenzierter Gesundheitsdaten auch die **Gesundheitsberichterstattung** eine wesentliche Rolle. Einerseits liefert sie durch die Feststellung von Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen der Bevölkerung Anlässe und Ausgangspunkte zur Erforschung dieser Unterschiede. Um dies zu gewährleisten, muss bei allen Datenerhebungen, -auswertungen und -präsentationen nach dem Geschlecht sowie ggf. innerhalb der Gruppe der Frauen nach Lebenslagen (z.B. soziale Schicht, Land der Geburt, sexuelle Identität) differenziert werden. Andererseits ist die Gesundheitsberichterstattung aber auch gefordert, ihre Kriterien und Berichtsfelder anhand der Ergebnisse geschlechtsdifferenzierender Forschung zu verändern und zu ergänzen.

Eine wichtige Voraussetzung für die Verankerung einer geschlechtsdifferenzierenden Sichtweise ist nach Ansicht der Enquetekommission auch die **Beteiligung und Teilhabe** von Frauen als Akteurinnen in allen Organisationen, Strukturen und Entscheidungsprozessen. Ansatzpunkte sind hier im öffentlichen Verantwortungsbereich beispielsweise die Erhöhung des Frauenanteils bei den Lehrenden und Forschenden<sup>15</sup> oder bei der Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen des Landes und der Kommunen<sup>16</sup>. Entsprechenden Handlungsbedarf sieht die Enquetekommission aber auch bei vielen anderen AkteurlInnen wie den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung, den Berufs- und Fachverbänden, den Kostenträgern oder bei den Unternehmen der privaten Wirtschaft, die im Gesundheitsbereich tätig sind.

Rahmenkonzepte für die **häusliche Pflege**<sup>17</sup> sollten sich zukünftig verstärkt an den Bedürfnissen der – in der Regel weiblichen – Pflegepersonen orientieren. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen der pflegenden Angehörigen, aber auch ihr Unterstützungs- und Entlastungsbedarf sollten in geschlechtsspezifischen Maßnahmen berücksichtigt werden, die insgesamt zur Stärkung der pflegenden Frau und zum Erhalt ihrer Pflegefähigkeit führen.

Zur angemessenen gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Mädchen nach Gewalterfahrungen<sup>18</sup> müssen ihre **Rechte als Patientinnen** gestärkt und ihnen aktiver Schutz vor erneuten (sexuellen) Übergriffen innerhalb von Krankenhäusern, Kliniken und Pflegeheimen geboten werden. Hierzu wird die Entwicklung von Gewaltschutzkonzepten für die verschiedenen stationären Einrichtungsformen empfohlen.

Im Bereich der **Sexualpädagogik und -aufklärung** von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen<sup>19</sup> ist es wichtig, diese für ihren eigenen Körper wie auch ihre eigenen Bedürfnisse zu sensibilisieren und ihre Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Sexualität, Verhütung und ggf. Elternschaft unterstützend zu begleiten. Eine

<sup>14</sup> Siehe Kapitel 3.3 – Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten.

<sup>15</sup> Siehe Kapitel 3.3 – Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten

<sup>16</sup> Siehe Kapitel 4.12 – Zukunft eines frauengerechten Öffentlichen Gesundheitsdienstes

<sup>17</sup> Siehe Kapitel 4.13 – Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen pflegender Angehöriger

<sup>18</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>19</sup> Siehe Kapitel 4.4 – Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft



lebensbegleitende und liebevolle Sexualaufklärung ist auch eine gute (Gewalt-) Prävention, um die eigenen Bedürfnisse von denen anderer Menschen zu unterscheiden und sich gegen ungewollte Berührungen oder sexuelle Übergriffe zu schützen oder zu wehren.

Ein weiteres wesentliches Feld, auf dem die Enquetekommission Handlungsbedarf identifiziert hat, ist die **Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Patientinnen**. Hier wurde insbesondere bei der Untersuchung des Umgangs von Frauen mit psychotropen Medikamenten<sup>20</sup> und bei dem Thema Hormontherapie<sup>21</sup> u.a. deutlich, dass es grundsätzlich besserer Information und intensiverer Beratung bedarf, um Frauen eine informierte Entscheidung für – oder gegen – eine bestimmte Maßnahme zu ermöglichen. Dies setzt jedoch voraus, dass sowohl die ÄrztInnen als auch die Patientinnen einerseits bereit sind, bestehende Vorurteile und Handlungsmuster kritisch zu hinterfragen, und sie andererseits hierzu auch systematisch befähigt und ermutigt werden.

Um die Versorgungssituation von Frauen mit Brustkrebs zu verbessern, ist eine Intensivierung ihrer **psychosozialen Betreuung**<sup>22</sup> geboten. Dabei sind insbesondere die so genannten „transition points of treatment“ in den Blick zu nehmen, d.h. die Übergänge zwischen spezifischen Behandlungsschritten: zum Zeitpunkt der Diagnose, die Zeit, in der mögliche Interventionsmaßnahmen erwartet werden, während der Behandlung und bei deren Ende, bei Nachsorge, bei Wiederauftreten der Erkrankung und bei Behandlungsmisserfolg. Vorherrschende Erkenntnisdefizite über die psychosoziale Situation von Frauen mit der Diagnose Brustkrebs müssen durch verstärkte Forschung in diesem Bereich geschlossen werden.

Beispiele für den umfangreichen Handlungsbedarf auf dem Gebiet der **Rehabilitation** sind der große Bedarf an (geschlechtsdifferenzierten) Patientinnenschulungen, wie er für die rheumatischen Erkrankungen festgestellt wurde<sup>23</sup>, oder der Bedarf an frauengerechten Angebotsstrukturen, die z.B. die Bedürfnisse von Müttern<sup>24</sup>, Migrantinnen<sup>25</sup> oder gewaltbetroffener Frauen berücksichtigen<sup>26</sup>.

## II. 3 Ausgewählte Handlungsempfehlungen

Die konkreten Handlungsempfehlungen der Enquetekommission richten sich sowohl an die politische Ebene als auch an Verbände, Organisationen und andere AkteurInnen im Gesundheitswesen in NRW.

So fordert die Enquetekommission an mehreren Stellen die **Landesregierung** von NRW auf, sich auf Bundesebene, beispielsweise durch entsprechende Initiativen im Bundesrat, für bestimmte Änderungen von Gesetzen o.ä. einzusetzen, bei denen die Zuständigkeit beim Bund liegt<sup>27</sup>. Beispiele sind hier das Arzneimittelge-

<sup>20</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

<sup>21</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

<sup>22</sup> Siehe Kapitel 4.2 – Psychosoziale Lage von Brustkrebspatientinnen

<sup>23</sup> Siehe Kapitel 4.14 – Versorgung chronisch rheumakrankter Frauen in NRW

<sup>24</sup> Siehe Kapitel 4.11 – Belastungen und Ressourcen von Müttern

<sup>25</sup> Siehe Kapitel 4.10 – Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW

<sup>26</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>27</sup> Siehe hierzu insbesondere Kapitel 2.2 – Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik

setz<sup>28</sup>, das Asylbewerberleistungsgesetz<sup>29</sup> oder die Approbationsordnung für Ärzte<sup>30</sup>.

Auf der Landesebene sieht die Enquetekommission Handlungsbedarf für den **Landtag** und die **Landesregierung** ebenfalls bei Änderungen einzelner Gesetze und Verordnungen des Landes, so z.B. Ergänzungen im ÖGDG, PsychKG und KHG NRW, die zu einer bedarfsgerechten Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen beitragen.<sup>31</sup> Im landesrechtlichen Kompetenzfeld Schule wird der Landesregierung u.a. empfohlen, genderspezifische Konzepte zur Suchtprävention zu entwickeln und umzusetzen.<sup>32</sup> Zahlreiche Handlungsempfehlungen an Landtag und Landesregierung beziehen sich außerdem auf die Initiierung oder Unterstützung von konkreten Projekten und Maßnahmen. Dies betrifft einerseits die gesicherte, langfristige Finanzierung bestehender Einrichtungen wie die Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit NRW“, Frauennotrufe, Frauen- und Mädchenberatungsstellen oder Frauen- und Mädchenhäuser<sup>33</sup>. Andererseits regt die Enquetekommission aber auch neue Projekte an, wie z.B. die Einrichtung eines Mädchengesundheitsladens.

Handlungsmöglichkeiten für die Landesregierung sieht die Enquetekommission darüber hinaus auch im Verantwortungsbereich des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung. Hier fordert die Enquetekommission die Landesregierung u.a. auf, ihre Bemühungen zur Erhöhung des Frauenanteils an den Hochschulen und Forschungseinrichtungen des Landes fortzuführen und auszubauen sowie bei der Profilierung der Hochschullandschaft in NRW im Rahmen des Hochschulkonzeptes 2010 das Thema Frauengesundheit mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten an einigen ausgesuchten Hochschulen und Universitätskliniken zu etablieren.<sup>34</sup> Darüber hinaus richtet die Enquetekommission auch Anregungen und Empfehlungen an die einzelnen **WissenschaftlerInnen** in den öffentlichen und privaten Forschungseinrichtungen in NRW. So sollten diese zunächst grundsätzlich die beschriebenen Qualitätskriterien bei der Konzeption und Durchführung ihrer Arbeit berücksichtigen.<sup>35</sup> Darüber hinaus ruft die Enquetekommission dazu auf, sich auch den spezifischen Fragestellungen zu widmen, für die Erkenntnisdefizite benannt wurden, die gezielte Anpassung der AIDS-Therapie an den weiblichen Organismus<sup>36</sup> oder die rheumatologische Versorgungsforschung<sup>37</sup>.

In den gemeinsamen Verantwortungsbereich des Landes und der Kommunen gehört der **Öffentliche Gesundheitsdienst**. An ihn richtet die Enquetekommission Handlungsempfehlungen u.a. bezogen auf die Gesundheitsberichterstattung, auf den Auf- und Ausbau von Beratungsangeboten und auf die Versorgung bestimm-

<sup>28</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

<sup>29</sup> Siehe Kapitel 4.10 – Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW

<sup>30</sup> Siehe Kapitel 3.4 – Reform der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

<sup>31</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>32</sup> Siehe Kapitel 4.9 – Gesundheitliche Situation von Mädchen

<sup>33</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>34</sup> Siehe Kapitel 3.3 – Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten

<sup>35</sup> Siehe Kapitel 3.3 – Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten

<sup>36</sup> Siehe Kapitel 4.7 – Frauenspezifische Besonderheiten bei HIV und AIDS

<sup>37</sup> Siehe Kapitel 4.14 – Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen in NRW

ter besonders benachteiligter Gruppen.<sup>38</sup> So sollten beispielsweise bereitliegende Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen für eine effektive zugehende und präventive Beratungsarbeit für Mädchen nutzbar gemacht werden.<sup>39</sup> Darüber hinaus sollten Frauen gleichberechtigt, d.h. stärker als bisher personell und thematisch an den Gesundheitskonferenzen beteiligt werden. Für die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Führungskräfte der Gesundheitsämter sollten Gender Trainings durchgeführt und die Umsetzung des Konzepts des Gender Mainstreaming insgesamt unterstützt werden.<sup>40</sup>

An die für NRW zuständigen **Ärztzekammern Nordrhein und Westfalen/Lippe und die kassenärztlichen Vereinigungen** in Zusammenarbeit mit den **Berufsverbänden** und **medizinischen Fachgesellschaften** richtet die Enquetekommission beispielsweise die Handlungsempfehlung, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel zur Erarbeitung und Umsetzung von Leitlinien in der Prävention und Behandlung z.B. von rheumatischen Erkrankungen zu entwickeln.<sup>41</sup> Um Migrantinnen in unserem Gesundheitssystem angemessen versorgen zu können, wird den Ärztekammern empfohlen, die Voraussetzungen für den Erwerb einer zertifizierten Zusatzqualifikation für „Interkulturelle Kompetenz“ zu schaffen.<sup>42</sup> Zur bedarfsgerechten Versorgung von Gewaltopfern empfiehlt es sich, in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung die Diagnostik, Behandlung und Dokumentation von medizinischen Folgen von Gewalt fest zu verankern.<sup>43</sup> Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollen verstärkt in Informations-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für ÄrztInnen berücksichtigt werden.<sup>44</sup>

Den **Träger von stationären Einrichtungen** wie Alten- oder Behindertenwohnheimen, Krankenhäusern usw. empfiehlt die Enquetekommission, Geschlechteraspekte zukünftig stärker bei der Konzeptionierung ihrer Arbeit zu berücksichtigen.<sup>45,46</sup>

Auch die **Krankenkassen** und **Rentenversicherungsträger** können nach Ansicht der Enquetekommission wesentlich zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in NRW beitragen. Handlungsmöglichkeiten sieht die Enquetekommission für sie u.a. bei der – geschlechtsdifferenzierten – Gestaltung von Präventionsprogrammen, bei der Schulung von MitarbeiterInnen und Patientinnen und bei der Gestaltung von Rahmenverträgen. Im Einzelnen wird ihnen u.a. empfohlen, umfassend über die Risiken der Hormontherapie in den Wechseljahren<sup>47</sup> aufzuklären oder integrative Modellprojekte innerhalb der gesundheitlichen

<sup>38</sup> Siehe Kapitel 4.12 – Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes

<sup>39</sup> Siehe Kapitel 4.9 – Gesundheitliche Situation von Mädchen

<sup>40</sup> Siehe Kapitel 4.12 – Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes

<sup>41</sup> Siehe Kapitel 4.14 – Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen in NRW

<sup>42</sup> Siehe Kapitel 4.10 – Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW

<sup>43</sup> Siehe Kapitel 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>44</sup> Siehe Kapitel 4.6 – Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW

<sup>45</sup> Siehe hierzu u.a. die Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel, 4.4 – Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft und 4.5 – Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

<sup>46</sup> Siehe Kapitel 4.4 – Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft

<sup>47</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

Versorgung und Rehabilitation anzustoßen, die auf die Situation von Müttern zugeschnitten sind.<sup>48</sup>

Angesprochen sind die **Krankenkassen** und die **Kassenärztlichen Vereinigungen** ebenfalls bei dem Appell an die zuständigen Ausschüsse auf Bundes- und Landesebene, bei der Bedarfsplanung und Zulassung von VertragsärztInnen und ärztlichen bzw. psychologischen PsychotherapeutInnen die in diesem Bericht eindrücklich belegten besonderen Versorgungsbedürfnisse von Frauen stärker als bisher zu berücksichtigen. Beispiele sind hier in bedarfsgerechtem Umfang die Zulassung von RheumatologInnen<sup>49</sup> oder ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen mit Migrationshintergrund<sup>50</sup>.

Darüber hinaus appelliert die Enquetekommission an alle vorstehend genannten Organisationen und Einrichtungen, neue **Modellprojekte** zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen einzurichten bzw. deren Einrichtung aktiv zu unterstützen. Die zahlreichen Beispiele von Modellen guter Praxis, die die Enquetekommission im Rahmen ihrer Arbeit aus dem In- und Ausland zusammengetragen hat, können Anregung und Vorbild für solche Modellprojekte sein.<sup>51</sup>

Darüber hinaus finden sich in den einzelnen Kapiteln zahlreiche weitere Anregungen und Empfehlungen an bestimmte Gruppen oder Einzelakteure wie die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie<sup>52</sup>, die Apothekerkammern<sup>53</sup>, die Hebammenverbände<sup>54</sup> und andere.

### Fazit

Die Mängel in der Gesundheitsversorgung von Frauen, die zur Einsetzung der Enquetekommission führten, wurden durch die Arbeit der Kommission eindrücklich bestätigt. Mit ihrem Bericht stellt die Enquetekommission jedoch auch Verbesserungsvorschläge und Handlungsempfehlungen vor. Sie appelliert an die Verantwortlichen in Politik, Gesundheitswesen und Wissenschaft, umgehend geeignete Veränderungsschritte einzuleiten.

Insgesamt lässt sich als Ergebnis der Arbeit der Enquetekommission feststellen:

**Eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in NRW ist möglich!**

<sup>48</sup> Siehe Kapitel 4.11 – Belastungen und Ressourcen von Müttern

<sup>49</sup> Siehe Kapitel 4.14 – Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen in NRW

<sup>50</sup> Siehe Kapitel 4.10 – Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen

<sup>51</sup> Siehe Kapitel 3.2 – Chancen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung: Modelle guter Praxis

<sup>52</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

<sup>53</sup> Siehe Kapitel 4.1 – Frauen und Arzneimittel

<sup>54</sup> Siehe Kapitel 4.4 – Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft

---

## **1. Einsetzung, Zusammensetzung und Arbeitsweisen**

### **1.1 Die Enquetekommission**

### **1.2 Auftrag und Zielsetzung der Enquetekommission**

### **1.3 Arbeitsmethoden der Enquetekommission**

### **1.4 Orientierung der Arbeit: Leitfragen, Begriffe und Zielgruppen**

## 1.1 Die Enquetekommission

Der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" gehörten neun Abgeordnete des nordrhein-westfälischen Landtags und deren StellvertreterInnen sowie sechs externe Sachverständige an. Dem Anteil der Fraktionen des Landtags entsprechend entsandte die SPD-Fraktion vier, die CDU-Fraktion drei und die Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN sowie die FDP-Fraktion jeweils eine Abgeordnete als ordentliches Mitglied in die Enquetekommission. Zwei externe Sachverständige wurden jeweils von der SPD sowie der CDU-Fraktion benannt, die beiden anderen Fraktionen benannten jeweils eine externe Sachverständige.

### Die Mitglieder der Enquetekommission

#### Vorsitz

**Vorsitzende** Marianne Hürten, Bündnis 90/DIE GRÜNEN

**Stellvertretende Vorsitzende** Gabriele Kordowski, (CDU)

#### Die Abgeordneten

##### Ordentliche Mitglieder

###### SPD

Vera Dedanwala

Inge Howe (Obfrau)

Dr. Georg Scholz (bis 4/03)

Helga Gießelmann (ab 5/03)

Donata Reinecke

###### CDU

Ursula Doppmeier (Obfrau)

Gabriele Kordowski

Theo Kruse (bis 1/02)

Marie-Theres Ley (ab 2/02)

###### FDP

Dr. Ute Dreckmann (bis 12/03) (Obfrau)

Brigitte Capune-Kitka (ab 1/04) (Obfrau)

###### Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Marianne Hürten

##### Stellvertretende Mitglieder

Gisela Ley

Helga Gießelmann (bis 4/03)

Dr. Georg Scholz (ab 5/03)

Cornelia Tausch

Angelika Gemkow

Rudolf Henke

Gisela Hinnemann

Dr. Jana Pavlik

Barbara Steffens

### Sachverständige Mitglieder

Prof. Adelheid Bonnemann-Böhner	Professorin a. D., Vorsitzende des Kuratoriums des Müttergenesungswerks, Berlin
Prof. Dr. Alexa Franke	Lehrstuhl für Rehabilitationspsychologie an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund
Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff	Chefärztin der Abteilung Psychosomatik/ Psychotherapie, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Wicker-Klinik, Bad Wildungen
Prof. Dr. Hartmut Gülker	Lehrstuhl für Kardiologie an der Universität Witten/Herdecke, Direktor der Medizinischen Klinik 3, Helios-Klinikum Wuppertal
Prof. Dr. Irmgard Nippert	Professur für Frauengesundheitsforschung, Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Münster
Ute Sonntag	Stellvertretende Geschäftsführerin der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover

### Wissenschaftliche MitarbeiterInnen der Fraktionen

SPD	Astrid Hopstein, Dipl. Verwaltungswirtin
CDU	Dr. Armin Leon (ab 1/03), Politikwissenschaftler Christel Bayer (bis 12/02), Juristin
FDP-Fraktion	Dr. Regine Rapp-Engels, Ärztin für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin
Bündnis 90/DIE GRÜNEN	Gabriele Beckmann, Ethnologin, Krankenschwester Dr. Thorsten Drewes, Dipl. Biochemiker

Von der Verwaltung des nordrhein-westfälischen Landtags wurde der Enquetekommission zur wissenschaftlichen und organisatorischen Unterstützung ihrer Arbeit ein Kommissionssekretariat zur Verfügung gestellt.

### Kommissionssekretariat

#### Wissenschaftliche MitarbeiterInnen des Kommissionssekretariats

Regina Jürgens, Dipl. Soziologin (7/01 bis 3/03)	Dr. Cornelia Bormann, Dipl. Soziologin (9/01 bis 2/02)
Brigitte Stumm, Dipl. Soziologin, Dipl. Betriebswirtin (ab 3/02)	Silke Fehleemann, Dipl. Historikerin (4/03 bis 3/04)
Iris Michelmann, Dipl. Biologin (ab 4/04)	

**Kommissionssekretärinnen/ -sachbearbeiterinnen**

Athena Pawlatos (ab 12/02)

Claudia Knopp (05/01 bis 11/02)

**Sekretärinnen/Sachbearbeiterinnen der Fraktionen**

SPD-Fraktion

Sabine Zack (bis 6/02)/Simone Klemm (ab 7/02)

CDU-Fraktion

Stefanie Täger

FDP-Fraktion

Eva Esser

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Iris Michelmann (bis 3/04)



## 1.2 Auftrag und Zielsetzung der Enquetekommission

Mit einstimmigem Beschluss des Landtags Nordrhein-Westfalen am 7. Dezember 2000 wurde die Enquetekommission auf gemeinsamen Antrag<sup>1</sup> der Koalitionsfraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen einberufen und im Mai des folgenden Jahres eingesetzt. Damit bestätigte der Landtag, dass einer geschlechtsspezifischen Differenzierung bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit im medizinischen Versorgungssystem noch nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

Um Frauen- und letztendlich Geschlechtergerechtigkeit als Qualitätsmerkmal einer zukunftsgerechten Gesundheitsversorgung in NRW herzustellen und zu sichern, beauftragte der Landtag die Kommission, eine Bestandsaufnahme und Defizitanalyse der gesundheitlichen Versorgung von Frauen vorzunehmen. Darauf aufbauend sollten unter Berücksichtigung rechtlicher Rahmenbedingungen (Kapitel 2.2) und Zuständigkeiten der AkteurInnen im Gesundheitswesen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen in NRW entwickelt werden. Zur Vorbereitung von zukünftigen Entscheidungen des Landtags hinsichtlich konkreter Maßnahmen, die einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung dienen, hatte die Kommission den Auftrag, ihre Ergebnisse und Handlungsempfehlungen in dem nachfolgenden Bericht vorzulegen.

Entsprechend dem Einsetzungsbeschluss zielte die Arbeit der Kommission auf die Behandlung folgender Schwerpunkte ab:

- eine Verbesserung des Zugangs für Frauen zu Regelangeboten im Gesundheitswesen, auch mit dem Ziel, Frauen durch unabhängige und qualitätsgesicherte Information über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit die Grundlage für eigene Entscheidungen zu bieten,
- die Entwicklung und Anwendung geschlechtsspezifischer differenzierter Kriterien zu Prävention, Diagnostik und Behandlung am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder und Problemstellungen und
- die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in der klinischen, medizinsoziologischen und pharmakologischen Forschung.

Um Themen mit vordringlichem Handlungsbedarf zu identifizieren, wertete die Kommission den Bundesfrauengesundheitsbericht<sup>2</sup> und den ersten geschlechtsdifferenzierten Landesgesundheitsbericht NRW<sup>3</sup> sowie Beiträge einer damit befassten Anhörung des Frauenausschusses<sup>4</sup> mit Blick auf besonders relevante Krankheitsbilder und Gesundheitsfaktoren für Frauen aus. Im Anschluss legte sie Kriterien fest, nach denen eine Gewichtung der ausgewählten Themen und eine Priorisierung vorgenommen werden konnte. Kriterien waren besondere Defizite in der Gesundheitsversorgung von Frauen in NRW, bisher nicht erreichte Zielgruppen, die generelle Relevanz des Themas, die Relevanz für Frauen, seine Bedeutung für die Landespolitik, die Wirkung und das öffentliche Interesse der Arbeit. Bei der Bearbeitung der The-

---

<sup>1</sup> Drucksache 13/458

<sup>2</sup> Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Stuttgart 2001

<sup>3</sup> Gesundheitsbericht NRW, Gesundheit von Frauen und Männern, Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld 2000

<sup>4</sup> Anhörung „Gesundheitsbericht NRW – Gesundheit von Frauen und Männern“ Vorlage 13/275 in Verbindung mit dem Antrag „Frauengerechte Gesundheitspolitik“ der Koalitionsfraktionen DS 12/4677, vom 11.5.2001, Ausschussprotokoll 13/305

men sollten unterschiedliche Lebensphasen und -lagen von Frauen und Mädchen sowie verschiedene Zielgruppen berücksichtigt werden (Kapitel 1.4).

Ziel der Enquetearbeit war es, unter Beteiligung von AkteurInnen und NutzerInnen über die Strukturen des Gesundheitssystems und der ihm eigenen Segregation der verschiedenen Versorgungsbereiche<sup>5</sup> hinauszuschauen. Auf der Grundlage wegbeleitender Erkenntnisse und Erfahrungen der Frauengesundheitsbewegung und -forschung galt es, über Fachdisziplinen und Berufsgruppen hinweg übergreifende Fragestellungen zu formulieren. Diese sollten möglichst die Sicht der Frauen ins Zentrum stellen und eine starke Zielorientierung auf Handlungsempfehlungen an die verschiedenen AkteurInnen im Gesundheitswesen haben.

Zielsetzung bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen war es, unter der Berücksichtigung von Landeskompetenzen aufzuzeigen, welche politischen Rahmenbedingungen eine zukünftige frauen- und schließlich auch geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung in NRW braucht. Im Querschnitt der Themen verfolgte die Kommission das Ziel, Anforderungen an eine geschlechtergerechte Forschung in jenen Bereichen zu formulieren, die Einfluss auf den Gesundheitssektor nehmen. Und schließlich entwickelte sie Handlungsempfehlungen an alle im Gesundheitswesen Tätigen einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die zur Aufhebung der bestehenden Defizite in der Gesundheitsversorgung und einer frauengerechten Weiterentwicklung führen können.

---

<sup>5</sup> Gemeint ist hier sowohl die Trennung in stationäre, ambulante und teilstationäre sowie Rehabilitationseinrichtungen wie auch die Unterteilung in Fachdisziplinen.

### 1.3 Arbeitsmethoden der Enquetekommission

Die Enquetekommission beschloss ein umfangreiches Arbeitsprogramm.<sup>6</sup> Zu den dort genannten Themenfeldern bildeten sich Arbeitsgruppen, die verschiedene Methoden anwandten:

#### Arbeitsgruppen

Die Arbeitsgruppen setzten sich aus den berufenen Abgeordneten des Landtags, den Sachverständigen sowie aus den wissenschaftlichen ReferentInnen der Fraktionen und des Kommissionsbüros zusammen. Dort wurden die Bearbeitung der Themen strukturiert, Gutachten diskutiert, Anhörungen und Veranstaltungen geplant sowie Handlungsempfehlungen entwickelt und die Texte des Abschlussberichts erstellt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden der gesamten Enquetekommission zur Diskussion und Beratung vorgelegt und beschlossen.

#### Gutachten

Zu speziellen Fragestellungen vergab die Enquetekommission nach öffentlicher Ausschreibung Gutachtaufträge an ausgewiesene ExpertInnen. Die Gutachten wurden von den AutorInnen in den Sitzungen der Enquetekommission vorgestellt, gemeinsam diskutiert und in den Arbeitsgruppen bearbeitet. Die Expertisen sind auf der Homepage des Landtags ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)) veröffentlicht.<sup>7</sup>

#### Anhörungen, Fachveranstaltungen und Vorträge von ExpertInnen

Zu den Anhörungen, Fachveranstaltungen und Vorträgen wurden ExpertInnen aus verschiedenen Theorie- und Praxisfeldern der Gesundheitsversorgung von Frauen sowie Betroffene eingeladen. Die Veranstaltungen boten allen TeilnehmerInnen nicht nur Informationen, sondern sie wurden auch zu Foren für die Vernetzung bisher separat arbeitender AkteurInnen.

#### Besuche von Einrichtungen und Reisen

Durch Besuche nordrhein-westfälischer Einrichtungen<sup>8</sup> unterrichteten sich die Enquetemitglieder über bereits bestehende Ansätze frauenspezifischer Gesundheitsversorgung. Erweitert wurden die Kenntnisse der Enquetekommission über fortgeschrittene Projekte der Frauengesundheitsversorgung im europäischen Ausland. Wien und Glasgow zeigten viele Modelle guter Praxis.

#### Dialog mit nordrhein-westfälischen AkteurInnen und Betroffenen

Die Enquetekommission legte besonderen Wert darauf, mit AkteurInnen und Betroffenen der Gesundheitsversorgung Erfahrungen auszutauschen, so dass die Kommission diese praxisrelevanten Informationen in ihre Arbeit einfließen lassen konnte. Hierdurch eröffnete sich die Enquetekommission die Chance, das breite Spektrum der AkteurInnen – und der Betroffenen – bereits im Prozess für die zu bearbeitenden Fragestellungen zu sensibilisieren und so eine mögliche Grundlage für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen zu legen. Gleichzeitig brachten die AkteurInnen

<sup>6</sup> Siehe Broschüre „Arbeitsprogramm der Enquetekommission“ vom Mai 2002, aktualisiert im September 2003

<sup>7</sup> Siehe Kapitel 6.5

<sup>8</sup> Siehe Kapitel 6.5.2

und Betroffenen ihr Wissen und ihre Erfahrung ein, so dass die Enquetekommission praxisrelevante Information verarbeiten konnte.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Über die Homepage der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ auf dem Server des Landtags ([www.landtag.nrw.de/WWW/GB/II.1/EK/EK2/aktuelles.htm](http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB/II.1/EK/EK2/aktuelles.htm)) wurden vielfältige Informationen über die Enquetearbeit zur Verfügung gestellt. Gutachten, Informationen und Protokolle der öffentlichen Anhörungen können eingesehen werden. Auf Pressekonferenzen und in der Landtagszeitschrift „landtag intern“ wurde über die Arbeit der Enquetekommission berichtet.

### **Abschlussbericht**

Seit ihrer konstituierenden Sitzung im Mai 2001 hat die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ in 44 Sitzungen – darunter acht öffentliche und zehn nichtöffentliche Anhörungen – sowie in zahlreichen Arbeitsgruppensitzungen den vorliegenden Abschlussbericht erarbeitet. Im Bericht wurden die Gutachten, die Information von Fachveranstaltungen und ExpertInnengesprächen, von Besuchen in nordrhein-westfälischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie von internationalen Reisen ebenso berücksichtigt wie Literatur zur Frauengesundheitsforschung und Fachliteratur.

## 1.4 Orientierung der Arbeit: Leitfragen, Begriffe und Zielgruppen

### 1.4.1 Leitfragen

Die Kommission orientierte sich bei ihrer Arbeit auch an zentralen Leitfragen und damit verbundenen Leitbegriffen, die eine gemeinsame Basis für die unterschiedlichen Themen darstellten. Die folgenden **Leitfragen** wurden am Anfang der Kommissionsarbeit einvernehmlich verabredet:

- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung hat?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von Frauen bei der gesundheitlichen Versorgung angemessen berücksichtigt sind?
- Welche Maßnahmen sind im Bereich der Forschung nötig und an welchen Kriterien muss sich Forschung ausrichten, damit allen Beteiligten alle notwendigen Erkenntnisse für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen?
- Wie wird eine angemessene qualitätsgesicherte, gendersensitive Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erreicht, die soziale, psychosoziale und biologische Aspekte berücksichtigt?
- Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein und wo können diese verwirklicht werden, damit sie Frauen und Mädchen in ihren jeweiligen Lebensphasen und -welten gerecht werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau in alle ihre Gesundheit betreffenden Prozesse und Entscheidungen einbezogen ist?
- Wie können persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien von Frauen zum Erhalt von Gesundheit und im Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?

### 1.4.2 Das salutogenetische Modell

Diesen Fragen liegt unter anderem ein Konzept zugrunde, das durch das Modell der **Salutogenese** geprägt ist. Der Begriff Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky, einem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen (1923–94), als Gegenbegriff zu demjenigen der Pathogenese definiert. Während **pathogenetische** Ansätze primär die Entstehung von Erkrankungen erforschen, wendet sich Salutogenese der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Inzwischen werden unter salutogenetischen Ansätzen verschiedene Konzepte zusammengefasst (Antonovsky, 1997; Göpel, 2004).

Nach Antonovsky besteht der radikale Unterschied zwischen pathogenetischem und salutogenetischem Paradigma darin, dass ersteres von der Homöostase<sup>9</sup> als Normalfall ausgeht, Salutogenese hingegen Ungleichgewicht – Heterostase – als den Regelfall annimmt. Den Unterschied beschreibt er in der Metapher eines Flusses: Dieser fließt nicht stetig und gerade, er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwin-

---

<sup>9</sup> Homöostase: Selbstregulation eines biologischen Systems im dynamischen Gleichgewicht

digkeiten, Stromschnellen und Strudel. Flussabwärts weist er Turbulenzen auf, und einige Menschen kämpfen verzweifelt darum, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen es, aus eigener Kraft wieder ans Ufer zu kommen, andere aber müssen von Lebensrettungsspezialisten herausgezogen und vor dem Ertrinken gerettet werden.

Pathogenese, die die Homöostase als Normalzustand annimmt, beruht auf der Idee, es könne Menschen geben, die die überwiegende Zeit ihres Lebens trockenen Fußes den Verlauf des Flusses abschreiten und sich nur in Ausnahmefällen die Füße nass machen. Dem pathogenetischen Modell zufolge befinden sich Menschen in der Regel im Gleichgewicht, und nur bei einer Kombination ungünstiger Zustände oder Ereignisse kommt es zu Beeinträchtigungen, zu Krankheiten. Dann muss Energie aufgewendet werden, um die Homöostase wieder herzustellen. Das salutogenetische Modelle geht hingegen von Heterostase und Ungleichgewicht als Normalfall aus. Ungleichgewicht und Leid werden ebenso wie der Tod als inhärente Bestandteile menschlicher Existenz betrachtet. Um in der Metapher zu bleiben: Wir alle sind vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zu dem, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren und sterben, in dem Fluss. Der menschliche Organismus wird als System definiert, das wie alle Systeme der Kraft der Entropie, d.h. der Tendenz zu Auflösung und Zerfall, ausgeliefert ist. Es muss daher laufend Energie in das System eingeführt werden, um Chaos und Zerfall zu vermeiden. Menschen bleiben nicht von selbst in einem Gleichgewicht, das nur von gelegentlichen Störungen unterbrochen wird, sondern sie sind einer Flut von Stimuli ausgesetzt, die fortdauernd Anpassungsleistungen und aktive Bewältigung erfordern.

Angesichts der Tatsache, dass Pathogene ubiquitär<sup>10</sup> sind, durchdringend, endemisch<sup>11</sup> und weit verbreitet, ist salutogenetischem Denken zufolge das eigentliche Rätsel nicht, warum Menschen krank werden und sterben, sondern warum es eigentlich so erstaunlich viele trotz schwieriger Bedingungen, zahlreicher Anforderungen und zerstörerischer Umwelt schaffen, sich in einem beträchtlichen Ausmaß physisch und psychisch mehr gesund als krank zu halten.

In der Formulierung „mehr gesund als krank“ verbirgt sich eine weitere Grundannahme des salutogenetischen Modells: Krankheit und Gesundheit werden als Pole eines multidimensionalen Kontinuums definiert, nicht als sich ausschließende Gegensätze. Auf diesem Kontinuum können Menschen sich mehr in die eine oder die andere Richtung bewegen; Menschen sind nicht gesund **oder** krank, sondern sie befinden sich hinsichtlich verschiedener für Gesundheit und Krankheit relevanter Dimensionen (z.B. körperlicher Befund, subjektives Befinden, Schmerz, Therapierbarkeit) auf einem Punkt des Kontinuums. Krankheit ist nicht Ausfall eines Systems und abgrenzbares, isoliertes Ereignis, sondern sie wird im Sinne einer „Ent-Gesundung“ als Prozess verstanden, eingebettet in die Geschichte eines Menschen. Das Verständnis dieses Prozesses gelingt durch ein möglichst breites Wissen über einen Menschen, über seine gesamte innere und äußere Situation, wobei selbstverständlich seine Stärken und Möglichkeiten, also die gesunden Anteile, mitberücksichtigt werden müssen.

Während pathogenetische Modelle das Ziel verfolgen, Bedingungen zu identifizieren, unter denen Menschen krank werden, also Risikofaktoren fokussieren, stellen salu-

<sup>10</sup> Ubiquitär: überall vorkommend

<sup>11</sup> Endemische Krankheiten: Krankheiten, die ständig in einer Bevölkerung auftreten, die Krankheitsursache ist dauerhaft präsent

togenetische Modelle die Frage in den Mittelpunkt, warum bzw. wie Menschen auch unter schwierigen Bedingungen und angesichts der Omnipräsenz von Pathogenen ein möglichst hohes Ausmaß an Gesundheit erreichen. Ressourcen werden dabei sowohl in der sozialen und gesellschaftlichen Situation (Ausbildungs- und Arbeitsplatzsicherheit, ökonomische Absicherung, gesunde Umwelt, sozialer und politischer Frieden) wie in individuellen Faktoren (Wissen, Intelligenz, Problemlösefähigkeit, familiäre und soziale Einbettung, eigenes Gesundheitsverhalten) gesehen.

### 1.4.3 Gesundheitsförderung

Der Begriff der **Gesundheitsförderung** (health promotion) wurde durch die WHO protegiert und von der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta<sup>12</sup> 1986 definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ... In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“

Die Ottawa-Charta konkretisiert dies mit weiteren grundsätzlichen Aussagen. Dazu gehören globale Voraussetzungen für Gesundheit, die notwendige Interessenvertretung innerhalb politischer und gesellschaftlicher Systeme, Geschlechtergerechtigkeit und die Selbstverpflichtung zu internationalem Handeln.

Mit dem Modell der Gesundheitsförderung wird die Abkehr von einer öffentlichen Gesundheitspolitik hin zu einer Querschnittszuständigkeit angestrebt, in der der Sektor Gesundheit mit anderen gesellschaftlich und politisch relevanten Sektoren wie der Arbeits- und Sozialpolitik, Finanzpolitik, Umwelt-, Ernährungs- und VerbraucherInnenpolitik usw. verknüpft ist. Gesundheit soll zu einem entscheidenden Faktor im gesamtgesellschaftlichen Planungsprozess werden. Die physische und soziale Lebenswelt soll gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen und unterstützen. Als zentrale Bestandteile der Gesundheitsförderung gelten Selbstbestimmung und BürgerInnenbeteiligung zur Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen. Im Sinne des Empowerment besteht die Aufgabe Professioneller darin, Menschen Kompetenzen und Strategien zu vermitteln, damit diese ihre gestalterische Rolle wahrnehmen können. Die Neuorientierung des Gesundheitswesens soll zu einer Reduktion der vorwiegend kurativen Versorgungsinstitutionen führen, zugunsten von Angeboten, die auf die Förderung von Gesundheit orientiert sind.

---

<sup>12</sup> Wenn wir heute über Gesundheit sprechen, sollten wir dies unter einer veränderten Perspektive und in einem erweiterten Verständnis tun. Zu dieser veränderten Perspektive hat maßgeblich die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung beigetragen, die 1986 auf der 1. Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitskonferenz (WHO) in Ottawa (Kanada) verabschiedet worden ist ([www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2)).

Für die strategische Ausrichtung der Gesundheitsförderung sollen fünf miteinander interagierende Aktionsebenen eingesetzt werden:

- gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln,
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln und
- Gesundheitsdienste neu orientieren.

#### 1.4.4 Prävention

Während der Begriff der Gesundheitsförderung sich demnach auf alle politischen Ebenen und Bereiche sowie auf die Lebenswelten der Menschen bezieht, zielt **Prävention** in einem engeren Sinne auf gesunderhaltende Eingriffe. Prä-venire bedeutet Zuvorkommen und meint im umfassendsten Wortsinn im Gesundheitsbereich alles, was geeignet ist, Krankheiten vorzubeugen, zu verhindern, zu vermeiden. Prävention zielt auf die Verhinderung von Krankheiten ab, ist damit in der Zielführung enger als die Gesundheitsförderung und gleichzeitig spezifischer. Entsprechend der saltuogenetischen Sichtweise ist der Begriff pathogenetisch orientiert und daher häufig mit einem Präfix versehen: Herz-Kreislauf-Prävention, Suchtprävention etc.

In der Präventionsdiskussion werden drei Ebenen der Prävention unterschieden:

**Primäre Prävention** meint die Verhinderung des Auftretens einer spezifischen Symptomatik (z.B. Schmerz, Bluthochdruck) oder eines Verhaltens (z.B. Drogenkonsum, Überernährung).

**Sekundäre Prävention** bedeutet die frühzeitige Erkennung von Symptomen mit dem Ziel der frühzeitigen Intervention, um einer Chronifizierung vorzubeugen.

**Tertiäre Prävention** umfasst alle Maßnahmen, um Folgestörungen bestehender Erkrankungen zu verhindern und Rückfällen vorzubeugen.

In der Praxis lassen sich die drei Interventionsebenen nicht scharf voneinander abgrenzen. Die Mehrzahl der Präventionsmaßnahmen ist dem Bereich der sekundären Prävention zuzuordnen; es haben sich hier auch die Begriffe der Früherkennung und Frühintervention eingebürgert.

Einen weiteren Unterschied gibt es zwischen **personen- und strukturzentrierter Prävention**:

Prävention kann sich auf einzelne Personen und ihr Verhalten beziehen (Verhaltensprävention), oder auf strukturelle Maßnahmen der Reduzierung und Minimierung von Erkrankungsrisiken wie betriebliche Anlagengestaltung, Gestaltung von Bildschirmarbeitsplätzen oder Lärmschutz (Verhältnisprävention).

#### 1.4.5 Ganzheitlichkeit

Die Enquetekommission bemühte sich in ihrer Arbeit um einen **ganzheitlichen** Blick, d.h. eine Perspektive, die verschiedene Einflussfaktoren für Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung berücksichtigt. Ganzheitslehre ist eine „wissenschaftliche



Richtung, die alle Einflussfaktoren zur Erklärung eines Zustands berücksichtigen will“ (Harenberg Kompaktlexikon, 1996). Ganzheitsmedizin ist eine „Richtung der Medizin, die sich für den Gesamtzustand des Kranken und seine Lebensumstände interessiert“. In der Gesundheitsdiskussion bezieht man sich zumeist auf die WHO-Definition der Gesundheit von 1946, die auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen in allen Lebensbereichen verweist.

#### **1.4.6 Empowerment**

**Empowerment** ist ein weiterer zentraler Begriff für die Arbeit der Kommission. Dies wird durch die Leitfragen nach der Beteiligung der Patientinnen in relevante Prozesse und Entscheidungen sowie der Nutzung ihrer persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien deutlich.

Während in der Ottawa-Charta 1986 noch von „Befähigen“ (enabling) gesprochen wird, definiert das Health Promotion Glossary (WHO, 1998) Empowerment im folgenden Sinn: Im Verständnis von Gesundheitsförderung ist Empowerment ein grundsätzlicher Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen.

Empowerment ist von außen nicht steuerbar, es kann den PatientInnen nicht befohlen werden. Der Status des Empowerment in der PatientInnenbehandlung benötigt klar definierte Voraussetzungen.

Dazu gehört unter anderem, dass Informationen allgemein zugänglich, vollständig und korrekt sowie leicht verständlich sein müssen. Professionellen im Gesundheitswesen obliegt die Aufgabe, Behandlungsansätze für PatientInnen nachvollziehbar zu machen. Wo es reelle Entscheidungsmöglichkeiten gibt, sollen PatientInnen diese wahrnehmen können – sie sind quasi „Ko-ProduzentInnen“ ihrer Gesundheit. Die Umsetzung ist dementsprechend sehr stark von den Möglichkeiten abhängig, die Professionelle im Gesundheitswesen aufgrund persönlicher oder struktureller Voraussetzungen zulassen können.

Empowerment spielt in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe eine wichtige Rolle. Auch hier sind die notwendige Information und reelle Entscheidungsmöglichkeiten Voraussetzung für ein gesundheitsförderliches Verhalten. Wichtig ist, dass Betroffene sich ihrer Stärken und Fähigkeiten bewusst werden können. Die Lebenshilfe für Menschen mit geistigen Behinderungen hat 1994 definiert: "Empowerment meint alle Möglichkeiten und Hilfen, die es den Menschen in einer eher machtlosen Situation ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, indem sie eigene Stärken im Austausch mit anderen erkennen und sich gegenseitig ermutigen, ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt zu gestalten".

Der Ansatz des Empowerment ist bis heute im Gesundheitswesen keine gängige Praxis, seine breite Umsetzung ist im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung allerdings notwendig.

#### **1.4.7 Lebenswirklichkeit und Forschung**

Die Lebensumstände von Frauen und die sozialen und biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind maßgebliche Ansatzpunkte für die Arbeit der Kommission. In der Epidemiologie und den Gesundheitswissenschaften ist wohl be-

kannt, dass das Geschlecht als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für Krankheit und Gesundheit anzusehen ist. Trotzdem ist es eher die Regel, dass es in den entsprechenden Veröffentlichungen unberücksichtigt bleibt (Jahn, 2002).

In der Diskussion um geschlechterbezogene Verzerrungen (**gender bias**) in der gesundheitswissenschaftlichen und epidemiologischen Forschung sind in der Regel Frauen die vorantreibenden Kräfte. Im Umkehrschluss kann daraus gefolgert werden, dass es wichtig ist, die entscheidenden Männer für die Schaffung geschlechtergerechter Strukturen zu gewinnen.

Die unterschiedlichen Lebensweisen von Männern und Frauen sind ein wesentlicher Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit. Im Rahmen der Forschung ist es zur Vermeidung eines geschlechterbezogener Verzerrungen notwendig, über eine paritätische Beteiligung von Männern und Frauen hinaus den Aspekt des sozialen Geschlechtes (**gender**) als maßgebliche Kategorie mit zu untersuchen.

Die bisher nicht angewandte Differenzierung der Geschlechter wird als „methodischer Sexismus in der Forschung“ beschrieben. Notwendig ist es, die Behebung der bestehenden Defizite als eine Aufgabe für alle ForscherInnen zu definieren. Grundsätzlicherer Art ist die Forderung nach einem Paradigmenwechsel in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung überhaupt: Soll diese den Geschlechtern angemessen sein, muss sie über Frauenforschung und die traditionellen Konzepte hinausgehen. Benötigt wird eine multidisziplinäre Forschungsperspektive in der die Modelle der in den Gesundheitswissenschaften beteiligten Disziplinen Medizin, Psychologie, Soziologie, Anthropologie u.a. integriert werden (Jahn, 2002).

Wie individuelle Aussagen beteiligter AkteurInnen auf den unterschiedlichen Veranstaltungen der Enquetekommission unterstreichen, sind Forschung und Handlung auch danach zu hinterfragen, wie tragfähig die bekannten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen überhaupt sind, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die dafür benutzten wissenschaftlichen Instrumente nicht auf ihre Validität bezogen auf die Geschlechter überprüft wurden (Jahn, 2002).

#### 1.4.8 Auf die Geschlechter bezogene Begriffe

Die insbesondere in der Forschung auf die Geschlechter bezogenen Begriffe und deren Bedeutung spielen insgesamt zum Verständnis des Berichtes eine wichtige Rolle. Dazu bietet die Literatur grundlegende Definitionen (Jahn, 2002):

**Frauen- und männerspezifisch** sind konkret und bezeichnen ausschließlich bei Frauen bzw. Männern Vorkommendes (z.B. Reproduktionsorgane) oder ausschließlich auf Frauen bzw. Männer Gerichtetes (Frauenforschung, Männerforschung, frauenspezifische Suchtrehabilitation etc.). Hier wird als Synonym oft der für diesen Zusammenhang ungenauere Begriff **geschlechtsspezifisch** verwendet.

Die Unterschiede nach Geschlecht in Bezug auf ein bestimmtes Thema (z.B. geschlechtsspezifische Konsummuster, Ursachen und Ausdrucksformen bei Suchterkrankungen, geschlechtsspezifische Arbeitsteilung) werden dagegen als **geschlechtsspezifisch** oder, weniger angemessen im Synonym, durch **geschlechterbezogene Aspekte** definiert.

Schwieriger und undeutlicher wird es bei den Begriffen, die definieren sollen, was die Enquetekommission anregen und umsetzen will. Der angemessene Umgang mit den

Unterschieden der Geschlechter wird durch die Ausdrücke **Geschlechtssensibilität**, **Gendersensitivität** und **Geschlechtergerechtigkeit** deutlich gemacht. Mit **Gender-bias** ist eine Verzerrung durch die nicht angemessene Berücksichtigung des Geschlechtes mit all den sozialen, psychologischen und weiteren Implikationen gemeint. Diese Verzerrung soll unbedingt vermieden werden. Ist ein Angebot **frauzentriert**, dann wurde es bewusst im Hinblick auf die Bedürfnisse von Frauen entwickelt. Dabei werden auch Angebote, die auf Männer angemessen und sensibel eingehen, nicht ausgeschlossen.

**Geschlechtergerechtigkeit, frauengerecht, männergerecht** und **geschlechtergerecht** sind die umfassendsten Begriffe. Wird Geschlechtergerechtigkeit erzielt, dann werden die **genderspezifischen** Aspekte angemessen berücksichtigt. **Genderspezifität** bezieht sich auf verschiedene Ebenen: Gleiches Recht, gerechte Aufteilung der Ressourcen und Arbeiten (Verteilungsgerechtigkeit) sowie gleiche Chancen können damit gemeint sein.

**Gender** ist der Begriff für das soziale Geschlecht. Sehr oft herangezogen wird folgende Definition: Gender kann "...als sozialer Ausdruck des biologischen Geschlechts aufgefasst werden, der von den Vorstellungen, von den Aufgaben, Funktionen und Rollen bestimmt wird, die Frauen und Männern in der Gesellschaft sowie im öffentlichen und privaten Leben zugeschrieben werden" (Eichler et al., 2000).

Gemeint sind also alle geschlechtsbezogenen Unterschiede, die nicht biologisch erklärbar, sondern durch die Lebenswirklichkeiten bedingt und geprägt sind. Dabei ist zu beachten, dass es nicht notwendigerweise eine Bindung von biologischem und sozialem Geschlecht geben muss. Auch ein biologischer Mann kann in seiner sozialen Wirklichkeit sehr weiblich sein.

### 1.4.9 Lebensphasen

Lebenswirklichkeit findet in Lebensphasen statt. Diese Phasen werden durch gesellschaftliche und kulturelle Wertungen geprägt. Die Lebensphasen der modernen Gesellschaft gehen auf alte europäische Traditionen zurück. Dort wurden

- Kindheit 0–14 Jahre
- Jugend 14–21 Jahre
- Erwachsenenalter 21–40 Jahre
- Reifes Erwachsenenalter 40–60 Jahre
- Alter über 60 Jahre

als Kategorien geprägt.

Die moderne Arbeitsgesellschaft differenziert in

- Lernalter 0–18 Jahre
- Übergangsalter 18–25 Jahre
- Volle Berufstätigkeit bis Pensionsalter 25–65 Jahre
- Ruhestand über 65 Jahre

In einer differenzierteren Darstellung angelehnt an verschiedene AutorInnen (Havighurst, 1948; Olbricht und Todt, 1984; Fend, 2001; Oerter und Montada, 2002) werden Entwicklungsphasen den dazugehörigen Entwicklungsaufgaben gegenübergestellt. Hier finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede, die für bestimmte Lebensphasen typisch sind. Beispiele sind der Erwerb geschlechtsspezifischer Identität im Alter von 3–6 Jahren (Kindheit) oder die oft mit geschlechtsabhängigen Lösungsmustern versehene Distanzierung von den Eltern mit 13–17 Jahren (frühe Jugend). Im Alter von 31–50 Jahren (mittleres Erwachsenenalter) ergeben sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Die Kommission hat nach Möglichkeit auch die unterschiedlichen Lebensphasen bei der Bearbeitung der Themen berücksichtigt.

#### 1.4.10 Gesundheitliche Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung ist Teil eines umfassenderen Netzes der sozialen Sicherung. Sie hat die Aufgabe, die zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Leistungen durchzuführen. Finanziert werden diese Leistungen durch die Systeme der Gesundheitssicherung, die aus den verschiedenen Untergliederungen der Solidargemeinschaft (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) und aus der Gemeinschaft der Steuerzahlenden bestehen.

Die Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung liegt in den Händen dezentraler, vielschichtiger EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen.

Eine Gliederungsform der Gesundheitsversorgung ist die Unterteilung in die ambulant-ärztliche, die stationäre und die medikamentöse Versorgung, den öffentlichen Gesundheitsdienst und die erweiterte Gesundheitsversorgung. Letztere umfasst Hilfssysteme; hierzu gehören Berufsfelder (z.B. Ergotherapie) und spezielle Organisationen, z.B. Selbsthilfeorganisationen, Sozialstationen und das Laiensystem.

In den Leitfragen, in denen es um den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sowie um angemessene Konzepte für die gesundheitliche Versorgung geht, sind die Bedürfnisse der Frauen insgesamt und der Patientinnen im Besonderen Ausgangspunkt der Fragestellungen gewesen. Auch hier wurde in den Anhörungen –z.B. zu den Bereichen „Gewalt gegen Frauen: Eine interdisziplinäre Herausforderung an das Gesundheitswesen“, „Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind“ und „Geschlecht behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen“ deutlich, dass sich Frauen in unterschiedlichsten Lebenslagen durch die AkteurInnen im Gesundheitswesen nicht angemessen wahrgenommen fühlen. Oft wird auch die der Erkrankung zugrunde liegende Ursache nicht oder erst sehr spät angesprochen, etwa bei den gesundheitlichen Folgen von Gewalt. Für das Gesundheitswesen und die darin Handelnden ist die strukturelle Verankerung der vielfältigen weiblichen Lebensrealitäten deshalb wichtig.

Um Fragen und Anregungen zu Zugang und Konzepten zu diskutieren, wurde der Kontakt mit den AkteurInnen der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens gesucht. Neben einem **präventiven** Sektor, dessen Funktion über die Darstellung

von Präventionsmodellen verdeutlicht wurde, sind dies der **stationäre**, der **ambulante** und der **rehabilitative Sektor**.

#### 1.4.11 Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, DGVT-Verlag
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Berlin, Kohlhammer
- Eichler, Margrit, Fuchs, Judith, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias in der Gesundheitsforschung, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (8), 293-310
- Fend, Helmut (2001): Entwicklungspsychologie des Jugendalters, 2. Auflage, Opladen, Leske+Budrich
- Göpel, Eberhard (Hrsg.), (2004): Gesundheit bewegt - Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann, Berlin, Mabuse-Verlag
- Harenberg, Bodo (Hrsg.), (1996): Harenberg Kompaktlexikon, Dortmund, Harenberg
- Havinghurst, Robert James (1948): Developmental tasks and education, New York, Mc. Kay
- Jahn, Ingeborg (2002): Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra, "Geschlecht, Gesundheit und Krankheit - Männer und Frauen im Vergleich", Bern, Huber
- Lebenshilfe für geistig Behinderte, Bundesvereinigung (Hrsg.), (1994): Empowerment. In: Fachdienst der Lebenshilfe, Marburg, Heft 3, S. 45
- Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hrsg.), (2002): Entwicklungspsychologie, 5. Auflage, Weinheim, Psychologie Verlags Union
- Olbrich, Erhard, Todt, Eberhardt (Hrsg.), (1984): Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen, Berlin, Springer Verlag
- Stark, Wolfgang (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.), Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, Stuttgart, Heft 2, 41-44
- WHO (1998): Health Promotion Glossary, Genf  
([www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))



---

## **2. Rahmenbedingungen und Grundlage der Arbeit**

**2.1 internationaler politischer Rahmen**

**2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik**

## 2.1 Internationaler politischer Rahmen

Mit der Einsetzung der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ im Jahr 2000 hat sich erstmals in Deutschland ein Landesparlament die Analyse von gesundheitspolitischen Fragestellungen unter dem Gesichtspunkt der Geschlechtergerechtigkeit und die Entwicklung geeigneter Handlungsempfehlungen zur Aufgabe gemacht.

Die entsprechenden politischen Ansätze sind nicht vollständig neu, sondern basieren auf Arbeitsprozessen auf internationaler Ebene, die teilweise weit mehr als 20 Jahre zurückreichen: So wurde bereits 1946 in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO ein umfassender Gesundheitsbegriff definiert, der das physische, psychische und soziale Wohlbefinden des Menschen einschließt. Auf dieser Grundlage wurde 1978 erstmals in der Deklaration der WHO von Alma Ata das Recht und die Pflicht aller Menschen festgestellt, individuell und als Gesellschaft an der Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitzuwirken. Aufbauend auf diesen Säulen verabschiedete die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO am 21. November 1986 in Ottawa eine Charta, in der konkrete Voraussetzungen und Instrumente für die Gesundheitsförderung benannt sind (Ottawa-Charta, Quelle in Kapitel 1.4.5). In den nachfolgenden Konferenzen in Adelaide (1988), Sundsvall (1991) und Jakarta (1997) sowie auf der Weltgesundheitskonferenz 2000 in Mexiko wurden diese internationalen Rahmenbedingungen weiterentwickelt. In der Erklärung von Adelaide wurde zum ersten Mal auch die Rolle der Frauen als Akteurin bei der Gesundheitsförderung angesprochen. Hier wurde erstmals die Existenz besonderer gesundheitlicher Bedürfnisse von Frauen anerkannt, wobei jedoch der Schwerpunkt auf dem Bereich der reproduktiven Medizin sowie der überdurchschnittlichen Belastung von Frauen als Pflegende gelegt wurde. Parallel zu diesen Prozessen im Gesundheitsbereich vollzog sich auf der Ebene der Vereinten Nationen auch ein Strategiewandel in der Frauenpolitik mit der Hinwendung zum Instrument des Gender Mainstreaming. Dieses wurde international bereits 1985 auf der 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Nairobi vorgestellt und erhielt 1995 durch die Verankerung in der Arbeitsplattform der 4. Weltfrauenkonferenz in Beijing bindende Wirkung für die Arbeit der Vereinten Nationen bezüglich aller Maßnahmen und Programme.

Das erste eigenständige Dokument der WHO zur Frauengesundheit, die Wiener Erklärung, wurde 1994 auf der Zusammenkunft „Women's Health Counts“, einer Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa, verabschiedet. Darin werden allgemeine Grundsätze zur Gesundheit von Frauen formuliert, denen sechs vorrangige Handlungsbereiche für die Gesundheit von Frauen zugeordnet werden:

- Senkung der Müttersterblichkeit und erhöhte Sicherheit von Müttern,
- Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit,
- Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien,
- Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen,
- Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und
- Verbesserungen für die Frauen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten.



Hierauf aufbauend entwickelt die Wiener Erklärung der WHO auch ein politisches Bekenntnis zur Frauengesundheitspolitik auf der nationalen Ebene, ebenfalls verbunden mit sechs Handlungsempfehlungen für jeden der beteiligten Staaten:

- Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros, das sich mit der Entwicklung einer sektorübergreifenden Frauengesundheitspolitik und eines Aktionsplans befasst,
- Schaffung eines nationalen Frauengesundheitsforums,
- Schaffung einer zuverlässigen Informationsgrundlage für eine ressortübergreifende Politik der Frauengesundheit und Aufbau entsprechender geschlechtsdifferenzierter Monitoring- und Berichtssysteme zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage von Frauen,
- regelmäßige Veröffentlichung von umfassenden Frauengesundheitsberichten,
- Ausbau der Forschungstätigkeit im Bereich der Frauengesundheit mit der Entwicklung multidisziplinärer Forschungsstrategien und
- Erstellung von Länderberichten zur Frauengesundheit im Rahmen der Frauengesundheitsinitiative des Regionalbüros der WHO.

Auch in der Wiener Erklärung werden das Wissen und die Ressourcen von Frauen erneut als „eine wesentliche gesellschaftliche Ressource“ geschätzt. Betonung fanden in diesem Zusammenhang auch die negativen ökonomischen Auswirkungen der Nichtbeachtung von Chancengleichheit und -gerechtigkeit bei der Gesundheitsversorgung.

Während in der Folge auf globaler Ebene die Frage der Frauengesundheit insbesondere unter den Gesichtspunkten Armut, Mangelernährung und reproduktive Gesundheit behandelt wurden, hat das WHO-Regionalbüro Europa die Frage der Frauengesundheit mit anderen Schwerpunkten (Geschlechtergerechtigkeit, Gesundheitsforschung, Migration u.a.) weiter bearbeitet. Zu erwähnen sind hier insbesondere der auf der WHO-Versammlung in Kopenhagen im Februar 2001 bestätigte „Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe“ sowie die Madrider Erklärung „Mainstreaming gender equity in health – The need to move forward“ (Madrid Statement) vom September 2001 und die internationale Konferenz „Gender & Health“ im September 2002 in Wien, auf der u.a. auch das Arbeitsprogramm dieser Enquete-Kommission durch die Vorsitzende Marianne Hürten, MdL vorgestellt wurde. Dabei wurden mit der Madrider Erklärung und dem Strategic Action Plan auch erstmals auf internationaler Ebene das Instrument des Gender Mainstreaming für den gesamten Gesundheitsbereich eingefordert sowie konkrete Umsetzungsschritte und Zielvorgaben benannt.

Auf europäischer Ebene wurde die politische Strategie des Gender Mainstreaming im Rahmen des Amsterdamer Vertrages (EG-Vertrag) vom 1. Mai 1999 in rechtsverbindlicher Form festgeschrieben. In Umsetzung dieses Vertrages hat die Bundesregierung mit einem Beschluss des Bundeskabinetts vom 23. Juni 1999 Gender Mainstreaming als durchgängiges Leitprinzip anerkannt und in ihrer gemeinsamen Geschäftsordnung verankert. Auch der Landtag NRW hat sich im November 2002 mit seinem Beschluss „Gender Mainstreaming – gleiche Chancen für weibliche und

männliche Lebensentwürfe. Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit in der Landespolitik und in der Landesverwaltung“<sup>1</sup> zu diesem Instrument bekannt.

## 2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik

Die im vorangegangenen Kapitel dargestellte politische Strategie des Gender Mainstreaming bildet insbesondere auch ausgehend von der EU-Ebene einen Rahmen für den Bereich der Gesundheitspolitik.<sup>2</sup> Dabei nehmen die im Folgenden dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich keine Geschlechtsdifferenzierung vor.

Gesundheitspolitik in NRW findet in einem vielfältigen Geflecht von Verantwortlichkeiten, Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien auf den verschiedenen staatlichen und politischen Ebenen statt. Folglich findet man AkteurInnen und Träger der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsversorgung auf vier Ebenen.<sup>3</sup> Es sind diese:

- die EU-Ebene (Europäisches Parlament, Ministerrat, Kommission),
- die Bundesebene (Bundestag, Bundesrat, Bundesregierung),
- die Landesebene (Landtag, Landesregierung) und
- die kommunale Ebene (Selbstverwaltungsorgane, Verwaltungen der Kommunen).

Neben den auf den jeweiligen Ebenen genannten AkteurInnen müssen auf der nordrhein-westfälischen Landes- und Kommunalebene die in der Landesgesundheitskonferenz<sup>4</sup> sowie in den kommunalen Gesundheitskonferenzen vertretenen Organisationen, Institutionen und Verbände genannt werden.

### Kompetenzen in der Gesundheitspolitik

In einem föderativ aufgebauten Staatswesen haben die genannten AkteurInnen auf den verschiedenen Ebenen unterschiedliche Kompetenzen. Dabei ist das komplexe Gesundheitswesen in Deutschland durch mehrere Tausend Gesetze, Verordnungen und Richtlinien geregelt, die von den verschiedenen Ebenen im Rahmen ihrer Kompetenzen erlassen wurden.

Die Grundlagen für eine gemeinsame Gesundheitspolitik der Europäischen Union wurden erstmals mit dem Vertrag von Maastricht<sup>5</sup> gelegt und dann im Vertrag von Amsterdam<sup>6</sup> fortgeschrieben. Dabei wird im Vertrag von Amsterdam festgeschrieben, dass „bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ werden soll.<sup>7</sup> Insofern ergänzt die Tätigkeit der Union die Politik der Mitgliedstaaten und hat zum Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, Humanerkrankungen zu verhüten und die Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit zu beseitigen. In

<sup>1</sup> Drucksache des Landtages NRW, 13/3225, [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

<sup>2</sup> Zur Umsetzung des Gender Mainstreaming und eventuell damit verbundener Probleme vgl. auch Kapitel 4.12.

<sup>3</sup> Siehe hierzu auch den im Auftrag der Enquetekommission vom Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienst des Landtags NRW beantworteten Fragenkatalog; Vorlage 12/0847.

<sup>4</sup> Bezüglich der aktuellen Zusammensetzung der Landesgesundheitskonferenz vgl. den Hinweis auf der Homepage [www.gesundheit.nrw.de](http://www.gesundheit.nrw.de).

<sup>5</sup> Vgl. Vertrag von Maastricht, Titel X [Gesundheitswesen], Artikel 129

<sup>6</sup> Dort finden sich die für das Gesundheitswesen besonders relevanten Bestimmungen in Artikel 152.

<sup>7</sup> Vgl. Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam.

diesem Zusammenhang soll ein Schwerpunkt auf der Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten liegen. Die Erforschung der Ursachen, der Übertragungswege und die Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und die Gesundheitserziehung sollen dabei besonders gefördert werden.

Auf **Bundesebene** sind in Deutschland die gesetzgeberischen Kompetenzen im Grundgesetz (Artikel 71 ff. GG) geregelt. Dabei wird der weitaus größte Teil der Gesetze vom Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung erlassen.<sup>8</sup> Die Gebiete, auf die sich diese konkurrierende Gesetzgebung erstreckt, werden in Artikel 74 GG festgelegt. Aus Sicht der Enquetekommission besonders wichtig sind Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12, 19 und 19 a GG. Artikel 74 Nr. 12 GG weist u.a. den Bereich der Sozialversicherung, wie z.B. die gesetzliche Krankenversicherung, in die konkurrierende Gesetzgebung. Hier hat der Bund bekanntlich von seiner Gesetzgebungsbefugnis Gebrauch gemacht.

Artikel 74 Nr. 19 benennt darüber hinaus den Bereich der gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, den Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften. In Artikel 74 Nr. 19 a wird schließlich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenpflegesätze aufgeführt.

Die Tatsache, dass der Bund kein ausschließliches Gesetzgebungsrecht für das Gesundheitswesen besitzt, ihm vielmehr nur die konkurrierende Gesetzgebung zusteht, heißt natürlich im Umkehrschluss, dass die originäre Zuständigkeit für den Gesundheitsbereich bei den Ländern liegt. Dies gilt natürlich nur so lange, wie der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch macht. In diesem Falle können die Länder nur noch Ausführungsbestimmungen erlassen.

Der Vollständigkeit halber muss angeführt werden, dass es auf Bundesebene neben den Gesetzgebungszuständigkeiten verschiedene Gremien gibt, die ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung haben. Besondere Bedeutung hat seit dem 1. Januar 2004 der mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte „Gemeinsame Bundesausschuss“ nach § 91 SGB V.<sup>9</sup> Dieser ist rechtsfähig und wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen gebildet.<sup>10</sup> Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses werden in der Regel mit Mehrheit gefasst, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Diese Geschäftsordnung – ebenso wie eine Verfahrensordnung<sup>11</sup> – bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung.

Zu den wichtigsten Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört die Qualitätssicherung. Außerdem hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesauss-

---

<sup>8</sup> Vgl. Art. 72 Abs. 1 GG: „Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat“.

<sup>9</sup> Mit der Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden die bisherigen Ausschüsse der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu einem Gremium mit verschiedenen Unterausschüssen für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung zusammengefasst.

<sup>10</sup> Zur genauen Zusammensetzung vgl. § 91 Abs. 2 SGB V.

<sup>11</sup> Hier sind insbesondere die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse zu regeln; vgl. auch § 91 Abs. 3 SGB V.

schuss mit einer generellen Kompetenz zum Ausschluss oder zur Einschränkung von Leistungen ausgestattet. Er kann Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

Im Rahmen seiner Zuständigkeit hat das Land **Nordrhein-Westfalen** eine Vielzahl landesrechtlicher Vorschriften für den Bereich des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik erlassen. Beispielhaft seien hier einige der wichtigsten Gesetze und Verordnungen genannt:

- Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen (Gesundheitsdatenschutzgesetz – GDSG NW),
- Heilberufsgesetz,
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG),
- Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen<sup>12</sup> (KHG NRW),
- Verordnung über den Bau und Betrieb von Krankenhäusern, (Krankenhausbauverordnung – KhBauVo),
- Verordnung über den Betrieb gemeindlicher Krankenhäuser (Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung – GemKHBVO),
- Krankenhaushygiene-Verordnung,
- Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NRW),
- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG),
- Ordnungsbehördliche Verordnung über den Schutz von Mensch, Tier und Umwelt beim Handel mit Giften und bei der Anwendung von Giften (Giftverordnung – GiftVO),
- Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung) und die
- Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen.

In diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben darf die Schulhoheit des Landes. Durch diese bietet sich die Möglichkeit, Gesundheitsprävention in das Bildungswesen zu integrieren.

### **Zusammenspiel der unterschiedlichen AkteurlInnen**

Durch die unterschiedlichen Kompetenzen der verschiedenen AkteurlInnen auf kommunaler, Landes-, Bundes- und Europaebene entsteht ein weit gefächertes Zusammenspiel. Dies wird noch dadurch erweitert, dass auf der **internationalen Ebene** auch die Weltgesundheitsorganisation WHO der Vereinten Nationen aktiv ist, an deren Aktivitäten und Programmen sich die Mitgliedstaaten mit größerem oder kleinerem

---

<sup>12</sup> § 1 Abs. 2 Sätze 1 und 2 dieses Gesetzes definieren beispielhaft die Aufgaben des Landes: „Die Krankenhausversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit“.

rem Engagement, vor allem was die Finanzierungsseite betrifft, beteiligen. Das Land NRW arbeitet über das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld mit der WHO zusammen.

Die **Zusammenarbeit** zwischen der Bundesregierung und den Ländern in **Angelegenheiten der Europäischen Union** ist im „Gesetz über die Zusammenarbeit von Bund und Ländern in Angelegenheiten der Europäischen Union“ vom 29. Oktober 1993 sowie einer entsprechenden Vereinbarung geregelt. Auf dieser Grundlage wirken LandesvertreterInnen aktiv in Rats- und Kommissionsarbeitsgruppen mit.

Die **Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern** erfolgt bei der Gesetzgebung durch Stellungnahmen bzw. die Mitwirkung des Bundesrates, im Übrigen im Rahmen der regelmäßig tagenden Gesundheitsministerkonferenz.

Auf **Landesebene** findet die Zusammenarbeit vor allem in der Landesgesundheitskonferenz statt. Diese wiederum wird im § 26 des nordrhein-westfälischen Gesetzes über das Öffentliche Gesundheitswesen (ÖGDG) vom 25. November 1997 geregelt. Dort heißt es:

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft die Landesgesundheitskonferenz ein. Dieser gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger, der verfassten Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker, der Krankenhausgesellschaft, der freien Wohlfahrtsverbände, der Landschaftsverbände, der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände und der kommunalen Spitzenverbände des Landes an.
- (2) Die Landesgesundheitskonferenz berät gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.
- (3) Die Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz finden mindestens einmal jährlich statt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium führt den Vorsitz.
- (4) Die Landesgesundheitskonferenz kann Arbeitsgruppen bilden.

Über die Zusammenarbeit auf **kommunaler Ebene** können keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden. Die Zielvorstellung hat der Gesetzgeber im § 24 des Gesetzes über das Öffentliche Gesundheitswesen (Kommunale Gesundheitskonferenz) formuliert:

- (1) Der Rat oder der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein. Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der kommunalen Gesundheitskonferenz an.
- (2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.

- (3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet.

Bereits vor Inkrafttreten des ÖGDG bestanden in vielen Kommunen des Landes gewachsene Strukturen zur Konsensfindung in gesundheitlich relevanten Fragestellungen. Basierend auf einer gemeinsamen Empfehlung des nordrhein-westfälischen Städtetages und des Landkreistages bauten viele Kommunen ihre Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf bestehenden Gremien – beispielsweise „Runder Tische“ – auf.

In diesem Zusammenhang dürfen auch die Kommunalen Pflegekonferenzen nicht unerwähnt bleiben. Sie werden von den Kreisen und kreisfreien Städten aufgrund des Landespflegegesetzes NRW eingerichtet.<sup>13</sup> Ihre Aufgabe ist die Mitwirkung bei der Sicherung und quantitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen. Hierzu gehören insbesondere:

- die Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung,
- die Förderung der Beteiligung von Betroffenen an Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege in den Kommunen, und
- die Hinwirkung auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenfeld der an der Pflege beteiligten AkteurInnen, insbesondere im Bereich der Beratung und des Fallmanagements.

Mitglieder der Pflegekonferenzen sind neben dem Kreis oder der kreisfreien Stadt VertreterInnen von Pflegeeinrichtungen einschließlich der Heimbeiräte oder der Heimfürsprecher, Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der kommunalen Seniorenvertretung und eine angemessene Zahl von Beteiligten der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter und chronisch Kranker, ihrer Angehörigen und gesetzlichen BetreuerInnen. Kreisangehörige Gemeinden können VertreterInnen entsenden. Andere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Institutionen oder Organisationen können hinzugezogen werden.

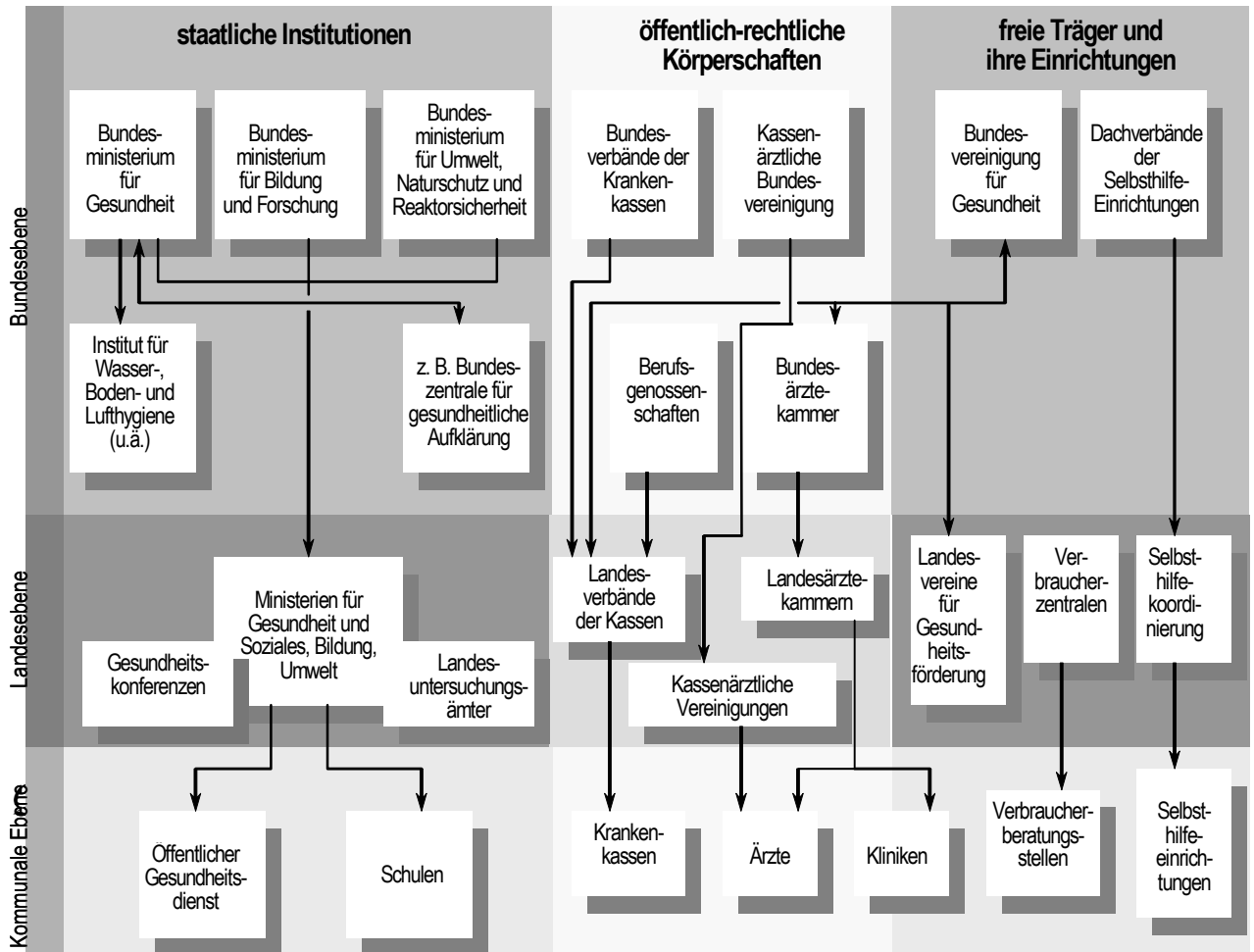
Die äußerst komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Vielzahl der AkteurInnen und TrägerInnen der Gesundheitspolitik machen es für die Enquetekommission notwendig, ihre Empfehlungen nicht nur unmittelbar an die Landesebene zu richten, sondern, soweit in der Sache geboten, das gesamte für ihre Arbeit relevante Feld einzubeziehen.

---

<sup>13</sup> Vgl. hierzu § 5 Landespflegegesetz NRW

**Abbildung 2.2-1: Wesentliche Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene**

(Abbildung aus der Kurzfassung des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, S. 29; siehe auch [www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutlei.htm](http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutlei.htm))



Nicht aufgeführt sind in dieser Übersicht beispielsweise:

- die Verbraucherministerien auf Bundes- und Landesebene,
- der gemeinsame Bundesausschuss und  
Alten- und Behinderteneinrichtungen.





---

### **3. Hinderungsgründe und Chancen für die Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW**

**3.1 Hinderungsgründe**

**3.2 Chancen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung: Modelle guter Praxis**

**3.3 Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten**

### 3.1 Hinderungsgründe

Die Enquetekommission hat bei der Beratung der Schwerpunktthemen anhand von Leitfragen (siehe Kapitel 1.4.1) zahlreiche konkrete Defizite festgestellt (siehe Kapitel 4). In einem zweiten Schritt hat sie dann den Versuch unternommen, hieraus grundlegende Hinderungsgründe für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung abzuleiten. Dabei stieß sie regelmäßig auf dieselben generellen Defizite, die auch schon in anderen Zusammenhängen beschrieben worden sind<sup>1</sup>, hat jedoch auch festgestellt, dass sich diese generellen Defizite oftmals besonders negativ für Frauen auswirken. Im Einzelnen hat sich die Enquetekommission außerdem insbesondere mit den Hinderungsgründen beschäftigt, die in den Organisationsstrukturen der Einrichtungen im Gesundheitswesen, in den individuellen Persönlichkeiten von Patientinnen und Behandelnden sowie in deren Kommunikation untereinander, im Bereich der gesundheitsbezogenen Forschung und der Aus- und Weiterbildung der im Gesundheitsbereich Tätigen liegen.

#### 3.1.1 Generelle und strukturelle Defizite des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf eine frauengerechte Gesundheitsversorgung

Die Thematisierung der Problematik einer frauengerechten Gesundheitsversorgung, die die gesellschaftliche Lage von Frauen und ihre Lebenswelt mit ihrem Gesundheitsstatus und ihrer -versorgung verknüpft, hat ihre historischen Wurzeln bereits in der politischen Frauenbewegung des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Neben dem Kampf um gleichberechtigten Zugang zu schulischer und beruflicher Ausbildung, gleichberechtigter beruflicher Tätigkeit, gleicher Bezahlung und gleichberechtigter politischer und gesellschaftlicher Teilhabe, enthielt sie auch immer gesundheitspolitische Forderungen wie z.B. die Einführung gesetzlicher Schutzmaßnahmen (Mutterschutz, Arbeitsschutz) und ungehinderten Zugang zu den Möglichkeiten der Familienplanung.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde in den westlichen Industrienationen die Thematik der Frauengesundheit von den Bürgerrechtsbewegungen aufgegriffen („women's rights/health movement“) und die gesundheitliche Versorgung von Frauen innerhalb der westlichen Gesundheitssysteme in Bezug zu ihrem gesellschaftlichen Status gesetzt, d.h. zu den Möglichkeiten der Frauen, ihre Ansprüche, Rechte und Bedürfnisse in gesellschaftlichen Organisationen und „Systemen“ durchzusetzen. Gesellschaftliche Diskriminierung und Stereotypisierung (Festlegung gesellschaftlicher Arbeitsteilung, mangelnde ökonomische Ressourcen und positive Sanktionierung von tradierten Rollenmodellen) wurden in Analogie zu anderen gesellschaftlich benachteiligten Gruppen gesehen und systemimmanent auch in der gesundheitlichen Versorgung identifiziert. Patriarchalische Rollenbeziehungen in der Arzt-Patientinneninteraktion, Vernachlässigung der Aufklärung vor körperlichen Eingriffen, fremdbestimmte Gestaltung von medizinischen Versorgungsabläufen (z.B. in der Gestaltung des Ablaufs einer Geburt) usw. führten zu der politischen Forderung nach mehr Selbstbestimmung und Durchsetzung von Patientinnenautonomie, nach Systemwandel und Durchsetzung alternativer, frauenspezifischer und -gerechter Behandlungsansätze und Konzepte (als klassisches Beispiel hierfür gilt das von dem

---

<sup>1</sup> Beispielsweise hohe Kosten, mangelnde Qualitätssicherung usw.; siehe hierzu insbesondere die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus den Jahren 2000/2001 und 2003.

Bostoner Women's Health Book Collective seit Ende der 60er-Jahre in regelmäßiger Neuauflage erscheinende Buch „Our Bodies, Ourselves“).

Neben der Veränderung benachteiligender Lebenslagen, dem Aufbrechen tradierter geschlechtspezifischer Machtverhältnisse und Rollenzuschreibungen, der Veränderung von Institutionen durch politische Teilhabe werden gleichzeitig so genannte „körperpolitische“ Aspekte wie z.B. Gewalt gegen Frauen, insbesondere sexuelle Gewalt, oder Schwangerschaftsabbruch zunehmend thematisiert.

Übereinstimmend werden in den 70er-Jahren in den westlichen Industrienationen, und zwar unabhängig von den jeweiligen Gesundheitssystemen, Reformen im Gesundheitswesen gefordert, die der Mündigkeit der BürgerInnen in demokratisch verfassten Gesellschaften Rechnung tragen, deren Bedürfnisse adäquat berücksichtigen und eine gerechte Verteilung von Ressourcen gewährleisten. Ob und inwieweit die jeweiligen Gesundheitssysteme bedarfsgerecht und angemessen für spezifische Zielgruppen handeln, wurde – insbesondere in den angelsächsischen Ländern – zum Gegenstand systematischer empirischer Forschung und Überprüfung (Cochrane, 1972; Dickersin und Manheimer, 1998; Hussey et al., 2004).

Beispielgebend, auch für die Diskussion in Deutschland, wurde die Überprüfung der Verwendung staatlicher Fördermittel für die medizinische Forschung in den USA. Hier wurde zu Beginn der 90er-Jahre belegt, dass insgesamt in den medizinischen Studien, die von den National Institutes of Health (NIH) gefördert wurden – entgegen entsprechender Vergaberichtlinien –, Frauen als Untersuchungspopulation in den Studien erheblich unterrepräsentiert waren und dass Mitte der 80er-Jahre erlassene Richtlinien nicht gegriffen hatten. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass die ständige Unterrepräsentierung von Frauen bei wichtigen Studien und das dadurch entstehende Datendefizit für geschlechtspezifische Fragestellungen potenziell die adäquate medizinische Versorgung von Frauen verhindert und eine Benachteiligung darstellt (Nadel, 1990). Dies führte dazu, dass die Förderrichtlinien entsprechend geändert wurden (siehe Kapitel 3.3.3) und dass die NIH ein Büro für Frauengesundheitsforschung (Office on Research on Women's Health) einrichteten sowie zur Reduzierung des vorhandenen akuten Datendefizits 1991 ein Großprojekt initiierten: „The Women's Health Initiative“ (WHI). Von den Ergebnissen dieser Studie, wie z.B. zur Hormontherapie (siehe Kapitel 4.1.3), profitieren heute Frauen weltweit.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass folgende Indikatoren Hinweise für bestehende Defizite in einer frauengerechten Gesundheitsversorgung darstellen:

- fehlende geschlechtspezifische Forschungskonzepte und -fragestellungen in der Grundlagen-, klinischen und in der epidemiologischen Forschung,
- fehlende geschlechtsspezifische Daten zu primärer Prävention, Risiken, Krankheitsverläufen, Therapien und Rehabilitation und
- mangelhafte Berücksichtigung geschlechtsspezifischer unterschiedlicher Bedürfnislagen in der Gesundheitsversorgung insgesamt.

### **These I: Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Krankheitswesen**

Seit den 80er-Jahren hat sich weltweit sowohl in den Gesundheitswissenschaften als auch in der WHO ein salutogenetischer<sup>2</sup> Ansatz etabliert, der die gesunderhaltenden

<sup>2,3</sup> Zu den Begriffen Salutogenese und Pathogenese siehe auch Kapitel 1.4.2

individuellen und gesellschaftlichen Faktoren in den Mittelpunkt stellt und in dem das subjektive Befinden der Betroffenen ebenso ernst genommen wird wie der objektive Befund der Behandelnden.

Dennoch wird das Gesundheitswesen in Deutschland derzeit immer noch in vielen Bereichen von einem biomedizinischen Krankheitsmodell und einer pathogenetischen<sup>3</sup> Betrachtungsweise dominiert, die sich auf die Beschwerden und Symptome des kranken Menschen konzentriert und in einem eingegrenzten Erklärungsraum nach den Ursachen für Erkrankungen fragt. Dabei werden umgekehrt die historischen, sozialen und psychischen Bedingungsfaktoren der (kranken) Menschen und damit auch die Ressourcen, die ihnen helfen, Anteile von Gesundheit aufrecht zu erhalten und (wieder) gesund zu werden, nur unzureichend berücksichtigt.

Für Frauen ist dieses inzwischen allgemein anerkannte Defizit insofern besonders problematisch, als ihre subjektiven Gesundheitstheorien<sup>4</sup> und ihre Bedürfnisse an eine angemessene Versorgung nicht deckungsgleich sind mit diesem biomedizinischen Modell und dem sich daraus ergebenden Interaktionsverhalten von Professionellen im Gesundheitssystem. Die hierdurch entstehenden Diskrepanzen sind durch Ergebnisse der Gesundheitsforschung seit etwa 30 Jahren zahlreich belegt (Dinger-Broda 2002; Franke 1989, 1990, 1991, 1996; Helfferich, 1993; Hoffmann, 1983; Sichrovsky, 1984; Vogt, 1985). Gesundheitliche Versorgung, die sich primär am objektivierbaren Befund orientiert und die das subjektive Befinden nicht oder erst sekundär berücksichtigt, kann so zu einem wesentlichen Hindernis in der Interaktion zwischen BehandlerInnen und Patientinnen werden, häufig mit der Konsequenz langjähriger Somatisierungen, überflüssiger Medikation und Fehlbehandlung.

Diese einseitige inhaltliche Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die isolierte Behandlung der eingetretenen Erkrankung spiegelt sich darüber hinaus auch auf der Ebene der Methoden in der starken Orientierung auf technische und pharmakologische Optionen als Diagnosemittel und Behandlungsmodus. Die sprechende Medizin wird in diesem System weniger anerkannt; sie wird demnach auch finanziell niedriger gewichtet. Dabei spielen, auch darauf wurde in der Vergangenheit von verschiedener Seite immer wieder hingewiesen, auch wirtschaftliche Erwägungen eine wichtige Rolle: Im deutschen Gesundheitswesen gibt es einen Markt im Wesentlichen nur für die technische und pharmakologische Behandlung des *kranken* Menschen; präventive und gesund erhaltende Maßnahmen sind demgegenüber sehr viel weniger lukrativ.

Auch dies wirkt sich für Frauen besonders problematisch aus, da sie öfter als Männer ärztliche Hilfe aufgrund von Beschwerden suchen, deren eigentliche Ursachen in ihrer sozialen oder persönlichen Situation liegen. Dennoch werden in diesen Fällen vielfach die beschriebenen Symptome medikamentös behandelt, ohne dass die eigentlichen Ursachen ergründet oder gar beseitigt werden. Auf diese Weise werden dann, insbesondere bei der Behandlung mit psychotropen Medikamenten, die Grundlagen für eine Abhängigkeit gelegt (siehe Kapitel 4.1.2). Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang insbesondere die in den Kapiteln 4.1.4 (Medikamentenversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen) und 4.11 (Belastungen und Ressourcen von Müttern) dargestellten Beispiele, die zeigen, dass sich durch eine adäquate nichtmedikamentöse Therapie der Arzneimittelverbrauch deutlich senken lässt.

---

<sup>3</sup> siehe Kapitel 1.4.2

<sup>4</sup> Unter subjektiven Theorien, auch Alltagstheorien genannt, werden die Theorien verstanden, die Laien von einem Gegenstand haben.

## **These II: Das deutsche Gesundheitswesen bietet zu wenig integrierte Versorgung**

Spiegelbild der beschriebenen inhaltlichen (Fehl-)Ausrichtung des Gesundheitswesens ist seine organisatorische Zersplitterung mit verschiedenen Zuständigkeiten. Sie ist einerseits eine logische Folge der dargestellten einseitigen und isolierten Herangehensweise, gleichzeitig aber auch eine wesentliche strukturelle Ursache dafür, dass die Lebenswelten und die soziale Lage, aber auch die subjektiven Deutungsmuster der Betroffenen bei der Behandlung von Krankheiten oftmals nur unzureichend berücksichtigt werden (können).

So erschwert die weitgehende Trennung zwischen Prävention, Gesundheitsförderung, ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung optimale Leistungserbringung über die Sektorengrenzen hinweg und trägt damit wesentlich zur Über-, Unter- und Fehlversorgung bei. Verstärkt werden die durch diese Strukturen hervorgerufenen Probleme des Schnittstellenmanagements noch durch die bestehende hohe Spezialisierung in viele verschiedene medizinische Fachdisziplinen, die häufig unzureichend miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten; dies gilt auch – teilweise sogar in verstärktem Maße – für die Zusammenarbeit mit nichtmedizinischem Fachpersonal. Darüber hinaus widerspricht das zergliederte System in Deutschland damit auch eindeutig den Strukturbedingungen eines partizipativen Gesundheitswesens, wie es im Rahmen der Leitprogramme für Europa von der WHO gefordert wird (Göpel, 2004).

Hiervon sind Frauen mit ihrem im Allgemeinen eher ganzheitlichen und/oder psychosomatischen Gesundheitsverständnis in mehrfacher Hinsicht besonders betroffen: Als Patientinnen bedeutet der Mangel an entsprechenden Angeboten für sie – im günstigeren Fall – einen erhöhten organisatorischen Aufwand (und damit eine zusätzliche Belastung), um in den Genuss einer Versorgung zu kommen, die ihren Bedürfnissen gerecht wird. Im ungünstigeren Fall jedoch – und dies trifft besonders für benachteiligte Gruppen von Frauen wie Frauen mit niedrigem Bildungsstand, Migrantinnen und für viele alte Frauen zu –, sind sie nicht in der Lage, die systemimmanenten organisatorischen Hürden zu nehmen. Sie erhalten dann keine ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung und können ihre Ressourcen nur unzureichend in den Behandlungs- und Heilungsprozess einbringen. Beispiele hierfür hat die Enquetekommission bei nahezu allen untersuchten Feldern gefunden. Exemplarisch seien hier insbesondere der Mangel an psychosozialer Fachkompetenz und Schnittstellenmanagement bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen (siehe Kapitel 4.2) und die mangelnde Zusammenarbeit verschiedener Professionen bei der Versorgung von Gewalt betroffener Frauen (siehe Kapitel 4.5) erwähnt. Aber auch wenn Frauen nicht selbst als PatientInnen betroffen, sondern als Gesundheitsmanagerinnen ihrer Familien tätig sind, ergibt sich aus dem unzureichenden Schnittstellenmanagement für sie ein größerer Aufwand, der mit erhöhten – auch gesundheitlichen – Belastungen verbunden ist (siehe auch Kapitel 4.13).

## **These III: Das deutsche Gesundheitswesen spart an der falschen Stelle**

Die Zersplitterung des Gesundheitssystems und ihre Folgen lassen sich auch auf der Ebene der Kostenträger nachvollziehen. Hier ist einerseits festzustellen, dass durch verschiedene (und oftmals unklare) Zuständigkeiten Behandlungsprozesse verzögert oder fehlgeleitet werden. Andererseits erfolgt eine Kosten-Nutzen-Abwägung in der Regel getrennt bei den einzelnen Kostenträgern (und punktuell für einen bestimmten

Zeitpunkt), ohne dass gesamtgesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Aspekte hierbei berücksichtigt werden. Die Folge sind auch hier vielfach für die Betroffenen erschwerte und damit auch für die Kostenträger insgesamt teurere Krankheitsverläufe. Ein Beispiel hierfür, das Frauen in besonderem Maße betrifft, ist die Unter- und Fehlversorgung von Frauen, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind (siehe Kapitel 4.14). Hier konnte durch ein Gutachten im Auftrag der Enquetekommission beispielhaft anhand von zwei Teilbereichen der Versorgung gezeigt werden, welche enormen Einsparpotenziale für Gesellschaft und Kostenträger sich ergeben würden, wenn Unter- und Fehlversorgung systematisch abgebaut würden: So verursacht allein die Unterversorgung hinsichtlich der medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis jährliche Mehrkosten von mehr als 100 Mio. Euro in NRW. Durch vorzeitige Erwerbsunfähigkeit aufgrund von unzureichender Rehabilitation und Patientinenschulung der von rheumatoider Arthritis betroffenen Frauen in NRW entstehen nach diesen Berechnungen weitere Kosten in ähnlicher Größenordnung

### **Fazit**

Die oben dargestellte mangelhafte Ausrichtung des Gesundheitssystems auf den Menschen als Ganzes führt insbesondere auch dazu, dass Frauen als Frauen ignoriert werden. Dieser Mangel gilt grundsätzlich auch hinsichtlich der männlichen Patienten; hier wirkt sich die fehlende Wahrnehmung als Mann jedoch weniger problematisch aus, da der Normalpatient, an dem sich Forschung und Praxis ausrichten, in der Regel implizit männlich ist. Symptomatisch hierfür ist im Übrigen auch die fast ausschließliche Verwendung des männlichen Terminus „Patient“ in allen Bereichen des Gesundheitswesens bis hin zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Weder medizinische Lehrbücher noch solche für Psychosomatik, klinische Psychologie oder Pflege, weder Akten noch Computerprogramme sind darauf eingerichtet, dass im Gesundheitswesen auch Patientinnen vorkommen. Dass die seit vielen Jahren belegte fehlende sprachliche Berücksichtigung von Frauen (Pusch, 1984) jedoch dazu führt, dass Frauen auch kognitiv nicht präsent sind, konnte erst jüngst durch Untersuchungen eindrücklich bestätigt werden (Heise, 2003).

### **3.1.2 Hinderungsgründe auf der institutionellen Ebene**

Hinderungsgründe für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung finden sich nicht nur in den beschriebenen gesellschaftlichen und politischen Strukturen und Rahmenbedingungen, sondern vielfach auch in der Art und Weise, wie die Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens intern strukturiert und organisiert sind. Dabei sind die vorliegenden Erfahrungen, die im Bereich der Implementierung von Geschlechtergerechtigkeit und/oder Gesundheitsförderung gemacht wurden (Pelikan, Demmer und Hurrelmann, 1993; Grossmann und Scala, 1994; Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2000; Sonntag, 2002; Blickhäuser, 2002) vergleichbar mit denjenigen bei anderen Qualitätssicherungsprozessen. Als wesentliche Hinderungsgründe sind hier – bezogen auf die einzelnen Schritte der Umsetzung – folgende Punkte zu benennen:

1. Die Führung einer Organisation sieht den umzusetzenden Inhalt, hier die Geschlechtergerechtigkeit, nicht als wesentliches Element der Organisationskultur an. Dabei erweist es sich in dem speziellen Fall der Implementierung von Gender Mainstreaming als besonderes Hindernis, dass Frauen in den Führungspositio-

- nen praktisch aller Einrichtungen und Organisationen im Bereich des Gesundheitswesens deutlich unterrepräsentiert sind.
2. Es werden keine Ressourcen bereitgestellt, um den Prozess der Umsetzung zu realisieren, z.B. eine Projektmanagementstelle.
  3. Es werden keine systematischen Genderanalysen von Arbeitsplätzen und Arbeitsroutinen durchgeführt. So muss beispielsweise schon bei der Erstellung von Schichtplänen darauf geachtet werden, dass zu jedem Zeitpunkt sowohl weibliches als auch männliches Pflegepersonal für die Intimpflege zur Verfügung steht.
  4. Die interne Kommunikationskultur wird nicht an das Projekt angepasst. So kann beispielsweise die mangelnde sprachliche Berücksichtigung von Frauen in den Institutionen des Gesundheitswesens dazu führen, dass ihre Bedürfnisse als Frauen bzw. Patientinnen nicht angemessen berücksichtigt werden. Auch kann eine unzureichende Vermittlung des Nutzens einer Maßnahme sowohl für die Institution als auch für die Betroffenen dazu führen, dass sie von den Beschäftigten nicht mitgetragen wird.
  5. Es werden keine Partizipationsprozesse in Gang gesetzt, die neben den Bedürfnissen der PatientInnen vor allem auch die genderspezifischen Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigt, z.B. bei der familienfreundlichen Gestaltung der Arbeitszeit, beim Schutz vor sexueller Gewalt o.ä. Die Folge ist dann, dass – (halbherzig) von oben verordnete – Gendersensibilität an mangelnder Mitarbeit der Beschäftigten scheitert. Dieser Faktor wird sich umso gravierender negativ auswirken, je geringer die Organisation auf eine Tradition an Beteiligungsmodellen zurückblicken kann.
  6. Die erreichten Ergebnisse werden nicht systematisch rückgekoppelt, so dass Fehlentwicklungen nicht erkennbar werden.
  7. Es werden keine Instrumente wie Qualitätshandbücher etabliert, die den einmal erreichten hohen Standard auch bei Personalfluktuaton oder anderen Veränderungen sichern.

### **3.1.3 Hinderungsgründe auf der persönliche Ebene – der Faktor Mensch**

So wie Gesundheit und Krankheiten in vielen Religionen und Kulturkreisen tiefgehend verwurzelt sind, haben die Völker unterschiedliche Traditionen im Umgang mit denselben. Krankheit und Schmerz werden kultur- und gesellschaftsabhängig und individuell unterschiedlich erfahren und behandelt, ausgelebt oder unterdrückt.

Der Spruch „Jungen dürfen nicht weinen“ gilt in vielen Bereichen und führt in Deutschland immer noch unterschwellig auch zu Tabus bei Männern, Krankheit und Schmerz betreffend. Das Verhalten von Mädchen und Frauen ist diesbezüglich zwar unterschiedlich, stößt aber wegen der fehlenden Wahrnehmung der Frau als Frau auf andere Probleme im Gesundheitswesen. Verhaltensmuster bei Krankheit und Reaktionsweisen auf Wohl- und Unwohlsein werden in frühester Kindheit gelernt – in ihrer Wiederholung aber nur selten reflektiert.

Diese partiell familientraditierten Verhaltensweisen bei Krankheit (z.B. „Migräne-Familien“, „Fibromyalgie-Familien“) von Schmerzunterdrückung oder Ausleben werden häufig lebenslang beibehalten, unabhängig davon ob weiterhin hilfreich – oder nicht. Schmerz- und Belastungstoleranz sind darüber hinaus abhängig von persönli-

cher und sozialer Lage, wie in den zahlreichen Untersuchungsbereichen der Enquetekommission bestätigt wurde.

Die Kenntnisse über Manifestationen von verschiedenen Gewalt- (sowohl körperlich wie seelisch) und Angstmechanismen im Körper sind gering, sowohl bei Patientinnen wie bei Behandelnden kaum bekannt. Statt den Zusammenhängen der Schwächung des Selbstwertgefühls<sup>5</sup> nachzugehen, werden weibliche Entwicklungsphasen pathologisiert, auch von den Frauen selbst. Die Gewohnheit der Medikamentenverschreibung und -einnahme von der Pubertät bis ins hohe Alter als Defizitmanagement spricht ihre eigene Sprache (siehe Kapitel 4.1).

Als Realität akzeptiert ist allerdings inzwischen, dass der Erfolg medizinischer Versorgung wesentlich auch von der persönlichen Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn abhängt. Damit gilt umgekehrt aber auch, dass in diesem Bereich, der sowohl die jeweiligen Persönlichkeiten, als auch ihre wechselseitige Interaktion umfasst, wesentliche Hinderungsgründe für die Verwirklichung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung liegen können.

So sind beispielsweise mangelnde Deutschkenntnisse von Patientinnen mit Migrationshintergrund bei weitem nicht die einzige Sprachbarriere, die einer erfolgreichen Verständigung zwischen ÄrztIn und Patientin im Wege stehen kann. Vielmehr ist es häufig auch ein anderer Sprachgebrauch, bedingt durch Unterschiede im Bildungsstand, in sozialer Herkunft oder auch durch das Geschlecht, der zu Missverständnissen führt, oftmals ohne dass es den Beteiligten bewusst wird.

Erschwert wird dies dann zusätzlich, wenn bestehende Unterschiede bezüglich des kulturellen und/oder religiösen Hintergrundes, aber auch hinsichtlich der Lebenssituation oder der sexuellen Orientierung nicht transparent gemacht und bewusst reflektiert werden können. Es ist möglich, dass dann unbewusst auch Vorurteile zum Tragen kommen, die umfassende Kommunikation verhindern und/oder die Bewertung der ausgetauschten Information verfälschen. Kulturelle oder religiöse Vorschriften bzw. Verbote können darüber hinaus ebenfalls Hindernisse für die Diagnose und Therapie darstellen.

Besonders problematisch werden die beschriebenen Faktoren darüber hinaus dann, wenn die Verständigung zwischen ÄrztIn und Patientin über Dritte wie DolmetscherInnen oder „übersetzende“ Familienangehörige, Bekannte oder BetreuerInnen erfolgt, wie es insbesondere bei älteren Migrantinnen, Flüchtlingen oder auch Frauen mit Behinderungen oder Demenzerkrankungen oft der Fall ist. Hier ist einerseits besondere Sorgfalt von allen Beteiligten gefordert, um die beschriebenen Missverständnisse zu vermeiden, andererseits wird hier auch oft die mit der Hinzuziehung Dritter verbundene Verletzung der Vertraulichkeit und Intimsphäre zu einem Hindernis für ein offenes Gespräch.

Neben der Feststellung, dass viele Frauen es vorziehen, von einer Frau behandelt zu werden, wird darüber hinaus auch grundsätzlich vermutet, dass Ärztinnen sich offener und gleichberechtigter austauschen und anders therapeutisch agieren als ihre männlichen Kollegen. Und tatsächlich kann aus den vorhandenen Studien (Roter et al., 2002) der Schluss gezogen werden, dass sich bei der ärztlichen Erstversorgung im Vergleich Ärztinnen stärker mit mehr Zeitaufwand und personenzentrierter engagieren als ihre männlichen Kollegen. Selbst wenn keine direkten statistischen Schlüsse gezogen werden können, steht zu vermuten, dass die gefundenen positi-

---

<sup>5</sup> Beispiele hierfür finden sich insbesondere in den Kapiteln 4.2, 4.5, 4.11 und 4.14.



ven Kommunikationsunterschiede größerer partnerschaftlicher, positiver, sozialer, emotionaler, nonverbaler Gesprächszuwendung einen positiven Heilprozess ermöglichen. Auch hier besteht noch großer Forschungsbedarf.

Die Bedeutung der Implementierung von persönlichen Gesundheitsressourcen könnte möglicherweise eine kleinere skandinavische Studie zeigen (Malterud und Hollnagel, 1997), deren Ziel es war, einen Ansatz zu demonstrieren, in dem subjektiv eingeschätzte Gesundheitsressourcen weiblicher und männlicher PatientInnen durch die behandelnden ÄrztInnen identifiziert und gestärkt werden können.

#### **3.1.4 (Strukturelle) Hinderungsgründe in der gesundheitsbezogenen Forschung**

Bei allen Themen, mit denen sich die Enquetekommission beschäftigt hat, wurde übereinstimmend der Mangel an geschlechtsdifferenzierten Daten und Analysen als wesentlicher Hinderungsgrund für die Entwicklung frauengerechter Angebote benannt. Die Enquetekommission hat daher dieser Frage ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem insbesondere auch Vorschläge entwickelt werden, wie diesem Mangel durch Veränderungen bei der öffentlichen Forschungsförderung begegnet werden sollte (siehe Kapitel 3.3).

#### **3.1.5 (Strukturelle) Hinderungsgründe in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Tätigen**

Auch die mangelnde Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde übereinstimmend in allen Feldern als wesentlicher Hinderungsgrund benannt (siehe Kapitel 3.4).

### **3.2 Chancen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung: Modelle guter Praxis**

Die dargestellten frauenspezifischen Auswirkungen der generellen Defizite zeigen, dass Verbesserungsvorschläge – die in der Vergangenheit aus nicht geschlechtsdifferenziert durchgeführten Defizitanalysen abgeleitet wurden – sich für Frauen besonders positiv auswirken würden. Dies gilt in besonderer Weise für die in den Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus den Jahren 2000/2001 und 2003 geforderte Umorientierung des Gesundheitswesens hin auf die Einbeziehung der NutzerInnen, deren Kompetenzen und Ressourcen. Als Schlüsselqualitäten, die „einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben“<sup>6</sup> werden hier Kompetenz und Partizipation der NutzerInnen angesehen. Subjektive Konzepte zu Gesundheit und Krankheit müssten ebenso im Mittelpunkt von Behandlung stehen wie persönliche und soziale Ressourcen. Unter dem Gesichtspunkt, dass Frauen sich im Allgemeinen deutlich gesundheitsbewusster verhalten (z.B. im Bereich von Ernährung und Bewegung, bei der Wahrnehmung von Präventionsangeboten usw.) liegt hier also eine der wesentlichen Chancen für die Verwirklichung von frauengerechter Gesundheitsversorgung.

Dass diese und weitere Ansätze für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in NRW auch praktisch umsetzbar wären, zeigen auch die Modelle guter Praxis, die die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ im Rahmen ihrer Arbeit untersuchte. Nachfolgend werden daher aus diesen Beispielen einige Modelle der frauengerechten Gesundheitsversorgung ausgewählt und auf übertragbare Strukturen und Strategien zur Entwicklung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung untersucht.

#### **3.2.1. Glasgow – frauengerechte Gesundheitsversorgung durch Organisationsentwicklung**

Die Gesundheitsversorgung von Frauen in Glasgow wurde durch eine kommunale, gesundheitsfördernde Frauengesundheitspolitik entwickelt und auf die Gesundheitsbelange von Frauen ausgerichtet. Damit verbindet die Glasgower Frauengesundheitspolitik Gesundheitsförderungsprinzipien der WHO mit Zielen der Frauengesundheitsbewegung in einem sozialen Konzept von Gesundheit. Das soziale Modell der Gesundheit nimmt die Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, d.h. auch zwischen den Geschlechtern ins Blickfeld und bezieht sich auf „Ungleichheit“, d.h. ungleiche Verteilung von Einkommen, Macht, sozialem Status und eben auch Gesundheit in der Stadt. In einem langjährigen Prozess der Politikentwicklung wurde einerseits durch den erklärten politischen Willen der Stadt Einfluss auf die Gesundheitsversorgungseinrichtungen genommen und ein Prozess des Gender Mainstreaming in den Institutionen entwickelt. Dazu erarbeiteten StadträtInnen, PolitikerInnen und Stadtteilinitiativen abgestimmte Politikdokumente, die die Implementation von Frauengesundheitsperspektiven in die kommunale Gesundheitspolitik und in die Planungsprozesse beförderten. Veränderungsdruck erfolgte durch den Einbezug von Betroffenen, durch formalisierte Prozesse der Beteiligung sowie durch Netzwerkarbeit. Durch langjährige und kontinuierliche Arbeit der AkteurInnen der Frauen-

<sup>6</sup> Gutachten 2000/2001, S. 40

gesundheit wurde erreicht, dass die Gesundheit von Frauen ein zentrales Element in den Planungs- und Entscheidungsprozessen der Gesundheits- und Sozialpolitik der Stadt Glasgow wurde.

Zu Beginn des Prozesses wurden spezielle, geschlechtsspezifische Daten gesammelt und das Potenzial der Organisationen für Veränderungen abgeklärt. Gesteuert wird diese Arbeit durch eine behördeninterne Arbeitsgruppe (Women's Health Working Group) sowie das Frauengesundheitsteam in der Gesundheitsverwaltung. So wurden frauenspezifische Anforderungen in die Zielsetzung der Organisation aufgenommen und veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsweisen geschaffen. Das Handbuch „Action for Women's Health – Making Changes through Organisations“<sup>7</sup> beschreibt die Vorgehensweise dieser Organisationsentwicklung in einzelnen Schritten und Methoden.

Damit wurden Orte und Treffpunkte für die Frauengesundheit in Glasgow geschaffen. So z.B. das Zentrum für Frauengesundheit (Center for Women's Health), das WHO-Collaborating Center for Women's Health an der Universität Glasgow, neue Ausbildungs- und Studiengänge für die Frauengesundheitsversorgung und verschiedene Projekte für die Frauengesundheit in einzelnen Stadtteilen von Glasgow.

Zu den Aufgaben des Zentrums für Frauengesundheit gehört es u.a., Mängel in der Gesundheitsversorgung aufzudecken und Modelle guter Praxis weiter zu entwickeln. So wurde für die Glasgower Familienplanungskliniken (Well Women Clinic) ein Modell entwickelt, das die klinischen Dienste mit Beratungsangeboten sowie Selbsthilfe- und Gesundheitsförderungsangeboten mit einer frauenfreundlichen Atmosphäre verknüpft.<sup>8</sup> Hier werden auch frauenspezifische Ausbildungsgänge für die MedizinerInnen und die Pflegeausbildung entwickelt und durchgeführt. In einem weiteren Modell der Sandyfort Initiative (One Stop Shop) wurde u.a. eine Veränderung der Reaktion von Gesundheitsdiensten auf Frauen mit Gewalterfahrungen erprobt.<sup>9</sup>

Die Erfolge für diese Frauengesundheitspolitik und Organisationsentwicklung lassen sich auf den verschiedenen Ebenen festmachen: Auf der strukturellen Ebene wurde in Glasgow die Frauengesundheit politisch gewollt. Weiterhin wurde das Modell für die Frauengesundheit durch das WHO-Projekt „Healthy Cities“ begleitet und unterstützt. Durch die internationale Anerkennung wurde das Thema Frauengesundheit in der Stadt Glasgow bekannt gemacht und auf die Tagesordnung der politisch Verantwortlichen gesetzt. Die Frauengesundheitsbewegung wurde einbezogen und damit eine breite Unterstützung für das Projekt in der Stadtpolitik gesichert. Auf der institutionellen Ebene wurde in den Organisationen und Verwaltungen dafür gesorgt, dass Bedarfe von Frauen Berücksichtigung finden und in Aufgabenstellungen der Organisationen Eingang fanden. Auf der persönlichen Ebene arbeiten die AkteurInnen auf vielen Wegen am Erfolg der Umsetzung dieses Organisationswandels für die Frauengesundheit. Sie arbeiten erfolgreich, weil sie im Prozess der Politikumsetzung umfangreiches Wissen über die Stadtpolitik und die Gesundheitsversorgung nutzen. Sie kennen die Schlüsselakteurinnen in der Stadt, besorgen Ressourcen und entwickeln innovative Projekte, um das Anliegen der Frauengesundheit zu demonstrieren und thematisieren damit die Geschlechtsspezifität von Gesundheit.

---

<sup>7</sup> Glasgow Healthy City Project, Women's Health Working Group: Action for Women's Health - Making Changes through Organisations, Resource Pack for Workers and Organisations, February 1997

<sup>8</sup> Protokoll der Delegationsreise; Women's Health Policy for Glasgow, S. 16 und 17 – siehe Übersicht im Anhang

<sup>9</sup> Ebenda S. 15

### 3.2.2 Wien – die Frauengesundheitsbeauftragte und die Ansiedlung von Frauengesundheitszentren in Gesundheitsversorgungseinrichtungen

Im Herbst 1998 beschlossen alle Fraktionen des Wiener Gemeinderates ein Frauengesundheitsprogramm für die Stadt sowie die Einsetzung einer Frauengesundheitsbeauftragten. Die Interessen und Bedürfnisse von Frauen sollten in dem deutlich von Lobbyinteressen geprägten Gesundheitsversorgungssystem schrittweise wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Der Frauengesundheitsbeauftragten obliegt die Koordination des gesamten Prozesses der Umsetzung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Frauengesundheitsprogramms. Sie übernimmt administrative sowie repräsentative Aufgaben und ist den politisch Verantwortlichen der Stadt Wien sowie den Betroffenen gegenüber berichtspflichtig und hat einen eigenen Etat.

Durch die Arbeit des Büros der Frauengesundheitsbeauftragten wurden frauenspezifische Strukturen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung durch Projekte, Aktionen und Maßnahmen koordiniert und entwickelt. Die Beratung und Betreuung von Frauen mit gesundheitlichen Problemen erfolgt in zwei Frauengesundheitszentren, die im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogramms eingerichtet wurden.

**FEM (Frauen Eltern Mädchen) in der Semmelweis-Klinik:** Das Frauen-Eltern-Mädchen-Gesundheitszentrum (FEM) ist eine Anlaufstelle der Frauengesundheitsförderung an einer Frauenklinik. In Zusammenarbeit mit der Frauenklinik werden Informationen und Beratung angeboten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf einem lebensphasen-orientierten Modell von Frauengesundheitsförderung: z.B. werden Projekte zur Mädchengesundheit, Hebammen-Modellprojekte und Osteoporose-Selbsthilfegruppen sowie weitere Projekte angeboten. In Zusammenarbeit mit der Frauenklinik wurden Prozesse der Organisationsentwicklung der Klinik unterstützt und das Leitbild eines frauenfreundlichen Krankenhauses entwickelt und umgesetzt. So wurde zwischen Frauengesundheitszentrum und Klinik ein gegenseitiger Lernprozess in Gang gesetzt, um die vorhandene Infrastruktur, die Ressourcen und das vorhandene Know-how besser zu nutzen. Auf der anderen Seite wurden die Angebote der Klinik schrittweise auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet. Das FEM an der Semmelweis-Klinik fungiert als Schnittstelle zum kommunalen Umfeld und trägt zur Vernetzung bei.<sup>10</sup>

**FEM-Süd am Kaiser-Franz-Josef-Spital:** Hier werden Beratungen, Kurse, Vorträge und Workshops zur Frauengesundheit angeboten. Für die Projektentwicklung des Frauengesundheitszentrums am Krankenhaus wurden sowohl die Bedürfnisse von Frauen unterschiedlicher Einkommens- und Bildungsschichten als auch unterschiedlicher Kulturen ermittelt und spezielle Vorsorge-, Gesundheitsförderungs- und Nachsorgeangebote gemeinsam mit den Spezialabteilungen des Krankenhauses (Innere, Psychiatrie, Onkologie, Geriatrie etc.) entwickelt. Insbesondere kommt dieses FEM durch Beschäftigte mit Migrationshintergrund und muttersprachliche Angebote den besonderen Bedürfnissen der im Stadtteil lebenden Migrantinnen entgegen.

<sup>10</sup> Nachtrag: Ab Herbst 2005 wird die Semmelweis-Klinik aufgelöst und in ein Schwerpunktkrankenhaus im III. Bezirk – Krankenhaus Rudolfstiftung – eingegliedert. Zurzeit führt das FEM als rechtlich und finanziell eigenständiger Verein Verhandlungen über die Anbindung an ein anderes Krankenhaus oder Ambulatorium. Bei der Auswahl sollen die Stadtteile berücksichtigt werden, in denen noch keine frauenspezifische Gesundheitsversorgung angeboten wird.

Die beiden Frauengesundheitszentren bereichern die Gesundheitsversorgungsangebote für Frauen nach niedrigschwelliger Gesundheitsberatung und -förderung. Die Ansiedlung in den etablierten Krankenhäusern schafft Zugang der verschiedensten Bevölkerungsgruppen, so z.B. für Migrantinnen und Kriegsoffer.

Durch die Ansiedlung an den Wiener Krankenhäusern geben die Frauengesundheitszentren ein Stück ihrer Unabhängigkeit auf und gestatten, dass Kompromisse ihre inhaltliche Arbeit verändern. Durch diesen Schritt werden jedoch frauenspezifische Ansätze in die Regelversorgung integriert, so dass größere Bevölkerungsgruppen sie wahrnehmen können.

### **3.2.3 Die pflegende Frau im Mittelpunkt der Pflegeorganisation – Empowerment im Modellprojekt der Angehörigenpflege „Die Spinne und das Netz“**

Das Frauengesundheitszentrum in Leibnitz initiierte ein gesundheitsförderndes Projekt in der Angehörigenpflege: „Die Spinne und das Netz“ war ein Modellprojekt des Landes Steiermark in Österreich. Mit dem Projekt sollte die Situation pflegender Frauen sichtbar gemacht und Möglichkeiten der Entlastung der pflegenden Angehörigen aufgezeigt werden. Dabei stand die NutzerInnenqualität für die zu Pflegenden und für die pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt. Ziel der Projektarbeit sollte eine neue nachhaltige Struktur für die häusliche Pflege in Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen und sozialen und mobilen Diensten sein.

Das Modellprojekt konnte folgende Ergebnisse aufweisen: Durch die Etablierung des frauenspezifischen Gesundheitsprojektes im ländlichen Raum wurde die Situation der pflegenden Frauen zum öffentlichen Thema; pflegende Frauen sprachen verstärkt über ihre Lebenssituation und arbeiten daran mit, wie häusliche Pflege zu organisieren sei. Zentraler Ansatz im Projekt war eine Strategie des Empowerment, d.h. das Zusammendenken der Perspektive der pflegenden Frau in der privaten Umgebung mit der Perspektive der Trägerorganisationen der Pflege. Als Managerin der Pflege setzt die pflegende Frau die Standards, ihr müssen die koordinierten Dienste zuarbeiten. Weiterhin wurden Koordinations- und Vernetzungserfolge sowie eine Nachhaltigkeit des Modellprojekts erreicht, indem die professionellen Trägervereine der mobilen und pflegerischen Dienste ihre Angebote für pflegenden Angehörigen entwickelten und erweiterten. Die stationäre und ambulante Pflege vernetzten sich und entwickelten landesweite Entlassungsstandards.

Das Projekt „Die Spinne und das Netz“ konnte durch die mangelnde Unterstützung der Geldgeber nicht in eine Regelfinanzierung überführt werden. Es konnte neben der inhaltlichen Entwicklungsarbeit keine Kapazitäten für die notwendige Lobbyarbeit aufbringen. Die entwickelten Strukturen der Angehörigenpflege zerbrachen, da die Finanzierung des Modellprojekts begrenzt war. Nachhaltig etabliert hat sich aber die Sensibilität für die verborgenen Leistungen von Frauen in der häuslichen Pflege sowie ein Bewusstsein für Entlastungsmöglichkeiten der pflegenden Angehörigen.

### **3.2.4 Orte für Frauengesundheit schaffen – Strategien der Vernetzung in der Modellregion für Frauengesundheit**

Ostwestfalen ist auf dem Weg, sich zu einer Modellregion für Frauengesundheit zu entwickeln. Das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) befindet sich in

einer Reha-klinik und hat eine Bandbreite präventiver und rehabilitativer Gesundheitsangebote für Frauen entwickelt. Dazu gehören u.a. eine Second-Opinion-Sprechstunde (Zweite-Meinung-Sprechstunde) zur Entscheidungsfindung bei gynäkologischen Fragen, die FrauenBewegungsKur und als neuestes Projekt die „Amazonenkur“ für Frauen nach Brustkrebsbehandlung. An diesem Ort für die Frauengesundheit wird neben einer fundierten medizinischen Aufklärung und Information auch sozialen und emotionalen Aspekten und der Lebenssituation der Frauen ein hoher Stellenwert beigemessen.

Das IZFG ist darüber hinaus – gemeinsam mit dem Feministischen FrauenGesundheitsZentrum (FFGZ) HAGAZUSSA in Köln – Träger der Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit“ NRW. Sie führt Fachberatungen durch, leistet Informations- und Öffentlichkeitsarbeit und hat die Geschäftsführung des landesweiten Netzwerks „Frauen und Gesundheit“ NRW inne.

Die Initiativen der Landesregierung für eine geschlechtsdifferenzierte Gesundheitspolitik haben der Arbeit des IZFG und der Koordinationsstelle Rückenwind verliehen, aber es bedarf dringend der strukturellen und finanziellen Absicherung bestehender Ansätze zur Frauengesundheit, insbesondere der Koordinierungsstelle selbst. Dazu gehört, dass das Prinzip des Gender Mainstreaming konsequent in der Gesundheitspolitik umgesetzt wird und dass Expertinnen zur Frauengesundheit in allen gesundheitspolitischen Gremien vertreten sind. Denn die Frauengesundheit braucht Orte, politische Anerkennung und Ressourcen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, dann leisten Gesundheitsprojekte für Frauen einen wirksamen Beitrag, das Gesundheitswesen insgesamt für die Bedürfnisse von Frauen zu sensibilisieren.

### **3.3 Geschlechtsspezifische Untersuchungskonzepte sind in der Forschung in Deutschland bisher nur unzureichend vertreten**

Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung ist nicht denkbar ohne eine Forschung, die krankmachende und gesund erhaltende Einflüsse ermittelt, die bestehenden diagnostischen und therapeutischen Methoden auf ihre Wirksamkeit untersucht und neue entwickelt.

Aus diesem Grund hat die Enquetekommission die Frage „Welche Maßnahmen sind im Bereich der Forschung notwendig und an welchen Kriterien muss sich Forschung ausrichten, damit allen Beteiligten alle notwendigen Erkenntnisse für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen?“ zu einer der Leitfragen ihrer Arbeit (siehe Kapitel 1.4.1) gemacht.

#### **3.3.1 In allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mangelt es an geschlechtsdifferenzierten Daten**

Die Analyse der von der Enquetekommission im Einzelnen untersuchten Krankheitsbilder, Versorgungsbereiche und Zielgruppen (siehe Kapitel 4) zeigt, dass in allen diesen Themenfeldern Defizite hinsichtlich der Datenlage beschrieben wurden. Dies gilt, wie die Beispiele zeigen, nicht nur für den Bereich der Gesundheitsberichterstattung, in der Daten in der Regel nicht geschlechterdifferenziert erhoben oder dargestellt werden, sondern vielmehr schon für die Grundlagenforschung, die die mögliche Existenz von Geschlechterunterschieden bei der Entwicklung von Fragestellungen und Forschungsprojekten ausblendet.

Als wesentliche Gründe für dieses Defizit wurden wiederholt benannt, dass

1. die Relevanz von Geschlechterunterschieden für die jeweiligen Forschungsgegenstände den in der gesundheitsbezogenen Forschung Tätigen nicht hinreichend bewusst sei,
2. ein geschlechtsdifferenziertes Studiendesign mit entsprechender Studienpopulation, Datenerhebung und -auswertung von den AuftraggeberInnen der medizinischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Forschung in Deutschland nicht aktiv eingefordert werde und als Qualitätskriterium bei der Bewertung der Förderungswürdigkeit von Forschungsvorhaben keine Rolle spiele.

#### **3.3.2 Die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden spielt in der Forschungslandschaft in Deutschland bisher (noch) keine Rolle**

##### **3.3.2.1 Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei der Forschungsförderung in Deutschland**

Die Enquetekommission hat daher einige wesentliche AkteurInnen in der Forschungslandschaft in Deutschland<sup>11</sup> angeschrieben und dazu befragt, welchen Stellenwert sie dieser Problematik beimessen. Als Ergebnis ist festzustellen, dass die

---

<sup>11</sup> Angeschrieben wurden die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die Max-Planck-Gesellschaft, die Deutsche Krebshilfe, der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft sowie die zuständigen Ministerien des Bundes und des Landes NRW.

Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in der Forschungslandschaft in Deutschland bisher (mit wenigen Ausnahmen) noch keine Rolle spielt. So räumte beispielsweise die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Nachfrage ein, dass die Berücksichtigung möglicher Geschlechterunterschiede bei der Festlegung von Qualitätskriterien für die Bewertung der Förderungswürdigkeit von Projekten nicht festgeschrieben sei. Eine Ausnahme bilden gemeinsam von der DFG und dem Bundesministerium für Forschung geförderte Projekte; hier kommt die Verankerung entsprechender Grundsätze in der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesregierung zum Tragen (siehe 3.3.3).

### **3.3.2.2 Frauen als Akteurinnen in der gesundheitsbezogenen Forschung**

Als eine wesentliche strukturelle Ursache für die mangelnde Berücksichtigung von Frauen, ihren spezifischen Belangen und Lebensumständen in der gesundheitsbezogenen Forschung wurde neben der mangelnden Nachfrage auf Seiten der Auftrag- und MittelgeberInnen auch immer wieder die Unterrepräsentanz von Frauen in verantwortlichen Positionen im Bereich der Forschung benannt. Bezüglich des Arbeitsauftrags der Enquetekommission ist hier insbesondere der Bereich der Hochschulen des Landes NRW von Interesse. Hier liegt der Frauenanteil an den C3- und C4-Professuren mit 13 bzw. 9 % in NRW zwar leicht über dem Bundesdurchschnitt, hat jedoch trotz steigender Tendenz noch lange nicht die von Bund und Ländern gemeinsam angestrebte Größenordnung von mindestens 40 % auf allen Ebenen des wissenschaftlichen Qualifikationsprozesses erreicht.

Auch der Landtag von NRW hat sich in der Vergangenheit mehrfach für eine deutliche Erhöhung des Frauenanteils in Wissenschaft und Forschung ausgesprochen, zuletzt mit dem Beschluss „Für die Zukunft des Wissenschaftsstandortes NRW – den Frauenanteil bei den Lehrenden und Forschenden weiter erhöhen“ (Drucksache Nr. 13/4698) vom Dezember 2003. Die Enquetekommission unterstützt die in diesem Antrag formulierten Ziele und Forderungen und erwartet, dass die angestrebte Erhöhung des Frauenanteils insbesondere bei den Professuren im Bereich der Medizin, aber auch in anderen Fachbereichen zur notwendigen Erweiterung der Perspektive in der gesundheitsbezogenen Forschung beiträgt.

### **3.3.3 Instrumente für eine gendersensitive Forschungsförderung**

Um sicherzustellen, dass Forschungsvorhaben mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern angemessen berücksichtigen, bedarf es mehr als der anteilsgerechten Einbeziehung von männlichen und weiblichen ProbandInnen. Vielmehr muss schon bei der Formulierung der Fragestellungen, bei der Auswahl der Instrumente und Verfahren und schließlich auch bei der Darstellung der Ergebnisse ein einseitiger Blick vermieden werden.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Siehe hierzu insbesondere das vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebene Handbuch „Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung“ (Eichler et al., 1999).



### 3.3.3.1 Beispiele guter Praxis für die Implementation von Richtlinien für eine frauengerechte Forschungsförderung

#### Beispiel: Öffentliche Forschungsförderung in den USA

Die Durchsetzung geschlechtsspezifischer Differenzierung in der biomedizinischen Forschung als Grundprinzip der Förderung dieser Forschung mit öffentlichen Mitteln, wird vorbildhaft seit 1993 von den National Institutes of Health (NIH) in den USA betrieben, ebenso die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe von Frauen an der Wissenschaft und Forschung der Biomedizin.<sup>13</sup>

Die Durchsetzung dieses Prinzips beruht seit 1993 auf gesetzlicher Grundlage. Dieses Gesetz (Public Law PL 103-43) schreibt vor, dass in von den NIH geförderten Studien:

- Frauen und Minderheiten in allen klinischen Studien angemessen vertreten sein müssen,
- Frauen und Minderheiten in allen klinischen Versuchen der Phase III vertreten sein müssen und der Versuchsplan so gestaltet sein muss, dass er eine valide Analyse erlaubt,
- zusätzliche Kosten nicht als Grund für einen Ausschluss von Frauen und Minderheiten akzeptiert werden dürfen und
- NIH Aktionen unterstützen muss, um Frauen, Minderheiten und deren Untergruppen für klinische Studien angemessen zu rekrutieren.

Im Juni 2001 veröffentlichten die NIH eine Definition dessen, was alles unter klinischer Forschung verbindlich zu verstehen ist:

1. Patientenorientierte Forschung mit Menschen oder an menschlichen Proben und Gewebe („material of human origin such as tissues, specimens and cognitive phenomena“) für die es notwendig ist, direkten Kontakt mit Probanden zu haben. Ausgeschlossen sind vollständig anonymisierte In-vitro-Studien mit menschlichem Gewebe.

Patientenorientierte Forschung umfasst:

- a) Entstehungsmechanismen von Erkrankungen,
  - b) therapeutische Interventionen,
  - c) klinische Versuchs- und Prüfverfahren sowie
  - d) die Entwicklung neuer Technologien.
2. Epidemiologische und Verhaltensforschung sowie
  3. Ergebnisforschung und Gesundheitssystemforschung.

Falls ein Forschungsantrag, der unter die oben genannte Definition fällt, es versäumt, Frauen und Minderheiten einzubeziehen, wird er als nicht förderungswürdig angesehen. Jeder dieser Forschungsanträge muss seine Einschlusskriterien und -verfahren nach standardisierten Vorgaben (Auswahl und Begründung der Untersuchungspopu-

<sup>13</sup> Verweise auf die entsprechenden Papiere der NIH und des Department of Health and Human Service der USA finden sich in der Literaturliste am Ende dieses Kapitels.

lation, Gründe für Ausschlüsse, Aufnahmebeginn und -ende, Rekrutierungsverfahren und Zusammensetzung der Untersuchungspopulation) dokumentieren. Diese Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil des Begutachtungsverfahrens. Ungenügende Pläne werden nicht gefördert.

### **Beispiel: Die EU-Forschungs-Rahmenprogramme**

Auf europäischer Ebene dienten die Vorgaben und Förderrichtlinien der NIH der EU als Vorbild für die Entwicklung von Förderrichtlinien des 6. Rahmenprogrammes, „Bündelung und Integration der Forschung der Gemeinschaft 2002-2006“, insbesondere für die thematische Priorität 1 „Genomik und Biotechnologie im Dienst der Gesundheit“, für die mehr als 2 Milliarden Euro Fördergelder bis 2006 zur Verfügung stehen.

Den rechtlichen und politischen Hintergrund für eine stärkere Durchsetzung einer geschlechtsdifferenzierten Forschung in Europa und einer starken Unterstützung der Beteiligung von Frauen an der biomedizinischen Forschung im 6. Rahmenprogramm bilden vor allem

- der Vertrag von Amsterdam (1997, Artikel 2 und 3),
- der Aktionsplan der EU 1999,
- die Evaluation („Gender Impact Assessment“) des 5. Rahmenprogrammes und
- der Aktionsplan der EU Wissenschaft und Gesellschaft 2001.

Die EU hat sich mit dem Amsterdamer Vertrag verpflichtet, die Geschlechterperspektive in allen Politikbereichen zu berücksichtigen. Die Umsetzung in der Forschungsförderung gestaltet sich nach von der EU in Auftrag gegebenen Untersuchungen in den Mitgliedstaaten der EU schleppend. Der Bericht „Wissenschaftspolitik in der Europäischen Union“ (Europäische Kommission, 2001) dokumentiert eindrucksvoll die Unterrepräsentierung von Frauen in Wissenschaft und Forschung in den EU-Ländern, insbesondere in Deutschland. Deshalb hat sich die EU zur Aufgabe gestellt, Instrumente zur Bewertung, Begleitung und Kontrolle von Fördermaßnahmen und Maßnahmen des Gender Mainstreaming zu konzipieren, die geeignet sind,

1. die Vernachlässigung von geschlechtsdifferenzierten Ansätzen der bisherigen Forschungsförderung der EU zu beheben,
2. die Gleichstellung in der Wissenschaft und in den wissenschaftlichen Laufbahnen zu fördern
3. und dem Prinzip der Geschlechtergerechtigkeit und der Erreichung der Zielvorstellung „Mehr Forschung durch, für und über Frauen“ zu genügen.

Für das 6. Rahmenprogramm wurden daher folgende Instrumente (siehe „Integrating the gender aspects in research and promoting the participation of women in life sciences, genomics and biotechnology for health“) für die Forschungsförderung entwickelt:

- die Richtlinien für die **AntragstellerInnen** legen fest, wie geschlechtsdifferenzierte Kriterien im Forschungsdesign berücksichtigt werden müssen,

- der **Begutachtungsprozess** enthält Kriterien nach denen die Integration der geschlechtsdifferenzierten Kriterien im Forschungsplan bewertet werden,
- die **Teilnahme von Wissenschaftlerinnen** in dem beantragten Projekt muss nicht nur dokumentiert werden, sondern es müssen gegebenenfalls auch qualifizierte Maßnahmen zur Gleichstellung beschrieben werden.

Dadurch sind im 6. Rahmenprogramm Gleichstellungsinstrumente in den Arbeitsprogrammen, den Richtlinien für Antragsteller, in den Antragsformaten, den Gutachterrichtlinien, in der formalen Gestaltung der Gutachten und in den Auswahlverfahren der zu fördernden Forschungsprojekte formal verankert.

In den Richtlinien für Antragsteller wird zudem – an die Adresse der WissenschaftlerInnen gerichtet – dieses Vorgehen auf wissenschaftlicher Basis begründet dargestellt.<sup>14</sup> Wie die NIH kommt die EU-Kommission darin zu dem Schluss, dass hervorragende wissenschaftliche Qualität in der Gesundheitsforschung nur unter Berücksichtigung geschlechtsdifferenzierender Aspekte gegeben ist („scientific excellence in health research cannot ignore gender aspects“<sup>15</sup>).

### **Beispiel: Die gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesregierung**

Auch auf der Ebene der Bundespolitik wurde mit der Arbeitshilfe zu § 2 der GGO (gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesregierung) vom 25. Juni 2003 ein entsprechendes Instrument implementiert<sup>16</sup>, das gewährleisten soll, dass nur solche Forschungsvorhaben von der Bundesregierung unterstützt werden, die der Verpflichtung zum Gender Mainstreaming in der GGO gerecht werden. Hier werden sehr anschaulich für alle Schritte der Vorbereitung, Vergabe, Begleitung und Umsetzung von Forschungsaufträgen Prüfverfahren beschrieben und mit Beispielen erläutert. Darüber hinaus enthält diese Arbeitshilfe auch Hinweise für Forschungseinrichtungen, die diese unterstützen sollen, Forschungsanträge und -designs unter Genderaspekten zu konzipieren.

---

<sup>14</sup> European Commission: The Sixth Framework Programme, Guide for Proposers, Priority 1, Life sciences, genomics and biotechnology for health, Integrated Projects, S. 43–44

<sup>15</sup> European Commission: The Sixth Framework Programme, Guide for Proposers, Priority 1, Life sciences, genomics and biotechnology for health, Integrated Projects, S. 40

<sup>16</sup> Die Arbeitshilfe kann im Internet abgerufen werden unter

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/g-arbeitshilfe-ressortforschung,property=pdf.pdf> oder [http://www.genderkompetenz.info/inhalte/instr\\_ah\\_forschung.pdf](http://www.genderkompetenz.info/inhalte/instr_ah_forschung.pdf)

### 3.3.4 Handlungsempfehlungen

Damit in Zukunft allen Beteiligten alle notwendigen Erkenntnisse für eine frauenge-rechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, ist es nach Ansicht der Enquetekommission unabdingbar, die Berücksichtigung möglicher Geschlechterunterschiede als wesentliches Qualitätsmerkmal für gesundheitsbezogene Forschung auf allen Ebenen rechtlich verbindlich zu verankern.

Die Enquetekommission fordert daher die **Landesregierung** auf,

- nur noch solche Projekte im Bereich der Gesundheitsforschung zu unterstützen, die möglichen Geschlechterunterschiede durch ein entsprechendes geschlechtsdifferenziertes Studiendesign, bei der Auswahl der Studienpopulation, bei der Datenerhebung und bei der Auswertung berücksichtigen. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung hierzu die Übernahme der entsprechenden Verpflichtung aus der GGO der Bundesregierung mit der dazugehörigen Arbeitshilfe
- sich auf Bundesebene und durch ihre VertreterInnen in den Gremien der DFG und anderer überregionaler Organisationen im Bereich der Forschungsförderung sowie in den Gremien aller mit öffentlichen Mitteln geförderten Forschungseinrichtungen in NRW dafür einzusetzen, dass auch dort entsprechende Standards für die Bewertung von Forschungsprojekten und deren Förderungswürdigkeit etabliert werden
- ihre Bemühungen zur Erhöhung des Frauenanteils an den Hochschulen und Forschungseinrichtungen des Landes fortzuführen und auszubauen
- bei der Profilierung der Hochschullandschaft in NRW im Rahmen des Hochschulkonzeptes 2010 das Thema „Frauengesundheit“ mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten<sup>17</sup> an einigen ausgesuchten Hochschulen und Universitätsklinik zu etablieren.

Die Enquetekommission fordert die in NRW tätigen **ForscherInnen** auf, grundsätzlich

- bei der Konzeption aller Forschungsprojekte im Bereich der Gesundheitsforschung die mögliche Existenz von Geschlechterunterschieden bei der Entwicklung der Fragestellung und des Forschungsdesigns sowie bei der Stichprobenauswahl zu berücksichtigen,
- Daten geschlechterdifferenziert zu erheben und auszuwerten und
- Forschungsergebnisse geschlechtsdifferenzierend zu beschreiben bzw. zu veröffentlichen sowie
- jede Abweichung von diesem Grundsatz jeweils ausdrücklich in den entsprechenden Anträgen oder Veröffentlichungen wissenschaftlich zu begründen.

Die Enquetekommission appelliert darüber hinaus auch an alle nicht aus öffentlichen Mitteln finanzierte Fördereinrichtungen und Stiftungen, **Unternehmen und Privatpersonen**, die gesundheitsbezogene Forschungsvorhaben fördern, die Berücksichti-

<sup>17</sup> Siehe hierzu z.B. die thematischen Schwerpunktsetzungen der Enquetekommission, Kapitel 4

gung von Geschlechterunterschieden als Qualitätsmerkmal bei der Bewertung von Forschungsvorhaben einzubeziehen.

### 3.4. Reform der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den zahlreichen akademischen und nicht-akademischen Gesundheitsberufen sind in Deutschland viele verschiedene Akteu-rlInnen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene zuständig<sup>18</sup>. Diese verschiedenen Zuständigkeiten sollen im Folgenden zunächst exemplarisch für den ärztlichen Bereich dargestellt werden.

#### 3.4.1 Die Ausbildung von ÄrztInnen

Für die akademischen Berufe im ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen und pharmazeutischen Bereich sind Ausbildung und Zugang zum Beruf in Deutschland auf Bundes und Länderebene (Zustimmungspflichtigkeit und Befassung von Gesundheits- und Kultusministerium) geregelt. Hier gelten jeweils auf gesetzlicher Grundlage erlassene Approbationsordnungen, in denen Inhalte, Ablauf und Dauer der Ausbildung bundeseinheitlich festgelegt sind. Deren Umsetzung obliegt auf Landesebene den jeweiligen Fakultäten an den Universitäten<sup>19</sup>, die ihre Studienordnungen und Curricula entsprechend gestalten. Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ist wesentlich beteiligt an der Erarbeitung des Gegenstandskataloges, in dem die in der Approbationsordnung festgelegten Prüfungsthemen erläutert und konkretisiert werden. Das IMPP ist deutschlandweit verantwortlich für die Durchführung der schriftlichen Examina (Multiple-Choice-Fragen).

Nach jahrelangen Beratungen des Referentenentwurfes (und Interventionen der Kultusministerkonferenz über den Bundesrat) ist am 1. Oktober 2003 die 8. Novelle zur Änderung der **Approbationsordnung für Ärzte** vom 27. Juni 2002 in Kraft getreten.<sup>20</sup>

Mit der neuen Approbationsordnung soll die Ausbildung der MedizinerInnen erheblich praxisorientierter werden. Theoretische und praktische Inhalte werden frühzeitig miteinander verwoben, auch die soziale Kompetenz künftiger ÄrztInnen soll gestärkt werden. Allgemeinmedizinische Ausbildungsinhalte und Fragen der Arzneimitteltherapie und der Gesundheitsökonomie erhalten stärkeres Gewicht. Auch die Prüfungsordnung wird reformiert. Die an einigen Universitäten bereits laufenden Reformstudiengänge<sup>21</sup> für Medizin können fortgeführt werden. Ebenfalls entfällt der bisherige Ausbildungsabschnitt „Ärztin/Arzt im Praktikum“ (AiP). Bund und Länder haben sich zudem darauf verständigt, 10 % weniger StudienanfängerInnen für das Fach Medizin zuzulassen.

Der Geschlechteraspekt ist in der neuen Approbationsordnung wiederum in keiner Weise berücksichtigt worden. Nicht nur sprachlich kommen Ärztinnen und Patientinnen nicht vor, auch inhaltlich beschränken sich Geschlechtsaspekte auf Erkrankungen der Geschlechtsorgane und -krankheiten. Denkbar wären jedoch beispielsweise mögliche Geschlechtsunterschiede bei Symptomen, Arzneimittelwirkungen, Lebens-

<sup>18</sup> Siehe hierzu auch das Gutachten des parlamentarischen Gutachterdienstes, Vorlage 13/1523, S. 52–61

<sup>19</sup> Für das Studium der Humanmedizin sind dies in NRW die medizinischen Fakultäten in Aachen, Bochum, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster.

<sup>20</sup> ÄAppO – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 3. Juli 2002, Seite 2405ff.

<sup>21</sup> § 36 a der alten ÄAppO, neu § 41 Modellstudiengänge

welten etc. als 13. Querschnittsfach „Geschlechteraspekte von Gesundheit und Krankheit“ in § 27 ÄAppO aufzunehmen.

### **3.4.2 Weiterbildung – Facharzt-, Zusatz- und Schwerpunktbezeichnungen**

Die Weiterbildung der ÄrztInnen umfasst deren weitere klinische Ausbildung und Spezialisierung nach erfolgreich beendetem Studium und Zulassung als ÄrztIn, der Approbation. Diese führt zur Anerkennung als FachärztIn (z.B. für Kinder- oder Augenheilkunde), zu einer Schwerpunktbezeichnung (z.B. in der Inneren Medizin die Schwerpunkte Gastroenterologie oder Kardiologie) und zu Zusatzbezeichnungen (z.B. Naturheilverfahren oder Allergologie). Die Verantwortung bezüglich der Weiterbildung der Ärzteschaft liegt bei den Organen der Selbstverwaltung, also den jeweiligen Landesärztekammern. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2003 eine Novellierung der Muster-Weiterbildungs-Ordnung (MWBO) verabschiedet. Diese muss nun jeweils von den einzelnen Landesärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden des Landes genehmigt werden. Sie soll bis Anfang 2005 in allen Landesärztekammern verabschiedet sein. Neu geregelt und sehr umstritten ist insbesondere die „Weiterbildung zum Hausarzt“, also die Qualifikationswege für die hausärztliche und internistische Versorgung (der künftige Hausarzt als „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“). Europarechtliche Fragen und Diskussionen zu den Übergangsbestimmungen stehen ebenfalls auf der Tagesordnung.

Für die Weiterbildung ist festgeschrieben, wie lange und unter welchen Bedingungen die fachärztliche Ausbildung erfolgen muss (Zeiten werden für Klinik und/oder Praxis und entsprechend der Weiterbildungsermächtigung der ChefärztInnen angerechnet). Auch die Inhalte und zu erlernenden Fähigkeiten wie z.B. Ultraschallkenntnisse oder Operationserfahrung sind festgelegt und werden in der Facharztprüfung abgefragt.

Es gibt an den meisten Kliniken keine Curricula oder Pläne für eine strukturierte Weiterbildung innerhalb des Alltags der klinischen Patientenversorgung wie z.B. in den USA.

In der MWBO ist der geschlechtsdifferenzierende Blick oder auch z.B. die Forderung von Kenntnissen zu medizinischen Folgen von Gewalt (Anträge der Ärztetage) nicht verankert, so dass der Erwerb dieser Fähigkeiten allein dem Engagement der WeiterbilderInnen und der in fachärztlicher Ausbildung befindlichen ÄrztInnen überlassen bleibt, wenn er nicht auf Landesärztekammerebene noch eingeführt wird.

### **3.4.3 Fortbildung**

Neben der fachspezifischen Weiterbildung, deren Ziel eine bestimmte Zusatzqualifikation ist, ist selbstverständlich auch allgemeine Fortbildung für ÄrztInnen unentbehrlich. Eine entsprechende Verpflichtung ist daher sowohl in der Berufsordnung für Ärzte als auch im GMG festgeschrieben.

Fortbildungen werden zu den verschiedensten Themen – von Qualitätsmanagement bis Notfallseminar, von psychosomatischer Grundversorgung bis zu speziellen Operationstechniken – und von unterschiedlichen Trägern angeboten. Neben der Pharmaindustrie sind hier insbesondere die Medizinischen Fachgesellschaften und Universitäten zu nennen, ebenfalls bieten die Ärztekammern ein breites Spektrum von Veranstaltungen an. Zunehmend wird auch Fortbildung über das Internet genutzt, so

befindet sich ein internetbasiertes Fortbildungsportal der Bundesärztekammer in Kooperation mit medizinischen Fachgesellschaften und Gremien im Aufbau. Wichtig ist die Qualitätssicherung der Fortbildungsangebote. Die Akademien für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein haben die letzten Jahre ein Verfahren zur freiwilligen Zertifizierung von Fortbildungen entwickelt.

Auch hier sind die Dinge im Fluss, die „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung“ (Stand: 18. Juli 2003)<sup>22</sup> und die neuen gesetzlichen Vorgaben werden zurzeit umgesetzt.

In NRW werden geschlechtsspezifische Themen und Aspekte der Frauengesundheit in den Fortbildungen insbesondere der Ärztekammern langsam aufgegriffen, dies ist u.a. auf Initiativen einzelner Kammermitglieder, des Gender-Ausschusses der ÄKWL, des Deutschen Ärztinnenbundes oder der Koordinationsstelle Frauengesundheit zurückzuführen.<sup>23</sup>

#### 3.4.4 Handlungsfelder

Um eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zu fördern, müssen primär die Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen um entsprechende geschlechtsspezifische Aspekte ergänzt und spezifiziert werden, wie sie in den einzelnen Schwerpunktkapiteln 4.1 bis 4.14 benannt sind. Es sind dies insbesondere Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich folgender Punkte:

- Wissen über die nach Geschlecht differierende Symptomatik und Befunde von Erkrankungen (z.B. Symptome und Behandlung des Herzinfarktes),
- Kenntnisse der Unterschiede bei der Wirkung von Arzneimitteln bei Frauen und Männern (siehe Kapitel 4.1),
- ganzheitliche und umfassende Sicht von Krankheit und Gesundheit, die auch die Lebenswelten und Lebensphasen der Patientinnen berücksichtigt und hierbei nach Geschlecht differenziert (siehe Kapitel 1.4),
- Fähigkeit, den wissenschaftlichen Wert und die Aussagekraft von Studienergebnissen zu beurteilen (evidenzbasierte Medizin, z.B. Studien zur Hormontherapie in den Wechseljahren, siehe Kapitel 4.1.1),
- Kompetenzen der Kommunikation und Gesprächsführung (Kommunikationstrainings und Überprüfung der Fähigkeiten wie z.B. in den USA) und
- Fähigkeit zu nach Geschlecht differenzierender Sichtweise, die sich über die individuelle Ebene bewegt und Selbstreflexion erfordert (z.B. GenderTrainings).

Neben der unmittelbaren Ebene der Ausbildungsinhalte ist auf mittelbarer Ebene zu fordern, dass Frauen als Patientinnen und als Leistungserbringerinnen auch in der Sprache der jeweiligen Aus-, Weiter- und Fortbildungsordnungen vorkommen. Mittelbar kann außerdem auch eine geschlechtergerechte Besetzung der für die Ausbil-

<sup>22</sup> [www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Aerztfort.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Aerztfort.html)

<sup>23</sup> [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de)



dungsinhalte verantwortlichen Gremien sowie die Erhöhung des Frauenanteils bei den Lehrenden zu einer besseren Verankerung dieser Inhalte beitragen.

### 3.4.5 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission appelliert an alle Verantwortlichen in den zuständigen Einrichtungen (**Kammern, Hochschulen, Schulen** usw.), die Inhalte der Aus-, Weiter- und Fortbildung kritisch zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Die Enquetekommission fordert die **Landesregierung** auf,

- sich auf Bundesebene für entsprechende gesetzliche Regelungen (z.B. Bundesärzteordnung, Bundesapothekerordnung, Krankenpflegegesetz und andere Berufsgesetze) bzw. der aufgrund dieser gesetzlichen Regelungen erlassenen Ausbildungs-, Prüfungs- und Approbationsordnungen einzusetzen und
- bei den zuständigen Einrichtungen (Kammern, Hochschulen usw.) auf Landesebene auf entsprechende Reformen hinzuwirken und diese aktiv zu unterstützen.

### 3.5 Literatur

Blickhäuser, Angelika (2002): Beispiele zur Umsetzung von Geschlechterdemokratie und Gender Mainstreaming in Organisationen. Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung Nr. 3, Berlin, Heinrich Böll Stiftung

Boston Women's Health Book Collective (1998): Our Bodies, Ourselves, New York

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), (2000): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfaden zur Umsetzung, Bonn

Cochrane, Archie (1972): Effectiveness and Efficiency. Nuffield Provincial Hospital Trust, London

Dickersin, K., Manheimer, E. (1998): The Cochrane Collaboration: evaluation of health care and services using systematic reviews of the results of randomized controlled trials. Clin Obstet Gynecol. 1998 Jun; 41(2), 315-331

Dinger-Broda, Andrea (2001): Gesundheitsversorgung und Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Frauen. In: Franke, Alexa, Kämmerer, Annette (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, Göttingen, Hogrefe, 717-735

Europäische Kommission, Generaldirektion Forschung (Hrsg.), (2001): Bericht der ETAN-Expertinnenarbeitsgruppe „Frauen und Wissenschaft“: Wissenschaftspolitik in der Europäischen Union, Förderung herausragender wissenschaftlicher Leistungen durch Gender Mainstreaming, ([ftp://ftp.cordis.lu/pub/improving/docs/g\\_wo\\_etan\\_de\\_200101.pdf](ftp://ftp.cordis.lu/pub/improving/docs/g_wo_etan_de_200101.pdf))

Eichler, Margit et al. (1999): Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministeriums herausgegebenen Handbuchs, Berlin, Berliner Zentrum Public Health (2002)

Eichler, Margit, Fuchs, Judith, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias in der Gesundheitsforschung, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (8), 293-310

- European Commission: The Sixth Framework Programme, Guide for Proposers, Priority 1, Life sciences, genomics and biotechnology for health, Integrated Projects ([http://fp6.cordis.lu/fp6/call\\_details.cfm?CALL\\_ID=4](http://fp6.cordis.lu/fp6/call_details.cfm?CALL_ID=4))
- Franke, Alexa (1989): Therapeutische Risiken für Frauen. In: Giese, Eberhard; Kleiber, Dieter (Hrsg.), Das Risiko Therapie, Weinheim, Beltz, 93-114
- Franke, Alexa (1990): Geschlechtsspezifische Aspekte der Gesundheit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Abhängigkeit bei Frauen und Männern, Freiburg, Lambertus, 14–22
- Franke, Alexa (1991): Die Gesundheitsversorgung als krankmachender Faktor. In: Stahr, Ingeborg; Jungk, Sabine; Schulz, Elke (Hrsg.), Frauengesundheitsbildung Grundlagen und Konzepte, Weinheim, Juventa, 36–42
- Franke, Alexa (1996): Selbstmanagement und die Frauen. In: Reinecker, H.; Schmelzer, R. (Hrsg.), Selbstmanagement-Therapie, Göttingen, Hogrefe, 119–128
- Göpel, Eberhard (Hrsg.), (2004): Gesundheit bewegt – Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann, Berlin, Mabuse-Verlag
- Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Weinheim, Juventa
- Heise, Elke (2003): Auch einfühlsame Studenten sind Männer: Das generische Maskulinum und die mentale Repräsentation von Personen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 35(2), 285-291
- Helfferich, Cornelia (1993): Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Frauen und Männern – subjektive Gesundheitskonzepte und „objektive“ Gesundheitsdefinitionen. In: Franke, Alexa; Broda, Michael (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit – Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen, DGVT-Verlag, 35-65
- Hoffmann, Monika (1983): Frauen und Therapie – Brauchen Frauen eine andere Therapie als Männer? In: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, Weinheim, Edition Psychologie, 250–264
- Hussey, P.S.; Anderson, G.F.; Osborn, R.; Feek, C.; McLaughlin, V.; Millar, J.; Epstein, A. (2004): How does the quality of care compare in five countries? Health Affairs (Millwood). 2004 May-Jun; 23(3), 89–99
- Malterud, K.; Hollnagel, H. (1997): Womens self-assessed personal health resources. Scandinavian journal of primary health care, Vol. 15,163–168
- Nadel, M.V. (1990): National Institutes of Health: Problems in Implementing Policy on Women in Study Populations. Washington D.C., U.S, General Accounting Office, June 1990
- National Institutes of Health, Office of Extramural Research (2001): NIH Policy and Guidelines on Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research – Amended, Oct.2001  
([http://grants.nih.gov/grants/funding/women\\_min/guidelines\\_amended\\_10\\_2001.htm](http://grants.nih.gov/grants/funding/women_min/guidelines_amended_10_2001.htm))

- National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (2003): Monitoring Adherence to the NIH Policy on the Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research. June 2003, 1  
([http://www4.od.nih.gov/orwh/GoldReport\\_2000-01.pdf](http://www4.od.nih.gov/orwh/GoldReport_2000-01.pdf))
- National Institutes of Health, Outreach Notebook For the Inclusion, Recruitment and Retention of Women and Minority Subjects in Clinical Research, S. 5  
(<http://www4.od.nih.gov/orwh/outreach.pdf>)
- Pelikan, Jürgen; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, Weinheim: Juventa
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2003): Protokoll der Delegationsreise der Enquete-Kommission; Women`s Health Policy for Glasgow, S. 16
- Pusch, Luise (1984): Das Deutsch als Männersprache, Frankfurt/M., edition suhrkamp
- Roter, Debra L., Hall, Judith A., Aoki, Yutaka (2002): Physician Gender Effects in Medical Communication, A Meta-analytic Review, In: American Medical Association (JAMA), August 14, 2002, Vol. 288, No. 6 (Reprinted), 756–764
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III, Über-, Unter- Fehlversorgung, 2000/2001, S. 40; Gutachten - Finanzierung, Nutzenordnung und Qualität, 2003, S. 39
- Sichrovsky, Peter (1984): Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte, Köln, Kiepenheuer & Witsch
- Sonntag, Ute (2002): Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption, In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 3/2002, 487–492
- Vogt, Irmgard (1985): Weibliche Leiden – Männliche Lösungen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen. In Franke, Alexa, Jost, Ingrid (Hrsg.), Das Gleiche ist nicht dasselbe – Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen, Tübingen, DGVT-Verlag, 32–47
- Wien f vital – Frauengesundheit: Das Wiener Frauengesundheitsprogramm, Oktober 1998, Wien, S. 1
- Wien f vital - Frauengesundheit– Gesundheit hat ein Geschlecht – Das Wiener Frauengesundheitsprogramm „f vital“

---

## **4. Ausgewählte Arbeitsfelder für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung**

- 4.1 Frauen und Arzneimittel**
- 4.2 Psychosoziale Lage von Brustkrebspatientinnen**
- 4.3 Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit**
- 4.4 Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität und Kinderwunsch**
- 4.5 Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen**
- 4.6 Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW**
- 4.7 Frauenspezifische Besonderheiten bei HIV und Aids**
- 4.8 Gesundheit von Lesben und deren gesundheitliche Versorgung**
- 4.9 Gesundheitliche Situationen von Mädchen**
- 4.10 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW**
- 4.11 Belastungen und Ressourcen von Müttern**
- 4.12 Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes**
- 4.13 Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen pflegender Angehöriger**
- 4.14 Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen in NRW**

#### 4.1 Frauen und Arzneimittel

Die Verabreichung von Arzneimitteln ist die mit Abstand am häufigsten angewandte Maßnahme zur Behandlung von Krankheiten<sup>1</sup>. Dabei sind für die Wirkung einer verabreichten Wirkstoffdosis nicht nur die am Zielort ausgelösten Reaktionen des Körpers (Pharmakodynamik) von Bedeutung, sondern auch die Art und Weise, wie der Wirkstoff vom Körper aufgenommen, transportiert, verteilt, verstoffwechselt und ausgeschieden wird (Pharmakokinetik). Da diese beiden Aspekte der Arzneimittelwirkung wesentlich von biologischen Faktoren mit beeinflusst werden, bei denen es zwischen den Geschlechtern qualitative und quantitative Unterschiede gibt (Ausstattung mit Enzymen, Verhältnis von Fett und Wasser im Gewebe, Hormonhaushalt), ist grundsätzlich davon auszugehen (und in einigen Fällen auch bereits wissenschaftlich nachgewiesen), dass Arzneimittel bei Frauen und Männern unterschiedlich wirken können.<sup>2</sup>

Dennoch muss festgestellt werden, dass diese biologisch begründeten Unterschiede in der Wirkung bisher weder in der Erforschung noch in der Anwendung von Arzneimitteln systematisch berücksichtigt werden. Zwar wird schon seit vielen Jahren festgestellt, dass es quantitative und qualitative Unterschiede bei der Verordnung von Arzneimitteln an Frauen und Männer gibt. Die Gründe hierfür liegen jedoch nicht in nur biologischen, sondern vor allem in gesellschaftlichen und sozialen Unterschieden zwischen Männern und Frauen: im unterschiedlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, in unterschiedlicher Wahrnehmung von Krankheitsursachen und Symptomen und in gesellschaftlichen Zuschreibungen und tradierten Rollen.

So wird seit den Anfängen der frauenspezifischen Gesundheitsforschung vor über 30 Jahren auf folgende Tatbestände hingewiesen:

- Ab dem Alter von 14 Jahren bekommen Frauen deutlich mehr – in einigen Altersgruppen bis zu 70 % mehr – Arzneimittel verschrieben als Männer.
- Besonders hoch ist der Frauenanteil bei PatientInnen, denen Mittel gegen Schmerzen und zur Veränderung der Befindlichkeit verschrieben werden, bei Psychopharmaka liegt er deutlich über 65 %.
- Besonders eklatante Über- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln besteht für Frauen im höheren Alter (ab ca. 55 Jahre).
- Die so genannten umstrittenen Arzneimittel – hierzu gehören u.a. Migränepräparate – werden Frauen etwa dreimal so häufig verordnet wie Männern (Franke und Winkler, 2001).
- Dennoch sind die finanziellen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel für Frauen geringer als für Männer, da Männer mehr spezifische und modernere Medikamente erhalten, während Frauen mehr unspezifische Mittel zur Beruhigung bzw. Schmerzdämpfung verschrieben werden (Richard, 1999; Schwabe und Paffrath, 1999).
- Ganze Entwicklungsphasen im Leben von Frauen und die mit ihnen verbundenen normalen physiologischen Veränderungen werden pathologisiert und als medizi-

<sup>1</sup> Auch gesundheitsökonomisch ist dieser Bereich von hoher Relevanz: So waren die Kosten für Arzneimittel mit ca. 33 Mrd. Euro im Jahr 2002 für etwa 15 % der Gesundheitskosten in Deutschland verantwortlich (Quelle: Bundesverband der Arzneimittelhersteller).

<sup>2</sup> Siehe hierzu insbesondere die Vorträge von Prof. Dr. Petra Thürmann am 5. September 2002 und auf der Veranstaltung am 23. Mai 2003 (siehe Anhang, Kapitel 6.6)

nisches Problem definiert. So werden etwa die mit den Wechseljahren verbundenen Beschwerden pauschal als Krankheit definiert und medikamentös behandelt. Dies hat u.a. zur Folge, dass Hormonpräparate heute die am häufigsten verordneten Arzneimittel für Frauen zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr sind.

Um Aspekte der Über-, Unter- und Fehlversorgung exemplarisch zu veranschaulichen, wählte die Enquetekommission die folgenden Themenbereiche zur intensiveren Bearbeitung aus:

- Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung,
- Frauen und psychotrope Medikamente,
- Hormontherapie in den Wechseljahren und
- Arzneimittelversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen.

#### **4.1.1 Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung**

##### **4.1.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zulassung von Arzneimitteln**

Jedes Jahr werden in Deutschland mehr als 2000 Arzneimittel neu zugelassen. Hierzu müssen den zuständigen Behörden des Bundes oder der EU nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) von den Herstellern insbesondere auch die Ergebnisse von klinischen Prüfungen der Wirkungen des Arzneimittels vorgelegt werden. Dabei machte das AMG noch in der Anfang 2004 gültigen Fassung keine Angaben darüber, an welchen Gruppen von PrüfungsteilnehmerInnen diese klinischen Prüfungen durchzuführen sind, sondern fordert lediglich die Vorlage eines „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden Prüfplans“ sowie eines positiven Votums einer „nach Landesrecht gebildeten unabhängigen Ethik-Kommission“. Demnach war weder die Einbeziehung von Frauen als Prüfungsteilnehmerinnen in klinische Prüfungen noch eine geschlechtsdifferenzierte Erhebung und Auswertung der Daten verbindlich vorgeschrieben. Dies hatte u.a. zur Folge, dass das in Deutschland für Zulassungsfragen zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf Anfrage der Enquetekommission weder Angaben über den Anteil von Frauen in den im Rahmen von Zulassungsverfahren vorgelegten Studien machen konnte, noch darüber, ob in diesen klinischen Studien Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt wurden.

Im Vergleich zur rechtlichen Situation in Deutschland hat die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln auf EU-Ebene schon stärker Einzug in die einschlägigen Richtlinien gefunden. So ist in der im November 2001 in Kraft getretenen Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel erstmals gefordert, dass in den klinischen Unterlagen auch Angaben über „die Zahl der behandelten Patienten unter Angabe des Geschlechts“ enthalten sein müssen. In einer legislativen Entschließung des Europäischen Parlaments vom Oktober 2002 zur Änderung dieser Richtlinie 2001/83/EG wird darüber hinaus gefordert, die Richtlinie in Artikel 8 so zu ergänzen, dass „die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, was die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln angeht, in klinischen Versuchen bewertet (...) wer-

den sollten“. In Deutschland wird diese Forderung nun in der Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Jahr 2004 zum ersten Mal aufgegriffen.

#### 4.1.1.2 Frauen in der klinischen Forschung<sup>3</sup>

Wie bereits ausgeführt, werden die (möglichen) Unterschiede in der Arzneimittelwirkung zwischen Männern und Frauen bisher in klinischen Studien in der Regel nicht systematisch untersucht. Neben der Tatsache, dass sie bei der Planung der Studie ignoriert werden, werden als Ursache hierfür vor allem rechtliche, wirtschaftliche und organisatorische Aspekte genannt: Das am häufigsten vorgebrachte Argument sind (haftungs-)rechtliche Bedenken hinsichtlich einer möglichen Fruchtschädigung im Falle einer während der Studie eintretenden Schwangerschaft. Diese Bedenken haben ihren Ursprung ganz überwiegend in dem Thalidomid („Contergan“-)Skandal der 60er-Jahre. Eine wesentliche Rolle spielt aber auch der organisatorische Mehraufwand sowie die damit verbundenen höheren Kosten einer Studie, die sich aus der für eine geschlechtsdifferenzierte Analyse in der Regel benötigten größeren Stichprobe ergeben. Darüber hinaus ist es auch häufig schwieriger, Frauen zur Teilnahme an klinischen Studien zu motivieren, da diese oft aufgrund von Mehrfachbelastungen weniger Zeit für eine Teilnahme haben und bei ihnen – bedingt durch ihre soziale Rolle und ihr höheres Gesundheitsbewusstsein – sowohl die allgemeine Skepsis gegenüber der Medizin als auch die Befürchtung einer gesellschaftlichen Stigmatisierung als „krank“ oder „nicht leistungsfähig“ stärker ausgeprägt ist als bei Männern.<sup>4</sup>

Als Ergebnis dieser Bedenken und Erwägungen ist festzustellen, dass Frauen in klinischen Studien derzeit immer noch deutlich unterrepräsentiert sind und dass selbst dann, wenn eine hinreichende Anzahl an Frauen einbezogen wurde, nur selten eine geschlechtsdifferenzierte Erfassung und Analyse der Daten erfolgte.<sup>5</sup> Wie wichtig eine geschlechtsdifferenzierte Analyse ist, belegt jedoch beispielsweise eine Retrospektive älterer Studiendaten, die zeigte, dass Digoxin zur Behandlung von Herzinsuffizienz lediglich bei Männern signifikante positive Effekte hat, während bei Frauen sogar die Sterblichkeit gegenüber der Placebogruppe signifikant anstieg (Rathore, Wang und Krummholz, 2002).<sup>6</sup> Dieser dramatische Befund war in der ursprünglichen Untersuchung nicht aufgefallen, da die Daten hier nicht geschlechtsdifferenziert ausgewertet worden waren.

In den USA ist hinsichtlich der Einbeziehung von Frauen sowie teilweise in Bezug auf eine geschlechtsdifferenzierte Datenerhebung und -auswertung in den letzten Jahren eine Verbesserung zu beobachten, die auf eine Veränderung der entsprechenden Richtlinien der Zulassungsbehörden im Jahre 1993 zurückzuführen ist. Auch hier ist jedoch immer noch festzustellen, dass selbst dann, wenn geschlechtsbezogene Unterschiede gefunden wurden, diese kaum Eingang in die Produktinformation gefunden haben.

Zusätzlich ist als Problem festzustellen, dass es für die meisten Arzneimittel keine Erkenntnisse über Auswirkungen auf einen Embryo bzw. Fetus gibt, so dass bei auftretenden schwerwiegenden Erkrankungen einer Schwangeren keine Arzneimittel zur

<sup>3</sup> Der Inhalt dieses Kapitels fußt in wesentlichen Teilen auf den Ergebnissen der in Kooperation mit der Enquete-Kommission durchgeführten Veranstaltung der KKS Düsseldorf am 23. Mai 2003 (siehe Anhang, Kapitel 6.6).

<sup>4</sup> Siehe hierzu insbesondere den Vortrag von Frau Prof. Arendt am 23. Mai 2003.

<sup>5</sup> Siehe hierzu insbesondere den Vortrag von A. Deimling und S. Emeklibas am 23. Mai 2003.

<sup>6</sup> zitiert in dem Vortrag von Frau Prof. Thürmann auf der Veranstaltung am 23. Mai 2003



Verfügung stehen, deren Unbedenklichkeit gesichert ist. Dies kann dann zur Folge haben, dass entweder auf notwendige therapeutische Maßnahmen verzichtet wird, oder dass es im anderen Extrem zu unkontrollierter Selbstmedikation kommt. Es ist sogar nicht auszuschließen, dass die Angst vor aufgetretenen Fruchtschädigungen durch Arzneimitteleinnahme zwischen Empfängnis und Feststellung der Schwangerschaft in einzelnen Fällen ausschlaggebend für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ist.

#### 4.1.1.3 Handlungsfelder

Als ein wesentliches Ergebnis der Arbeit der Enquetekommission kann festgehalten werden, dass klinische Studien zur Erprobung neuer Arzneimittel grundsätzlich immer geschlechtsdifferenziert durchgeführt werden sollten, wobei der Anteil der Frauen an den StudienteilnehmerInnen in etwa dem Anteil der Frauen an der Zielgruppe der zukünftigen PatientInnen entsprechen sollte. Hierfür muss einerseits das Bewusstsein bei den Auftraggebern (Industrie, Gesellschaften und Politik) für die Notwendigkeit eines geschlechtsdifferenzierten Vorgehens geschärft und andererseits das Vorliegen geschlechtsdifferenzierter Daten verbindlich als Voraussetzung für die Zulassung eines Arzneimittels festgeschrieben werden. Darüber hinaus sollten ggf. auch innerhalb der Geschlechter Untergruppen bei der Datenauswertung gebildet werden, z.B. um altersbedingte Unterschiede zu identifizieren.

Die Enquetekommission begrüßt daher ausdrücklich, dass der Deutsche Bundestag bei der Novellierung des Arzneimittelgesetzes 2004 die Untersuchung der unterschiedlichen Wirkungsweise von Arzneimitteln bei Frauen und Männern zur Genehmigungsvoraussetzung im Zulassungsverfahren für Arzneimittel gemacht hat<sup>7</sup>. Hinsichtlich der Bedenken gegenüber einer während einer Studie eintretenden Schwangerschaft ist anzumerken, dass hier aus juristischer Sicht kein grundsätzlicher Unterschied gegenüber der Einbeziehung von zeugungsfähigen Männern besteht. Es sollte daher möglich sein, die hierfür vorhandenen Verpflichtungserklärungen zur Empfängnisverhütung sowie die entsprechenden Versicherungs- und Haftungsregelungen auch auf Frauen zu übertragen. Darüber hinaus könnten ggf. auch einzelne Teile der Phase I-Studien bei Frauen auf einen späteren Zeitpunkt der klinischen Studie verschoben werden, sofern die vor geschalteten tierexperimentellen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind oder es hier Hinweise auf eine mögliche Embryotoxizität gegeben hat.

Um mehr Frauen für klinische Studien zu gewinnen, ist es weiter notwendig, die Strategien der Ansprache und Motivation von Teilnehmerinnen sowie auch die organisatorischen Rahmenbedingungen der Studien selbst besser auf die Anforderungen von Frauen abzustimmen.

Hinsichtlich der Einbeziehung von Schwangeren in klinischen Studien spricht sich die Enquetekommission gegen eine offensive Einbeziehung aus, empfiehlt aber, die durch Anwendung bei Schwangeren gewonnenen Daten zukünftig systematischer zu erfassen, z.B. durch eine verstärkte Nutzung des ENTIS- (European Network of Teratology Information Services) Registers.

---

<sup>7</sup> Da die Beratungen der Enquetekommission zu diesem Thema schon Anfang 2004 abgeschlossen waren, konnten ihre Ergebnisse bereits in das Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene eingebracht und die entsprechenden Empfehlungen der Enquetekommission umgesetzt werden.

#### 4.1.1.4 Handlungsempfehlungen

Zur Verbesserung des Schutzes von Frauen vor Arzneimittelrisiken fordert die Enquetekommission daher die **Landesregierung** auf,

- auf nationaler und europäischer Ebene einen Dialog zwischen der auftraggebenden Industrie, den in der Arzneimittelforschung tätigen WissenschaftlerInnen, den für Gesundheit und Arzneimittelsicherheit zuständigen Behörden und den PatientInnen anzuregen und zu unterstützen, der einerseits das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Arzneimittelforschung verstärkt und andererseits zur Entwicklung einheitlicher Regelungen bei den Fragen führt, bei denen heute noch Unsicherheiten bei AuftraggeberIn, ForscherInnen und PatientInnen bestehen, die einer angemessenen Einbeziehung von Frauen in Studien entgegenstehen. Als einen ersten Schritt hierzu empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung, in Kooperation mit den zuständigen Fachgesellschaften und den in NRW ansässigen Koordinierungsstellen für klinische Studien eine Befragung der Pharmaindustrie zur Einbeziehung von Frauen in die von ihr in Auftrag gegebenen Studien durchzuführen.
- eine wissenschaftliche Untersuchung der derzeitigen Rekrutierungspraxis von StudienteilnehmerInnen mit dem Ziel in Auftrag zu geben, aus den Ergebnissen Vorschläge für Veränderungen im Sinne einer frauengerechteren Ansprache zu entwickeln, die auch Eingang in die Ausbildungsinhalte der PrüfärztInnenausbildung finden sollten.

Die Enquetekommission fordert die **Landesregierung** darüber hinaus auf, sich in ihrem unmittelbaren Zuständigkeitsbereich sowie auf Bundes- und EU-Ebene dafür einzusetzen, dass

- Forschungsprojekte sowohl im Bereich der biomedizinischen Grundlagenforschung als auch in der anwendungsorientierten Arzneimittelforschung nur noch dann mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, wenn der Aspekt möglicher Geschlechterunterschiede bei Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchungen hinreichend berücksichtigt ist (siehe auch Kapitel 3.3),
- der Aspekt möglicher Geschlechterunterschiede bei der Wirkung von Arzneimitteln verpflichtender Inhalt von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen im medizinisch/therapeutischen Bereich, und insbesondere bei der Ausbildung von PrüfärztInnen wird (siehe auch Kapitel 3.4).

Die Enquetekommission fordert die **Unternehmen der pharmazeutischen Industrie** sowie die im Auftrag der Industrie tätigen Forschungseinrichtungen auf, den Aspekt möglicher Geschlechterunterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln grundsätzlich bei allen Vorhaben zur Erforschung und Entwicklung von Arzneimitteln bei Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchungen zu berücksichtigen.

Die Enquetekommission fordert den **Verband der forschenden Arzneimittelunternehmen (VfA)** auf,

- sich für die Entwicklung entsprechender Qualitätsstandards für die forschende Arzneimittelindustrie einzusetzen sowie

- entsprechende Fortbildungsangebote für die MitarbeiterInnen der im VfA organisierten Unternehmen zu entwickeln und anzubieten.

Die Enquetekommission fordert die zuständigen Gremien der **Ärzte- und Apothekerschaft** auf,

- bei einer Überarbeitung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen und -inhalte die Aspekte einer frauengerechten Pharmakotherapie adäquat einzubringen und festzuschreiben (siehe auch Kapitel 3.4),
- dafür zu werben, dass Feststellungen über Geschlechterunterschiede bei der Wirkung von Arzneimitteln verstärkt und systematisiert gemeldet, gesammelt und ausgewertet werden und
- dafür zu werben, dass Feststellungen über die Wirkung von Arzneimitteln bei Schwangeren verstärkt und systematisiert gemeldet, gesammelt und ausgewertet werden, z.B. durch eine verstärkte Nutzung des European Network of Teratology Information Services (ENTIS)–Registers.

## **4.1.2 Frauen und psychotrope Medikamente**

### **4.1.2.1 Was sind psychotrope Medikamente?**

Als psychotrope Medikamente werden Arzneimittel bezeichnet, die das psychische Befinden verändern, also entweder anregend, stimulierend oder aber beruhigend, dämpfend wirken. Als wichtigste sind zu nennen:

- Schlafmittel (Hypnotika) und starke Beruhigungsmittel (Sedativa),
- Psychopharmaka: Beruhigungsmittel (Tranquillantien), Antidepressiva, Neuroleptika,
- Psychostimulantien des Amphetamin-Typs,
- Schmerzmittel (Analgetika), insbesondere Kombinationspräparate mit anregenden Substanzen,
- Appetitzügler aus der Gruppe der Amphetamine und Ephedrine und
- Antiallergika mit sedierender Wirkung.

### **4.1.2.2 Häufigkeit und Risiken der Einnahme psychotroper Medikamente**

Die in Deutschland erhobenen Daten zu Verordnung und Einnahme von psychotropen Medikamenten stammen aus repräsentativen Erhebungen, Krankenkassendaten und Verkaufszahlenanalysen der Pharmaindustrie. Obwohl jede einzelne dieser Quellen fehlerbehaftet ist, ergeben die Daten doch insgesamt ein Mosaik, das folgende Aussagen erlaubt:

- Etwa 20 % aller Frauen (gegenüber 12 % der Männer) konsumieren mindestens einmal pro Woche ein Medikament mit psychotroper Wirkung (Kraus und Bauernfeind, 1998).
- Jede zweite Frau nimmt zeitweise ein Schmerzmittel, etwa 2 % der Frauen täglich (BmFSFJ, 2001; Vogt und Krah, 2000).
- Die Verschreibung und der Konsum psychotroper Medikamente steigen ab dem 50. Lebensjahr beträchtlich an: 50-jährigen Frauen werden z.B. doppelt so häufig Neuroleptika verordnet wie zehn Jahre jüngeren Frauen (Krock, 2002).
- Die meisten Langzeitverordnungen benzodiazepinhaltiger Schlaf- und Beruhigungsmittel gehen an Frauen über 55 Jahre. Ca. 5 % aller Frauen zwischen 50 und 80 Jahren erhalten kontinuierlich benzodiazepinhaltige Medikamente (Ferber et al., 1996).
- Zahlreiche Verschreibungen psychotroper Medikamente, insbesondere von Antidepressiva, basieren auf einer falschen Indikation. Etwa ein Drittel aller Verschreibungen von Antidepressiva erfolgt nicht bei Vorliegen einer depressiven Erkrankung, sondern bei Spannungszuständen, Angst, Trauer, prämenstruellen Verstimmungen und Klimakteriumsbeschwerden (Glaeske, 2003).
- Medikamentenverschreibungen werden in hohem Maße durch die soziale Schicht der Frau determiniert: Frauen unterer sozialer Schichten mit geringem Bildungs-

niveau sind besonders gefährdet, psychotrope Medikamente verordnet zu bekommen (Franke et al., 2001).

Psychotrope Medikamente werden sowohl rezeptpflichtig als auch frei verkäuflich angeboten. Je nach Substanzgruppe ist der Anteil der ohne Rezept konsumierten Mittel unterschiedlich – am höchsten bei den nichtopiathaltigen Schmerzmitteln und den Appetitzüglern.

Aufgrund ihrer stimmungsverändernden Wirkung bergen psychotrope Medikamente ein hohes Abhängigkeitspotenzial:

- Bei morphin- bzw. opiathaltigen Analgetika, benzodiazepinhaltigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln und bei Benzodiazepinderivate enthaltenden Tranquilizern ist dieses als sehr hoch zu bewerten. Es tritt bereits nach zwei bis vier Wochen ein und ist auch ohne Dosissteigerung gegeben.
- Die nichtbenzodiazepinhaltigen Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen wie Zolpidem und Zopiclon sollen nur ein geringes Abhängigkeitsrisiko aufweisen, doch mehren sich Berichte über schwerwiegende zentrale Nebenwirkungen wie Amnesien, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisverluste und psychotische Reaktionen (Glaeske, 2003).
- Amphetamin- und ephedrinhaltige Psychostimulantien und Appetitzügler machen weniger körperlich als psychisch abhängig; ihrem Absetzen folgt in der Regel eine depressive Verstimmung.
- Bei Antidepressiva wird nicht angenommen, dass sie zu einer substanzbedingten Abhängigkeit führen, aber auch bei ihnen kann es nach Absetzen zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Form von Schlaflosigkeit, Übelkeit, grippeähnlichen Symptomen, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Durchfall und sexuellen Funktionsstörungen kommen. Diese Symptome führen dann häufig dazu, dass die Medikamente über einen indizierten Zeitraum hinaus weitergenommen werden.
- Bei nichtopiathaltigen Schmerzmitteln besteht ein hohes Risiko der Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Die nach Absetzen auftretenden Entzugserscheinungen werden fälschlicherweise als Fortbestehen des ursprünglichen Schmerzes interpretiert und entsprechend des Verhaltensmusters „Mehr-vom-Gleichen“ mit Medikamenteneinnahme beantwortet.

Es muss davon ausgegangen werden, dass Medikamentenabusus und -abhängigkeit von Frauen auch durch ärztliche Verschreibungen gebahnt werden. Etwa 20 % aller Frauen in Deutschland werden Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial verschrieben. Etwa zwei Drittel aller Verschreibungen abhängigkeitsfördernder Medikamente gehen an Frauen. Mindestens ein Drittel der Verschreibungen erfolgt nicht zur Behandlung akuter medizinischer Probleme, sondern zur langfristigen Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen (Glaeske, 1999; Glaeske, Günther und Keller, 1997).

Eine besonders gefährdete Gruppe sind Frauen über 60 Jahren; verschiedenen Erhebungen zufolge sind mehr als ein Viertel der Frauen in dieser Gruppe abhängig oder deutlich abhängigkeitsgefährdet, insbesondere von Benzodiazepinen (Glaeske, 1999; Meier et al., 1995; Remien, 1994).

Ein weiteres erhebliches Gesundheitsrisiko besteht aufgrund der muskelrelaxierenden Wirkung und von Hang-over-Effekten<sup>8</sup> wie Benommenheit, Schwindel, Sehstörungen von Beruhigungsmitteln und Schlafmitteln in der erhöhten Unfall- und Sturzgefahr. Da sich die fettlöslichen Benzodiazepine im Gewebe von Frauen besonders gut anreichern und dort gespeichert werden, kann davon ausgegangen werden, dass die als normal angegebene Erwachsenenendosis für Frauen – insbesondere für ältere – grundsätzlich zu hoch ist. Erhebliche die Wahrnehmung und Motorik einschränkende Nebenwirkungen bestehen auch bei Neuroleptika und Antidepressiva; die Erhöhung des Sturzrisikos durch diese Medikamentengruppen wird mit Werten zwischen 80 und 100 % beziffert (Krock, 2002).

#### **4.1.2.3 Handlungsfelder im Umgang mit psychotropen Medikamenten**

Die Enquetekommission sieht Handlungsbedarf zur Veränderung des riskanten Konsums psychotroper Medikamente prioritär in folgenden Bereichen:

##### **4.1.2.3.1 Prävention**

Das Einnehmen von Medikamenten als Coping-Strategie<sup>9</sup> bei Beschwerden aller Art entwickelt sich bei Mädchen nach der Menarche. Die Einnahme von Medikamenten als Schmerzmanagement wird Schülerinnen sowohl durch ihre Mütter (z.T. via Modelllernen) als auch durch die Bezugsgruppe der Gleichaltrigen und natürlich auch durch ÄrztInnen vermittelt. Um der Entstehung dieser Verhaltensmuster entgegen zu wirken sind daher vor allem entsprechende Informations- und Lernangebote in der Schule und außerschulische Angebote zum Umgang mit Schmerz und zur Sensibilisierung für Körperempfindungen notwendig.

Ausgehend von dem deutlich höherem Konsum psychotroper Medikamente in sozial benachteiligten Schichten müssen darüber hinaus gezielt Beratungsangebote für diese Frauen, insbesondere die Nichtberufstätigen entwickelt und verbreitet werden. Dabei sind vor allem aufsuchende Angebote sinnvoll, die Risikogruppen möglichst frühzeitig in ihrem sozialen Umfeld erreichen.

##### **4.1.2.3.2 Änderung des Verschreibungsverhaltens von ÄrztInnen**

Wie bereits in Kapitel 3 ausgeführt, werden Frauen oftmals insbesondere psychotrope Medikamente zur Behandlung von Beschwerden verordnet, deren eigentliche Ursache in einem anderen Bereich liegt. Hier sind deshalb grundsätzliche Veränderungen der Verschreibungspraxis auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme des bisherigen Konsumverhaltens der Patientinnen notwendig, um durchgreifende Änderungen erzielen zu können. Hierfür werden jedoch restriktive Maßnahmen – z.B. massive Beschränkungen der entsprechenden Budgets oder starke Kontrollen durch die Krankenkassen oder KV – von der Enquetekommission für wenig hilfreich gehalten. Sie werden sowohl von den Verschreibenden als auch von den Patientinnen, die Medikamente wollen und einen Anspruch auf diese erheben, als Beschrän-

<sup>8</sup> Als Hang-over-Effekt werden unangenehme Nachwirkungen von Arzneimitteln insbesondere von Schlafmitteln bezeichnet.

<sup>9</sup> Unter Coping-Strategie versteht man jeden – sowohl adäquaten als auch inadäquaten – Versuch der Bewältigung eines Problems.

kung erlebt und fordern strategisches „Dennoch-Verhalten“ heraus. Notwendig sind dagegen Maßnahmen, die auf eine andere Ethik des Informations- und Verschreibungsverhaltens zielen. ÄrztInnen müssen ihren Anteil an der Entstehung von negativen Konsequenzen des Konsums psychotroper Medikation bis hin zur Medikamentenabhängigkeit erkennen und lernen, mit Konsumentinnengruppen mit besonderen Bedürfnissen und Ansprüchen angemessener umzugehen. Hierzu gehören insbesondere Frauen unterer sozialer Schichten, alte Frauen, Frauen mit psychosomatischen Beschwerdebildern und Patientinnen, die (teilweise auch schon bei geringfügigen Beschwerden) mehrere ÄrztInnen parallel aufsuchen („doctor shoppers“/„doctor hoppers“).

Auf der anderen Seite sollten ÄrztInnen die betroffenen Frauen verstärkt auf alternative Behandlungsmethoden und die positiven Wirkungen von Bewegungsangeboten usw. hinweisen und ihnen ggf. einen entsprechenden Zugang vermitteln.

Da die Mehrzahl aller psychotropen Medikamente von HausärztInnen verschrieben wird, ist eine diesbezügliche Weiter- und Fortbildung dieser Gruppe notwendig. Dies umso mehr, als deren Funktion in dem am 14.11.2003 vom Bundestag verabschiedeten **GKV-Modernisierungsgesetz – GMG** deutlich gestärkt wurde.

#### **4.1.2.3.3 Information, Öffentlichkeitsarbeit und Werbung**

Die Pharmawerbung ist – bezogen auf unerwünschte Nebenwirkungen – vielfach grob verharmlosend und stellt oft eine einseitige und von Verkaufsinteressen geleitete Information für ÄrztInnen und Patientinnen dar. Die Enquetekommission fordert daher ein Werbeverbot für alle frei verkäuflichen stimmungsverändernden Medikamente. Außerdem sind die Werberichtlinien für alle sonstigen psychotropen Medikamente inklusive Schmerzmittel, Appetithemmer, Laxantien und Diuretika deutlich zu verschärfen; die Werbeaussagen müssen strikt auf den eigentlichen Indikationszweck begrenzt sein, stimmungsverändernde und Life-style-Indikationen dürfen nicht erwähnt werden.

Verstärkt werden muss dagegen nach Ansicht der Enquetekommission die unabhängige qualitätsgesicherte Information über Arzneimittel sowohl für die Behandelnden als auch für die PatientInnen. Positive Beispiele sind hier die Angebote des Arzneimitteltelegramms, der Stiftung Warentest, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen oder der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Insbesondere das Internet bietet nach Ansicht der Enquetekommission hierfür viele neue Möglichkeiten. Dabei könnte das Gesundheitsportal NRW ([www.gesundheit.nrw.de/](http://www.gesundheit.nrw.de/)) ein Anknüpfungspunkt für patientInnenorientierte Medikamenteninformation sein. Auch die vorhandene Infrastruktur der Verbraucherzentralen NRW sollte verstärkt für solche Informationsangebote genutzt werden. Wichtige AkteurInnen im Bereich der PatientInneninformation über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln sind darüber hinaus auch die ApothekerInnen und ihre Verbände.

#### **4.1.2.3.4 Behandlung von Frauen mit Medikamentenabusus und -abhängigkeit**

Trotz einer insgesamt größeren Diversifizierung in der Suchtkrankenversorgung orientieren sich viele Konzepte für die Diagnose und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen weiterhin am Bild des männlichen Alkoholikers, d.h. an der epidemiol-

gisch größten Gruppe von Abhängigen. Den teilweise vollständig anderen Erfordernissen medikamentenabhängiger Frauen werden sie damit oft nur unzureichend gerecht:

Da fast alle medikamentenabhängigen Frauen aufgrund von verschriebenen Medikamenten süchtig geworden sind, fehlt ihnen meistens eine Einsicht in die Abhängigkeit; sie benötigen ein therapeutisches Angebot, das ihnen hilft, diese Einsicht zu erreichen. Notwendig sind hier psychosomatische Kliniken, die ein entsprechendes suchttherapeutisches Angebot (Entzug/Entwöhnung) bereithalten können. Die derzeit bestehende Trennung sowohl hinsichtlich der Sektoren als auch bei den Kostenträgern für die Bereiche Entzug, Entwöhnung und Therapie ist hier kontraproduktiv.

Darüber hinaus muss der Zugang medikamentenabhängiger Frauen zu ambulanter Psychotherapie erleichtert werden. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Frauen selbst eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht ziehen, müssen auch hier entsprechende Angebote offensiv an sie herangetragen werden (wenn nicht von ihren ÄrztInnen, dann von Kassen, medizinischen Diensten der Kassen, BfA, LVA).

Die Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung bieten derzeit weitgehend kein geeignetes therapeutisches Umfeld für medikamentenabhängige Frauen. Hier gilt es sowohl durch die Rahmenbedingungen (Mutter-Kind-Behandlungen) als auch durch das therapeutische Setting die Behandlungsmöglichkeiten zu optimieren. Außerdem sollten hierbei auch alternative Heilmethoden (z.B. Akupunktur) stärker als bisher berücksichtigt werden.



#### 4.1.2.4 Handlungsempfehlungen

Um die notwendigen Rahmenbedingungen für entsprechende Verbesserungen im Umgang mit psychotropen Medikamenten zu schaffen, fordert die Enquetekommission daher die **Landesregierung** auf,

- sich auf Bundes- und EU-Ebene für eine Verschärfung der Richtlinien zur Werbung für Medikamente einzusetzen,
- darauf hinzuwirken, dass für abhängigkeitsfördernde Schmerz- und Abführmittel und andere Arzneimittel mit abhängigkeitsförderndem Potenzial nicht mehr im öffentlichen Raum (z.B. auf den Tickethüllen der Deutschen Bahn) geworben wird,
- unabhängige Information über Arzneimittel zu fördern, z.B. über die Arbeit der Verbraucherberatungsstellen selbst und auch z.B. darüber, dass die Informationen der Stiftung Warentest über Medikamente über das Gesundheitsportal NRW kostenlos zugänglich sind,
- das Thema des Medikamentenmissbrauchs verbindlich in den Lehrplänen aller weiterführenden Schulen zu verankern,
- sich auf der Bundesebene dafür einzusetzen, dass alternative Behandlungsmethoden für Medikamentenabhängigkeit verstärkt in den Leistungskatalog der (gesetzlichen) Krankenkassen aufgenommen werden und
- darauf hinzuwirken, dass die Servicestellen der Träger von Rehabilitationsmaßnahmen und die Patientenberatungsstellen verstärkt geschlechtersensibles Informationsmaterial erarbeiten und zur Verfügung stellen.

Zur Verbesserung der Information und Beratung fordert die Enquetekommission die **Bundesärztekammer** und die jeweiligen **Landesärztekammern** – hier die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe – auf

- die Problematik der Medikamentenabhängigkeit von Frauen, insbesondere der Low-dose-Abhängigkeit<sup>10</sup> in die Curricula der ärztlichen Weiterbildung aufzunehmen,
- die unabhängige Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bekannter und zugänglicher zu machen und
- die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mit einer Publikation zu dem Problem der Low-dose-Abhängigkeit und dem diesbezüglichen Verschreibungsverhalten zu betrauen.

Die Enquetekommission fordert die **Krankenkassen** auf,

- verstärkt frauen- und Mädchenspezifische Präventionsangebote zu unterstützen, insbesondere solche, die als aufsuchende Angebote auf Frauen und Mädchen aus sozial benachteiligten Gruppen ausgerichtet sind und

---

<sup>10</sup> Low-dose-Abhängigkeit kennzeichnet eine Abhängigkeit ohne Dosissteigerung. Häufig werden Medikamente zur Behandlung von Befindlichkeitsstörungen über lange Zeiträume hin verordnet oder aber in eigener Regie weiter eingenommen. Bei geringer Dosierung entsteht unbemerkt innerhalb weniger Wochen psychische und physische Abhängigkeit.

- durch entsprechende Schulung der GutachterInnen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der für Genehmigungen zuständigen MitarbeiterInnen sicherzustellen, dass diese Problematik bei Frauen nicht nur erkannt und als behandlungsbedürftig eingestuft wird, sondern angemessene Therapien auch befürwortet und genehmigt werden.

Die Enquetekommission fordert die **Apothekerkammern** auf,

- die Problematik der Medikamentenabhängigkeit von Frauen in ihren Gremien und im Rahmen ihrer Fortbildungs-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu thematisieren.

### 4.1.3 Hormontherapie

#### 4.1.3.1 Hormontherapie in den Wechseljahren

Als Wechseljahre wird die Lebensphase von Frauen bezeichnet, in der ihre Fortpflanzungsfähigkeit endet; Wechseljahre sind keine Krankheit. Kulturvergleichende Studien zeigen, dass dieser Lebensabschnitt für viele Frauen eine wichtige Umbruchphase in ihrem Leben darstellt – und dies keinesfalls nur mit negativen<sup>11</sup>, sondern durchaus auch mit erheblichen positiven Konsequenzen.

Im medizinischen Umgang mit den Wechseljahren dominiert in Deutschland ein Modell, das die hormonellen Veränderungen in den Vordergrund rückt und das Absinken des Östrogen- und Gestagenspiegels als Mangel definiert, dem durch eine zusätzliche Gabe von Hormonen begegnet werden soll. Diesem Denkmodell folgend sind Hormone<sup>12</sup> die in Deutschland am häufigsten verordneten Arzneimittel für Frauen zwischen 50 und 59 Jahren. Ihre Verordnung verzehnfachte sich in Deutschland von 1987–95 von etwa 100 Mio. so genannten definierten Tagesdosen auf etwa 1 Mrd. Tagesdosen (siehe Abbildung 4.1-1), wobei der Verordnungszeitraum denjenigen in anderen westlichen Industrieländern deutlich übersteigt (Greiser, 2003). Seit einigen Jahren gehen nun die Verordnungszahlen für Hormone in Deutschland wieder leicht zurück, jedoch nicht in demselben Ausmaß wie in anderen Industrienationen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben den medizinischen Indikationen auch immer gesellschaftliche Entwicklungen und wirtschaftliche Interessen bei der Entwicklung der Verschreibungszahlen eine Rolle gespielt haben.

#### 4.1.3.2 Gesundheitsgefahren durch Hormontherapie

Bereits seit den 70er-Jahren gab es kritische Stimmen, die auf die Gefahren einer unnötigen Medikalisierung einer natürlichen Lebensphase von Frauen und die Risiken der Hormontherapie – bis hin zu einem erhöhten Krebsrisiko – aufmerksam machten (Boston Women's Health Book Collective, 1971; Cadura-Saf, 1981; Coronary Drug Project Research Group, 1973; Seaman und Seaman, 1977; für einen aktuellen Überblick der historischen Entwicklung: Mühlhauser, Kimmerle und Berger, 1995; Meyer und Mühlhauser, 2003). Diese fanden jedoch erst weitere Beachtung auch außerhalb der Frauengesundheitsbewegung, als die Risiken mit Hilfe von Studien auf einer breiten Datengrundlage belegt wurden.

---

<sup>11</sup> Das Spektrum der so genannten Wechseljahresbeschwerden enthält neben den als Leitsymptom betrachteten Hitzewallungen, die bei etwa zwei Drittel aller europäischen Frauen auftreten, weitere Symptome wie z.B. Schlaflosigkeit, Trockenheit von Vagina und Schleimhäuten usw.

<sup>12</sup> Bei den Hormonen, die zur Therapie von Wechseljahresbeschwerden verschrieben werden, handelt es sich vor allem um Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparate (ca. 700 Mio. Tagesdosen im Jahr 2001) sowie um Östrogen-Mono-Präparate (ca. 300 Mio. verschriebene Tagesdosen im Jahr 2001). Daneben kommen auch in geringen Mengen synthetische Hormone zum Einsatz, die sowohl gestagene als auch östrogene Wirkung haben (z.B. Tibolon).

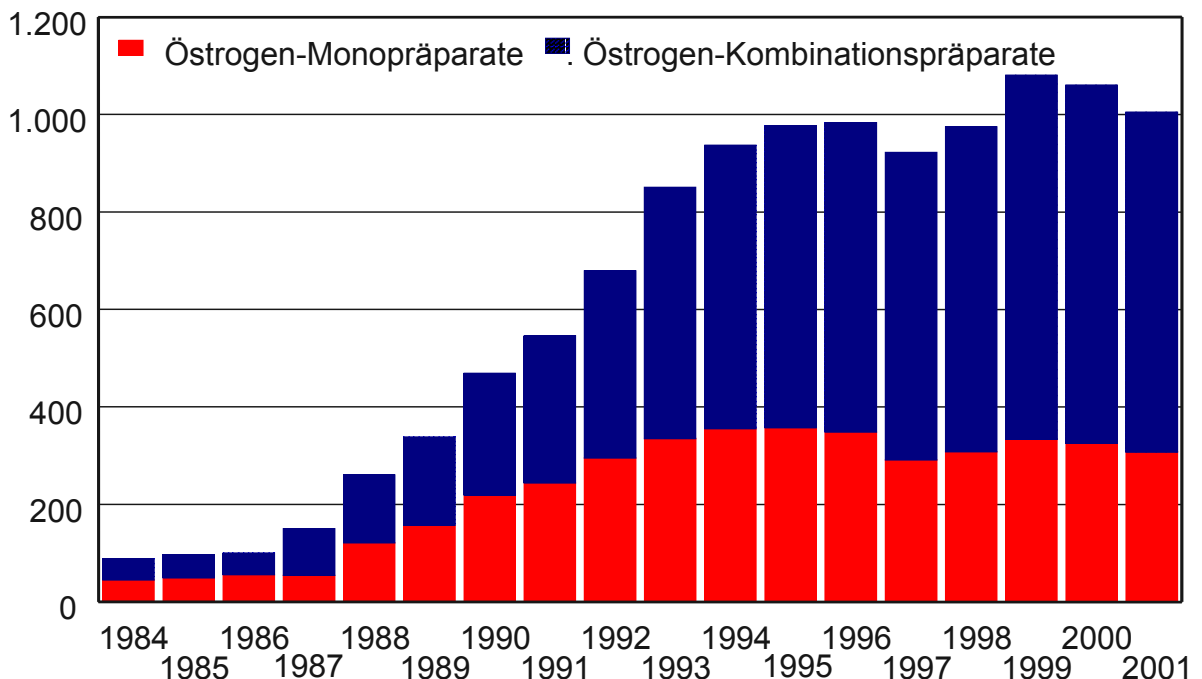
### 4.1.3.3 Ergebnisse internationaler Studien zu den Risiken der Hormontherapie

Der zu Anfang der 90er-Jahre beobachtbare Anstieg von Verschreibungen für Hormonersatzpräparate ist wesentlich auch darauf zurückzuführen, dass immer häufiger die Einnahme von Hormonpräparaten zur Prävention von Erkrankungen empfohlen wurde, die im höheren Alter vermehrt auftreten, wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Rückgang kognitiver Funktionen und Osteoporose. Einer wissenschaftlichen Überprüfung durch prospektive randomisierte klinische Studien wurde diese Annahme aber erst ab 1991 im Rahmen der Women's Health Initiative (WHI-)Studien unterzogen. In drei Studien-Armen sollte hier über einen festgesetzten Beobachtungsraum die präventive Wirksamkeit von

"Hormonersatztherapie" (Hormone Replacement Therapy, HRT) überprüft werden. In der WHI-Östrogen-plus-Progestin-Studie sollten gesunde Frauen ohne Hysterektomie, in der WHI-Östrogen-Studie gesunde Frauen mit Hysterektomie, und in der WHI-Gedächtnisstudie (WHI Memory Study/WHIMS) gesunde Frauen ab 65 Jahren, die als Untergruppe in beiden vorgenannten Studien vertreten waren, insgesamt über einen Zeitraum von achteinhalb Jahren beobachtet werden.

**Abbildung 4.1-1 Entwicklung der Verschreibungszahlen für Hormonpräparate in Deutschland**

Millionen  
Tagesdosen



Quelle: Schwabe/Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 1986-2002

Im Juli 2002 wurde die Östrogen-plus-Progestin-Studie vorzeitig gestoppt, weil die vor Studienbeginn festgelegte Risikoschwelle für Frauen, die die Hormone nahmen, überschritten wurde (Writing Group, 2002). Bei diesen Frauen wurden häufiger Herz-

anfälle, Brustkrebs und Thrombosen/Embolien beobachtet (siehe Tabelle 4.1-1) als in der Kontroll-(Placebo-) Gruppe. Obwohl in der Placebogruppe weniger Fälle von Knochenbrüchen und Darmkrebs auftraten, ist die absolute Größe dieses Vorteils (= weniger zu erwartende Fallzahlen) insgesamt niedriger im Vergleich zu dem absoluten Risiko der zusätzlich erwartbaren Erkrankungsfälle (= mehr zu erwartende Fallzahlen, siehe Tabelle).

Im Mai 2003 wurden Daten der WHIM-Studie veröffentlicht, die zeigten, dass Frauen, die älter als 65 sind und östrogen plus Progestin einnahmen ein doppelt so hohes Risiko für eine Demenzerkrankung haben, außerdem konnte keine Verringerung der Abnahme kognitiver Fähigkeiten beobachtet werden (siehe Tabelle 4.1-1) (Rapp et al., 2003).

**Tabelle 4.1-1**  
**Ergebnisse der WHI-östrogen-plus-Progestin- und WHIMS-Studien**

	Risiko/Nutzen	relatives Risiko/Veränderung	
Relatives Risiko	Herzinfarkt	1.29	+ 29 %
	Brustkrebs	1.26	+ 26 %
	Schlaganfall	1.41	+ 41 %
	Thrombose/Embolie	2.11	+ 111 %
	Demenz (über 65-Jährige)	2.05	+ 105 %
	Oberschenkelhalsbruch	0.66	- 33 %
	Darmkrebs	0.63	- 37 %
	Risiko/Nutzen	Veränderung pro Jahr (jeweils bezogen auf 10.000 Frauen)	
Absolutes Risiko	Herzinfarkt	7 Fälle mehr	
	Brustkrebs	8 Fälle mehr	
	Schlaganfall	8 Fälle mehr	
	Thrombose/Embolie	18 Fälle mehr	
	Demenz (über 65-Jährige)	23 Fälle mehr	
	Oberschenkelhalsbruch	5 Fälle weniger	
	Darmkrebs	6 Fälle weniger	

Quelle: National Institute on Aging: Menopause, One Woman's Story, Every Woman's Story. Companion 2003, <http://www.niapublications.org/pubs/menopause/menopauseupdate2003.pdf>, Stand: März 2004

Ebenfalls im Mai 2003 wurden Daten der WHI-Studie zur subjektiv empfundenen gesundheitlichen Lebensqualität (Schlaf, körperliches und psychisches Wohlbefinden, sexuelle Zufriedenheit, Vitalität) veröffentlicht, die zeigten, dass kein klinisch messbarer Unterschied zwischen Einnahme- und Placebogruppe existierte (Hays et al., 2003).

Am 1. März 2004 wurde die Studie, in der nur östrogen genommen wurde, ebenfalls vorzeitig beendet. Nach fast siebenjähriger Laufzeit konnte kein überzeugender protektiver Effekt nachgewiesen werden, dafür aber ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle, das dem Risiko bei der Einnahme von östrogen-plus-Progestin-Preparaten (siehe

Tabelle 4.1-1) entspricht. Dieses erhöhte Risiko für Schlaganfälle bei gleichzeitig nicht nachweisbaren protektiven Effekten in anderen Bereichen wurde als nicht akzeptabel für die Studienteilnehmerinnen bewertet (Women's Health Initiative, 2004).

Aufgrund der Daten der WHI-Studie hat die US-amerikanische Regulierungsbehörde für Medikamentenzulassungen (Food and Drug Administration) angeordnet, dass die Hersteller aller postmenopausalen Hormontherapien Warnhinweise (so genannte Black-box-Hinweise) auf die Verpackung setzen müssen, die u.a. besagen, dass diese Therapie nicht zur Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen eingesetzt werden darf und dass für alle anderen Präparate, die nicht in der WHI-Studie genommen wurden, von vergleichbaren Risiken auszugehen ist (Women's Health Initiative, 2004).

In den USA sind, nachdem in den WHI-Studien nachgewiesen wurde, dass die Risiken den präventiven Nutzen der HRT übersteigen, die Verschreibungen stark zurückgegangen. Allein in den Jahren 2002 und 2003 fielen die Verkaufszahlen für die in den WHI-Studien untersuchten Präparate jährlich um mehr als 30 %.

Für Europa wurden in Großbritannien im Rahmen einer großen Verlaufsstudie (Million Women Study) ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs für die Einnahme von Östrogen-plus-Progestin-Präparaten nachgewiesen, ebenso ein signifikanter Zusammenhang zwischen Dauer der Einnahme und der Höhe des Risikos (Million Women Study Collaborators, 2003).

In Deutschland lassen die vorliegenden Verordnungsdaten bis Ende 2003 jedoch bisher nicht erkennen, dass sich der langsame Rückgang der Verordnungszahlen seit der Veröffentlichung der Ergebnisse beschleunigt hätte. So gingen die Verordnungszahlen beispielsweise im Zuständigkeitsbereich der beiden Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen sowohl im Jahr vor der Veröffentlichung (Juli 2001 bis Juni 2002) als auch im Jahr danach (Juli 2002 bis Juni 2003) gleichermaßen um jeweils lediglich etwa 5 % zurück. Dabei liegt ein wesentlicher Grund für das Ausbleiben von Veränderungen insbesondere darin, dass es neben den Stellungnahmen und Empfehlungen vieler Verbände und Einrichtungen für einen (kontrollierten) Ausstieg aus der Hormontherapie von Wechseljahrsbeschwerden auch Stimmen gab und immer noch gibt, die die Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf Deutschland in Frage stellen. Inwieweit diese Kritik, die sich einerseits auf die Systematik und Stichprobenauswahl der internationalen Studien und andererseits auf die teilweise unterschiedliche Zusammensetzung der im Ausland und in Deutschland verschriebenen Hormonpräparate bezog, auch interessengeleitet war, lässt sich nur vermuten.

Die Enquetekommission hat daher zwei Gutachten in Auftrag gegeben, die sich einerseits mit der Datenlage in Deutschland sowie der Frage der Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse (Greiser, 2003) und andererseits mit kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Umgang mit den Wechseljahren sowie mit möglichen Alternativen (Stolzenberg und Sachse, 2003) beschäftigen sollten.

#### **4.1.3.3.1 Gesundheitsrisiken für Frauen in Deutschland und NRW**

Im Rahmen seines Gutachtens widerlegte Prof. Dr. Greiser vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin die Argumente, die gegen eine Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse vorgebracht wurden. So werden zwar in den

USA Hormonpräparate mit anderer Zusammensetzung als in Deutschland verschrieben. Die im Verlauf der Gutachtererstellung veröffentlichte britische „Millionen-Frauen-Studie“, in der beide Arten von Präparaten untersucht wurden, zeigt jedoch eindeutig, dass sich die in Deutschland gebräuchlichen Präparate hinsichtlich der Gefahren nicht signifikant von in den USA gebräuchlichen unterscheiden. Außerdem widerlegt Greiser in seinem Gutachten ebenfalls den vor allem von der deutschen Menopause-Gesellschaft vorgetragenen Einwand, dass die Frauen der US-amerikanischen Studienpopulation durch entsprechende Vorerkrankungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren ein höheres Erkrankungsrisiko als die (durchschnittlichen) deutschen Hormonanwenderinnen hätten. Seine Analyse anhand aktueller Daten zeigt vielmehr im Gegenteil, dass die deutschen Frauen ein deutlich ungünstigeres Risikoprofil in Bezug auf Bluthochdruck aufweisen als die Teilnehmerinnen der WHI-Studie. Würde man ein ungünstiges kardiovaskuläres Risikofaktorenprofil als Kontraindikation für eine postmenopausale Hormontherapie ansehen, wäre eine solche Kontraindikation demnach bei mehr als 70 % der deutschen Frauen gegeben.

Darüber hinaus entwickelte Prof. Greiser aus den Daten der „Millionen-Frauen-Studie“ und einem Vergleich von Verschreibungshäufigkeiten und -dauern eine Prognose für die Verhältnisse in Deutschland.<sup>13</sup> Danach wäre bei einer Fortschreibung des aktuellen Verordnungs- und Konsumverhaltens innerhalb der nächsten zehn Jahre mit mehr als 120.000 (zusätzlichen) Erkrankungsfällen in Deutschland zu rechnen, die als Folge einer Hormontherapie auftreten. Dabei handelt es sich insbesondere um

- etwa 100.000 Frauen, die an Brustkrebs erkranken (von denen innerhalb von fünf Jahren ca. 27.000 Frauen versterben),
- etwa 20.000 Frauen, die an Gebärmutterkrebs erkranken (von denen innerhalb von fünf Jahren ca. 6.000 Frauen versterben) sowie
- etwa 6.000 Frauen, die an Eierstockkrebs erkranken (von denen innerhalb von fünf Jahren ca. 3.900 Frauen versterben).

Damit würden in diesem Szenario jeden Tag allein in NRW zwei Frauen an den Folgen der Hormonbehandlung sterben, das sind mehr als doppelt so viele wie täglich in NRW im Straßenverkehr ums Leben kommen.<sup>14</sup> Diese dramatischen Zahlen waren für die Mehrheit der Mitglieder der Enquetekommission der Anlass, von dem für Enquetekommissionen üblichen Verfahren der gebündelten Vorstellung aller Ergebnisse und Empfehlungen nach Abschluss der Kommissionsarbeit abzusehen und eine Initiative für einen gesonderten Beschluss des Landtags zu ergreifen. Den entsprechenden gemeinsamen Antrag der Fraktionen von SPD, CDU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 13/4744) hat der Landtag am 17. Dezember 2003 verabschiedet.

---

<sup>13</sup> Greisers ergänzende Berechnungen sind unter dem Titel „Basisinformationen zur Schätzung der Krebserkrankungen durch Wechseljahreshormone“ über die Homepage der Enquetekommission unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de) abrufbar.

<sup>14</sup> 2002 wurden in NRW 275 Frauen bei Straßenverkehrsunfällen getötet (Statistisches Jahrbuch NRW 2003, S. 456).

#### **4.1.3.4 Information und Öffentlichkeitsarbeit, gesellschaftlicher Umgang und Beratung – Handlungsfelder für eine Reduzierung der bestehenden Gesundheitsrisiken**

Strategien zur Senkung der Verschreibungszahlen müssen sowohl auf der Seite der „AnbieterInnen“ als auch auf der Seite der „Nachfragenden“ ansetzen. So gilt es einerseits, durch eine umfassende Information über die neuen Erkenntnisse sowohl die ÄrztInnen als auch die PatientInnen und deren Angehörige in die Lage zu versetzen, Nutzen und Risiken einer Hormontherapie objektiv gegeneinander abzuwägen. Andererseits müssen aber auch die Gründe hinterfragt werden, die Frauen heute dazu veranlassen, sich (ggf. auch unter bewusster Inkaufnahme von Gesundheitsrisiken) für eine Hormontherapie zu entscheiden.

#### **4.1.3.5 Für einen offenen und vertrauensvollen Dialog – Information von ÄrztInnen und PatientInnen verbessern**

Inzwischen sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Nichtwirksamkeit oder sogar Schädlichkeit der Hormontherapie bei den meisten der ursprünglichen Indikationen von der überwiegenden Mehrheit der Fachöffentlichkeit anerkannt und auch entsprechend angepasste Therapieempfehlungen vorgelegt worden.<sup>15</sup> Dennoch ist festzustellen, dass insbesondere im Internet noch Ende 2003 offensiv für Hormonpräparate zur Therapie von Wechseljahresbeschwerden geworben wurde, ohne dass auf die mangelnde Evidenz für die Wirksamkeit bei anderen vielen Indikationen oder die möglichen schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen hingewiesen wurde (z.B. auf den Seiten [www.wechseljahre-der-frau.net](http://www.wechseljahre-der-frau.net) der Firma Schering)<sup>16</sup>. Eine Untersuchung von 97 Internetseiten niedergelassener GynäkologInnen aus dem Oktober 2003 kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass nur auf 24 von diesen Seiten (25 %) auf die neuen Erkenntnisse eingegangen wird (Buksch, Deitermann und Kolip, 2003). In der Gesamtbewertung stellten die WissenschaftlerInnen lediglich in 9 % der Fälle eine ausgewogene Darstellung von Nutzen und Risiken der Hormontherapie fest, in 68 % der untersuchten Internetseiten jedoch eine einseitig befürwortende Position. Dabei wurden teilweise Informationsmaterialien der Pharmaindustrie unmittelbar in die Internet-Seiten integriert, teilweise wurde mit Links auf die Seiten der Industrie verwiesen. Inzwischen (Stand Juni 2004) sind einige dieser Seiten überarbeitet worden, es gibt jedoch immer noch Seiten wie die Wechseljahres-informationen unter [www.gynweb.de](http://www.gynweb.de)<sup>17</sup>, auf denen die Risiken falsch dargestellt werden.

Ein weiterer Bereich, in dem ebenfalls der Pharmaindustrie und ihren VertreterInnen eine besondere Verantwortung zukommt, ist die Information der ÄrztInnen durch direkte oder indirekte Produktinformationen der PharmareferentInnen. Sie stellen einerseits für viele ÄrztInnen eine wesentliche Informationsquelle dar und sind andererseits auch vielfach die Schnittstelle zur Weitergabe von Anwendungsbeobachtungen und Entwicklungen des Nachfrageverhaltens an die Industrie.

<sup>15</sup> Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vom August 2003 (inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie –Arbeitsgemeinschaft Hormontoxikologie, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.)

<sup>16</sup> Inzwischen (Stand Juni 2004) sind diese Seiten überarbeitet worden.

<sup>17</sup> Auf dieser Seite heißt es trotz der vorliegenden Erkenntnisse (siehe Tabelle 4.1-1) noch im Juni 2004: „Mittlerweile zeigen viele wissenschaftliche Untersuchungen übereinstimmend, dass eine Hormontherapie in den Wechseljahren das Risiko einen Herzinfarkt zu bekommen, um bis zu 50 % senken kann.“



Selbst bei medizinischen Fachzeitschriften, die eine wesentliche Quelle der Fortbildung für ÄrztInnen sind, ist festzustellen, dass Erkenntnisse, die der herrschenden Lehrmeinung widersprechen, oftmals unzureichend berücksichtigt werden. In Analysen von deutschsprachigen gynäkologischen Fachzeitschriften der Jahre 1997-2001 stellte z.B. Veronika Müller die deutliche Tendenz fest, dass eine Hormontherapie zur Osteoporoseprophylaxe und -therapie empfohlen wurde, während auf die Darstellung von Risiken zum Teil sogar ganz verzichtet wurde. Auch der fehlende Nachweis über einen Nutzen sowie der fehlende Nachweis der Unbedenklichkeit einer Langzeitbehandlung werden nicht thematisiert (Müller, 2002). Auch dieses Beispiel zeigt, dass es in Deutschland oftmals viel zu lange dauert, bis neue wissenschaftliche Erkenntnisse vom wissenschaftlichen Mainstream aufgenommen und als Lehrinhalte in Aus- und Weiterbildung integriert werden.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass viele GynäkologInnen vor Ort ihren Patientinnen auch deshalb nicht so offensiv zu einer Veränderung der bisherigen Therapie raten, wie dies wünschenswert wäre, da es auch ihre eigene bisherige Handlungsweise in Frage stellt und sie befürchten, Patientinnen zu verlieren. Dennoch ist es aus Sicht der Enquetekommission gerade zur Wahrung des notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin unumgänglich, die neuen Erkenntnisse offen anzusprechen und gemeinsam nach individuellen Lösungen zu suchen.

Um Patientinnen umfassend zu informieren, sind außerdem auch die Gesundheitsbehörden und die Medien gefordert, sachgerechte Detailinformationen zu verbreiten und möglichst viele Frauen in und vor den Wechseljahren zu erreichen. Besonderer Wert sollte dabei darauf gelegt werden, sozial Benachteiligte und Migrantinnen zu erreichen, z.B. in Kooperation mit Stadtteil- und Kulturprojekten. Da es hierfür besonders wichtig ist, speziell auf die Bedingungen vor Ort einzugehen, sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen am ehesten geeignet, angemessene Informationsstrategien mit breiten Kooperationsbündnissen zu organisieren. Denkbare Instrumente wären hier neben Informationsveranstaltungen vor Ort beispielsweise auch Beratungstelefone oder Menopausesprechstunden.

Die Enquetekommission begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die aktuelle Broschüre "Wechseljahre – was Frauen wissen sollten" der Verbraucherzentrale NRW.

Bei der Beratung zum Ausstieg muss jedoch in jedem Fall beachtet werden, dass eine langjährige Hormontherapie in der Regel nicht abrupt abgebrochen werden kann, sondern schleichend abgesetzt werden sollte. Hinsichtlich der beschriebenen Risiken ist davon auszugehen, dass die kardiovaskulären Risiken sich vermutlich relativ kurzfristig nach Absetzen der Hormone normalisieren, während die durch die Hormoneinnahme bestehenden Krebsrisiken sich zumindest sehr viel langsamer abbauen. Es ist deshalb besonders wichtig, den Patientinnen Hinweise zu geben, wie sie durch ihr Verhalten die weiter bestehenden Erkrankungsrisiken reduzieren können. Dazu gehören das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Vermeidung von Übergewicht, das Vermeiden der Aufnahme zusätzlicher Karzinogene wie sie z.B. im Zigarettenrauch, in bestimmten Herbiziden oder bestimmten Holzschutzmitteln vorkommen.

Neben einer umfassenden Aufklärung der Betroffenen hinsichtlich der Risiken von Hormonen ist dann auch das Aufzeigen von möglichen Alternativen zur Hormontherapie unabdingbar. Das Gutachten von Stolzenberg und Sachse bietet hier einen gu-

ten Überblick, weist jedoch auch darauf hin, dass diese jeweils individuell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der betroffenen Frau abzustimmen sind. Auch hierfür bedarf es eines vertrauensvollen Dialogs von Patientinnen und Behandelnden; darüber hinaus können hier aber auch Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen hilfreich sein.

Allgemein reduziert nach den Ausführungen von Stolzenberg und Sachse ein guter körperlicher Gesundheitszustand, regelmäßige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Wechseljahresbeschwerden. Bei der Ernährung in den Wechseljahren sollten Frauen demnach insbesondere auf Vitamin E und essentielle Fettsäuren achten. Hinsichtlich alternativer Behandlungsmethoden (Phytoöstrogene, Homöopathie, Balneotherapie, Akupunktur, Heilpflanzen usw.) ist festzustellen, dass hierzu bisher noch zu wenig wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse sowohl zu den positiven Wirkungen<sup>18</sup> als auch zu möglichen Nebenwirkungen vorliegen, um eine abschließende Bewertung vornehmen zu können. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Kosten für diese Behandlungen auch in der Regel nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

#### **4.1.3.6 Strategien zur Senkung der Hormongaben entwickeln: das Einnahmeverhalten ändern**

Das Spektrum der Begründungszusammenhänge für den Wunsch von Patientinnen, Hormone zu nehmen, ist sehr breit und reicht von körperlichen Beeinträchtigungen durch starke Wechseljahrsbeschwerden über das Gefühl, „sich Hitzewallungen im Beruf nicht leisten zu können“ bis hin zu einem generellen Jugendlichkeitsdenken und persönlichen Ängsten im Umgang mit dem Altern, wobei in allen Fällen ein Wechselspiel zwischen gesellschaftlichen Normen und Rollenbildern und der individuellen Persönlichkeitsausprägung festzustellen ist (Stolzenberg und Sachse, 2003).

Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Frauen und ihren Beschwerden haben eine ganze Reihe von Studien belegt. Die Massachusetts Women's Health Study (Avis und McKinlay 1991) konnte z.B. einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativen Einstellungen und der Stärke von Wechseljahresbeschwerden aufzeigen. Obwohl 70 % der Frauen unabhängig von ihrem Menopausestatus mit der Menopause Depression und Reizbarkeit verbanden, äußerte die Mehrheit persönliche Erleichterung oder neutrale Gefühle gegenüber dem Wechsel. Hier kommt eine Diskrepanz zwischen persönlichem Erleben und gesellschaftlichen Zuschreibungen zum Tragen (vgl. Stolzenberg und Sachse, 2003). Rosemeier und Schultz-Zehden fanden 1995 bei einer schriftlichen Befragung an 230 Frauen zwischen 45 und 55 Jahren, dass Frauen, die sich gesellschaftlich abgewertet fühlten, hochsignifikant häufiger psychischen Beschwerden äußerten als Frauen, die sich nicht abgewertet fühlten. Diese Ergebnisse deuten auf die Notwendigkeit, das gesellschaftliche Bild der älteren Frau zu verändern und die Einstellungen gegenüber den Wechseljahren zu verbessern. Die Bremer Erklärung „wechseljahre multidisziplinär“ (Februar 2003) fordert, dass die Aufwertung und Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen ins Zentrum zukünftiger Konzepte der Gesundheitsförderung gerückt werden muss. Aktivitäten müssen entwickelt werden, die in unserer Gesellschaft das Altern von Frauen sowie ihre Kompetenzen und Lebenserfahrungen wertschätzen.

---

<sup>18</sup> Einen ersten Nachweis für die Wirksamkeit eines Präparates aus der Traubensilberkerze liefert eine aktuelle Studie von Prof. Rüdiger Osmers aus Hildesheim (siehe Ärzte-Zeitung vom 14.1.2004).

#### 4.1.3.7 Handlungsempfehlungen

Der Landtag von NRW hat in seinem Beschluss vom 17.12.2003 an die Landesregierung und die Verantwortlichen im Gesundheitswesen in NRW die Erwartung gerichtet, Initiativen zur Reduzierung der bestehenden Gesundheitsrisiken zu ergreifen, in deren Zentrum eine verbesserte Aufklärung von Patientinnen und Ärzteschaft mit dem Ziel einer deutlichen Senkung der Verschreibungszahlen stehen sollte. Die in diesem Zusammenhang erhobenen Forderungen, Empfehlungen und Appelle werden im Folgenden von der Enquetekommission ausdrücklich unterstützt sowie um zusätzliche Punkte erweitert:

Die Enquetekommission fordert demnach zunächst alle Beteiligten in Politik, Gesellschaft und Gesundheitswesen grundsätzlich auf, aktiv auf einen weniger defizitorientierten und pathologisierenden Umgang mit den Wechseljahren hinzuwirken.

Im Einzelnen fordert die Enquetekommission insbesondere die **Landesregierung** auf,

- sich auf Bundesebene (weiter) dafür einzusetzen, dass eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Hormonsubstitution und zu alternativen Umgangsweisen mit Beschwerden beispielsweise über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wird,
- Wechseljahresprobleme und Probleme der Hormontherapie in die Aufklärungsaktionen des MGSFF aufzunehmen und hierzu insbesondere umfassende Internetinformationen im Rahmen des NRW-Gesundheitsportals bereitzustellen,
- gemeinsam mit den Verantwortlichen im Gesundheitswesen NRW eine Bestandsaufnahme über die Verschreibungshäufigkeit zu erarbeiten und auf ein Monitoring der Entwicklung in den kommenden Jahren hinzuwirken und
- die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Bereitstellung von Informationen zu unterstützen.

Darüber hinaus appelliert die Enquetekommission an

- die **Kreise und kreisfreien Städte** in NRW, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der öffentlichen Aufklärung zu beteiligen,
- die **Ärztikammern und Kassenärztlichen Vereinigungen** in NRW, den niedergelassenen und den KrankenhausärztInnen, besonders der Fachgebiete Gynäkologie und Allgemeinmedizin, über ihre Fortbildungsmedien weiterhin Informationen zu den internationalen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Umgang mit Hormontherapie anzubieten. Ein besonderes Augenmerk ist auf Frauen mit Langzeithormontherapien zu richten.
- die niedergelassenen **ÄrztInnen**, besonders des Fachgebietes Gynäkologie, ihre Beratungs- und Verschreibungspraxis kritisch zu überprüfen,
- die **Krankenkassen**, die bei ihnen versicherten und Rat suchenden Frauen umfassend nicht nur über den Nutzen, sondern besonders auch über die Risiken der Hormonbehandlung durch Flyer, Internetauftritte sowie Artikel in ihren hauseigenen Zeitschriften aufzuklären und sie darüber hinaus bei der Suche nach alterna-

tiven Behandlungsmethoden und mit ergänzenden Angeboten zur Bewegung, Ernährung usw. zu unterstützen,

- die medizinischen **Fachzeitschriften**, bei ihrer Berichterstattung auf mehr Ausgewogenheit zwischen Risiken und Vorteilen von Behandlungen zu achten und keine Risiken zu verschweigen und
- die **Pharmaunternehmen** bzw. deren MitarbeiterInnen, Langzeiteinnahmen von Hormonpräparaten bei Wechseljahrsbeschwerden nicht weiterhin zu propagieren.

#### **4.1.4 Medikamentenversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen**

##### **4.1.4.1 Alteneinrichtungen in NRW – eine Welt (fast) ohne Männer**

In den Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen (im Folgenden als Alteneinrichtungen zusammengefasst) sind Frauen in der Mehrheit: Von den etwa 150.000 Menschen, die in NRW in Alteneinrichtungen leben, sind über 80 % weiblich, bei den Beschäftigten liegt der Anteil sogar noch höher. Dennoch sind geschlechtsspezifische oder geschlechtsdifferenzierende Ansätze in der Arbeit in den Alteneinrichtungen noch die große Ausnahme.

Ansatzpunkt für die Arbeit der Enquetekommission war die Frage, welche Veränderungen notwendig sind, um insbesondere bei der medikamentösen Versorgung von Frauen in Alteneinrichtungen Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu vermeiden. Sie führte deshalb eine ExpertInnenanhörung durch, um einen Überblick über die derzeitige Situation zu erhalten und Handlungsbedarfe zu identifizieren.<sup>19</sup>

##### **4.1.4.2 Über-, Unter- und Fehlmedikation in Alteneinrichtungen – eher die Regel als die Ausnahme**

Auch wenn einige der im Rahmen der Anhörung von verschiedenen VertreterInnen aus Wissenschaft und Praxis vorgestellten Untersuchungsergebnisse nur Teilbereiche erfassen, so können doch folgende Erkenntnisse für den Versorgungsbereich der Alteneinrichtungen als gesichert gelten:

- BewohnerInnen von Alteneinrichtungen erhalten in der Regel mehrere Medikamente gleichzeitig. Dabei kommt es oft zu unbeabsichtigten Neben- oder Wechselwirkungen mit teilweise schwerwiegenden Folgen (Krankenhauseinweisungen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Stürze aufgrund überlanger Wirkung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln), von denen Frauen teilweise überproportional stark betroffen sind (Weyerer, Schäufele und Zimber, 2000; Thürmann, 2002).
- Die Prävalenz für Über- und Fehlmedikationen bzw. für Unterversorgung von körperlichen Erkrankungen liegt bei insgesamt etwa 28 % bzw. 24 % (Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1996). Hinzu kommen eine nicht genauer zu beziffernde hohe Zahl von nicht diagnostizierten oder falsch behandelten psychischen Erkrankungen (Schirmer, 2002; Weyerer, 2002).
- BewohnerInnen von Alteneinrichtungen erhalten deutlich mehr Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) als die nicht im Heim lebende Vergleichsgruppe, wobei der Anteil bei den weiblichen BewohnerInnen mit über 60 % noch einmal höher ist als bei den männlichen Bewohnern mit etwa 54 % (Krappweis und Kirch, 2001; Thesing-Bleck, 2002; Weyerer, 2002).
- Medikamente mit Suchtpotenzial (insbesondere Benzodiazepine) werden häufig über einen zu langen Zeitraum verordnet, so dass bei etwa 10 % aller HeimbewohnerInnen von einer Abhängigkeit ausgegangen werden muss. Auch hier sind Frauen überproportional betroffen (Weyerer, 2002; Thesing-Bleck, 2002).

<sup>19</sup> Für eine Liste der angehörten ExpertInnen sowie weitere Details der Anhörung siehe Kapitel 6.5

- Von Unterversorgung besonders betroffen sind psychisch erkrankte BewohnerInnen. Dies betrifft insbesondere die steigende Zahl an AlzheimerpatientInnen und BewohnerInnen mit Depressionen (Schirmer, 2002). Teilweise erhebliche Versorgungslücken gibt es auch im Bereich der Schmerztherapie (Weyerer, 2002) sowie bei der Wundversorgung, insbesondere bei Frauen (Renn, 2002).
- Eine aus dem Blickwinkel der frauengerechten Versorgung besonders zu erwähnende Gruppe nicht angemessen versorgter Bewohnerinnen sind Frauen mit Gewalterfahrungen im Verlauf ihres Lebens, insbesondere während und unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg, die oft mit Neuroleptika dauerhaft „ruhig gestellt“ werden (Böhmer, 2001; Bieker, 2002).
- Die Medikamentendokumentation ist in vielen Heimen fehlerhaft. So hat der LÖGD in einer Untersuchung im Jahr 2002 in mehr als 20 % der untersuchten Fälle Abweichungen zwischen den tatsächlich gestellten und den in der Medikamentendokumentation ausgewiesenen Medikamenten festgestellt (Puteanus, 2002). Darüber hinaus ist die Dokumentation vielfach so gestaltet, dass sie von Außenstehenden (z.B. NotärztInnen oder MitarbeiterInnen der Notaufnahme von Krankenhäusern) nicht eindeutig zu verstehen sind (Thürmann, 2002).

Als Ursachen hierfür wurden Defizite in vier Bereichen benannt:

- Erkenntnislücken im Bereich der Forschung bezogen auf
  - die unterschiedliche Wirkungsweise von Medikamente, die durch das Geschlecht und/oder das Alter der PatientInnen bedingt sind,
  - die Ist-Situation der Medikamentenversorgung in Heimen. Hier gibt es sowohl zu wenig (geschlechtsdifferenzierte) Daten zur Medikamentenversorgung als auch zuwenig Erkenntnisse hinsichtlich des Einflusses struktureller Rahmenbedingungen auf den Medikamentenverbrauch,
- Defizite bei der Vermittlung dieser Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung,
- Defizite in der Kommunikation der an der Pflege beteiligten Personen und Berufsgruppen untereinander und
- mangelnde Information und Beratung der PatientInnen mit dem Ziel einer informierten Entscheidung im Rahmen der jeweiligen persönlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten.

Daneben wurden bei der Anhörung aber auch Beispiele guter Praxis vorgestellt, also Modelle, Maßnahmen und Projekte, bei denen die aufgezeigten Defizite nicht oder in deutlich geringerem Ausmaß auftraten. Zu nennen sind hier insbesondere:

- der verstärkte Einsatz alter Hausmittel, der den Bedarf an medikamentöser Behandlung deutlich verringern kann (Brechmann, 2002),
- organisatorische und strukturelle Veränderungen im Tagesablauf der BewohnerInnen (Etablierung von Nachtpflege/Nachtcafés), die den Bedarf an Schlafmitteln deutlich senken können (Schirmer, 2002),
- das Konzept der Wohngruppen mit familienähnlichen Strukturen, in denen erheblich weniger Schlafmittel verabreicht werden (müssen) als sonst im stationären Bereich (Brechmann, 2002),

- Qualitätsmanagement-Systeme für den Umgang mit Medikamenten, die ebenfalls zu einer Senkung des Psychopharmakaverbrauchs beitragen können (Giercke, 2002) und
- das HeimärztInnen-System, das im städtischen Seniorenzentrum Köln-Riehl bis zum Jahr 2001 etabliert war (Schirmer, 2002; Ludorff, 2002).

#### **4.1.4.3 Es gibt viel zu tun – Handlungsfelder für eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen**

Die Bewertung der oben dargestellten Situation der Medikamentenvergabe in Alteneinrichtungen ergibt Handlungsbedarf insbesondere in folgenden Bereichen:

Im Bereich von Forschung, Aus- und Weiterbildung sollten

- geschlechts- und altersspezifische Unterschiede insbesondere bei Aufnahme, Wirkung und Metabolismus von Arzneimitteln verstärkt in der Pharmaforschung berücksichtigt werden,
- Erkenntnisse (und ggf. auch Erkenntnislücken) bezüglich solcher Unterschiede ausdrücklich in Fachinformationen und Beipackzetteln benannt werden,
- die Daten über die Verordnung von Medikamenten bei Krankenkassen und Apotheken geschlechts- und altersdifferenziert erfasst werden,
- Studien zur Untersuchung der Einflussgrößen (wie Größe des Heims, personelle Ausstattung, Qualifikation und Belastung des Pflegepersonals) auf den Psychopharmakagebrauch der HeimbewohnerInnen durchgeführt werden,
- Interventionsstudien zur sachgerechten Verordnung von Psychopharmaka in Heimen und zur Reduzierung unerwünschter Nebenwirkungen durchgeführt werden und
- geschlechts- und altersspezifische Unterschiede auch verstärkt bei der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen, ApothekerInnen und Pflegepersonal sowie in den medizinischen Hilfsberufen thematisiert werden.

Zur Behebung der beschriebenen Defizite bei der Verordnung und Verteilung wurde empfohlen,

- altersbedingte Veränderungen bei Nahrungs- und insbesondere Flüssigkeitsaufnahme, bei der Verdauung sowie beim Schlafbedarf und beim Schlaf-Wach-Rhythmus stärker zu berücksichtigen,
- den Informationsaustausch zwischen den behandelnden ÄrztInnen, dem Pflegepersonal und der beliefernden Apotheke zu verbessern, um unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen zu vermeiden,
- die Dokumentation über die verordneten und verabreichten Medikamente zu vereinheitlichen, die Kontrolle über die tatsächlich gegebenen Medikamente zu verbessern und verbindliche Verantwortlichkeiten für diese Kontrollen zu schaffen,
- die pharmazeutische Betreuung des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie der BewohnerInnen der Heime, der Heimbeiräte und der HeimfürsprecherInnen

nen zu intensivieren und zu systematisieren, um alle Beteiligten über mögliche Gefährdungen und insbesondere über die Suchtpotenziale der verordneten Medikamente zu informieren. Auftretende unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen sollten im Rahmen einer solchen Betreuung systematisch dokumentiert und Erkenntnisse darüber gebündelt und weitergeleitet werden,

- die psychiatrische Versorgung demenzkranker, depressiver und schizophrener HeimbewohnerInnen sowie psychiatrische Notdienste zu verbessern,
- die Rahmenbedingungen und Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Behandlung so zu verändern, dass mehr HeimbewohnerInnen hiervon profitieren können,
- Elektrolytstörungen und Exsikkosen (Austrocknung) im Zusammenhang mit Laxantien- und Diuretikaverordnungen sowie bei der Digitalistherapie stärker zu beachten,
- nichtmedikamentöse Alternativen zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln stärker zu nutzen,
- bei der Gabe von Psychopharmaka der Gefahr von Stürzen durch eine altersgemäße Dosierung und andere Vorsorgemaßnahmen (z.B. Handläufe, Hüftprotektoren etc.) vorzubeugen,
- dass die niedergelassenen ÄrztInnen, besonders des Fachgebietes Gynäkologie, ihre Beratungs- und Verschreibungspraxis kritisch zu überprüfen und
- die Frage möglicher Gewalterfahrungen von Frauen stärker bei der Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.5)

Dabei wurde insbesondere von der ÄrztInnen- und ApothekerInnenschaft Ergänzungen der Gebührenordnungen und Vergütungsregelungen eingefordert, die eine Abrechnung der notwendigen zusätzlichen Beratungsleistungen ermöglichen. Allgemein und ohne direkten Bezug zur frauenspezifischen Fragestellung der Enquetekommission wurde von den befragten ExpertInnen darauf hingewiesen, dass auch eine Verbesserung der Personalsituation dazu beitragen könnte, den Arzneimittelverbrauch in Alteneinrichtungen zu senken, da insbesondere Psychopharmaka oftmals nur deshalb verordnet bzw. verabreicht werden, weil den Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen aufgrund der Überlastung des Pflegepersonals nicht auf andere (und angemessenere) Weise entsprochen werden kann.

Darüber hinaus wurde besonderer Handlungsbedarf bei der Gruppe der AlzheimerpatientInnen sowie anderer psychisch erkrankter PatientInnen angemahnt. Hier wurde von mehreren ExpertInnen gefordert, diese Gruppe stärker sowohl im Rahmen der Pflegeversicherung als auch bei der Konzeptionierung der Alteneinrichtungen zu berücksichtigen.

Die Enquetekommission unterstützt diese Forderungen grundsätzlich, ist jedoch aufgrund der inhaltlichen Überschneidung mit dem Aufgabenbereich der zeitgleich arbeitenden Landtags-Enquetekommission „Zukunft der Pflege“ übereingekommen, die vertiefte Behandlung dieser Fragen einschließlich der Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen in dieser Enquetekommission zu empfehlen (siehe hierzu den Abschlussbericht der Enquetekommission „Zukunft der Pflege“, der Anfang 2005 vorgelegt werden soll).



#### 4.1.4.4 Handlungsempfehlungen

Jede Frau, die in einer Alteneinrichtung in NRW lebt, hat Anspruch darauf, in dem für sie notwendigen Umfang und der für sie angemessenen Form und Qualität mit Medikamenten versorgt zu werden. Bei der hierfür zu treffenden individuellen Abwägung zur Feststellung des jeweiligen Bedarfes sind jedoch immer auch nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten oder organisatorische Veränderungen im Lebensumfeld der Bewohnerinnen mit einzubeziehen und diese grundsätzlich zu bevorzugen.

Um dieses Ziel zu erreichen, fordert die Enquetekommission den **Landtag** und die **Landesregierung** auf

- die Berücksichtigung von Geschlechter- (und ggf. auch Alters-) Unterschieden zur Voraussetzung für die Förderung von Forschungsprojekten im Gesundheits- und Pflegebereich zu machen und sich auch auf Bundesebene für die Implementierung dieser Förderkriterien einzusetzen (siehe auch Kapitel 3.3),
- im Rahmen ihrer Mitwirkung bei der Gestaltung von Studien- und Prüfungsordnungen sowie von Richtlinien zur Aus- und Weiterbildung für ÄrztInnen, ApothekerInnen und alle im Bereich der Pflege und medizinischen Hilfsberufen Tätigen darauf hinzuwirken, dass die Berücksichtigung von möglichen Unterschieden aufgrund von Geschlecht und/oder Alter von PatientInnen bei der Diagnose, Therapie und Rehabilitation deutlich stärker als bisher Bestandteil der Ausbildungsinhalte wird (siehe auch Kapitel 3.4),
- gemeinsam mit den Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger Modellversuche zu Vernetzungs- und Casemanagement-Vereinbarungen sowie zur pharmazeutischen Beratung auf den Weg zu bringen, in die auch die VertreterInnen der HeimbewohnerInnen einbezogen werden und
- einheitliche Regelungen über die Aufbewahrung und Verarbeitung von Arzneimitteln in Alteneinrichtungen einschließlich der entsprechenden Dokumentation verbindlich festzuschreiben. Dabei ist insbesondere sicher zu stellen, dass der Informationsaustausch zwischen allen behandelnden ÄrztInnen und dem Pflegepersonal sowie eine qualifizierte pharmazeutische Beratung aller Betroffenen gewährleistet werden kann.

Die **Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen** fordert die Enquetekommission auf, in Zusammenarbeit mit den Alteneinrichtungen in ihrem Bereich Qualitätszirkel zur Arzneimittelversorgung einzurichten, die insbesondere auch geschlechts- und altersbedingte Unterschiede thematisieren.

Die **Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und die Träger von Alteneinrichtungen in NRW** fordert die Enquetekommission auf, die Niederlassung von FachärztInnen für Geriatrie in den Räumen von bzw. in Angliederung an Alteneinrichtungen zu fördern. Dabei sollten diese fachärztlichen Praxen auch solchen PatientInnen offen stehen, die nicht in dem jeweiligen Heim wohnen.

Die **Kranken- und Pflegekassen sowie die Träger von Alteneinrichtungen in NRW** fordert die Enquetekommission auf, die Berücksichtigung möglicher Geschlechterunterschiede als Qualitätsstandard in die Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI aufzunehmen.

Die **Unternehmen der pharmazeutischen Industrie** fordert die Enquetekommission auf,

- Geschlechter- und Altersunterschiede in der Wirkung von Medikamenten stärker bei der Entwicklung von Medikamenten zu berücksichtigen und PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonal offensiv über diesbezügliche Erkenntnisse zu informieren und
- altengerechte Applikationsformen für Arzneimittel zu entwickeln.

Den **Trägern von Alteneinrichtungen in NRW** empfiehlt die Enquetekommission darüber hinaus,

- die spezifischen Belange von Frauen stärker als bisher in ihrer Arbeit zu berücksichtigen, z.B. durch den verstärkten Einsatz von Ärztinnen, um jeder Frau, die dies wünscht, die Behandlung durch ausschließlich weibliches Personal zu ermöglichen,
- die spezifischen Belange von Frauen mit Behinderung, Dementen und Alzheimerpatientinnen in der Gruppenzusammensetzung und bei der baulichen und innenarchitektonischen Ausstattung der Einrichtungen stärker zu berücksichtigen,
- Qualitätssicherungsinstrumente zu implementieren, die helfen, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und
- altersbedingte Veränderungen bei Nahrungs- und insbesondere Flüssigkeitsaufnahme, bei der Verdauung sowie beim Schlafbedarf und beim Schlaf-Wach-Rhythmus stärker bei der Konzipierung und Durchführung ihrer Arbeit zu berücksichtigen.

#### 4.1.5 Literatur

- Arndt, Marianne (1996): Fehler bei der Medikamentangabe, Methodische Grundlagen für ein qualitatives Forschungsprojekt. Pflegezeitschrift, 4/1996
- Ärzttekammer Nordrhein (2002): Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag, September 2002
- Avis, N.E., McKinlay, S.M. (1991): A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*; 13, 65-79
- Bieker, Margitta (2002): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin
- Böhmer, Martina (2001): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen - Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Berlin, Mabuse Verlag
- The Boston Women's Health Book Collective (1998): *Our bodies, Ourselves*, New York, Simon & Schuster
- Brechmann, Theresia (2002): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Bucksch, Jens, Deitermann, Bernhilde, Kolip, Petra (2003): Hormontherapie in den Wechseljahren - Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/Hormontherapie, Zentrum für Public Health, Universität Bremen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin, Kohlhammer
- Cadura-Saf, Doritt (1981): *Das unsichtbare Geschlecht. Frauen, Wechseljahre, Älterwerden*, Berlin, Verlagsgesellschaft Gesundheit
- Coronary Drug Project Research Group (1973): The coronary drug project: Findings leading to discontinuation of the 2.5 mg/day estrogen group, *J Am Med Ass*, 226, 652-657
- Dinger-Boda, Andrea (2001): Gesundheitsversorgung und Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Frauen. In: Franke, Alexa, Kämmerer, Annette (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*, Göttingen, Hogrefe, 717-736
- Ferber, Liselotte von, Ihle, Peter, Schubert, Ingrid (1996): Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential unter besonderer Berücksichtigung der Benzodiazepine. In: Ferber,

- Liselotte von, Schubert, Ingrid, Ihle, Peter, Köster, Ingrid, Adam, Christopher (Hrsg.), *Wieviel Arzneimittel (ver)braucht der Mensch? Arzneimittelverbrauch in der Bevölkerung, Behandlungshäufigkeiten, Therapiedauer und Verordnungsanlässe*, Bonn, WidO
- Franke, Alexa, Winkler, Klaudia (2001): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Franke, Alexa, Kämmerer, Annette (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*, Göttingen, Hogrefe, 91-140
- Franke, Alexa, Mohn, Karin, Sitzler, Franziska, Welbrink, Andrea, Witte, Maibritt (2001): *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit von Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*, Weinheim, Juventa
- Giercke, Klaus-Ingo (2002): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Glaeske, Gerd (2003): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003*, Geesthacht, Neuland, 62 – 78
- Glaeske, Gerd (1999): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2000*, Geesthacht, Neuland, 52-76
- Glaeske, Gerd (1991): *Arzneimittelverbrauch von Menschen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential. Ministerium Arbeit, Gesundheit, Soziales (MAGS), NRW, (Hrsg.)*
- Glaeske, Gerd, Günther, Judith, Keller, Sabine (1997): *Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen*, München, Kunstmann
- Glaesmer, Heide, Deter, Hans Christian (2002): Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Verschreiben Ärzte häufiger Medikamente als Ärztinnen? *Psychother. Psych. Med.*, 2002, 52, 386-391
- Greiser, Eberhard (2003): Anwendung der postmenopausalen Hormontherapie in Deutschland und Vorschläge zur Senkung der Anwendungshäufigkeit, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Hajak, Göran (1988): Schlafprobleme im Alter – Die Lage in Deutschland. In: *Have-mann-Reinecke, Ursula., Weyerer, Siegfried, Fleischmann, H., (Hrsg.), Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*, Freiburg, Lambertus, 59-72
- Hays, J., Ockene, J.K., Brunner, R.L., Kotchen, J.M., Manson, J.E., Patterson, R.E., Aragaki, A.K., Shumaker, S.A., Brzyski, R.G., LaCroix, A.Z., Granek, I.A., Valanis, B.G. (2003): Effects of Estrogen/Progestin on Health-Related Quality of Life. *New England Journal of Medicine*, 348, 19, 1839–1854
- Hendrichs, J., Hövel, G., Lohbreier-Dörr, J., Pardieck, A., Puteanus, U. (2001): Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeheimen, Chancen durch zukünftige Versorgungsverträge zwischen Heimen und Apotheken. In: *Gesundheitswesen* 63, 2001, Georg Thieme Verlag, 514-521
- Kiewel, Angelika, Thürmann Petra A. (2002): Geschlechtsspezifischer Arzneimittelgebrauch - Ergebnisse einer Verordnungsanalyse der IKK-Versicherten, *KrV* 54, Heft 6/2002, 177-181

- Krappweis, Jutta, Kirch, Wilhelm (2001): Arzneimittelanwendung bei Altenheimpatienten im Vergleich zu ambulanten Pflegefällen bzw. Versicherten ohne Pflegebedarf. Ergebnisbericht, Studie zur Arzneimittelanwendungsforschung, gefördert vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Kraus, Ludwig, Bauernfeind, Rita (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht, 44, Sonderheft 1.
- Krock, M. (2002): Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“, Berlin, 93-102
- Luderer, H. J., Rechlin, T., (1990): Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Altenheimen. Fortschr. Med. 108 Jg., 1990, Nr. 9 Geriatrie Forum Psychiatrie, 58/176
- Ludorff, Otto B. (2002): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport (MASSKS) des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Statement, Erfahrungen mit dem Landespflegegesetz
- Meier, Claudia, Isenschmid Gerster, B., Schoep-Chevalley, M., Wenger, S. (1995): Frauengerechte Suchtprävention im Kanton Bern, Schlussbericht, unveröffentl. Manuskript, Bern
- Meyer, Gabriele, Mühlhauser, Ingrid (2003): Der Hormon-Trugschluss – Sexualhormone (Östrogene/Gestagene) in der Meno-/Postmenopause zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung. In: Schücking, Beate (Hrsg.), Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe, Göttingen, V und R unipress, 103-12
- Million Women Study Collaborators (2003): Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. The Lancet, Vol. 362, 419-427
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW: Naegele, Gerhard, Reichert, Monika (2002): Lebenslagen von Frauen ab 45 in NRW, Datenreport zur Lebenslage von Frauen ab 45 in Nordrhein-Westfalen, Institut für Gerontologie, Dortmund
- Müller, Veronika E. (2002): Hormone zur Prophylaxe der postmenopausalen Osteoporose und ihrer Folgen - Evaluation von Artikeln aus der gynäkologischen Fachpresse impulse 36/2002, "Wa(h)re Gesundheit" Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Naegele, Gerhard (2002): Perspektiven in der stationären Altenpflege. Vortrag, München
- Ohmann, Christian, Albrecht, Jörg, Deimling, Aune, Emeklibas, Selime (2002): Frauen in Klinischen Studien. Vorträge für die Enquetekommission im Landtag NRW, , Koordinationszentrum für Klinische Studien der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (KKS)

- Parlamentarischer Beratungs- und Gutachterdienst des Landes NRW (2002): Weitere Fragen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland, Landtag Nordrhein-Westfalen, 13. Wahlperiode, Vorlage 13/1523
- Pittrow, David, Krappweis, Jutta, Kirch, Wilhelm: Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimpatienten im Vergleich zu ambulanten Pflegefällen bzw. Versicherten ohne Pflegebedarf. Eine longitudinale Beobachtungsstudie, Manuskript für: Deutsche Medizinische Wochenschrift
- Poser, Wolfgang, Poser, Sigrid (1998): Zur Epidemiologie des Substanzmissbrauchs im Alter: Schmerzmittel und Opioide, in: Havemann-Reinecke, Ursula (u.a.) (Hrsg.) Alkohol und Medikamente: Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter, Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br.
- Puteanus, Udo (2002): Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Puteanus, Udo (2002): Verblistern für Heime – der Weg zur besseren Arzneimittelversorgung für Heimbewohner, Zuschrift zur Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Rapp, S.R., Espeland, M.A., Shumaker, S.A, Henderson, V.W., Brunner, R.L., Manson, J.E., Gass, M.L.S., Stefanick, M.L., Lane, D.S., Hays, J., Johnson, K.C., Coker, L.H., Dailey, M., Bowen, D., for the WHIMS Investigators (2003): Effect of Estrogen Plus Progestin on Global Cognitive Function in Postmenopausal Women, The Women’s Health Initiative Memory Study: A Randomized Controlled Trial.” JAMA. 289, 2663–2672.
- Rathore, S.S., Wang, Y., Krumholz, H.M. (2002): Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure, New England Journal of Medicine, 2002 Oct 31, 347(18), 1403-11
- Reichert, Monika, Maly-Lukas, Nicole (2002): Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW, Gutachten der Enquetekommission im Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)), Institut für Gerontologie an der Uni Dortmund
- Remien, J. (1994): Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel. IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- Renn, Uta (2002): Landessenorenvertretung NRW, Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Richard, S. (1999): Erkenntnisse aus Analysen aktueller Verordnungsdaten. In: Zoike, Erika, Malin, Eva-Maria (Hrsg.), Frauengesundheit. Anforderungen an vernetzte Versorgungsangebote, BKK-Bundesverband, Essen, 43–64
- Rosemeier, H.P., Schultz-Zehden, B. (1995): Psychologische Aspekte des Klimakteriums. In: Fischl, F.H., Huber, J.C. (Hrsg.), Menopause. Wien, Krause & Pachernegg, 3-11

- Schirmer, Hans-Joachim (2002): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Schmucker, Douglas L., Vesell, Elliot S. (1993): Underrepresentation of women in clinical drugtrials, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 54(1),11-5.
- Schwabe, U., Paffrath, D. (1999): *Arzneiverordnungs-Report 1998*. Berlin, Springer
- Seaman, B., Seaman, G. (1977): *Women and the Crisis in Sex Hormones*. New York, Bantan Books Rawson Associates Publishers
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth, Borchelt, Markus (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K. U., Baltes, P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Akademie Verlag
- Stolzenberg, Regina, Sachse, Christina (2003): Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Thesing-Bleck, Elisabeth (2002): Apothekerkammer Nordrhein, Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ im Landtag NRW, September 2002
- Thürmann, Petra (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln. Schriftliche Stellungnahme zur Vorlage in der Enquetekommission im Landtag NRW, September 2002
- Thürmann, Petra (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln, Vorlage in der Enquetekommission im Landtag NRW
- Thürmann, Petra, Hompesch, B. C. (1998): Influence of gender on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. In: *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Vol. 36., No. 11-1998, 586-590
- Vogt, Irmgard, Krahe, K. (1997): Forschungsprojekt: Medikamentengebrauch und Suchtentwicklung bei Mädchen und Frauen. Frankfurt/ M. (unveröffentlicht)
- Wahl, Hans-Werner (1998): Kompetenz und Unselbstständigkeit im höheren Lebensalter: Erkenntnisse der neueren gerontologischen Grundlagenforschung. In: Havemann-Reinecke, Ursula, Weyerer, Siegfried, Fleischmann, H., (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*, Freiburg, Lambertus, 9-29
- Weilandt, Caren, Rommel, Alexander, Raven, Uwe (2002): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Weyerer, Siegfried, Schäufele, Martina, Zimmer, Andreas (1998): Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter, In: Havemann-Reinecke, Ursula, Weyerer, Siegfried, Fleischmann, H., (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*, Freiburg, Lambertus, 38-49
- Weyerer, Siegfried, El-Barrawy, R., König, S., Zimmer, Andreas (1996): Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen. *Gesundheitswesen* 58, 1996, Stuttgart, Georg Thieme, 201-206

Women's Health Initiative (Stand: März 2004): NHLBI Advisory for Physicians on the WHI Trial of Conjugated Equine Estrogenes Versus Placebo. ([http://www.nhlbi.nih.gov/whi/e-a\\_advisory.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/whi/e-a_advisory.htm))

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002): Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 288:321–333.



## 4.2 Psychosoziale Lage von Brustkrebspatientinnen

### 4.2.1. Einleitung

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen und die häufigste Krebstodesursache. Statistisch gesehen erkrankt jede achte bis zehnte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Die rohen (=nicht alterstandardisierten) Erkrankungsraten (=Inzidenzraten)<sup>1</sup> liegen in Deutschland nach den Schätzungen der International Agency for Research on Cancer (IARC) der WHO mit 109,98 je hunderttausend Einwohnerinnen geringfügig über dem EU-Durchschnitt (Ferlay et al., 2000).<sup>2</sup> Da es in Deutschland noch keine flächendeckenden Krebsregister gibt, werden die Daten für jährliche Neuerkrankungen vom Robert-Koch-Institut geschätzt.<sup>3</sup> Nach den aktuellsten Schätzungen erkranken in Deutschland jährlich über 47.300 Frauen neu an Brustkrebs, davon etwa 19.300 im Alter unter 60 Jahre. Somit ist diese Erkrankung für 24,4 % aller Krebsneuerkrankungsfälle bei Frauen generell und für mehr als ein Drittel (34 %) der Neuerkrankungen bei Frauen unter 60 Jahren verantwortlich. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwas über 63 Jahre, knapp vier Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter bei Krebs insgesamt.<sup>4</sup> Die geschätzte Brustkrebsinzidenz geht, nach den Erhebungen des Robert-Koch-Instituts – für Deutschland seit Mitte der 90er-Jahre deutlich zurück. Diese Entwicklung ist allerdings – wegen der veränderten Erfassung bei der Datenerhebung – mit Vorsicht zu interpretieren und wird erst mit der nächsten Schätzung klarer gesehen werden können. In NRW erkranken jährlich ca. 10.000 Frauen neu an Brustkrebs ([www.gesundheit.nrw.de](http://www.gesundheit.nrw.de) „Sicher fühlen“).

Die Zahl der an Brustkrebs verstorbenen Frauen beträgt jährlich etwa 18.000, dies entspricht einem Anteil von 18 % aller Krebstoten. Die relative 5-Jahre-Überlebensrate für Brustkrebspatientinnen beträgt 76 %. Wenige Jahre zuvor wurde eine 5-Jahre-Überlebensrate von 73 % ermittelt.<sup>5</sup>

Die Enquetekommission war der Auffassung, dass angesichts der Zahl der betroffenen Frauen die Befassung mit dem Thema Brustkrebs geboten sei. Dabei legte die Kommission ihren Schwerpunkt auf den Bereich der Beratung und der psychosozialen Versorgung von an Brustkrebs erkrankten Frauen. Hierbei ging es insbesondere darum, eine Bewertung ausgewählter bestehender Angebote vorzunehmen und darauf aufbauend, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, wie das Vorhandene optimiert bzw. ausgebaut werden kann.

Bei der Bearbeitung dieses Themas hat sich die Enquetekommission an Leitfragen orientiert:

1. Wie kann sichergestellt werden, dass jede an Brustkrebs erkrankte Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung erhält?

<sup>1</sup> Inzidenz = Anzahl neuer Erkrankungsfälle in einer bestimmten Zeiteinheit

<sup>2</sup> Die höchsten Erkrankungsraten haben die Niederlande und Dänemark gefolgt von Frankreich, die niedrigsten Erkrankungsraten haben Frauen in Spanien und Griechenland.

<sup>3</sup> Die Krebsregister der Bundesländer sind teilweise noch im Aufbau. Zur aktuellen Entwicklung siehe: [www.rki.de/GBE/KREBS/ABKD/ABKD\\_SEL.HTM](http://www.rki.de/GBE/KREBS/ABKD/ABKD_SEL.HTM)

<sup>4</sup> Vgl. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut, Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends, 4. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken 2004, S. 48 ff.

<sup>5</sup> Siehe ebenda

2. Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von an Brustkrebs erkrankten Frauen bei der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung angemessen berücksichtigt werden?
3. Wie kann eine angemessene qualitätsgesicherte, gendersensitive Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erreicht werden, die soziale, psychosoziale und physische Aspekte angemessen berücksichtigt?
4. Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein und wie können diese verwirklicht werden, damit sie an Brustkrebs erkrankten Frauen in ihren jeweiligen Lebensphasen und -verhältnissen gerecht werden?

Die Enquetekommission geht davon aus, dass die betroffene Frau partnerschaftlich, d.h. gleichberechtigt mit der behandelnden Ärztin in die Entscheidungsprozesse über ihre Behandlung einbezogen werden sollte. Aus diesem Grunde wurden zwei weitere Leitfragen formuliert:

1. Wie kann sichergestellt werden, dass jede an Brustkrebs erkrankte Frau adäquat, d.h. in dem von ihr gewünschtem Umfang in alle ihre Gesundheit betreffenden Fragen und Entscheidungen einbezogen und so informiert wird, dass Sie qualifizierte Entscheidungen treffen kann?
2. Wie können persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien von an Brustkrebs erkrankten Frauen zum Erhalt von Gesundheit und zum Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?

Vor diesem Hintergrund fand eine Exkursion zu einer Versorgungseinrichtung mit einem Modell der ambulanten Behandlung und Nachsorge innerhalb der Klinik statt, das von den Patientinnen gut angenommen wird. Auch im Rahmen der Studienreise der Enquetekommission nach Wien spielte das Thema Brustkrebs eine wichtige Rolle, allerdings mit dem Schwerpunkt Früherkennung und Prävention.

Weiterhin fand eine Anhörung mit Expertinnen und Betroffenen unter dem Titel „Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind“<sup>6</sup> statt.

Außerdem wurden die bisherigen Ergebnisse der im April 2001 gestarteten Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs<sup>7</sup> der Landesregierung NRW, getragen von allen Beteiligten des Gesundheitswesens<sup>8</sup>, gewürdigt und in die Empfehlungen einbezogen. Ziele dieser Konzertierten Aktion sind:

- eine landesweit flächendeckende und qualitätsgesicherte Brustkrebsversorgung in anerkannten Brustzentren,
- die Einbeziehung der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge und
- die Validierung der Versorgung.

---

<sup>6</sup> Diese Anhörung fand am 13. Januar 2003 im Landtag in Düsseldorf statt; vgl. auch das entsprechende Protokoll mit der Landtagsdrucksachenummer EKPr 13/44 – siehe Übersicht in Kapitel 6.6.

<sup>7</sup> [www.gesundheit.nrw.de/content/e16/e427/index\\_ger.html](http://www.gesundheit.nrw.de/content/e16/e427/index_ger.html)

<sup>8</sup> Krankenkassenverbänden, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, freie Wohlfahrtspflege, Landeskrebsgesellschaft und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen

## 4.2.2 Epidemiologische Daten zum weiblichen Brustkrebs

### Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen von Brustkrebs sind bis heute nur unzureichend geklärt. Neben genetischen Faktoren und dem Alter werden frühe Menarche, späte Menopause, höheres Alter bei Erstgeburt sowie niedrige Geburtenzahl bzw. Kinderlosigkeit als allgemeine Risikofaktoren genannt.

Daneben wurde in verschiedenen Studien der Einfluss von Schichtzugehörigkeit (Frauen mit höherem sozialem Status erkranken häufiger), Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum und der Einnahme von bestimmten Hormonpräparaten beobachtet (American Cancer Society, 2001; International Union against Cancer, 2004).

Bei rund 5 % der an Brustkrebs erkrankten Frauen liegt eine familiäre, erbliche Anlage vor. In rund 50 % dieser Fälle werden Mutationen in den so genannten Brustkrebsgenen BRCA1 und BRCA2 für die Erkrankung verantwortlich gemacht. Frauen mit einer Mutation in einem dieser Gene haben ein lebenslanges Risiko von bis zu 90 %, an Brustkrebs zu erkranken. Im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung ist das lebenslange Risiko damit rund zehnfach erhöht (Morrison, Hodgson und Haites, 2002).

### Psychosoziale Problemlagen bei an Brustkrebs erkrankten Frauen nach derzeitigem Kenntnisstand

Frauen, die an Brustkrebs erkranken müssen nicht nur die Diagnose Krebs bewältigen. Sie haben Belastungen und Nebenwirkungen der initialen Therapie zu verkraften und müssen sich mit dem potenziellen Wiederauftreten von Krebs und dem Risiko an dieser Krankheit zu sterben, auseinandersetzen.

Studien zeigen, dass die höchste psychische Belastung jeweils an den Übergängen zu spezifischen Behandlungsschritten zu beobachten ist: zum Zeitpunkt der Diagnose, in der Zeit in der die möglichen Interventionsmaßnahmen erwartet werden, während der Behandlung und bei deren Ende, bei Nachsorgeuntersuchungen, bei Wiederauftreten der Erkrankung und bei Behandlungsmisserfolg (Hewitt, Herdman und Holland, 2001a). Aufgrund dieser Studien kann geschätzt werden, dass etwa 30 % aller an Krebs erkrankten Frauen mindestens einmal im Verlauf ihrer Krankheit wegen starkem psychischem Stress behandlungsbedürftig sind (Hewitt et al., 2004).

Die in der Literatur am häufigsten genannten psychosozialen Probleme sind:

- Angst vor dem Wiederauftreten von Krebs,
- Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,
- Beeinträchtigung des Körper-Selbstbildes,
- sexuelle Funktionsstörungen,
- Ängste bezüglich der Behandlung,
- ständig wiederkehrende krankheitsbezogene Ängste,
- Beeinträchtigung der Kommunikation mit dem Partner,
- Gefühle der Verletzlichkeit und

- Angst vor dem Tod.

Als Risikofaktoren, die Frauen für psychosoziale Probleme prädisponieren gelten: relativ junges Alter zum Zeitpunkt der Brustkrebserkrankung, eine Vorgeschichte von Depressionen oder psychischen sozialen Problemen, zusätzliche schwere Erkrankungen und unzureichende soziale Unterstützung.

Die Evidenz<sup>9</sup> von 31 randomisierten<sup>10</sup> klinischen Untersuchungen, von Meta-Analysen und von nichtrandomisierten Studien zeigt, dass die Integration psychosozialer Interventionsangebote in die Gesundheitsversorgung von an Brustkrebs erkrankten Frauen erheblichen Nutzen bringt (Hewitt, Herdman und Holland, 2001b). Diese Daten stammen allerdings nicht aus dem deutschen Gesundheitssystem sondern beruhen auf internationalen, im Wesentlichen angloamerikanischen Studien.

**Tabelle 4.2-1: Zunahme dieser Studien während der letzten Jahre**

**Randomisierte klinische Versuchsverfahren zur Überprüfung der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Brustkrebs**

Krankheitsphase	Publikationsjahr					Insgesamt
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-Mitte 2002	
„Früh“*	2	1	1	9	11**	24
„Metastasen“	1	0	1	2	2	6
„Gesunde Überlebende“	0	0	0	1	0	1
Insgesamt	3	1	2	12	13	31

\* Studien mit Patientinnen zum Zeitpunkt der Behandlung nach Erstdiagnose (Chemotherapie, Strahlentherapie, chirurgische Eingriffe)

\*\* Eine klinische Studie enthielt eine kleine Anzahl von Probandinnen mit Metastasen.

Quelle: National Cancer Policy Board in: Hewitt, Herdman und Holland, 2001, S. 106

Untersucht wurden unterschiedlichste Interventionsverfahren wie Gruppentherapie sowohl im Frühstadium wie im fortgeschrittenen Stadium (Metastasen), Individualtherapien und gezielte Entspannungs- und Meditationstherapien im Frühstadium. Die meisten (n=24) Studien wurden im Frühstadium der Erkrankung durchgeführt. Nachgewiesen werden konnten Verbesserungen aufgrund der Interventionen vor allem im Bereich des Abbaus von Ängsten, emotionalem Stress und depressiver Verstimmungen, von kognitiven Fähigkeiten (Konzentration), von Partnerbeziehungen, Kommunikationsfähigkeiten, sozialen und emotionalen Bewältigungsstrategien und der wahrgenommenen Lebensqualität.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Evidenz bedeutet umgangssprachlich offenkundig, klar. In der Medizin etwa „durch Fakten belegt“.

<sup>10</sup> Randomisierung = Zufallszuteilung als Grundlage für eine gültige statistische Auswertung z.B. von Forschungsergebnissen

<sup>11</sup> Systematischer Überblick über Studientypen, -dauer, -population und Follow-up in: National Cancer Policy Board. Hewitt, Herdman und Holland (Ed.): The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Women with

## Welche Barrieren existieren, die eine angemessene psychosoziale Versorgung verhindern?

Der „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ beschreibt den grundsätzlichen Bedarf an mehr Forschungsergebnissen, um eine angemessene, d.h. auf validen Untersuchungsergebnissen basierende, psychosoziale Versorgung zu etablieren: „Weitere Forschungsdefizite bestehen hinsichtlich des Einflusses psychosozialer Faktoren. Wichtig wäre eine Erweiterung des bisherigen Risikofaktorenansatzes um weitere Einflüsse, hin zu einem stärker integrierten Ansatz, in dem die multifaktorielle Entstehung der Krankheit berücksichtigt wird. Des Weiteren fehlen aktuelle Erkenntnisse zur Frage, wie Frauen mit der Erkrankung umgehen und sie verarbeiten. Auf welche gesellschaftliche Unterstützung oder Widerstände stoßen Frauen mit Brustkrebs und über welche psychosozialen Ressourcen verfügen sie, um mit der lebensbedrohlichen Erkrankung umzugehen“ (BMFSFJ, 2001).

Für Deutschland liegen vor allem Daten aus der von der Deutschen Krebshilfe initiierten Studie „Die an Brustkrebs erkrankte Frau im Medizinbetrieb“ vor (DKH, 2004). Diese deckt in beeindruckender Weise die strukturellen Schwachstellen im Behandlungsverlauf auf, insbesondere an den o.g. Schnittstellen. Danach sind besonders folgende Strukturdefizite festzustellen:

- **Es fehlen Leitlinien für patientinnenorientierte Informationen**, die den gesamten Behandlungsprozess abdecken.
- **Die Organisation der Versorgung ist fragmentiert**. Es mangelt an Koordination durch die beteiligten unterschiedlichen Fachdisziplinen und es fehlt an durchgängig qualitätsgesicherter Brustkrebsbehandlung. Diese allgemeinen Strukturängel bewirken zusätzlichen Stress.
- **Es fehlt ein psychosoziales Betreuungsmanagement als integraler Bestandteil des gesamten Behandlungsprozesses**. Es gibt keinen routinemäßigen Einsatz einfacher Früherkennungsmaßnahmen, die helfen, diejenigen Frauen während des Behandlungsprozesses herauszufiltern, die besondere psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen brauchen. Dies geht einher mit einer oftmals nicht hinreichenden psychosozialen Handlungskompetenz der betreuenden Gesundheitsberufe. Es fehlen Leitlinien, die Standards verbindlich machen.
- **Es gibt kein flächendeckendes, bedürfnisgerechtes Angebot von Rehabilitationsmaßnahmen**. Dies betrifft insbesondere die Einbeziehung von Frauen in der Entscheidung über die Ausgestaltung der Maßnahmen; fehlende teilstationäre/ambulante Angebote insbesondere für Mütter mit Kindern (Frauen mit jüngeren Kindern nehmen seltener (50 %) Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch als Frauen mit älteren Kindern (68 %)); es fehlen Angebote für multimorbide Patientinnen und Flexibilität im Zeitpunkt und -rahmen der Maßnahmen.
- **Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von medizinischer Nachsorge ist nicht transparent**. Laut Krebshilfe-Studie berichten 71 % der Frauen in einem Zeitraum zwischen sieben und 31 Monaten nach Diagnosestellung von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, 55 % klagen über Schmerzen, 41 % haben Konzentrationschwächen und 39 % ein Lymphödem. Hinzu kommen weitere Probleme wie

Angst vor einem Rezidiv<sup>12</sup> (61 %), enttäuschende Reaktionen der Umwelt auf die Erkrankung (40 %) und Sorge um die Familie (31 %). Eine große Verunsicherung kommunizieren die Patientinnen bei Fragen der medizinischen Nachsorge. Auch hier fehlt ihnen die Transparenz über Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit. Es ist oft nicht klar, welche Untersuchungen wann und von wem durchgeführt werden. Zusätzlich wirkt es verunsichernd, wenn Frauen unterschiedliche Nachsorgeempfehlungen von verschiedenen ÄrztInnen gegeben werden. Den Frauen ist häufig auch unklar, ob ÄrztInnen sich gegen Nachsorge-Untersuchungen entscheiden, weil ihnen diese nicht notwendig erscheinen, oder weil sie ein ökonomisches Problem (Budget) für die ÄrztInnen darstellen (DKH, 2003).

Diese strukturellen Defizite sind zusätzlich Stress auslösend. Sie erschweren, dass Frauen, die bereits krankheitsinduzierte psychosoziale Probleme haben, angemessen betreut werden. Die Bekämpfung der existierenden Defizite wird durch mangelnde epidemiologische Datenlagen erschwert, die es nicht erlauben, für Deutschland flächendeckend gesicherte Aussagen über regionale Unterschiede, Überlebensraten, Effektivität von Früherkennungs- und Screeningmaßnahmen sowie von Entwicklungstrends zu machen.

#### **4.2.3 Psychosoziale Bedürfnislagen von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und deren angemessene Versorgung**

##### **4.2.3.1 Exkurs: Die Chancen der Früherkennung von Brustkrebs und die angemessene Kommunikation von Risiken**

Die Kommission hat sich nicht detailliert mit dem Thema Früherkennung auseinandergesetzt. Die kontroverse medizinische, gesellschaftliche und politische Diskussion des Themas wird aber für so relevant – auch in Bezug auf die psychosozialen Folgen für alle Frauen – gehalten, dass hier mit einem sachlichen Exkurs in das Thema eingeführt wird.

Die hohe Inzidenz von Brustkrebs und die relativ hohe Mortalität<sup>13</sup> jüngerer Frauen – verglichen mit anderen Krebserkrankungen – ist eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme, adäquate Information über Risiken und effektive Früherkennungsprogramme vorzuhalten.

Seit den 70er-Jahren werden Früherkennungsmaßnahmen wie das Mammographie-screening und die Selbstuntersuchung der Brust empfohlen. Seit Ende der 90er-Jahre besteht die Möglichkeit der prädiktiven<sup>14</sup> genetischen Testung auf ein erhöhtes Risiko für erblichen Brustkrebs. Daneben existieren eine Vielzahl von Informationen über potenzielle Risiken und eine Vielzahl von Empfehlungen, die sich unter anderem auf vorbeugende Ernährungsweisen und gesundheitsbewusstes Verhalten beziehen. Dabei ist es bisher ungewiss, ob durch die Veränderung von Ernährungs- und Verhaltensgewohnheiten Krebs konkret verhütet werden kann. Bei japanischen Frauen etwa ist das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, im Vergleich zu amerikani-

<sup>12</sup> Rezidiv bedeutet Rückfall einer Erkrankung nach vorheriger Heilung, bei Tumorerkrankungen nach vorherigem, offensichtlichem Therapieerfolg.

<sup>13</sup> Mortalität = Sterberate, Sterblichkeit

<sup>14</sup> Prädiktiv = Wahrscheinlichkeit, bei einem – je nach Test – positiven oder negativen Ergebnis an einer bestimmten Krankheit zu leiden

schen Frauen niedriger, solange sie in Japan leben und mehrheitlich traditionelle Essgewohnheiten beibehalten. Für Japanerinnen, die ihren Lebensstil verändert haben und/oder im amerikanischen Ausland leben, steigt das Risiko deutlich an (Deapen et al., 2002).

Um eine informierte Entscheidung über die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen treffen zu können, benötigen Frauen qualifizierte Angaben sowohl über das Risiko an Brustkrebs zu erkranken als auch über den Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen.

Unterschiedliche Studien zeigen, dass nur wenige Frauen das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken richtig einschätzen. Ein Ergebnis ist, dass 25 % der Frauen ihr Risiko an Brustkrebs zu erkranken unter- und 50 % es überschätzen, ein anderes, dass Frauen fälschlicherweise Brustkrebs als Haupttodesursache bei Frauen ansehen und nicht die tatsächliche Ursache, die koronaren Herzerkrankungen (U.S Department of Health and Human Services, o.J.).

Für viele ist es schwierig, Wahrscheinlichkeitsaussagen, die aus populationsbezogenen Risiken abgeleitet wurden, konkret in Beziehung zur eigenen Person und den individuellen Lebensumständen zu setzen. Zudem wirken sich viele Risikofaktoren nur schwach aus oder sie sind individuell kaum oder nur schwer beeinflussbar wie z.B. frühe Menarche oder hohes Alter bei Erstgeburt. Andere Risiken wurden erst spät durch prospektive Studien<sup>15</sup> belegt, als Beispiel sei hier die aktuell diskutierte Hormontherapie genannt.

Wird bei einer Frau eine genetische Prädisposition für ein familiäres Mammakarzinom festgestellt, ist damit eine Aussage gemacht, dass die *Wahrscheinlichkeit*, im Laufe des Lebens an Brustkrebs zu erkranken, stark erhöht ist. Effektive Verhütungs- und Vorbeugemaßnahmen existieren dagegen bisher nicht. Häufig ist Frauen nicht bewusst, dass das Angebot von Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen keine Primärprävention darstellt, sondern es das Ziel dieser Maßnahmen ist, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen und dadurch die Überlebenschancen zu erhöhen (sekundäre Prävention, zur Definition "Prävention" siehe Kapitel 1.4.4)

Ein weiteres Problem sind international unterschiedliche und widersprüchliche Aussagen über die Effektivität von Früherkennungsmaßnahmen.

Die Problematik unerwünschter Auswirkungen von Mammographiescreening-Programmen wird häufig bei Empfehlungen nicht ausreichend thematisiert. Eine vielbeachtete internationale Bewertung dieser Programme im Jahr 2001 ergab, dass die bisherige Datenlage, die den Nachweis der Senkung der Mortalität durch die Mammographie erbringen soll, methodisch unzureichend ist (Olsen und Gotzsche, 2001). Dies führte zur Infragestellung des Nutzens von Mammographiescreening-Programmen. Nachfolgende Evaluationsstudien<sup>16</sup> bestätigen zwar die gefundenen methodischen Mängel, kommen aber zu der Schlussfolgerung, dass das Screening trotzdem die Brustkrebsmortalität bei Frauen im Alter von 40–74 Jahren reduziert (Humphrey et al., 2002). Heute wird zunehmend diskutiert, ob der Nutzen des populationsbezogenen Mammographie-Screenings die damit verbundenen Nachteile bzw. Belastungen überwiegt.

---

<sup>15</sup> Prospektive Studien sind über längere Zeit angelegte statistische Untersuchung in einer möglichst repräsentativen Population.

<sup>16</sup> Evaluationsstudie = Bewertungsstudie

Als wesentliche Nachteile bzw. Belastungen, die durch das Mammographiescreening entstehen können, werden genannt:

- Durch falsch-positive Untersuchungsergebnisse hervorgerufene psychische Belastungen für die Frauen und die Kosten der diagnostischen Abklärung. Nach einer US-amerikanischen Studie hatten 23,8 % aller 40–69-jährigen Frauen, die in einem Zeitraum von zehn Jahren in einem zweijährigen Intervall untersucht wurden, ein falsch-positives Ergebnis (Elmore et al., 1998). Untersuchungen zeigen, dass Frauen das Risiko von falsch-positiven Befunden akzeptieren, aber die Wahrscheinlichkeit unterschätzen (Schwartz et al., 2000). Eine schwedische Studie ergab, dass 70 % der Frauen mit falsch-positiven Befunden nach einem halben Jahr für krebsfrei erklärt wurden. 47 % der Frauen hatten Angst, 41 % befürchteten Brustkrebs, 26 % litten unter täglichen Stimmungsschwankungen und 17 % fühlten sich in ihren täglichen Funktionen beeinträchtigt (Lampic et al., 2001).
- Die Meta-Analyse<sup>17</sup> bisheriger Mammographiescreening-Daten aus allen bisher zur Verfügung stehenden validierten<sup>18</sup> Studien zeigt, dass für jeden Todesfall, der durch die Maßnahme bei Frauen verhütet wird<sup>19</sup> ca. 400 Frauen falsch-positive Untersuchungsergebnisse haben und ca. 100 Frauen einer Biopsie oder Feinnadelpunktion unterzogen werden (U.S Department of Health and Human Services, o.J.).
- Die Diagnose und Behandlung von nichtinvasiven<sup>20</sup> Karzinomen (duktales Carcinoma in situ, DCIS) wird in einigen Veröffentlichungen problematisiert. Die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse über den natürlichen Verlauf, den Behandlungsbedarf und die Effektivität der Behandlung von DCIS sind noch unvollständig. Daher werden Frauen behandelt, obwohl bei ihnen DCIS kaum eine Gefahr für ihre Gesundheit bedeutet. Es konnte gezeigt werden, dass 44 % der Frauen mit DCIS sich einer Mastektomie<sup>21</sup> unterzogen haben, 23 % einer Tumorexstirpation<sup>22</sup> und 30 % einer Strahlentherapie (Ernster und Barclay, 1997). Nur 6 % der Frauen wussten, dass die Mammographie auch nicht-progressiven Brustkrebs identifiziert (Schwartz et al., 2000).
- Bezogen auf 100.000 Frauen wird heute international das Risiko, durch die mit der jährlichen Mammographie verbundene Strahlenexposition<sup>23</sup> an Brustkrebs zu sterben – in einem Zeitraum von zehn Jahren und bei Frauen, die mit 40 Jahren mit einer regelmäßigen Mammographie beginnen – auf acht zusätzliche Todesfälle geschätzt (Feig und Hendrick, 1997).

Neue Diagnostikkonzepte, wie z.B. Biomarker, Sonographie, digitale Mammographie könnten neue wirksame Wege sein, die Früherkennungsmöglichkeiten zu verbessern.

---

<sup>17</sup> Eine Meta-Analyse ist eine Zusammenfassung von Primär-Untersuchungen, die mit quantitativen statistischen Mitteln arbeitet.

<sup>18</sup> Validiert = auf Tauglichkeit geprüft

<sup>19</sup> Bezogen auf Frauen, die ab einem Alter von 40 Jahren an einem Screening-Programm mit zweijährigen Untersuchungsintervallen teilnahmen.

<sup>20</sup> Nichtinvasive Karzinome oder Carcinoma in situ sind nichtdurchdringende Tumore, die nicht oder nur langsam wachsen und keine Metastasen bilden.

<sup>21</sup> Mastektomie = chirurgische Entfernung der Brustdrüse

<sup>22</sup> Tumorexstirpation = Entfernung des Tumors samt umliegendem gesunden Gewebe

<sup>23</sup> Exposition = ausgesetzt sein, z.B. Strahlenexposition bedeutet Strahlen ausgesetzt sein



Zum 1.1.04 wurde die Einführung des flächendeckenden Mammographiescreenings in Deutschland beschlossen.<sup>24</sup> Die Erfüllung der Voraussetzungen zur Errichtung der Screeningeinheiten wird wegen der hohen EUREF-Norm-Anforderungen an das Mammographiescreening (z.B. 5000 Aufnahmen pro Jahr pro RöntgenärztIn) voraussichtlich nicht in allen Regionen gleich schnell verwirklicht werden können. Somit ist **nicht mit einem kurzfristigen Zugang aller Frauen in Deutschland zum Mammographiescreening zu rechnen**. Es wird eine stufenweise Einführung geben.

**Alle** Frauen (gesetzlich versicherte, Sozialhilfeempfängerinnen und privat versicherte) zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr sollen zu den Screenings eingeladen werden. Als wesentliche Forderung ergibt sich, dass die einzuladenden Frauen adäquat über die Vor- und Nachteile der Maßnahme aufgeklärt werden, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können. Die Teilnahme möglichst vieler Frauen ist die Voraussetzung, aus dem Programm valide Daten zu erhalten, die es, verbunden mit Daten aus den Krebsregistern (siehe auch Kapitel 4.2.1) der Länder, erlauben, die Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme zu evaluieren. Neben dem Abwägen von Nutzen und Risiko aus persönlicher Sicht stellt die Teilnahme am Mammographiescreening damit zusätzlich ein gruppennützlich Verhalten dar, da jede teilnehmende Frau dazu beiträgt, die Datensituation zum Vorteil aller Frauen zu verbessern.

Der Nutzen der Selbstuntersuchung der Brust als eine Möglichkeit der Früherkennung von Brustkrebs ist international umstritten. Die vorhandenen Daten aus randomisierten klinischen Studien zeigen keine erniedrigte Mortalität bei der Gruppe der Selbstuntersucherinnen (Semiglazov et al., 1992; Thomas et al., 1997). Beobachtungsstudien, die die Selbstuntersuchung evaluieren, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen (Fletcher et al., 1993; Richert-Boe und Humphrey, 1992). Deshalb wird international die Selbstuntersuchung der Brust nicht mehr als Mittel der Früherkennung empfohlen (American Cancer Society, 2004b). Empfohlen wird sie stattdessen, um das Bewusstsein für Veränderungen der Brust zu steigern („focus on awareness rather than detection“). In Frankreich wird ebenfalls in den Empfehlungen auf die Ungewissheit des Nutzens der Früherkennung hingewiesen (Eisinger et al., 1999).

Die zurzeit vorliegenden Daten verdeutlichen, dass der Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen, insbesondere von Mammographie, international kontrovers diskutiert wird. Auf der Basis bisher vorliegender Daten kommen evidenzbasierte Empfehlungen, wie z.B. die der U.S. Preventive Services Task Force und der WHO International Agency for Research on Cancer (IARC) zu dem Schluss, Mammographie für 40-jährige und ältere Frauen in einem ein- bis zweijährigen Intervall zu empfehlen.

Sie weisen allerdings darauf hin, dass dies vermehrt für die 50–69-jährigen Frauen und weniger für die 40–49-Jährigen gilt. Weiterhin wird von der IARC auf Qualitätsunterschiede in der Organisation nationaler Screening-Programme hingewiesen (Humphrey et al., 2002; International Agency for Research on Cancer, 2002).

Letztendlich können nur Frauen, die umfassend und individuell über Vorteile und Nachteile einer möglichen Verbesserung der Heilungschancen durch Früherkennung durch Mammographie aufgeklärt sind, selbstbestimmt entscheiden. Die Befähigung von Frauen, die angebotenen Methoden angemessen und auf der Basis ihres individuellen Risikos, an Brustkrebs zu erkranken, beurteilen zu können, hängt wesentlich von verständlicher, sachgerechter Information ab. Die Problematik, dass Frauen über

<sup>24</sup> Einführung des „Nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs“, Januar 2004

die Vor- und Nachteile von Früherkennungsmaßnahmen häufig nicht ausreichend qualifiziert beraten, bzw. ungenau informiert werden, wird zunehmend thematisiert (Baines, 2003).

Die Vielzahl vorhandener Information, verbunden mit der besonderen Besorgnis, die Brustkrebs auslöst, führt zu der Frage, wie heute Frauen optimal informiert werden können, ohne unbeabsichtigt Konfusion über Risiken und Präventionsmöglichkeiten auszulösen. Widersprüchliche und unzureichende Information können Ängste und Besorgnis hervorrufen, die schwer wieder abzubauen sind und Frauen in ihren individuellen Entscheidungsmöglichkeiten beeinträchtigen. Oberstes Ziel sollte daher die Bereitstellung qualifizierter, leicht zugänglicher und verständlicher Information sein. Die Risiken zu erkranken, der Nutzen und die Nachteile von Früherkennungsmaßnahmen sind kompetent zu vermitteln. Nötig ist die Entwicklung von Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen, für diejenigen Frauen, die psychischen Stress nach Mammographie ausgesetzt sind. Die Gesundheitsberufe selbst brauchen verbesserte Instrumente, die ihnen helfen, individuelle Risiken ihrer Patientinnen korrekter einzuschätzen und angemessen zu kommunizieren. Dies gilt insbesondere für Frauen mit bekannten Risikofaktoren, wie z.B. einem a priori erhöhtem Risiko für erblichen Brustkrebs.

#### **4.2.3.2 Brustkrebs und psychosoziale Belastungen<sup>25</sup>**

Frauen, die sich mit der Diagnose Brustkrebs auseinandersetzen müssen, sehen sich konfrontiert mit einer Erkrankung, die zum einen lebensbedrohlich ist und zum anderen ein sichtbares Organ der Weiblichkeit betrifft. Je nach persönlicher und sozialer Lage (Familienstand, Bildung, Einkommen, kulturellem Hintergrund, Lebensphase, Alter etc.) differieren die Belastungen und auch die Ressourcen der betroffenen Frauen. Sie benötigen Unterstützung unterschiedlicher Art und in verschiedenem Ausmaß.

„Ich habe das Gefühl, ständig kämpfen zu müssen.“ Dieses Zitat einer Brustkrebspatientin aus der Studie der Deutschen Krebshilfe (2003) ist symptomatisch für die Situation der Betroffenen. In dem Fachgespräch der Enquetekommission mit Fachfrauen aus Beratung und Therapie werden ähnliche Erfahrungen geäußert.

Die Expertinnen wiesen nachdrücklich darauf hin, dass die Brustkrebsdiagnose und -behandlung ein Trauma sein kann, das natürlicherweise eine starke psychische Belastung bedeutet. Es handelt sich dabei um eine sequentielle Traumatisierung.<sup>26</sup>

Psychosoziale Belastungen können in allen Phasen des Krankheitsverlaufs auftreten, bei der Erstdiagnose, während der Behandlung, der Rehabilitation, in der nachfolgenden Überlebenszeit, bei Fortschreiten der Erkrankung und in den Stadien des Sterbens an dieser Erkrankung. Jede dieser Phasen ist durch spezifische psychosoziale Probleme gekennzeichnet.

Die Bedeutung der psychosozialen Begleitung und Betreuung für den Heilungsprozess an Brustkrebs erkrankter Frauen wurde auch von der „Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs“ erkannt. Bereits im Jahr 2001 wurde eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die sich mit der psychosozialen Begleitung und Beratung befasste und Emp-

<sup>25</sup> Aussagen, die im Text nicht weiter belegt oder zugeordnet sind, sind aus: Deutsche Krebshilfe 2003: FORMa-Ca Brustkrebs-Basisstudie und aus: Deutsche Krebshilfe 2000: Studie zur Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen der AOK Rheinland ([www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)).

<sup>26</sup> Sequentielle Traumatisierung bedeutet fortgesetzte Traumatisierung.

fehlungen veröffentlichte. Im April 2002 hat die Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer „Stellungnahme zu den Handlungsempfehlungen der Projektgruppe 4 der Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs“ die Bedeutung der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung von Frauen mit Brustkrebs durch eine umfassende Darlegung der psychoonkologischen Evidenz untermauert.<sup>27</sup> Es wurden „Empfehlungen zur Durchführung eines psychoonkologischen Screenings und bedarfsorientierter psychosozialer und psychotherapeutisch-psychoonkologischer Versorgung in einer Behandlungskette bei Brustkrebs“ erarbeitet, die zurzeit in Hinblick auf ihre Umsetzung mit den Beteiligten beraten werden.

## Diagnose

Die Verdachtsdiagnose Brustkrebs trifft die meisten Frauen völlig unvorbereitet, da sie für sich kein Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, wahrgenommen haben. Ein Grund mag sein, dass die meisten Frauen, die an Brustkrebs erkranken, aus Familien kommen, in denen es keine Vorgeschichte dieser Erkrankung gibt. Daher erleben die meisten Frauen, die mit der Verdachtsdiagnose konfrontiert werden, Unglauben und Angstgefühle. Gleichzeitig werden sie in den ersten Tagen und Wochen nach der zur Diagnoseabklärung vorgenommenen Biopsie<sup>28</sup> mit einer Vielzahl von komplexen und komplizierten Informationen konfrontiert. Dazu gehören das Ergebnis der Abklärung des Krankheitsstadiums und die Prognose der Erkrankung basierend auf den Tumoreigenschaften (Größe, Histologie<sup>29</sup>, Hormonrezeptorstatus etc.). Gleichzeitig müssen Entscheidungen über den weiteren Behandlungsverlauf (Chirurgie, adjuvante Chemotherapie<sup>30</sup> und Strahlentherapie) getroffen werden. Auch muss entschieden werden, wo die Behandlung erfolgen soll. Das bedeutet für die erkrankte Frau, dass sie plötzlich lebenswichtige Entscheidungen treffen muss, auf die sie schlecht vorbereitet ist und für die sie zu diesem Zeitpunkt in der Regel über wenig Hintergrunderfahrung und -wissen verfügt. Die Hauptprobleme in dieser Phase liegen in der Bewältigung und Verarbeitung komplizierter neuer Informationsinhalte, sowohl durch die Frauen wie auch durch ihr soziales Umfeld (PartnerIn, Familie, FreundInnen) und in der Notwendigkeit komplexer Entscheidungsfindung.

Untersuchungen haben gezeigt, dass es nicht ratsam ist, überhastet Entscheidungen zu treffen oder sich zu Entscheidungen drängen zu lassen und dass das Einholen einer so genannten zweiten Meinung (second opinion) häufig hilfreich ist.

## Therapie

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapie äußern Brustkrebspatientinnen ein hohes Informationsbedürfnis. Dabei gibt es große individuelle Unterschiede. Etwa 60 % der Frauen möchten gerne möglichst alle Informationen, die sie bekommen können, während ungefähr 40 % sich durch zu viele Informationen verunsichert und überfordert fühlen.

Da nur informierte Patientinnen aktiv am Behandlungsprozess teilnehmen können, ist es notwendig, dass diese Informationen ausreichend, hochwertig, verständlich und vor allem an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientiert sind.

<sup>27</sup> Psychotherapeutenkammer NRW, 2002: Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer NRW zu den Handlungsempfehlungen der Projektgruppe 4 der Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs, Düsseldorf.

<sup>28</sup> Biopsie = kleine Gewebeprobe zur Untersuchung der Zelleigenschaften

<sup>29</sup> Histologie = feingewebliche Untersuchung

<sup>30</sup> Adjuvante Chemotherapie = die (ein operatives Verfahren) unterstützende Chemotherapie

Im Sinne dieser Patientinnenkompetenz hat für viele Betroffene die Zweite-Meinungs-Sprechstunde große Bedeutung. Als zweiter Rat eines/einer (unabhängigen) ExpertIn vor einer medizinischen Entscheidung, z.B. einer Operation oder auch zur (Nach-)Befundung einer Untersuchung, z.B. Mammographie (Zweitsicht) hilft dies Patientinnen, Nutzen und Risiken von Therapievorschlügen besser abwägen zu können. Somit wird ermöglicht, dass sie sich besser in ihrer Krankheits- und Lebenssituation orientieren können.

Wenn die Entscheidung für einen Behandlungsplan gefallen ist, kann dies zwar zu Erleichterung und Stressreduzierung führen, dafür können aber neue Ängste durch die Antizipation der Behandlung und ihrer Folgen auftreten.

Untersuchungen zeigen, dass Frauen, die gezielt auf das vorbereitet werden, was sie an körperlicher Symptomatik und körperlichen Belastung und damit verbundenen emotionalen Belastungen nach operativen Eingriffen, während/nach der Strahlentherapie oder der adjuvanten Chemotherapie erwartet, besser mit diesen Belastungen umgehen können (Ganz et al., 2004).

Im Fachgespräch wurde angeführt, dass sich Patientinnen im Verlauf der Therapie – bei Operation, Chemotherapie und Bestrahlung – ausgeliefert und passiv vorkommen. Dies wird als belastend empfunden. Allenfalls bezüglich Linderung der Nebenwirkungen können sie selbst aktiv werden und mit den eigenen Stärken und Ressourcen arbeiten.

Frauen benennen für die Therapie folgende Unterstützung als die am wichtigsten: 58 % nannten Familie und FreundInnen, 31 % gaben ÄrztInnen und Pflegekräfte an und 9 % Selbsthilfe- oder Patientinnengruppen. Die Unterstützung der Familie und der FreundInnen wird in Umfragen unter Patientinnen also doppelt so hoch bewertet wie die Unterstützung durch ÄrztInnen und das Pflegepersonal.

### **Rehabilitation und Nachsorge**

Klinische Untersuchungen zur Lebensqualität von Frauen nach Behandlung (Mastektomie mit und ohne Chemotherapie, Lumpektomie<sup>31</sup> mit und ohne Chemotherapie) zeigen, dass die meisten Frauen nach langer und komplexer Behandlung zwar psychisch genauso gesund sind und nicht häufiger depressiv oder sonst in ihrer mentalen Gesundheit beeinträchtigt sind als gesunde Frauen. Sie berichten aber über fortbestehende körperliche Beschwerden und Symptome, die sie signifikant langfristig in ihrer Lebensqualität und ihrem Wohlbefinden im Vergleich zu gesunden Frauen beeinträchtigen (Ganz et al., 2004). Hier ist insbesondere die Einschränkung durch ein häufig auftretendes Arm-Lymphödem zu nennen.

Knapp zwei Drittel der in der Studie der Deutschen Krebshilfe Befragten haben an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen und die meisten sahen ihre diesbezüglichen Erwartungen erfüllt. Frauen mit Kindern unter 12 Jahren nahmen seltener teil. Als Grund wird vermutet, dass sie weiter gehende Bedürfnisse haben, sei es der Wunsch nach vermehrten teilstationären/ambulanten Angeboten oder Rehakliniken mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten.

In der Nachsorge ist die GynäkologIn für 90 % der befragten Frauen die AnsprechpartnerIn. Die Patientinnen wünschen klare und einheitliche Information über die

---

<sup>31</sup> Lumpektomie nennt sich die brusterhaltende Operation bei Brustkrebs unter Entfernung lediglich der Tumorteile und des umgebenden Gewebes.

Nachsorge, beklagen die z.T. sehr widersprüchlichen Aussagen der behandelnden ÄrztInnen in Krankenhaus, Rehabilitations-Einrichtung oder im niedergelassenen Bereich.

Über 60 % der Frauen haben zwei Jahre nach der Diagnose weiterhin Angst vor Rezidiven. 31 % haben Sorge um die Familie, 28 % haben Angst vor dem Tod, 23 % finanzielle Ängste und 16 % sorgen sich um den Verlust ihrer weiblichen Attraktivität. Außerdem leiden viele Frauen auch darunter, dass die Familie häufig von ihnen erwartet, dass sie mit der Krankheit nach einem Jahr abgeschlossen haben. Brustkrebs hat in jungem Lebensalter häufiger einen ungünstigen Verlauf. Dies führt zu stärkeren Belastungen bei Frauen mit kleinen Kindern. Darüber hinaus beschreiben allein stehende Frauen ein besonderes Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung.

Die Expertinnen des Fachgespräches wiesen darüber hinaus darauf hin, dass es bei einigen Frauen erst sehr spät zu psychischen Folgen der Erkrankung kommt. Das kann durchaus für einen sehr langen Zeitraum nach Therapieende zutreffen. In der konkreten Zuordnung dieser Erkrankungen als psychische Folgen des Brustkrebs, in der adäquaten Behandlung und auch der sozialen Akzeptanz durch TherapeutInnen und Angehörige gibt es noch große Defizite.

Hier wird eine entsprechende psychosoziale Begleitung seitens der behandelnden ÄrztInnen aber auch durch (Krebs-)Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen als hilfreich empfunden. Möglicherweise ist auch eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt.

### **Sozialrechtliche Folgen**

Betroffene Frauen beklagen die verwirrenden Zuständigkeiten der Leistungsträger und auch deren uneinheitliche Auskünfte. Diese beziehen sich auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (Lymphdrainage, Krankengymnastik, Prothese, Prothesen-BH) sowie auf Sozialleistungen (Haushaltshilfen, Krankengeld, Erwerbsunfähigkeit, Schwerbehindertenrecht). Die Patientinnen müssen oft um Kostenübernahme kämpfen. Wünschenswert wäre die Beratung und Unterstützung „aus einer Hand“ (DKH, 2003).

### **Fortschreiten der Brustkrebserkrankung und Palliativbehandlung**

Bei etwa 30–40 % der Frauen schreitet der Brustkrebs fort, selbst nach relativ langer krankheitsfreier Zeit im Anschluss an die Primärbehandlung. Eine vor kurzem publizierte Studie zeigt, dass 60 % der Frauen, die nach der Primärbehandlung krankheitsfrei bleiben, dies einer positiven Einstellung zuschreiben, während 42 % der Frauen bei denen der Krebs fortschreitet, diese Entwicklung auf Stress zurückführen. Diese Daten legen nahe, dass Frauen zu persönlicher Schuldzuweisung neigen (Stewart et al., 2001). Das Fortschreiten der Krebserkrankung geht mit signifikanten Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens einher, insbesondere dem Auftreten depressiver Symptome. Ebenso berichten Familienmitglieder signifikante emotionale Beeinträchtigungen (Northhouse et al., 2002). Bio-psycho-soziale Behandlungsmodelle, die das Zusammenwirken körperlicher Leidenssymptome, insbesondere Schmerz und die Beeinträchtigung psychosozialer Funktionen verstehen und lindern helfen, sind weiterzuentwickeln.

Neben den bereits geschilderten Wünschen an psychosoziale Begleitung und Betreuung allgemein, leiden Betroffene besonders an fehlenden Angeboten zur Sterbebegleitung und Trauerbewältigung. Dies gilt auch für Angehörige.

Palliativmedizinische Maßnahmen dienen der Verbesserung der Lebensqualität und der Schmerzlinderung: Sowohl ambulante als auch stationäre Angebote müssen ausreichend vorgehalten sowie räumlich und personell adäquat ausgestattet werden.

#### **4.2.4 Modelle guter Praxis**

##### **4.2.4.1 Was macht ein Modell guter Praxis aus?**

Modelle guter Praxis gehen auf die Bedürfnisse der an Brustkrebs erkrankten Frauen und des Versorgungsumfeldes ein. Es sind Angebote mit besonderen Qualitäten, die bisher noch nicht für alle Frauen zugänglich sind. Ein häufiges Anliegen ist es, Informationsverlusten an Schnittstellen entgegenzuwirken.

Für die Qualifizierung als Modell guter Praxis für an Brustkrebs erkrankte Frauen können folgende Kriterien eine Rolle spielen:

##### **Das Besondere an Modellen guter Praxis bei (Brust)Krebserkrankungen**

Es wird eine regelhafte und in der Qualität gesicherte psychoonkologische und psychosoziale Betreuung gewünscht. Die Angebote sollen differenziert auf die verschiedenen Phasen der Erkrankung eingehen, möglichst niedrig schwellig und an den individuellen Bedürfnissen der Frauen orientiert sein.

Wichtig ist, dass Zeit für die Orientierung geboten und eine Pathologisierung der psychischen Reaktion auf die enorme Belastung durch die Erkrankung an Brustkrebs vermieden wird. Gewünscht wird Raum für die Neuorientierung im Leben und nach Möglichkeit Kontinuität bei den Therapeutinnen (viele Frauen wünschen sich in der Situation der Brustkrebserkrankung – wie im Fachgespräch angeführt – definitiv Gesprächspartnerinnen).

In dem Fachgespräch „Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind“<sup>32</sup> wurden Beispiele guter Praxis benannt. Deren Entstehung begründet sich oftmals auf den in den vorangegangenen Kapiteln thematisierten Defiziten. Für die folgende Darstellung wurden ganz bewusst Beispiele gewählt, die einen Ausschnitt der Projekte repräsentieren. Abgesehen von Selbsthilfe und einigen Internetangeboten sind die hier erwähnten Modelle grundsätzlich an beide Geschlechter gerichtet. Dies macht deutlich, dass nach wie vor „gegenderte“ Angebote fehlen.

##### **4.2.4.2 Verbesserung der Versorgung in der Region: Vernetzung, Qualitätssicherung und Schnittstellenmanagement**

Beispielhaft werden für den Regierungsbezirk Ostwestfalen-Lippe unterschiedliche Ansätze beschrieben, psychoonkologische Versorgung in den Klinikalltag zu integrieren.

---

<sup>32</sup>Protokoll, Landtag EKPr 13/44, 13.01.2003, siehe Kapitel 6.6

ren und die Versorgungskette erweitert auf- und auszubauen. Die dargestellten Modelle sind an Menschen mit allen Krebserkrankungen gerichtet:

**Herforder Modell** heißt das Praxiskonzept der „psychoonkologischen Versorgung von Krebs betroffener Menschen“ im Kreis Herford. Es wird durchgeführt von der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford und von der SULO-Stiftung ([www.sulo-stiftung.de](http://www.sulo-stiftung.de)) getragen. Angestellt sind MitarbeiterInnen mit Qualifikationen als psychologische PsychotherapeutInnen, eine Musiktherapeutin und eine Betriebswirtin des Fachbereiches Gesundheitswesen als Koordinatorin. Zu den Maßnahmen zählen die stationäre Patientinnenbetreuung, Beratung der Angehörigen sowie Fortbildung und Supervision der KlinikmitarbeiterInnen. Wert wird auch auf die Vernetzung mit Selbsthilfegruppen und Fachdiensten gelegt. Der Behandlungsansatz ist integrativ und sektorenübergreifend, die Versorgung am Klinikum erfolgt als Liaison<sup>33</sup>- und Konsildienst<sup>34</sup>. Für das hervorragende Konzept ist die SULO-Stiftung im November 2003 mit dem ersten Gesundheitspreis in NRW ausgezeichnet worden, es soll auf andere Kliniken in Westfalen-Lippe ausgeweitet werden.

Im **Kreis Lippe** wird die psychoonkologische Beratung und Betreuung durch eine Psychoonkologin im **Klinikum Lippe-Lemgo** und über die **evangelische Familienbildung in Detmold** angeboten. Neben einem Ansatz, der als „PatientInnennah und Lippeweit“ bezeichnet wird, ist das Besondere die Einbeziehung der Kinder von erkrankten Menschen. Dies bedeutet in der Regel für Mütter eine entscheidende Entlastung. Durch Bündelung der Information, Zusammenführung vorhandener Fachkräfte und mit Unterstützung der Klinik sowie niedergelassener OnkologInnen konnte ein Netzwerk aufgebaut werden. In fünf Städten des Kreises wurden Gesprächsgruppen aufgebaut. Im **Klinikum Lippe-Lemgo** ist eine Psychoonkologin halbtags in der Klinik beschäftigt. Darüber hinaus ist sie außerhalb der Klinik in Arbeitsgruppen, auch mit MultiplikatorInnen und in Gesprächsgruppen tätig sowie in Einzelgesprächen mit Betroffenen aktiv. So wird ein sehr hoher Prozentsatz der Brustkrebspatientinnen erreicht ([www.krebs-kompass.de](http://www.krebs-kompass.de)).

Im gesamten Land **NRW** gibt es 20 unter verschiedenen Trägern organisierte **Krebsberatungsstellen**. 17 der Beratungsstellen sind als „Landesarbeitsgemeinschaft Krebsberatungsstellen in NRW“ unter der Koordination von Aachen untereinander vernetzt und unterliegen gemeinsamen, verbindlichen Qualitätsstandards. Die Standards umfassen die Besetzung der Beratungsstellen, Qualifikation der MitarbeiterInnen, Trägerstruktur, kostenfreie Beratung und Schweigepflicht sowie die Erreichbarkeit. Die Beratungsstellen stellen in den kommunalen/regionalen onkologischen Versorgungsstrukturen kompetente Partnerinnen und einen Teil der leistungsfähigen sozialen Infrastruktur dar. Angeboten wird eine von den Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung unabhängige psychosoziale Beratung von an Krebs erkrankten Menschen. Durch die Arbeit wird das Management an den Schnittstellen deutlich verbessert. Die Beratungsstellen arbeiten im Rahmen eines vom Land NRW geförderten Projektes zur Gesundheitsförderung aktiv an qualitätssichernden Maßnahmen für die psychosoziale Versorgung. Das Ziel sind evaluierte Beratungsstandards. Die besonderen Belange von Frauen werden in der praktischen Beratung weitgehend berücksichtigt, allerdings gibt es keinen systematischen Ansatz, gendergerecht zu arbeiten.

<sup>33</sup> Fachärztliche Mitbetreuung

<sup>34</sup> Fachärztliche Beurteilung im Auftrag des/der behandelnden ÄrztIn

In der Veranstaltung der Enquetekommission wurde am Beispiel der **Beratungsstelle Bielefeld** deren Ansatz vorgestellt, Mitarbeiterinnen zu Vorgesprächen mit Patientinnen in die Kliniken zu schicken. Dadurch wird nach der Entlassung aus der stationären Behandlung ein besserer Übergang in eine psychosoziale Beratungsstelle gewährleistet ([www.uni-essen.de/tumorforschung/psd/kbs.html](http://www.uni-essen.de/tumorforschung/psd/kbs.html) und [www.krebsberatungsstelle.de](http://www.krebsberatungsstelle.de)).

Die **Aachener Beratungsstelle** nimmt an dem bundesweiten Modelprojekt der „Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, gefördert nach § 65 SGB V“ teil ([www.modell-projekte.de](http://www.modell-projekte.de)). Untersucht wird der Zugewinn von Lebensqualität der an Krebs erkrankten Menschen durch „gesicherte, umfassende und unabhängige Beratung“, Projektziel ist die Evaluation der Ergebnisqualität<sup>35</sup>, um diese messbar zu machen.

**Abbildung 4.2-1: Unabhängige Krebsberatungsstellen in NRW<sup>36</sup>**



<sup>35</sup> Ergebnisqualität ist hier das Resultat der Beratung und ein Hauptparameter bei der Beurteilung der Effektivität. In diesem Zusammenhang geht es um den Grad der Zufriedenheit und die Effizienz der eingesetzten Beratung.

<sup>36</sup> Die Beratungsstellen der Landesarbeitsgemeinschaft sind hell gekennzeichnet.



#### 4.2.4.3 Laienkompetenz unterstützen und einsetzen: Selbsthilfe

Die von Krebs und insbesondere Brustkrebs betroffenen Frauen haben sich je nach ihren Bedürfnissen unterschiedlich organisiert. Dadurch ist insbesondere in den letzten Jahren ein differenziertes Angebot entstanden.

So gibt es die Selbsthilfearbeit der **Frauenselbsthilfe nach Krebs**. Sie ist in einem Bundesverband, Landesverbänden und über 300 regionalen Ortsgruppen organisiert. Aktiv sind betroffene Frauen in allen Stadien der Erkrankung, die sich vor allem gegenseitig unterstützen, Informationen vermitteln sowie Angebote zum Umgang mit den Krankheitsfolgen und für die Freizeitgestaltung machen ([www.fsh-nach-krebs.de](http://www.fsh-nach-krebs.de)).

**Mamazone** ist eine international arbeitende Selbsthilfeorganisation mit einem Zweigverein im Rheinland (**Mamazone Rheinland e.V.**), die sich konkret politisch und wissenschaftlich engagiert. Sie unterscheidet sich von herkömmlichen Selbsthilfegruppen, weil in ihr nicht nur an Brustkrebs erkrankte Frauen, sondern auch WissenschaftlerInnen und behandelnde ÄrztInnen aktiv sind. Die Mitglieder unterstützen Forschungsprojekte und betreiben eine provokante Öffentlichkeitsarbeit vor allem zur Qualität der Brustkrebsbehandlung. Die Anerkennung der Patientinnenautonomie durch die Medizin ist ein weiterer Schwerpunkt. Mamazone unterstützt ein Diplompatientinnenprojekt. Hier können sich Patientinnen mit relativ neuer Diagnosestellung von einer so genannten Patin beraten lassen. Patinnen sind selber an Brustkrebs erkrankte, aber inzwischen in der Therapie und den medizinischen Strukturen erfahrene Patientinnen. Sie beraten nicht nur, sondern begleiten die Frauen bei Wunsch zu den ersten Therapiegesprächen ([www.mamazone.de](http://www.mamazone.de)). Kritisch angemerkt wurde in dem Fachgespräch, dass eine Feststellung der Eignung von Patinnen im Sinne einer Qualitätssicherung nicht gewährleistet ist.

Ein sehr engagierter Zusammenschluss von Brustkrebsinitiativen ist die **Nationale Koalition gegen Brustkrebs** mit den Schwerpunkten Information und Intervention auf gesundheitspolitischer Ebene ([www.brustkrebs24.info](http://www.brustkrebs24.info)).

#### 4.2.4.4 Niedrig schwellig und individuell informieren: Das Internet

Das Medium Internet ist für viele an Krebs Erkrankte zu einem unentbehrlichen Bestandteil ihrer Krankheitsbewältigung geworden. Gute Internetseiten bieten umfassende und in der Regel stets aktuelle Information. Ein Überblick darüber, was es gibt und was grundsätzlich möglich ist, kann relativ schnell und unabhängig vom jeweiligen Ort erhalten werden. Die relative Anonymität wird ebenso geschätzt wie die Möglichkeit, Information ohne direkten Handlungsdruck auf sich wirken zu lassen.

Internetforen bieten erkrankten Menschen die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen. Der Kontakt untereinander vermittelt erlebte Kompetenz. PatientInnen bekommen „Worte für das, was geschieht“. Gleichzeitig haben die Foren eine Indikatorfunktion für den bestehenden Informationsbedarf.

Von seriösen AnbieterInnen der Informationsportale wird eine Evaluation der bestehenden Internetseiten gewünscht. Hintergrund ist die unübersichtliche Zahl sowohl unseriöser, als auch eindeutig von Eigeninteressen geleiteter Internetseiten. Um die NutzerInnen bei der Auswahl seriöser und unabhängiger Information zu unterstützen, müssen die Internetseiten Qualitätsstandards entsprechen. Zur Entwicklung und Si-

Herstellung guter medizinischer Information gibt es inzwischen eine Vielzahl von Initiativen mit unterschiedlichen Herangehensweisen. Darunter bietet das in Großbritannien beheimatete Projekt DISCERN ([www.discern.de](http://www.discern.de)) den medizinischen Laien die Möglichkeit, anhand einer Checkliste Qualitätskriterien selbst zu überprüfen (von Danwitz, Baehring und Scherbaum, 2001). Mit diesem Ansatz wird auch deutlich, dass neben der Qualität der Internetseiten die Medienkompetenz der NutzerInnen ein entscheidender Faktor ist.

Ein wichtiges **Gütesiegel** für das Internet hat das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) seit März 2002 erarbeitet. Afgis wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gegründet und ist ein Zusammenschluss von 165 AkteurInnen des Gesundheitswesens. Ziel ist u.a. die kontinuierliche Analyse von Gesundheitsinformationsangeboten in den neuen Medien und, daraus resultierend, das Aufzeigen von Risiken, Schwachpunkten, Lücken und Qualitätsmängeln. Zudem sind eine ganze Reihe von Transparenzkriterien verabschiedet worden, z.B. über die AnbieterInnen, über SponsorInnen, über die Aktualität der Daten, über die AutorInnen und die Datenquellen. So ist zur Einordnung und Bewertung von Information z.B. höchst relevant, ob eine Internetseite von einer Pharmafirma gesponsert wird.

Obwohl der Zugang zu entsprechend qualifizierten Internetseiten von den AnbieterInnen und NutzerInnen als Bestandteil der psychosozialen Versorgung gesehen wird, ist der Aufwand dafür nicht als Leistung im eigentlichen Sinn abzurechnen. Hinsichtlich der Finanzierung gibt es unterschiedliche Lösungsversuche: Das Spektrum der Internetportale reicht von Sponsoring bis zu Beteiligung der Betroffenen durch Spenden oder Mitarbeit. Diese Finanzierungsmodelle können jeweils eigene Modelle guter Praxis darstellen.

Mit Informationen, Austauschforen und Adressen ist das **Internetportal Inkanet**<sup>37</sup> das wohl bekannteste, auf Initiative einer Betroffenen ins Leben gerufene Portal.

Es bietet keine persönliche Beratung als professionelle Leistung, beinhaltet aber den Aufruf, sich zu informieren. Dafür stellt es umfangreiche wissenschaftliche Daten auf allgemeinverständlichem wissenschaftlichem Niveau zur Verfügung. Daneben wird über Befragungen der NutzerInnen des Portals deren Bedarf ermittelt. So ist das Angebot den Wünschen der NutzerInnen entsprechend aktuell anzupassen.

Ein anderes, von erkrankten Frauen empfohlenes Portal ist [www.brustkrebs-info.net](http://www.brustkrebs-info.net) der Patientinneninitiative „Nationale Koalition gegen Brustkrebs“. Auf diesem Portal gibt es neben Foren ebenfalls wissenschaftlich begründete Informationen sowie gesundheitspolitische Standpunkte.

Ein weiteres sehr bekanntes Portal ist das des **psychoonkologischen Dienstes am Tumorzentrum Freiburg**, [www.tumorzentrum-freiburg.de](http://www.tumorzentrum-freiburg.de). Darüber hinaus bieten viele Universitätskliniken und lokale sowie überregionale Initiativen weitere gute Angebote.

Im Rahmen der **Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs NRW** wurde zur Erweiterung der Informationsmöglichkeiten für betroffene Frauen im Januar 2003 innerhalb des Landesgesundheitsportals [www.gesundheit.nrw.de](http://www.gesundheit.nrw.de) ein Informationsangebot im Internet frei geschaltet. Es informiert umfassend zum Thema Brustkrebs.

<sup>37</sup> Informationsnetz für KrebspatientInnen und Angehörige e.V., [www.inkanet.de](http://www.inkanet.de)

Den von Brustkrebs betroffenen Frauen werden relevante und qualitätsgesicherte Informationen an die Hand gegeben. Dazu werden innerhalb des Portals „Gesundheit.nrw“ abrufbare, aktuelle Informationen zu Ursachen und Risiken, Möglichkeiten der Prävention, Früherkennung, Diagnose- und Therapieverfahren bereitgestellt.

Beantwortet werden auch Fragen zu Rehabilitation und Sozialrecht. Weiterführende Informationen finden Interessierte außerdem in den Kontakt- und Internetadressen des Landesgesundheitsportals.

Die **Kampagne „Sicher fühlen“** der Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs in NRW greift konkret das Thema der Selbstuntersuchung der Brust auf. Im Sinne von „breast awareness“ („Brust-Bewusstsein“) ist es in der Lage, langfristig zu einem Empowerment der Frauen beizutragen. Voraussetzung ist eine Auflösung des ausschließlichen Zusammenhanges von Brustuntersuchung und Früherkennung. Hier ist ein Zugang über eine positive Wahrnehmung der eigenen Brust sinnvoller. Der Zugang über das Internet und das breit angelegte Seminarangebot bieten beste Voraussetzungen, mit einem qualitativ hochwertigen Programm viele Frauen zu erreichen ([www.sicher-fuehlen.de](http://www.sicher-fuehlen.de)). Technisch ist es das bisher einzige Portal seiner Art in Deutschland. Seine besondere Qualität liegt neben der breiten Informationsmöglichkeit vor allem in der Darstellung der Anleitung zur Selbstuntersuchung per Video mit gesprochenem Text. Jeder einzelne Schritt kann beliebig wiederholt werden, Nahaufnahmen und die zusätzliche Einblendung des gesprochenen Textes unterstützen den Lerneffekt. Darin hebt es sich auch im internationalen Maßstab von den bisher existierenden Auftritten ab, die vorwiegend mit animierten Zeichnungen arbeiten.

[www.sicher-fuehlen.de](http://www.sicher-fuehlen.de) ist mit dem Landesportal Gesundheit ([www.gesundheit.NRW.de](http://www.gesundheit.NRW.de)) verknüpft, und hier in die Thematik Brustkrebs integriert.

#### 4.2.4.5 Forschung für die Praxis – Praxis für die Forschung

Es gibt eine Vielzahl von gut validierten Instrumenten zur Messung der Lebensqualität und psychischer Variablen in der psycho-onkologischen Forschung. Es fehlen jedoch in der Praxis leicht anwendbare Instrumente, die ohne größeren Aufwand in der Routineversorgung von ÄrztInnen und anderen in der Versorgung Tätigen, die über keine spezifische psycho-diagnostische Ausbildung verfügen, angewendet werden können, um frühzeitig psycho-pathologische Begleitsymptome zu erkennen. Die Entwicklung eines solchen Instrumentes war Ausgangspunkt für ein EU-Forschungsprojekt **Psychische Variablen bei Brustkrebs**. Im Rahmen dieses Projektes ist vom **Institut für innovative Gesundheitskonzepte** in Kooperation mit europäischen PartnerInnen ein Screeninginstrument zur Beurteilung der psychosozialen Situation von Brustkrebspatientinnen entwickelt worden. Es ist sehr früh im Behandlungsverlauf einsetzbar, und kann die individuellen psychosozialen Bedürfnisse der Patientin ermitteln ([www.idinstitut.de/main/Forschung/forschung.htm](http://www.idinstitut.de/main/Forschung/forschung.htm)).

#### 4.2.4.6 Der Blick über den Tellerrand: Internationale Beispiele

Einen besonderen Weg in der Begleitung an Brustkrebs erkrankter Frauen bietet das Modell der **Breast Cancer Nurse**. Es gibt verschiedene Modelle in Großbritannien und Irland, aber auch in Kanada, Australien und weiteren Ländern. Krankenschwestern werden dabei speziell für die Betreuung an Krebs erkrankter Menschen ausge-

bildet. Sie begleiten die Patientin über den gesamten Therapieprozess und sind eine kontinuierliche Ansprechpartnerin, die in medizinischen und psychosozialen Fragen unterstützt. In Irland gibt es das Projekt der **Oncology Liaison Nurses**, das von der irischen Krebsgesellschaft initiiert wurde. Diese Nurses sorgen als persönliche Unterstützerinnen für sachgerechte Information und stetige Rückversicherung im Behandlungsprozess. Sie leisten praktische Unterstützung und geben sowohl den PatientInnen als auch den Angehörigen Rat. Sie sind Spezialistinnen, die einen wesentlichen Beitrag im Management der Erkrankung leisten – als Mitglied des Behandlungsteams und in der Bindung an die Erkrankten und deren Angehörige ([www.cancer.ie](http://www.cancer.ie)).

In den USA hat eine Organisation „Überlebender PatientInnen“ (National Coalition for Cancer Survivorship, [www.canceradvocacy.org](http://www.canceradvocacy.org)) einen **Almanach** (Cancer Survivor's Almanac) herausgegeben. Der Almanach ist ein praktisches Handbuch. Im Internet zugänglich ist auf dieser Basis zusätzlich eine Toolbox als Audioversion. Sie beinhaltet Tipps, Adressen, Leitlinien und Ratschläge, wie mit ÄrztInnen kommuniziert werden soll. Es ist quasi ein Erste-Hilfe-Kit.

Für die USA ist die National **Breast Cancer Coalition** (<http://www.natlbcc.org>) eine der wichtigsten Informationsgruppen. Wissensvermittlung und Training, Wissenschaft und Politik sind die Hauptzweige der Arbeit. In der Coalition sind 600 Mitgliedsverbände und 70.000 Einzelpersonen organisiert. Neben der fundierten allgemeinen Information zu der Erkrankung hat sie unter anderem ganz spezielle Empowerment- und Partizipationsansätze für Patientinnen entwickelt (z.B. Checklisten zu Fragen, die von den Patientinnen gestellt werden und über Information, die einzuholen sinnvoll ist).

#### 4.2.5 Handlungsfelder

Die Enquetekommission kommt zu dem Ergebnis, dass die psycho-onkologische Betreuung von Frauen mit Brustkrebs auf verschiedenen Ebenen verbesserungswürdig ist. Ein ausdifferenziertes Angebot, eine Verbesserung der Kommunikation und eine Erweiterung der Erkenntnisse über den qualitativen und quantitativen Bedarf sind erforderlich.

Die adäquate Aufbereitung und Übermittlung von Information als Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung ist ein weiteres wesentliches Element für eine Verbesserung der Versorgung und das Empowerment von Patientinnen.

#### Handlungsfeld Praxis

Für die Praxis ist die Angebotsstruktur bezogen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen zu verbessern. Dazu gehört das Spektrum von Früherkennung bis hin zu palliativer Behandlung. In der psychotherapeutischen Versorgung ist sicherzustellen, dass Frauen mit psychischen Belastungen zeitnah eine adäquate Behandlung bekommen. Dies gilt in besonderem Maße für psychische Belastungen, die erst Jahre nach der Krebserkrankung auftreten. In den Fokus gehören auch die psychosozialen Auswirkungen der Behandlung. Es ist wichtig, die Sensibilität für die Situation der Patientinnen im Alltagsgeschäft von Kliniken und Praxen zu erhöhen. Dazu bedarf es einer verbesserten Kommunikation zwischen medizinischem Personal und den Patientinnen. Die Kommunikationskompetenz zur Vermittlung auch schwie-

riger Sachverhalte ist wesentlich. Eine informierte Entscheidung der Patientin, die ihren Namen verdient, muss das Ziel aller Bemühungen der Informationsvermittlung sein. Die Zusammenarbeit von Medizin, Psychologie und Betreuungspersonal ist im gesamten Behandlungsablauf zu stärken.

In Zusammenhang mit der Besorgnis, die eine mögliche Brustkrebserkrankung bei Frauen und ihren PartnerInnen auslöst, ist von den BehandlerInnen äußerste Sorgfalt bezüglich sachgerechter Information zu erwarten. Dies gilt für die Kommunikation der Ergebnisse aus dem Mammographiescreening genauso wie für die Vermittlung, dass Früherkennung keine Vorsorge im Sinn von Krankheitsverhütung ist.

### **Handlungsfeld Forschung**

Für eine qualitativ bessere psycho-onkologische Versorgung aller PatientInnen ist es notwendig, in Deutschland eine dem Niveau der anglo-amerikanischen Länder entsprechende und differenzierte Forschung zu etablieren. Notwendig ist die Erstellung und Auswertung qualitativer und quantitativer Daten, die den Bedarf an gendersensibler psychosozialer Behandlung transparent machen. Dabei ist es wichtig, auf die individuell sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen einzugehen.

Ein weiteres zu bearbeitendes Feld ist der Umgang mit Forschungsergebnissen. Um Verunsicherungen, wie sie mit der Diskussion um Selbstuntersuchung und Mammographiescreening aufgetreten sind, zu vermeiden, ist eine bessere Aufbereitung von Forschungsergebnissen nötig. Um Risiken und Nutzen adäquat abwägen zu können, müssen aus den Ergebnissen klare Aussagen – oder eben keine – gemacht werden können. Damit das Potenzial, Risiken realistisch einschätzen zu können, in einer Bevölkerung besser bewertet werden kann, ist es nötig, bezogen auf grundsätzliche Krankheitsrisiken die Forschung zu forcieren. Den richtigen und an Qualitätskriterien ausgerichteten Einsatz der unterschiedlichen Medien für eine sachgerechte und unabhängige medizinische Information zu evaluieren, ist eine weitere Aufgabe für die Forschung.

### **Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung**

Die Enquetekommission sieht auch für den Bereich der Aus- und Weiterbildung einen deutlichen Handlungsbedarf. Neben einer grundsätzlichen Stärkung der psycho-onkologischen Ausbildung geht es hier vor allem um einen gendersensiblen Zugang. Dazu ist es notwendig, die Akzeptanz für die gendersensible psycho-onkologische Therapie sowohl bei AusbilderInnen als auch in den für die Weiterbildung zuständigen Institutionen zu erhöhen.

#### 4.2.6 Handlungsempfehlungen

Ziel der Handlungsempfehlungen ist es, sowohl bei den GesundheitspolitikerInnen auf Bundes- und Landesebene als auch in den Kommunen ein größeres Verständnis für psycho-onkologische Belange für Frauen zu schaffen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Dringend notwendig ist aber auch, dieses Verständnis bei allen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Tätigen herzustellen.

In diesem Sinne appelliert die Enquetekommission an **alle Verantwortlichen** in NRW

- in ihrer Arbeit genderspezifische Aspekte durchgehend zu berücksichtigen,
- wahrzunehmen, dass es nicht „die Patientin“ gibt, sondern eine medizinisch angemessene Individualisierung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Brustkrebs unerlässlich ist. Auch um eine Pathologisierung von natürlichen Belastungsreaktionen zu verhindern, muss hier differenziert werden zwischen
  - a. dem Bedarf an psychosozialer Behandlung in Abhängigkeit von der Erkrankung und der jeweils aktuellen Erkrankungs- und Behandlungsphase und
  - b. den individuellen Ressourcen der Frauen, mit der Erkrankung umzugehen und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen.
- ein differenziertes palliativmedizinisches Angebot zu entwickeln und zugänglich zu machen,
- die unabhängige und qualitätsgesicherte Arbeit der Krebsberatungsstellen sicherzustellen und auf eine Etablierung geschlechtsspezifischer Beratungsstandards hinzuwirken,
- Internetangebote den notwendigen Standards zu unterwerfen und die Medienkompetenz von Patientinnen im Sinn von Empowerment zu fördern.

In der Analyse des Themas durch die Enquetekommission hat sich immer wieder ergeben, dass das Datenmaterial zu Brustkrebs in Deutschland und NRW unzureichend ist. Um einen ersten Schritt zu einer verbesserten Datengrundlage zu schaffen, bittet die Enquetekommission zusätzlich alle Verantwortlichen in NRW den Aufbau des geplanten standardisierten, flächendeckenden und epidemiologischen Krebsregisters zu unterstützen.

Insbesondere fordert die Enquetekommission der **Landesregierung** auf

- die im Rahmen der konzertierten Aktion Brustkrebs für die zu etablierenden Brustzentren vorgesehen „prozesshaften“ Standards in der psychosozialen Unterstützung (Screening des Bedarfes zu unterschiedlichen Phasen von Erkrankung und Behandlung; Entwicklung von Befragungsroutinen sowie eine Zertifizierung) mit internationalen Standards abzugleichen und schnellstmöglich flächendeckend umzusetzen,
- eine breite Öffentlichkeit für die Früherkennung, die Risiken und die verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufes zu schaffen. Dazu ist auf öffentlichkeits-

wirksame Symbole wie die „Rosa Schleife“<sup>38</sup> verstärkt hinzuweisen. Die alljährliche Aufklärungsarbeit im internationalen Brustkrebsmonat Oktober ist zu unterstützen,

- Informationsmaßnahmen über die Früherkennung und psychosoziale Folgen von Brustkrebserkrankungen über die im Entstehen begriffenen Brustzentren hinaus auszuweiten und so zu Allgemeingut zu machen sowie
- die Kampagne „Sicher fühlen“ vollständig in ein Konzept nach dem Prinzip des „breast awareness“ umzuwandeln.

Weiterhin empfiehlt die Kommission den **AkteurInnen innerhalb der Versorgung im Gesundheitswesen**

- die Risikokommunikation zu verbessern und für eine adäquate Information zu sorgen. Dies gilt sowohl für allgemeine Information, auf die alle Frauen zurückgreifen können, als auch für die Information im konkreten Krankheitsfall. Es erfordert auch, die dazu notwendigen Kommunikationstechniken und dazu handhabbare Verfahren zu entwickeln.
- den Frauen, die nach einer Mammographie unter psychischem Stress leiden, Unterstützung anzubieten.
- statt der üblichen Angebote zur Selbstuntersuchung der Brust das Prinzip des „breast awareness“ („Brust-Bewusstsein“) umzusetzen. Dabei wird von einem Bewusstsein für den eigenen Körper insgesamt und die Brüste im Besonderen ausgegangen. Ausgangspunkt ist dabei das Spektrum der Normalitäten. Vor diesem Hintergrund ist ein (individuelles) Verständnis für beachtenswerte Veränderungen der Brüste zu entwickeln.
- die Anstellung von ausreichend psycho-onkologisch ausgebildeten ÄrztInnen und PsychologInnen mit Erfahrungen in der Therapie an Brustkrebs erkrankter Frauen. Dabei ist es sinnvoll, sicherzustellen, dass Frauen auf Wunsch nur von Frauen therapiert werden.
- die Vermittlung von gendersensibler psychosozialer und psycho-onkologischer Handlungskompetenz im medizinischen und pflegerischen Personal sicherzustellen.
- die Intimsphäre der Patientin unbedingt zu achten und so weit wie möglich zu sichern. Dies gilt insbesondere für Kliniken und Praxen, in denen Männer und Frauen mit unterschiedlichen Krebserkrankungen gemeinsame Einrichtungen nutzen.
- als gemeinsames Projekt „auf gleicher Augenhöhe“ zwischen Praxis und Forschung verbindliche Standards für die psychosoziale Betreuung zu definieren und im Prozess weiterzuentwickeln.

Die Kommission empfiehlt den **Krankenkassen** und den **Trägern der Rentenversicherungen**

- eine integrierte, an den Schnittstellen durchlässige und leitlinienbasierte Versorgung flächendeckend sicherzustellen,

<sup>38</sup> Wer sie trägt, signalisiert Verbundenheit mit allen Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind.



- im Bedarfsfall eine begleitende Psychotherapie sicherzustellen. Dies soll auch für die große Gruppe der Frauen gelten, die erst vier bis fünf Jahre nach der Erstdiagnose psychisch auffällig werden,
- mehr teilstationäre/ambulante Angebote für Mütter mit Kindern sowie mehr Angebote für multimorbide Patientinnen zu schaffen. Die Flexibilität bezüglich Zeitpunkt und -rahmen der Maßnahmen ist zu erhöhen,
- den Frauen die Möglichkeit zu geben, sich in Einrichtungen ihrer Wahl behandeln zu lassen,
- Beispiele guter Praxis aus dem In- und Ausland, wie die „oncology liaison nurses“<sup>39</sup> in geeigneter und wissenschaftlich fundierter Weise in NRW als Modellvorhaben zu erproben. Wesentliche zu berücksichtigende Elemente sind dabei eine bestmögliche psychosoziale Betreuung, ein besserer Übergang zwischen den Versorgungsbereichen und eine Stärkung der Patientinnen sowie
- Studien mit zu fördern, die Forschungslücken in diesen Feldern schließen.

Die Kommission empfiehlt den für die **Aus-, Weiter- und Fortbildung** sowie den für die **Forschung Verantwortlichen** in NRW und im Bund

- die Forschung in dem Bereich der psycho-onkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu forcieren und den internationalen Standards anzupassen,
- gendersensible Daten über den Bedarf und die Inanspruchnahme psycho-onkologischer Forschung zu erheben und/oder auszuwerten,
- die Forschungen über Risikomanagement und Risikokommunikation in Zusammenhang mit der Erkrankung an Brustkrebs zu verbessern,
- eine qualitativ ausreichende und gendersensible Aus-, Weiter- und Fortbildung durch entsprechende Curricula sicherzustellen und für den notwendigen Stellenwert dieser Ausbildung zu sorgen,
- die Entwicklung von Leitlinien für eine patientinnenorientierte Information zu fördern, die den gesamten Erkrankungs- und Behandlungsprozess abdecken, die psychosozialen Aspekte mit einschließen und Genderaspekte berücksichtigen und
- auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von PsychologInnen und SozialarbeiterInnen adäquate Richtlinien zu erarbeiten.

#### 4.2.7 Literatur

American Cancer Society (Stand 28.05.2004a): What are the Risk Factors for Breast Cancer.

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_2X\\_What\\_are\\_the\\_risk\\_factors\\_for\\_breast\\_cancer\\_5.asp?sitearea=](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp?sitearea=),

---

<sup>39</sup> Vgl [www.cancer.ie](http://www.cancer.ie) und 4.2.4.6



- American Cancer Society (Stand: 28.5.2004b): Role Of Breast Self-Examination Changes in Guidelines. Focus On Awareness Rather Than Detection. Quelle: [http://www.cancer.org/docroot/NWS/content/NWS\\_1\\_1x\\_Role\\_Of\\_Breast\\_Self-Examination\\_Changes\\_In\\_Guidelines.asp](http://www.cancer.org/docroot/NWS/content/NWS_1_1x_Role_Of_Breast_Self-Examination_Changes_In_Guidelines.asp).
- „Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind“ (2003): Protokoll des Fachgespräches im Landtag Düsseldorf, 13.1.2003, EKPr 13/44
- Baines, C.J. (2003): Mammography Screening: Are Women really Giving Informed Consent?, Journal of the National Cancer Institute, Vol. 95, No 20, pp 1508-1511, October 15, 2003
- Danwitz, Frank von, Baehring, Thomas, Scherbaum, Werner A. (2004): Medizinische Informationen im Internet. Initiativen zur Qualitätssicherung. Deutsches Ärzteblatt/PraxisComputer 2004, (5) 13-16
- Deapen, Dennis, Liu, Lihua, Perkins, Carin, Bernstein, Leslie, Ross, Ronald K. (2002): Rapidly Rising Breast Cancer Incidence Rates Among Asian-American Women. International Journal of Cancer, June 10.
- Deutsche Krebshilfe (2003): FORMaCa Brustkrebs-Basisstudie, ([www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de))
- Deutsch Krebshilfe 2000: Studie zur Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen der AOK Rheinland, [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de).
- Deutsche Krebshilfe (Stand: 28.5.2004): Die an Brustkrebs erkrankte Frau im Medizinbetrieb. Quelle: [http://www.krebshilfe.de/neu/infoangebot/broschuere\\_bk-studie\\_210703.pdf](http://www.krebshilfe.de/neu/infoangebot/broschuere_bk-studie_210703.pdf).
- Eisinger, F., Geller, G., Burke, W., Holtzman, N.A. (1999): Cultural basis for differences between US and French clinical recommendations for women at increased risk of breast and ovarian cancer. Lancet. 1999 Mar 13, 353(9156), 919-20.
- Elmore, J.G., Barton, M.B., Mocerri, V.M., Polk, S., Arena, P.J., Fletcher, SW (1998): Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med 1998, 338(16), 1089-96.
- Ernster, V.L., Barclay, J. (1997): Increases in ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast in relation to mammography: a dilemma. J Natl Cancer Inst Monogr 1997(22):151-6.
- Feig, S.A., Hendrick, R.E. (1997): Radiation risk from screening mammography of women aged 40-49 years. J Natl Cancer Inst Monogr 1997(22), 119-24.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.M. (2001): GLOBOCAN 2000; Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5, Lyon, IARC Press 2001
- Fletcher, S., Black, W., Harris, R., Rimer, B.K., Shapiro, S. (1993): Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. J Natl Cancer Inst 1993, 85, 1644-56.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., Belin, T.R. (2004): Quality of Live at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial.

- Journal of the National Cancer Institute, Vol. 96, No. 5, March 3, 2004, S. 376-387
- Hewitt, Marie, Herdman, Roger, Holland, Jimmie (Ed), (2001): Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. National Research Council, Institutes of Medicine. The National Academies Press, Washington, 2001a, pp 21-69 (a); p 106 (b)
- Hewitt, Marie et al.: Meeting Psychosocial Needs of Women with Brest Cancer, IOM, Washington, 2004, p. 3
- Humphrey, L.L., Helfand, M., Chan, B.K.S., Woolf, S.H. (2002): Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med; 137
- International Agency for Research on Cancer (IARC), (2002): IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 7 Breast cancer screening, Lyon, IARC Press, 2002, p. 150
- International Union Against Cancer (Stand 28.05.2004): Psycho-Social Impact of Breast Cancer. First Series of Updates for Health Professionals. Information about 2nd Psycho-Social Impact of Breast Cancer Meeting, Helsinki, June 2000. Update 1 – Breast Cancer Worldwide: An Overview Quelle: <http://cope.uicc.org/Updates/breastcancer.shtml>; Update 2 – Living with the Risk of Breast Cancer. Quelle: <http://cope.uicc.org/Updates/risk.shtml>, Stand
- Lampic, C., Thurfjell, E., Bergh, J., Sjoden, P.O. (2001): Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. Eur J Cancer 2001, 37(4), 463-9.
- Morrison, P.J., Hodgson, S.V., Haites, N.E. (Ed.), (2002): Familial Breast and Ovarian Cancer. Genetics, Screening and Management. Cambridge University Press, Cambridge, 2002
- Muthny, Fritz A., Küchenmeister, Uwe, Ziemer, Peter (1998): Psychosoziale Belastungen und Arbeitszufriedenheit onkologischer Pflegekräfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung im Akutkrankenhaus. Pflege 1998,11(5), 281-5
- Northhouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T.; Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Galvin, E., Decker, V. (2002): Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. J Clin Oncol 2002, 20(19), 4050-4064
- Olsen, Ole, Gotzsche Peter C. (2001): Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001, 358(9290), 1340-2
- Richert-Boe, Kathryn E., Humphrey L.L. (1992): Screening for cancers of the cervix and breast. Arch Intern Med 1992, 152(12), 2405-11
- Schwartz, L.M., Woloshin, S., Sox, H.C., Fischhoff, B., Welch, H.G. (2000): U.S. women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. BMJ 2000, 320(7250), 1635-40.
- Semiglazov, V.F., Moiseyenko, V.M., Bavli, J.L., et al. (1992): The role of breast self-examination in early breast cancer detection (results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad). Eur J Epidemiol 1992, 8(4), 498-502.

- Stewart, D.E., Cheung, A.M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L., Bunston, T. (2001): Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psychooncology* 2001, 10(2): 179-183
- Thomas, D.B., Gao, D.L., Self, S.G., et al. (1997): Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results. *J Natl Cancer Inst* 1997, 89(5):355-65
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health: Agenda for Research on Women's Health for the 21st Century, Volume 7. *New Frontiers in Women's Health*. Bethesda, MD. NIH Publication No. 01-4391, S. 4

## Links

[www.brustkrebs-info.net](http://www.brustkrebs-info.net)  
[www.canceradvocacy.org](http://www.canceradvocacy.org)  
[www.discern.de](http://www.discern.de)  
[www.fsh-nach-krebs.de](http://www.fsh-nach-krebs.de)  
[www.gesundheit.nrw.de](http://www.gesundheit.nrw.de)  
[www.idinstitut.de/main/Forschung/forschung.htm](http://www.idinstitut.de/main/Forschung/forschung.htm))  
[www.inkanet.de](http://www.inkanet.de)  
[www.irishcancer.ie](http://www.irishcancer.ie)  
[www.krebsberatungsstelle.de](http://www.krebsberatungsstelle.de)  
[www.krebs-kompass.de](http://www.krebs-kompass.de)  
[www.modell-projekte.de](http://www.modell-projekte.de)  
[www.sicher-fuehlen.de](http://www.sicher-fuehlen.de)  
[www.sulo-stiftung.de](http://www.sulo-stiftung.de)  
[www.tumorzentrum-freiburg.de](http://www.tumorzentrum-freiburg.de)  
[www.uni-essen.de/tumorforschung/psd/kbs.html](http://www.uni-essen.de/tumorforschung/psd/kbs.html)

### **4.3 Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit**

#### **4.3.1 Arbeitsbelastungen, Ressourcen und gesundheitliche Auswirkungen sind nicht geschlechtsneutral**

Die Belastungen, aber auch die Ressourcen, die sich aus der Erwerbstätigkeit, der Gestaltung der Arbeit, des Arbeitsplatzes und -umfeldes ergeben, sind wesentliche Einflussfaktoren für die Gesundheit von Frauen und Männern. Die Enquetekommission hat sich daher auch der Frage gewidmet, welchen Einfluss die Frauenerwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen hat und welche Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung zu stellen sind. Dabei hat sie sich vor allem mit Faktoren und Arbeitsfeldern beschäftigt, die Frauen besonders betreffen, denn Frauenerwerbstätigkeit konzentriert sich auf andere Branchen und Berufsfelder als die der Männer. Selbst wenn Frauen im gleichen Wirtschaftszweig beschäftigt sind, üben sie überwiegend andere Tätigkeiten aus, haben in der Regel geringere Entgelte<sup>1</sup> und andere Arbeitszeitformen. Darüber hinaus kann die Koordination von Erwerbsarbeit und Familienarbeit eine zusätzliche Belastung für Frauen darstellen. Allerdings ist Berufstätigkeit nicht per se als Belastung zu sehen, häufig stellt sie – auch für erwerbstätige Mütter (siehe auch Kapitel 4.11 und 4.13) – eine Ressource dar. Dazu gehören Eigenorganisation und Entscheidungsspielräume, soziale Integration und die Vielseitigkeit der Beschäftigung. Umgekehrt kann die fehlende Möglichkeit, berufstätig und somit finanziell unabhängig zu sein, für arbeitslose Frauen und Männer eine gesundheitsbelastende Wirkung haben.<sup>2</sup>

#### **4.3.2 Herausforderung an den Arbeitsschutz: Alte und neue arbeitsbedingte Belastungen betreffen Frauen und Männer anders**

Das Arbeitsschutzrecht hat lange Zeit für Frauen und Männer unterschiedliche Schutznormen vorgesehen. Das erste Arbeitsschutzgesetz wurde 1839 mit dem „Preußischen Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in den Fabriken“ erlassen. Es begrenzte die Kinderarbeit auf höchstens zehn Stunden täglich. 1878 wurde die erste Mutterschutzregelung gesetzlich verankert. 1996 trat das heute gültige Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, Bundesgesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit) in Kraft.

AkteurInnen im Arbeitsschutz sind außerbetrieblich die Berufsgenossenschaften mit ihrem Technischen Aufsichtsdienst, die Staatlichen Arbeitsschutzämter (früher Gewerbeaufsicht) und seit neuerer Zeit die Krankenkassen. Darüber hinaus sind die Tarifvertragsparteien involviert. Innerbetrieblich erfüllen die BetriebsärztInnen und die Sicherheitsfachkräfte wesentliche Aufgaben, die Betriebsräte haben umfangreiche

---

<sup>1</sup> Laut Eurostat 2002 werden für Deutschland im europäischen Vergleich die größten Unterschiede beschrieben: Frauen erreichen im öffentlichen Sektor 77 % und im privaten Sektor 73 % des Einkommens der männlichen Arbeitnehmer.

<sup>2</sup> Um im Dialog mit ExpertInnen und AkteurInnen Anforderungen für einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz insbesondere an betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung zu erarbeiten, führte die Enquetekommission ein Fachgespräch durch. Die Auswertung von Erfahrungen aus besonders frauenrelevanten Berufsfeldern und Branchen sollte dabei Handlungsbedarfe identifizieren und Ansatzpunkte für allgemeingültige Empfehlungen bieten.

Mitbestimmungsrechte. Insgesamt ist festzustellen, dass das Arbeitsschutzsystem männlich dominiert ist und geschlechtersensible Konzepte so gut wie nicht vorhanden sind. In einschlägigen wissenschaftlichen Untersuchungen und Berichten über Arbeitsbedingungen, arbeitsbedingte Belastungen und Ressourcen, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten fehlen häufig geschlechtsdifferenzierte Daten und geschlechtersensible Auswertungen.

Das Belastungs- und Gefährdungsspektrum in den Betrieben hat sich in den vergangenen Jahren verändert: Nach wie vor wirken sich die klassischen körperlichen Belastungen etwa durch schweres Heben und Tragen, Gefahrstoffe, Vibration, Lärm usw. negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. Ein besonderer Anstieg ist jedoch bei den psychosozialen Belastungen zu verzeichnen, insbesondere durch die Zunahme an Arbeitsintensität und Zeitdruck. Hier zeigt eine geschlechtsdifferenzierte Analyse unterschiedliche Schwerpunkte in den Belastungsprofilen von Männern und Frauen (Spannhake, 1998).

- Die physischen Arbeitsbelastungen betreffen zwar Männer häufiger; jeder dritte gibt an, immer oder häufig schwere Lasten bewegen zu müssen. Aber auch fast jede fünfte Frau, bei den Arbeiterinnen sogar über ein Drittel, ist immer oder häufig mit dem Tragen schwerer Lasten beschäftigt. Mehr als jede vierte Arbeiterin arbeitet in gebückter Haltung und 23 % unter Lärmeinflüssen.
- Nach Veränderungen bei der körperlichen Belastung in den letzten Jahren gefragt, antworten 22 % der weiblichen (und 25 % der männlichen) Beschäftigten, dass diese zugenommen hat. Eine Abnahme der körperlichen Belastung stellen hingegen zwar 64 % der Männer aber nur 36 % der Frauen fest.
- 41 % der weiblichen Beschäftigten (29 % der Männer) müssen sich selten oder nie in neue Aufgaben hineindenken oder einarbeiten. Fast jede zweite Frau (und fast jeder dritte Mann) ist immer oder häufig mit ein und derselben Tätigkeit beschäftigt. Besonders problematisch ist die Kombination von Leistungsdruck und einer Tätigkeit, die bis in alle Einzelheiten der Ausführung vorgeschrieben ist. Dies ist bei jeder zehnten Frau der Fall.
- Insbesondere Arbeiterinnen sind unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation, 31 % sind unzufrieden mit der Ausschöpfung ihrer Fähigkeiten, 51 % mit ihren Aufstiegsmöglichkeiten und 46 % mit den beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten.
- 14 % der Frauen leisten regelmäßig oder gelegentlich Nacharbeit, fast jede zweite muss auch samstags arbeiten und immerhin noch 36 % der weiblichen Angestellten und 23 % der Arbeiterinnen müssen an Sonn- und Feiertagen arbeiten (durchschnittlich arbeiten 18 % aller Beschäftigten an Sonn- und Feiertagen). Trotz hoher Arbeitslosigkeit haben die Überstunden zugenommen, bei den Frauen um 18 % und bei den Männern um 24 %.
- Ungeschützte Beschäftigung ist eine Frauendomäne. 82 % der (alten) so genannten 325-Euro-Jobs füllen Frauen aus, 61 % derjenigen, die auf Stundenbasis arbeiten, sind ebenfalls Frauen.

- Fast jeder vierte Mann und mehr als jede fünfte Frau bangen um ihren Arbeitsplatz.<sup>3</sup>

Ende des vergangenen Jahrhunderts wurden spezifische Frauenarbeitsschutzbestimmungen (bis auf die zum Mutterschutz) weitgehend aufgegeben, da sie dem Gleichbehandlungsgrundsatz widersprachen oder die Gefahr einer mittelbaren Diskriminierung gesehen wurde. Frauen hatten sich auch keinesfalls als das kränkere Geschlecht erwiesen. Berufstätige Frauen (14,1 Krankheitstage) weisen vielmehr geringere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als ihre männlichen Kollegen (15,3 Krankheitstage).<sup>4</sup> Frauen fehlen allerdings nicht nur seltener wegen Krankheit sondern es sind auch andere Krankheitsschwerpunkte festzustellen. Wesentliche Ursachen für Fehlzeiten sind – abgesehen von den reproduktionsbedingten Faktoren und außerbetrieblichen Gesundheitsbelastungen (siehe hierzu auch die Kapitel 4.5, 4.11 und 4.13) – in der unterschiedlichen Arbeitssituation zu suchen. Neben Alter und Geschlecht beeinflussen die berufliche Tätigkeit und der berufliche Status die Arbeitsunfähigkeit. So haben bei den Frauen die Raum- und Haushaltsreinigerinnen mit 27,5 Arbeitsunfähigkeitstagen die höchste krankheitsbedingte Ausfallzeit, bei den Männern sind es die Fahrzeugreiner mit 44,2 Krankheitstagen. Die durchschnittlich geringeren Arbeitsunfähigkeitszeiten von Frauen sind vor allem durch den hohen Anteil weiblicher Angestellter (mit geringen Ausfallzeiten) in den Dienstleistungsbranchen bedingt, während Arbeiterinnen mit 27,9 Krankheitstagen deutlich häufiger krank sind als Arbeiter (18,6 Tage).

<b>Tabelle 4.3-1: Rangfolge der häufigsten Diagnosegruppen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	
<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
1. Atemwege	1. Muskel- und Skeletterkrankungen
2. Muskel- und Skeletterkrankungen	2. Atemwege
3. Verdauung	3. Verdauung
4. Freizeit- und Hausunfälle	4. Arbeitsunfälle
5. Psychiatrische Erkrankungen	5. Freizeit- und Hausunfälle
6. Krankheiten der Nerven- und Sinnesorgane	6. Herz- Kreislauf
7. Harn- und Geschlechtskrankheiten	7. Krankheiten der Nerven- und Sinnesorgane
8. Herz-Kreislauf	8. Psychiatrische Erkrankungen
9. Arbeitsunfälle	9. Hauterkrankungen
10. Hauterkrankungen	10. Harn- und Geschlechtskrankheiten
11. Neubildungen <sup>5</sup>	11. Neubildungen
12. Stoffwechselerkrankungen	12. Stoffwechselerkrankungen

Quelle: Dr. med. Severin-Tölle, Fachgespräch "Frauen und Erwerbsarbeit - Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung" im Landtag, Protokoll Pr 13/47

<sup>3</sup> Dies hat sich seit 1998 deutlich verstärkt: Der Fehlzeitenreport 2003, herausgegeben vom WIdO spricht von mehr als 50% der ArbeitnehmerInnen, die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben (Badura, Schellschmidt und Vetter, 2003).

<sup>4</sup> BKK Bundesverband Krankheitsartenstatistik 2000/2001

<sup>5</sup> Neubildung bezeichnet in diesem Zusammenhang eine Tumorerkrankung.

Die weitgehende rechtliche Gleichstellung der Geschlechter bezogen auf den Arbeitsschutz ist zu begrüßen, sie darf aber nicht zu einer einseitigen, geschlechtsneutralen Theorie und Praxis führen. Der praktizierte Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz orientiert sich am männlichen Arbeiter und ignoriert die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, sei es bezogen auf die jeweiligen Arbeitsfelder, Berufe, Arbeitsbelastungen und ihre Auswirkungen, sei es bezogen auf Rahmenbedingungen und zusätzliche Belastungen durch Familienarbeit, auf Bewältigungsstrategien und auf notwendige Konsequenzen bei Arbeitsschutzkonzepten und Gesundheitsförderung.

#### 4.3.2.1 Stress und Belastungsfaktoren

Das Wissenschaftszentrum Berlin wies bereits Anfang der 80er-Jahre darauf hin, dass Stress und Herzinfarkt keine Managerkrankheiten sind. Ein besonders hohes Risiko hatten demnach ältere erwerbstätige Frauen mit geringer Qualifikation. Typische Merkmale der stark infarktgefährdeten IndustriearbeiterInnen zwischen 45 und 54 waren geringe Berufsausbildung, niedriger Berufsstatus, gering qualifizierte Tätigkeit und hohe Arbeitsplatzunsicherheit. Mitte der 90er-Jahre ergab eine Auswertung der Daten von 7000 Beschäftigten aus der Whitehall-II-Studie durch EpidemiologInnen des Londoner University College, dass vor allem starre Arbeitsabläufe und geringer persönlicher Einfluss Herz und Kreislauf belasten. Das Risiko, innerhalb von fünf Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden oder an Angina pectoris zu erkranken, war in den untersten Rangstufen der Beschäftigten um 50 % höher als bei leitenden Angestellten (Arbeit & Ökologie-Briefe Nr. 11, 1998). Auch andere Untersuchungen bestätigten die überdurchschnittliche Gesundheitsbelastung durch Monotonie und geringe Selbständigkeit (Arbeit & Ökologie-Briefe Nr. 22, 1998).

Die BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) befragte im Sommer 2000 zusammen mit der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten zu ihren arbeitsbedingten Stressbelastungen. Im Laufe der Untersuchung kristallisierten sich acht Berufsgruppen (Reihenfolge nach Grad der Stressbelastung) heraus, die in besonderem Maße unter Stress leiden:<sup>6</sup>

- AltenpflegerInnen,
- KöchInnen (56,6 % Frauenanteil),
- Raum- und HaushaltsreinigerInnen (91 % Frauenanteil), HilfsarbeiterInnen, PförtnerInnen (14,1 % Frauenanteil),
- SozialarbeiterInnen (78 % Frauenanteil unter Einschluss von u.a. AltenpflegerInnen),
- Büro- und Verwaltungskräfte (Frauenanteil 69,9 %),
- KindergärtnerInnen/ErzieherInnen (96,5 % Frauenanteil),
- Fach- und BerufsschullehrerInnen (42,8 % Frauenanteil) und
- Krankenschwestern/-pfleger (83,4 % Frauenanteil).

<sup>6</sup> Frauenanteil in NRW gemäß Statistik des Landesarbeitsamtes 2002

Die Gruppe der Raum- und HaushaltsreinigerInnen ist eine der besonders stark stressbelasteten Berufsgruppen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Stressbelastung wurde daher für RaumpflegerInnen gesondert ausgewertet (BGW/DAK, 2000). Danach leiden RaumpflegerInnen sehr viel stärker (+50,9 %) als die Vergleichsbevölkerung unter stressbedingten psychischen und psychosomatischen Störungen. Ob arbeitsbedingte Belastungsfaktoren – auch Stressoren genannt – zu mehr oder weniger deutlichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens führen, hängt stark davon ab, welche Möglichkeiten der Stressbewältigung – oder auch Ressourcen – individuell zur Verfügung stehen. Bei den RaumpflegerInnen kamen zwei Dinge zusammen:

Bei den wichtigen Ressourcenfaktoren „Vielseitigkeit, soziale Rückendeckung, Information und Rücksprache“ schnitten sie von allen Berufsgruppen am schlechtesten ab.

Ihre Arbeitsbedingungen sind durch hohe vor allem quantitative Arbeitsbelastung, geringe Aufgabenvielfalt und engen Handlungsspielraum geprägt.

Beides zusammen bewirkt ihre hohe Stressbelastung. Hier ist – auch vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen insgesamt dramatisch zunehmen<sup>7</sup> – dringender Handlungsbedarf gegeben. Einerseits gilt es, Maßnahmen zum Abbau von Stress zu entwickeln, mindestens genauso wichtig ist es aber, die Ressourcen zur Stressbewältigung zu stärken.<sup>8</sup>

#### **4.3.2.2 Spezifische Gesundheitsbelastungen in frauendominierten Berufen: Raumpflegerin, Friseurin, Verkäuferin, Büroangestellte**

Mangels ausreichend geschlechtsdifferenzierter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse wurden von der Enquetekommission in stark frauendominierten und für die Berufstätigkeit von Frauen besonders relevanten Berufen die Belastungen untersucht und Erfahrungen, insbesondere Good-practice-Beispiele, ausgewertet.

Die Arbeitsbelastung beim gewerblichen Putzen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten durch steigende Leistungsvorgaben und zunehmende psychosoziale Belastungsfaktoren um ein Vielfaches erhöht. Weitere Gesundheitsbelastungen ergeben sich durch die ergonomisch ungünstige Arbeitshaltung, das Bedienen schwerer Bohrer- und Putzmaschinen und die Hautbelastung durch dauernden Kontakt mit Wasser und aggressiven Reinigungsmitteln. Belastend für die **Reinigungskräfte** im Gebäudereinigungshandwerk sind auch die wechselnden Dienststellen. Entgegen der tariflichen Bestimmungen werden die Wegezeiten häufig nicht als Arbeitszeit anerkannt und vollzeitbeschäftigte Frauen haben so einen 12- bis 13-Studentag. Zu dieser enormen zeitlichen Belastung kommt der Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten. Pausen- oder Umkleieräume für die Frauen sind in der Regel nicht vorhanden, der Abstellraum für die Putzutensilien ist oft der einzige Raum, der Reinigungskräften

<sup>7</sup> Gemäß dem GEK-Gesundheitsreport 2001 stieg der Anteil psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren um fast zwei Drittel, bei den Krankenhausaufenthalten um 40,3 %. Insgesamt entfielen im Jahr 2000 11,6 % aller Krankenhaustage auf psychische Störungen – mehr als auf alle Krebserkrankungen. Der psychische Gesundheitszustand der Raumpflegerinnen ist nach der BGW-DAK-Studie um gut 9 % schlechter als der Vergleichswert der übrigen berufstätigen Bevölkerung.

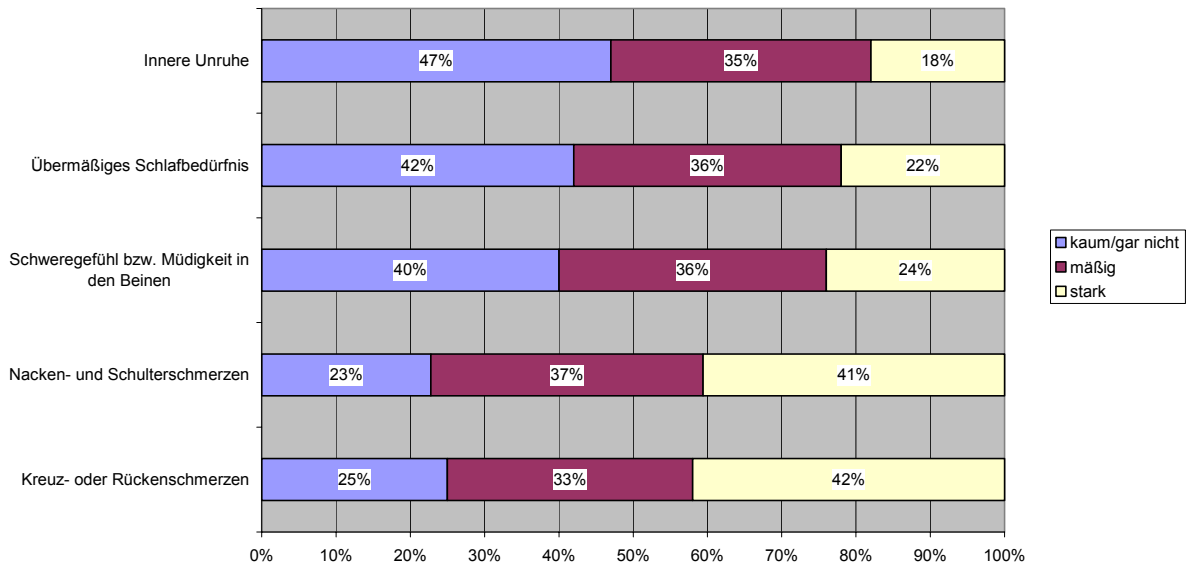
<sup>8</sup> Ausführungen über besonders belastende Arbeitsbedingungen für Mütter – beispielsweise Arbeit auf Abruf – sowie Hinweise auf Berufstätigkeit als Ressource, die insbesondere bei Müttern in höher qualifizierten Tätigkeiten festzustellen ist, finden sich im Kapitel 4.11, weitere Ausführungen zu außerberuflichen Arbeitsbelastungen im Kapitel 4.13.



zur Verfügung steht. Ein wesentlicher zusätzlicher Belastungsfaktor ist die gesellschaftliche Geringschätzung der Tätigkeit. Das schlechte Image dieses Berufs verstärkt die negativen Auswirkungen der Stressoren: hohe Arbeitsbelastung bei geringer Aufgabenvielfalt, wenig Dispositionsspielräume und mangelnde Anerkennung im Beruf selbst. Wo es gelingt, die Reinigungskräfte in die Auswahl von Arbeits- und Arbeitsschutzmitteln und in die Arbeitsorganisation und -gestaltung mit einzubeziehen, ihnen Entscheidungsspielräume zu geben, ihre Vorschläge und Anregungen positiv aufzunehmen und sie persönlich und ihre Arbeitsleistung wert zu schätzen, wirkt sich dies positiv auf die Arbeitsmotivation und die Gesundheit aus. Die Modellprojekte „Dienstleistungspool“<sup>9</sup> erweisen sich in diesem Sinne als besondere Good-practice-Beispiele.

Abbildung 4.3-1

**Stress bei RaumpflegerInnen**  
**Die fünf Einzelbeschwerden, unter denen RaumpflegerInnen am stärksten leiden.**



Quelle: Fachgespräch „Frauen und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW 6.2.2003, Judith Berger

Im **FriseurInnenhandwerk** – einem der häufigsten Berufsfelder für Frauen – wurden seit Beginn der 90er-Jahre erschreckende Zunahmen von berufsbedingten allergischen Haut- und Atemwegserkrankungen und daraus resultierenden Berufsunfähigkeiten verzeichnet. In vielen Fällen konnte der Beruf nur wenige Jahre ausgeübt oder musste die Ausbildung abgebrochen werden. Als Ursachen für die Hauptprobleme, Hautallergien und Ekzeme, wurde der Umgang mit aggressiven Chemikalien wie Dauerwellen- und Färbemitteln und dauernder Kontakt der Hände mit Wasser ausgemacht (BGW 2001, Arbeit und Ökologie Briefe Nr. 6, 1996; Nr. 21, 1996; Nr. 24,

<sup>9</sup> Die Landesregierung NRW fördert seit mehreren Jahren modellhaft drei Dienstleistungspools für haushaltsnahe Dienstleistungen. Unabhängig vom Umfang des Dienstleistungsbedarfs im einzelnen Haushalt werden die ArbeitnehmerInnen nach einer Qualifizierung sozialversichert und zu Tarifbedingungen mindestens halbtags beschäftigt. Die Koordinierung und Begleitung durch die Leitung des Dienstleistungspools und die Arbeitsorganisation erweist sich auch unter Arbeits- und Gesundheitsschutzgesichtspunkten als sehr förderlich.

2000). Hauptursache für die Atemwegserkrankungen war das häufig verwendete pulverförmige Blondiermittel. In einer konzertierten Aktion der Berufsgenossenschaft (BG) mit dem FriseurInnenhandwerk gelang es, andere Arbeitsweisen durchzusetzen – beispielsweise das Tragen von Handschuhen – und besonders gefährliche Mittel zu ersetzen, so dass mittlerweile von einer Trendwende gesprochen wird. Für das Jahr 2000 konnte die BG für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege einen Rückgang um 4,1 % im Vergleich zu 1999 bei Haut- und Atemwegserkrankungen feststellen.<sup>10</sup>

Andere Gesundheitsbelastungen im FriseurInnenhandwerk sind vor allem langes Stehen und ergonomisch ungünstige Haltungen beim Schneiden und Frisieren.

Viele Frauen sind durch häufiges oder ständiges Stehen bei der Arbeit stark belastet. Allein in den häufigsten „Frauenstehberufen“ Friseurin und **Verkäuferin** arbeiten ca. 1,5 Millionen Frauen. Auch in den **Pflegeberufen**, in Labors, im Küchen- und Gastronomiebereich stehen Frauen fast den ganzen Tag (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 1998). Rückenbeschwerden, Venenerkrankungen bis hin zu Krampfadern sind die Folgen. Im Extremfall – wenn Kreuzschmerzen und Muskelverhärtungen nicht frühzeitig ernst genommen werden – kann es zu Hexenschuss und Bandscheibenvorfall kommen (BGW Pressemeldung, 1998) Ohne frühzeitiges Gegensteuern besteht die Gefahr von irreversiblen, chronischen Gesundheitsschäden. Je einseitiger das Stehen ist, je weniger Ausgleichs- und Bewegungsmöglichkeiten gegeben sind, umso größer ist die Belastung und Gesundheitsgefährdung.

An vielen Frauenarbeitsplätzen wirkt sich insbesondere die Einseitigkeit der Tätigkeit besonders negativ aus. Dies trifft auch auf die **Bürofachkräfte** zu (knapp 72 % weiblich). Hier zeigt sich, dass selbst bei gleichen Aufgabenzuschnitten Frauen häufig deutlich geringere Gestaltungsspielräume haben (European trade union confederation, 2003). Auch wenn es sich um eine „relativ“ gesunde Berufsgruppe handelt, ergeben sich für Büroangestellte besondere Gesundheitsbelastungen aus einseitiger Körperhaltung und durch Stress, bedingt durch hohe Anforderungen unter Zeitdruck, die durch Rationalisierungsmaßnahmen/Personalmangel häufig verstärkt werden (Gmündner Ersatzkasse, 1998). Büroangestellte sind neben Bauarbeitern und Angehörigen der Pflegeberufe besonders stark von Rückenschmerzen betroffen (BKK-Bundesverband, 1998). Bei der Bildschirmarbeit kann die dauerhafte, einseitige Belastung der Hände zu chronischen Beschwerden führen. Zu nennen sind hier „repetitive strain injury“ (RSI, chronisches Schmerzsyndrom) und das Carpal-Tunnel-Syndrom (CTS), die in anderen Staaten bereits als Berufskrankheit anerkannt sind (Arbeit und Ökologie Nr. 9, 1999)<sup>11</sup>. Das Beschwerdebild RSI ist bei Frauen deutlich häufiger festzustellen. Insgesamt sind Bewältigungsstrategien bei Stress grundsätzlich geschlechtsspezifisch unterschiedlich (LafA, 2001).

Auch der betriebliche Organisationswandel durch „lean production“ hin zu flexiblen Arbeitsformen und einer Zunahme von prekären Beschäftigungsverhältnissen<sup>12</sup> beeinflusst Frauen negativer als Männer. Negative Auswirkungen sind für sie erhöhte Arbeitsbelastung, verschlechtertes Leistungs-Gratifikations-Verhältnis und erhöhte

<sup>10</sup> Im Jahr 2000 5.547 Meldungen insgesamt, 1999 5.786 Fälle, aus: Pressemeldung der BGW, 24.4.2001

<sup>11</sup> Siehe hierzu auch „Frauen und Gesundheit, Empfehlungen für die Frauengesundheit in Hamburg“

<sup>12</sup> Ungesicherte, nicht dauerhafte Arbeitsverhältnisse, zum Teil auch Arbeit auf Abruf oder (mehrere) geringfügige Beschäftigungsverhältnisse; dazu siehe auch „Frauen und Gesundheit“ Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg“

Arbeitsplatzunsicherheit (Pröll, 2003). Daraus ergibt sich für viele Frauenarbeitsplätze folgendes Belastungsprofil:

- körperliche Belastungen wie schweres Heben und Tragen, langes Stehen und Zwangshaltungen,
- ungünstige Arbeitszeiten und hohes Arbeitstempo,
- stark reglementierte und standardisierte Tätigkeit,
- geringer Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum,
- geringe Gratifikation und
- unsicherer Arbeitsplatz.

#### **4.3.2.3 Belastungsfaktoren im Callcenter**

Das noch verhältnismäßig junge Arbeitsfeld Callcenter hat sich sehr schnell ausgeweitet. Bundesweit arbeiten in etwa 3.500 Callcentern 500.000 Beschäftigte. Soziale und Arbeitsschutzaspekte wurden bei der rasanten Entwicklung nur unzureichend berücksichtigt. Callcenter stellen insgesamt hohe Anforderungen an ihre Beschäftigten. Insbesondere in den psychischen Belastungen zeigen sich verglichen mit anderen Branchen höhere Belastungswerte (Ccall Report 4, 2001). Als besondere Belastungsfaktoren sind zu nennen:

- hoher Leistungsdruck (mit möglichst kurzer Gesprächsdauer höchste KundInnenzufriedenheit erreichen) verbunden mit Leistungskontrolle,
- Zwang zur Freundlichkeit („lächelnde Stimme“),
- minimale Handlungsspielräume bei hoher Arbeitskomplexität und ständigen Änderungen,
- die permanente Ungewissheit, was das nächste Telefonat bringt und nicht zuletzt
- das Verhalten der KundInnen selbst (mangelnde Vorbereitung, Unfreundlichkeit, Aggressivität bis hin zur Beleidigung und sexueller Belästigung).

Dazu kommen die Belastungen durch die Arbeitsplatzgestaltung, die häufig nicht der Verordnung für Bildschirmarbeitsplätze entspricht und die Arbeitsumgebung (u.a. Lärmpegel, Temperatur, mangelnde Luftfeuchtigkeit).

Die Unterschiede in den Belastungsauswirkungen bei Männern und Frauen sind gegeben, allerdings nicht sehr ausgeprägt. Ein deutlicher Unterschied wurde beim „Burn-out“ festgestellt. Frauen weisen hier signifikant geringere Werte in der „emotionalen Erschöpfung“ auf, die ein zentraler Faktor im Burn-out-Konzept ist. Frauen erleben KundInnenkontakt anscheinend nicht in gleichem Maße als sozialen stressauslösenden Faktor. Psychosomatische Beschwerden sowie Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems sind dagegen bei in Callcentern beschäftigten Frauen sehr viel deutlicher ausgeprägt.

Starke Gesundheitsprobleme ergeben sich auch durch die Dauerbelastung der Stimme. 30 % der Callcenter-AgentInnen (67,2 % weiblich) haben Stimmstörungen. Wesentlich sind auch hier die Arbeitsbedingungen wie Arbeitsdruck, hoher Geräuschpe-

gel, schlechte Arbeitsplatzergonomie (Arbeit und Ökologie Briefe Nr. 19, 2001). Frauen sind regelmäßig häufiger von Stimmstörungen betroffen, da die Frequenz der Stimmlippenschwingungen bei ihnen etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern. Die Ursachen sind neben biologischen Unterschieden auch darin zu suchen, dass Frauen in geschlechtsspezifischen Stereotypen mit zusätzlich erhöhter Stimmlage, abweichend von der eigenen, mittleren Sprechstimmlage, sprechen.<sup>13</sup>

Insbesondere bei Callcentern zeigt sich, dass die prospektive Arbeitsgestaltung die erfolgversprechendste Form des Arbeitsschutzes ist. Unter anderem bietet die Universität Dresden eine Software an, mit deren Hilfe die Arbeitsplätze, die Abläufe und Prozesse so gestaltet werden können, dass sie arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen weitgehend gerecht werden.

### **4.3.3. Handlungsfelder**

#### **4.3.3.1 Wie kann Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag für die Frauengesundheit am Arbeitsplatz leisten?**

Seit Ende der 80er-Jahre tragen die Krankenkassen durch Gesundheitsberichterstattung dazu bei, das Krankheitsgeschehen in den Betrieben genauer zu analysieren und darauf gestützt in Kooperation mit anderen AkteurInnen (z.B. Betrieben und medizinischen Diensten) Handlungsbedarfe zu ermitteln und Präventionskonzepte zu entwickeln.<sup>14</sup> Grundlage bilden die nach Krankheitsarten aufgeschlüsselten Arbeitsunfähigkeitsdaten, die bei den Krankenkassen durchgehend geschlechtsdifferenziert vorliegen. Um die Vergleichbarkeit der Analysen zu gewährleisten, wurden Standards für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt, die sich auf Maße und Einheiten der Berichterstattung beziehen.<sup>15</sup>

Betriebliche Gesundheitsberichte sind in ihrer Aussagekraft zunehmend begrenzt, da bedingt durch die Kassenwahlfreiheit in den Betrieben eine Vielzahl von Krankenkassen präsent ist, deren AU-Analyse sich nur auf einen kleinen, häufig nicht repräsentativen Teil der Beschäftigten beziehen kann. Darüber hinaus bilden kleine und mittlere Unternehmen die große Mehrheit der Betriebe. Gesundheitsberichte, die sich auf weniger als 50 Personen beziehen, werden aus systematischen und Datenschutzgründen abgelehnt. Daraus folgt, dass, wenn der erfasste Anteil der weiblichen Versicherten im Betrieb weniger als 50 Frauen umfasst, keine geschlechtsdifferenzierte Auswertung durchgeführt wird.

<sup>13</sup> Fachgespräch „Frauen und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW, 6.2.2003; Forum 3, Anja Sportelli, EK Protokoll 13/47

<sup>14</sup> Mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 erhielten die Krankenkassen auch den Auftrag, bei der Aufklärung und Verhütung von betrieblichen Gesundheitsgefahren mitzuwirken und zu dem Zweck mit den Berufsgenossenschaften zusammenzuarbeiten. Im Laufe der 90er-Jahre entwickelte sich daraufhin eine weitreichende betriebliche Gesundheitsberichterstattung, die oft mit Gesundheitszirkeln und Befragungen der Beschäftigten einherging. Viele neue Erkenntnisse über Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz konnten so gewonnen werden, vielfach konnten auch die nach wie vor vorhandenen Vorurteile über „leichte Frauenarbeit“ widerlegt werden. Die 1996 vorgenommenen Einschränkungen der Aufgaben der Krankenkassen im Präventionsbereich wurden von der rot-grünen Bundesregierung wieder rückgängig gemacht und Prävention und Gesundheitsförderung als wichtige Gesamtaufgabe der Krankenkassen gefestigt.

<sup>15</sup> Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V

Um trotzdem Aussagen zum erwerbsarbeitsbezogenen Gesundheitsgeschehen machen zu können, entwickelten die Kassen folgende andere Berichtstypen, die teilweise geschlechtsdifferenziert sind:

- Die Krankheitsartenstatistik vom BKK Bundesverband beschreibt detailliert und weitgehend geschlechtsdifferenziert die Entwicklung von Arbeitsunfähigkeitsdaten nach Krankheitsarten, Arbeitsunfällen und Branchen bzw. Berufen.
- Branchen- oder berufsbezogene Gesundheitsberichterstattung wurde von großen Ersatzkassen entwickelt, in denen bestimmte Berufszweige besonders stark versichert sind. Insbesondere die DAK hat in frauenrelevanten Branchen und Berufen Gesundheitsberichte vorgelegt, z.B. für den Krankenpflegebereich, die Kredit- und Finanzinstitute oder auch den übergreifenden Gesundheitsreport „Berufstätige Frauen“. Von der Gmündener Ersatzkasse ist der Bericht über Bürofachkräfte zu nennen.
- Regionale Gesundheitsberichte hat beispielsweise die AOK Rheinland für ihren Zuständigkeitsbereich erarbeitet.

Da aus Sicht der Kassen die Gesundheitsberichte den Vergleich des Krankheitsgeschehens zwischen verschiedenen Betrieben, Berufen, Branchen oder Regionen ermöglichen sollen, werden sie alters- und geschlechtsstandardisiert.<sup>16</sup> Tatsächliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen der Geschlechter werden somit herausgerechnet. Sie bieten daher keine Grundlage arbeits- und arbeitsplatzbedingte Erkrankungen geschlechtersensibel zu hinterfragen.

Auch wenn geschlechtsdifferenzierte Auswertungen beispielsweise in gewerblichen Berufen einen höheren Krankenstand von Frauen feststellen, muss dies als Chance und Auftrag gesehen werden, die arbeits- und belastungsbedingten Ursachen dieser Unterschiede zu identifizieren und Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Für das Handlungsfeld **Gesundheitsberichte** formuliert die Enquetekommission folgende Anforderungen:

- Zukünftige betriebliche, berufs- oder branchenbezogene Gesundheitsberichte stützen sich auf geschlechtsdifferenzierte Datenerfassung und werten diese gendersensibel aus.
- Gesundheitsberichte werden durch MitarbeiterInnenbefragungen und Gesundheitszirkel ergänzt, die die Arbeitssituation, das Wissen und die Erfahrungen der Beschäftigten mit den Ergebnissen der Gesundheitsberichte in Verbindung bringen und so Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsgeschehen und den arbeitsbedingten Belastungen aufdecken.
- In den Befragungen werden die Erfahrungen von Frauen und Männern getrennt erfasst und ausgewertet.
- In den Gesundheitszirkeln wird in jedem Fall eine repräsentative Beteiligung von Frauen sichergestellt. Wenn Frauen stark unterrepräsentiert sind oder wenn Grund zur Annahme besteht, dass Mobbing oder sexuelle Belästigung stattge-

---

<sup>16</sup>In den Empfehlungen der Ersatzkassen heißt es: „Um den Betrieben eine Einordnung ihres Krankheitsgeschehens im Vergleich zu externen Kollektiven, wie z.B. die Branche, die Region oder die typischen Berufsgruppen zu ermöglichen, ist eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung unverzichtbar. Diese wird anhand einer zu definierenden Standardpopulation vorgenommen.“

funden haben, sollte ein eigener Frauengesundheitszirkel oder -workshop durchgeführt werden.

- Die Gesundheitszirkel werden während der Arbeitszeit durchgeführt. Dies ist insbesondere zur Beteiligung von Müttern unerlässlich.

#### **4.3.3.2 Anforderungen an einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz im Handlungsfeld „Verwaltungen und Betriebe“**

Frauengerechter Arbeits- und Gesundheitsschutz setzt selbstverständlich einen aktiven, innovativen allgemeinen Arbeits- und Gesundheitsschutz voraus. In Folge hoher Arbeitslosigkeit und schwacher wirtschaftlicher Entwicklung ist Arbeitsschutz in vielen Betrieben zu einem untergeordneten Thema geworden. Dies ist nicht nur bezogen auf die gesundheitlichen Interessen der Beschäftigten problematisch, sondern auch wegen der hohen Folgekosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Hier gilt es, gendersensible Konzepte, Maßnahmen und Projekte zu entwickeln, die unter Berücksichtigung der erschwerten Rahmenbedingungen den bestmöglichen frauen- (und männer-)gerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz anstreben. Besonders wichtig – auch unter ökonomischen Gesichtspunkten – wäre eine prospektive, frauengerechte Arbeitsgestaltung bereits bei der Einrichtung der Arbeitsplätze.

Die europäischen Länder verfügen über unterschiedlich weit entwickelte Konzepte für den frauengerechten Gesundheits- und Arbeitsschutz, während die bundesdeutschen Umsetzungsbemühungen hier noch viel Nachholbedarf aufweisen. Schulungen zur Anwendung von Gender Mainstreaming im Arbeitsschutz und Gendertrainings sind daher bei allen AkteurInnen geboten.

Vor diesem Hintergrund werden für das Handlungsfeld **Verwaltungen und Betriebe** folgende Anforderungen formuliert, die sich innerbetrieblich an Management, Beschäftigte, Personal- und Betriebsräte richten und überbetrieblich an Kammern, Berufsverbände und Tarifvertragsparteien:

- Gendersensibler Arbeitsschutz wird integrierter Bestandteil betrieblicher Prozesse sowie der Unternehmensorganisation und als ganzheitliche Gesamtaufgabe verankert.
- Ein gutes Betriebsklima und eine frauensensitive Betriebskultur sind wichtige Unternehmensziele; sexuelle Belästigung und Mobbing<sup>17</sup> werden konsequent geahndet.
- Gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse werden entwickelt und innerbetrieblich transparent gemacht.
- Die Verwaltungen und Betriebe unterstützen die Erstellung von geschlechtergerecht differenzierten Gesundheitsberichten, ermöglichen in Abstimmung mit den Betriebs- und Personalräten die Befragung der Beschäftigten und stellen ihre MitarbeiterInnen für Gesundheitszirkel frei. Sie ermutigen Frauen, sich aktiv zu beteiligen.

---

<sup>17</sup> Fachgespräch „Frauen und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW 6.2.2003, Dr. Helmut Deden, MfWA: 75% der Mobbingopfer sind weiblich!

- Arbeitsbedingungen (Arbeitsumgebung und -organisation) werden unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse geschlechtergerecht gestaltet.
- Die Arbeit wird abwechslungsreich gestaltet. Dazu gehört, dass den Beschäftigten Entscheidungsspielräume und Möglichkeiten der Selbstorganisation eröffnet werden.
- Weibliche und männliche Betriebsangehörige werden gleichberechtigt beteiligt und zur Mitarbeit an Gesundheitszielen befähigt.
- Die Tarifvertragsparteien und innerbetrieblich die Sozialpartner werden bei Vereinbarungen zur Arbeitszeitgestaltung Arbeitszeitoptionen der Beschäftigten berücksichtigen, um so die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit zu erleichtern und Stress entgegen zu wirken.
- Schutzmaßnahmen werden mit den Frauen beteiligungsorientiert entwickelt, um so und durch Wahlmöglichkeiten bei der Schutzkleidung die Akzeptanz zu erhöhen.

Aus Frauensicht ist es besonders relevant, der gesellschaftlichen Unterbewertung von Frauenarbeit entgegen zu wirken, ihre Planbarkeit und Vielseitigkeit zu erhöhen, Umgebungs- und Arbeitsbelastungen zu reduzieren, größere Zeitautonomie zu gewähren und durch flache Hierarchien größere Entscheidungsspielräume für die Frauen zu schaffen.

#### 4.3.4 Handlungsempfehlungen

##### Handlungsempfehlungen an den **Landtag** und die **Landesregierung**:

Das Land ist zuständig für den staatlichen Arbeitsschutz. Mit der Umorganisation der Gewerbeaufsicht zu den staatlichen Ämtern für Arbeitsschutz (StAfA) – fachlich unterstützt durch die Landesanstalt für Arbeitsschutz – veränderte sich das Aufgabenprofil. Die kontrollierende und ggf. sanktionierende Aufsicht wurde weitgehend zurück gedrängt zugunsten von Beratung, Unterstützung und Motivation der Betriebe im Hinblick auf einen modernen Arbeitsschutz und eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung. Hier müssen auch zukünftig die wesentlichen Aufgabenschwerpunkte liegen. Die vorliegenden Erfahrungen aus den frauendominierten Berufen lassen allerdings den Schluss zu, dass darüber hinaus eine stärkere Überwachung der frauenrelevanten Arbeitsschutzvorschriften geboten ist.

Wesentliche Handlungsempfehlung an den staatlichen Arbeitsschutz ist es, alle Leitbilder und Konzepte gendersensibel zu formulieren und auszugestalten und die MitarbeiterInnen entsprechend zu schulen. Im Detail empfiehlt die Enquetekommission, insbesondere den für Arbeitsschutz Verantwortlichen in der Landesregierung und der Landesanstalt für Arbeitsschutz:

- die EU-Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (EU, Amtsblatt, 2002) konsequent unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive umzusetzen!
- handlungsanleitungen zur Gefährdungsanalyse gendersensibel zu gestalten und für Ressourcenanalysen zu ergänzen (Aufgabenvielfalt, Dispositionsspielräume, Information und Anerkennung durch Vorgesetzte stellen beispielsweise wichtige stressmildernde Ressourcen dar).
- sowohl branchen- und betriebsübergreifend als auch branchen- und berufsspezifisch frauengerechte Handlungs- und Präventionskonzepte zu erarbeiten.
- gendersensible Arbeits- und Gesundheitsschutzprojekte zu initiieren und zu fördern.
- im Rahmen einer Offensive „Gesunde Stimme im Callcenter“ die Callcenter der öffentlichen Hand – insbesondere die Call NRW – zu Beispielen guter Praxis weiterzuentwickeln; dazu gehören Gefährdungsanalysen, Stimmtrainings und Initiativen zur Integration des Themas Stimmbildung in die Curricula sprechorientierter Berufe.
- good-practice-Projekte zu veröffentlichen und besser zu vernetzen.
- durch geeignete Maßnahmen die Motivation der Betriebe zu fördern, optimalen geschlechtergerechten Gesundheitsschutz zu erreichen.
- die Zusammenarbeit zwischen den AkteurInnen zu stärken, um so Win-win-Situationen zu schaffen.
- durch gezielte, auch zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit Bewusstsein für einen gendersensiblen Arbeits- und Gesundheitsschutz und für Frauen besonders relevante Themen zu schaffen.



- dem Ministerium für Wirtschaft und Arbeit wird empfohlen, in Kooperation mit den AkteurInnen im Bereich Arbeitsschutz und Gesundheit eine neue Aktion „Gesunder Betrieb“ zu entwickeln. Regional ausgewählte Betriebe, die unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive Arbeits- und Gesundheitsschutz innerbetrieblich innovativ und konsequent umsetzen, sollen im Rahmen dieser Aktion öffentlichkeitswirksam ausgezeichnet werden.

Ein weiterer für den Arbeits- und Gesundheitsschutz wichtiger Kompetenzbereich des Landes ist der Bereich Bildung, insbesondere der schulische Teil der **beruflichen Bildung und die Weiterbildung**. Auch hier sieht die Enquetekommission Handlungsbedarf und empfiehlt:

- im Rahmen der Berufswahlunterstützung der Schulen Arbeits- und Gesundheitsschutzaspekte geschlechtergerecht zu thematisieren und, unterstützt durch die um arbeitsmedizinische Aspekte ergänzten Ergebnisse gendersensibler Schulentlassuntersuchungen, Jugendliche zu befähigen, individuelle Dispositionen bei der Berufswahl zu berücksichtigen.
- die Aufnahme prüfungsrelevanter gendersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutzelemente und die Integration der notwendigen Handlungskompetenzen in die Unterrichtspläne der Berufsschulen.
- die Lehrenden durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen zu befähigen, Verhaltensprävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz geschlechtersensibel in den Unterricht zu integrieren.
- bei sprechorientierten Berufen Stimpflege in den Berufsschulunterricht zu integrieren.
- die Erstellung gendersensibler Unterrichts-, Arbeits- und Lehrmaterialien zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (z.B. konkrete Module zur Gesundheitsgefährdung und Prävention für frauendominierte Berufe). Die Vermittlung sollte unter Einbeziehung von – nach Möglichkeit weiblichen – Arbeitsschutzfachkräften erfolgen. Zur besseren Veranschaulichung sollten die Berufsschulen mit Musterarbeitsplätzen ausgestattet werden.
- die Weiterentwicklung des Faches „Sport“ zu „Sport und Gesundheitsförderung“ unter Einbeziehung von Verhaltensprävention, sowie die positive Vermittlung arbeits- und berufsbezogener Gesundheitsförderung als Lebensqualität und Wohlbefinden unterstützendes alltagstaugliches Instrument.
- den Weiterbildungsträgern Angebote der beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten, die inhaltlich und zeitlich den weiblichen Beschäftigten und ihren Interessen gerecht werden. Sie sollten individuelle, arbeitsbezogene Weiterentwicklung eröffnen – insbesondere in den frauendominierten niedrig bewerteten Berufen – und berufsübergreifend Gesundheits- und Sozialaspekte berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen an die **AkteurInnen**:

Die Enquetekommission empfiehlt insbesondere den institutionalisierten, nichtstaatlichen AkteurInnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:

- im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz die Landesregierung bei der geschlechtergerechten Neuausrichtung des Arbeitsgebietes zu unterstützen, und

zur Stärkung der Genderkompetenz ihrer Beschäftigten, des Managements und der betrieblichen Interessenvertretung geeignete Schulungsmaßnahmen anzubieten.

- den Berufsgenossenschaften die zeitnahe Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Richtlinien (z.B. zur geschlechterdifferenzierten Stimmprävention in Callcentern).
- die Entwicklung gendersensibler Rahmenleitlinien durch die Berufsgenossenschaften in Kooperation mit den Krankenkassen und betrieblichen AkteurInnen. So können für Prävention und Rehabilitation neue Qualitätsstandards erreicht werden. Bei der einzelbetrieblichen Anpassung und Umsetzung dieser Rahmenleitlinien leisten die AkteurInnen Unterstützung.
- die Mitarbeit an der Gestaltung und Umsetzung von gendersensiblen, branchen- und berufsspezifischen Handlungsanleitungen für Gefährdungs- und Ressourcenanalysen, von Präventions- und Aktionskonzepten.
- die Kammern und Innungen initiieren eine Imagekampagne zu gering geschätzten Frauenberufen um so der Minderbewertung von Frauenarbeit entgegenzuwirken.

Besondere Bedeutung für einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz hat die Schaffung durchgehend geschlechtsdifferenzierter Informationsgrundlagen. Deshalb ist eine geschlechtergerechte Neuausrichtung der betrieblichen, branchen- oder berufsbezogenen Gesundheitsberichterstattung dringend notwendig. Die Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SBG V sind zu überarbeiten. Die Enquetekommission empfiehlt konkret:

- den Krankenkassen, Daten grundsätzlich geschlechtsdifferenziert zu erfassen und auszuwerten (soweit es der Datenschutz zulässt), um eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen. Dabei sollen die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen explizit in die Berichterstattung eingehen.
- soweit aus besonderen Gründen geschlechtsstandardisierte Gesundheitsberichte erforderlich sind, sind diese durch geschlechtsdifferenzierte Berichte zu ergänzen.
- in der neu ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung nicht nur gendersensibel arbeitsbedingte Erkrankungen zu analysieren, sondern auch die Bewältigungsstrategien und Ressourcen.
- in Ergänzung zu den Gesundheitsberichten in Abstimmung mit ArbeitgeberInnen, Betriebs- und Personalräten unter gleichberechtigter Teilhabe von Frauen MitarbeiterInnenbefragungen durchzuführen und Gesundheitszirkel einzurichten. Die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der Gesundheitszirkel soll die besonderen Belange der betroffenen Mitarbeiterinnen berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, vor allem bei sexueller Belästigung oder in stark männerdominierten Betrieben, sollen Frauengesundheitszirkel durchgeführt werden.
- die Entwicklung geeigneter Angebote zur Beteiligung von MitarbeiterInnen aus kleinen und mittleren Unternehmen bei branchen- oder berufsbezogenen bzw. regionalen Gesundheitsberichten durch die Kassen in Kooperation mit Kammern,

Gewerkschaften und Berufsverbänden.

#### Handlungsempfehlungen an die **Forschung**:

Die Enquetekommission empfiehlt für den Bereich Forschung:

- in der arbeitswissenschaftlichen Forschung eine konsequente geschlechtsdifferenzierte Datenerfassung umzusetzen und gendersensible Fragestellungen, Auswertungen und die aktive Beteiligung von Frauen zu unverzichtbaren Qualitätsstandards zu erheben.
- geeignete frauengerechte Konzepte in praxisorientierten Forschungsprojekten zu entwickeln, um die Beteiligung und den Einfluss von Frauen bei Präventions-, Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen konzeptionell zu unterstützen.
- gestützt auf geschlechterdifferenzierte Analysen geschlechtergerechte Bewältigungsstrategien und Ressourcen stärkende Konzepte insbesondere für die frauendominierten besonders stressbelasteten Berufe zu entwickeln.

#### 4.3.5 Literatur

Arbeit & Ökologie-Briefe (1998): Herzinfarkt keine Managerkrankheit. Nr. 11, 3. Juni 1998, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (1998): Projekt KOPAG zeigt: Unterforderung macht krank. Nr. 22, 4. November 1998, S. 13, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (2001): Immer schön freundlich – bis die Stimme wegbleibt. Nr. 19, 26. September 2001, S. 3, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (1996): Blondiermittel steigert Atemwegsempfindlichkeit. Nr. 21, 16. Oktober 1996, S. 4, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (2000): Gesundheit im Friseurhandwerk. Nr. 24, 29. November 2000, S. 13, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (1996): Besserer Gesundheitsschutz für das Friseurhandwerk. Nr. 6, 20. März 1996, S. 16, Frankfurt

Arbeit & Ökologie-Briefe (1999): Das Carpaltunnelsyndrom sollte als Berufskrankheit anerkannt werden: Erste Ergebnisse einer Bremer Studie. Nr. 9, 20. Mai 1999, S. 8, Frankfurt

ArbSchG, Bundesgesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit

Badura, Bernhard, Schellschmidt, Henner, Vetter, Christian (Hrsg.), (2003): Fehlzeitenreport. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance, Berlin, Springer

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pressemitteilung vom 24.4.2001: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei Friseuren: Zahl der Versicherungsfälle weiter gesunken – Rekordtief seit der Wiedervereinigung

- BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pressemitteilung vom 01.09.1998: "Gesundheitsrisiken bei Stehberufen"
- BGW/DAK Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/ DAK Gesundheitsmanagement (2000): Stress bei RaumpflegerInnen. Ergebnisse einer BGS-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen, Hamburg
- BKK Bundesverband, Krankheitsarten Statistik 2000/2001
- BKK-Bundesverband (1998): Bundesweite Umfrage bei niedergelassenen Orthopäden, Essen
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1997): Frauen in Stehberufen: von früh bis spät Stehen. Dortmund
- EU-Amtsblatt 5.7.2002, C 161/1
- European trade union confederation (2003): The gender dimension in health at work, The TUTB survey on the gender dimension in health and safety, in Vogel, Laurent: The gender workplace health gap in Europe
- Sportelli, Anja (2003): Statement, Forum 3, Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit - Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Protokoll des Fachgespräches, Frauen und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/14, 06.02.2003
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2001): Frauen und Gesundheit. Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg, Perspektiven und Empfehlungen für ein Aktionsprogramm. Bericht der Expertinnenkommission, Hamburg
- Gmündner Ersatzkasse (1998): Gesundheitsbericht 12, Berufsgruppe der Bürofachkräfte, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5
- Lehmann, Eleftheria (2003): Statement bezogen auf die Untersuchungen des LAfA 2001, Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/14, 06.02.2003
- Pröll, Ulrich, Gude, U. (2003): Gesundheitliche Auswirkungen felexibler Arbeitsformen - Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 986
- Spannhake, Karen (2003): Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen von Erwerbstätigen. Repräsentative Umfrage im Auftrag des Bundesinstituts für Berufliche Bildung, Bonn, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 1998/99. Vortrag im Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/14, 06.02.2003
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft Hamburg (2001): CCall Report 4, Dezember 2001

#### 4.4 Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft

Eben so wenig wie es *den* Menschen bzw. *die* Frau mit einer geistigen Behinderung gibt, existiert *die* Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung (BZgA, 2001). Formen geistiger Behinderungen im Sinne eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten sind so verschieden, wie die sexuelle Identität eines jeden Menschen an seine persönliche Biografie geknüpft ist. Gerade die Auseinandersetzung mit Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft muss diese Verschiedenartigkeit berücksichtigen. Neuere Definitionen von „geistiger Behinderung“ betonen darüber hinaus auch soziale Aspekte von Behinderung. Gemeint sind gesellschaftliche Bedingungen, die eine Behinderung offensichtlicher machen und häufig zu weiteren Einschränkungen für die Betroffenen führen. Dazu zählen auch Normen, Erwartungen oder Vorurteile, mit denen Menschen mit Behinderungen begegnet wird – insbesondere, wenn es um Sexualität, Verhütung oder Kinderwunsch geht (Pro familia, 1998). Grenzen im Erleben einer selbstbestimmten Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft können sich durch den Schweregrad der Behinderung ergeben, dürfen aber nicht durch gesellschaftliche Bedingungen gesetzt werden.

Gemeinsam ist Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen allerdings, dass sie von der Gesellschaft benachteiligt und durch die medizinische Forschung vernachlässigt werden. Weder in der Studie „Frauen mit Behinderungen – Leben und Interessen vertreten – LIVE“ (Eiermann, Häußler und Helfferich, 1999) noch im Bundesfrauengesundheitsbericht 2001 wurden Frauen mit geistigen Behinderungen speziell berücksichtigt. Eine Gemeinsamkeit teilen sie auch darin, dass sie mehr noch als Menschen mit einer körperlichen Behinderung von den Bedingungen und Angeboten ihres Lebensraums abhängig sind.

Ungeachtet dessen haben sie dieselben Rechte auf körperliche Unversehrtheit, auf Menschenwürde und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dies beinhaltet – insbesondere unter Berücksichtigung des umfassenden Gesundheitsbegriffs, den die Enquetekommission ihrer Arbeit zugrunde legte – eben auch das Recht, ihre sexuelle Identität und ihre sexuellen Beziehungen frei zu wählen. Sie haben einen Anspruch auf Lebensbedingungen, die Raum für sexuelles Wohlergehen bieten. Das Recht auf Information und Beratung über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Elternschaft gilt auch für Frauen mit geistiger Behinderung. Sie haben das grundlegende Menschenrecht, sich für eigene Kinder und ein eigene Familie zu entscheiden. Ebenso haben sie Anspruch auf Schutz vor sexueller Diskriminierung und Gewalt.<sup>1</sup>

Vor dem Hintergrund, dass Frauen mit geistigen Behinderungen in unserer Gesellschaft die oben genannten Rechte kaum realisieren können, hat die Enquetekommission das Thema in einem Fachgespräch („Geschlecht: behindert“, 2003) aufgegriffen. Bezogen auf Frauen mit geistigen Behinderungen und ihre sexuelle Selbstbestimmung wurden unter den Aspekten Rechtsfragen, Aufklärung, Erfahrung in Ein-

---

<sup>1</sup> Auf der internationalen Konferenz der Vereinten Nationen zu Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde ein Aktionsprogramm zur weltweiten Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Rechte verabschiedet. Damit werden erstmals Reproduktion, Sexualität und Gesundheit mit den allgemeinen Menschenrechten verknüpft und konkrete Maßnahmen wie z.B. weltweiter Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung, sexueller Gesundheit, HIV-Prävention und Sexualerziehung gefordert.

richtungen, gynäkologische Versorgung und Kinderwunsch/Elternschaft insbesondere folgende Leitfragen bearbeitet:

- Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von Frauen mit geistigen Behinderungen bei der gesundheitlichen Versorgung angemessen berücksichtigt werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau mit einer geistigen Behinderung in alle ihre Gesundheit betreffenden Prozesse und Entscheidungen einbezogen ist?
- Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein und wo können diese verwirklicht werden, damit sie Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in ihrer jeweiligen Lebensphase und Lebenswelt gerecht werden?

#### **4.4.1 Jeder Mensch hat Sexualität**

Sexualität ist ein bedeutsamer Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und eine grundlegende Lebenskraft. Die sexuelle Entwicklung ist für Menschen mit geistiger Behinderung ebenso bedeutungsvoll wie für jeden anderen Menschen (Pro familia, 1998). Das Spektrum sexueller Grundbedürfnisse und Äußerungsformen ist für die Gruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen so umfangreich wie für Menschen ohne Behinderungen. Das „Besondere“ bei Menschen mit geistiger Behinderung liegt allerdings oftmals in der Ungleichzeitigkeit bzw. Differenz von körperlicher und psychisch-intellektueller Entwicklung. So unterscheidet sich die körperlich-sexuelle Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung – bis auf wenige Ausnahmen – nicht von derjenigen nichtbehinderter Menschen. Die psychische und intellektuelle Entwicklung kann jedoch oft nicht Schritt halten, und sexuelle Äußerungen von Erwachsenen mit geistigen Behinderungen können Nichtbehinderten „unangemessen“ erscheinen (BZgA, 2001; Pro familia Köln, 2003).

Die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen hat sich in den letzten Jahrzehnten positiv verändert. Dafür spricht auch ein Paradigmenwechsel vom einstigen Konzept der Betreuung hin zur Assistenz von Menschen mit Behinderungen, die ein selbstbestimmtes Leben, auch bezüglich der Sexualität ermöglichen soll. Gleichwohl ist die Vorstellung, dass sie Sexualität leben und Kinder haben für große Teile der Gesellschaft immer noch unbehaglich oder schlicht nicht existent. Wird sie doch wahrgenommen, erfahren Männer mit geistigen Behinderungen entsprechend dem allgemeinen gesellschaftlichen Bild eine höhere Akzeptanz und Toleranz bezüglich ihrer sexuellen Aktivitäten. Männern wird eher ein Leiden unter nicht erfüllter Sexualität zugebilligt als Frauen. Ihre sexuellen Aktivitäten werden als förderungswürdig betrachtet und der Besuch von Prostitutionsdiensten durchaus erörtert. Frauen mit geistigen Behinderungen, die sexuelle Kontakte suchen, werden in einer Mischung aus Schutz- und Bevormundungsbedürfnissen eher daran gehindert (Pixa-Kettner, 2003). Ihnen wird das Frausein weitgehend abgesprochen. Einerseits werden sie gesellschaftlich diskriminiert, weil sie nicht dem gängigen Schönheitsideal entsprechen, andererseits werden sie in Bezug auf Sexualität häufig mit unmündigen Kindern gleichgesetzt.

#### 4.4.2 Rechtliche Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung versus Praxis

In unserer Verfassung wird jedem Menschen die Freiheit garantiert, selbstbestimmt das eigene Leben entsprechend der individuellen Persönlichkeit zu gestalten, ungeachtet des Geschlechts, der Religion, ethnischen Herkunft oder einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 und GG). Weiterhin hat der Deutsche Bundestag 2001 in einem überfraktionellen Antrag betont, dass nicht mehr die Versorgung und Fürsorge für Menschen mit Behinderungen, sondern die Förderung ihrer Selbstbestimmung und Gleichheit zukünftig im Mittelpunkt aller staatlichen Bemühungen stehen soll.<sup>2</sup> Auch das SGB IX und das Betreuungsrecht verpflichten die Sozialleistungsträger und -erbringer sowie die gesetzlichen BetreuerInnen, die Achtung und Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Behinderungen gleichermaßen zum Ausgangspunkt als auch zum Ziel jeder Leistung und Maßnahme zu machen. In diesem Zusammenhang sind auch ihre Privat- und Intimsphäre und ihre sexuelle Selbstbestimmung zu achten, zu wahren und zu schützen (Zinsmeister, 2003).

Walter (2004) hat aus den rechtlichen Rahmenbedingungen Kriterien und Standards abgeleitet, deren Verwirklichung zur Beurteilung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung dienen:

- das Recht auf ein individuelles Sexualleben und die eigene Intimsphäre,
- das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und Schutz vor sexuellen Übergriffen,
- das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung,
- das Recht auf Sexualassistenz,
- das Recht auf eigene Kinder und
- das Recht auf Eigen-Sinn (gemeint ist die Akzeptanz von Abweichungen vom so genannten Normalen).

Wie diskrepanzhaft garantierte Selbstbestimmungsrechte und die tatsächlichen Rechtssituation von Frauen mit geistigen Behinderungen sein können, wird im Zusammenhang mit gesundheitlicher Versorgung und Sexualität ebenso deutlich an Fragen der Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit wie an den institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen sie leben. Der Gesetzgeber sieht vor, dass private Lebensentscheidungen und -handlungen von Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung, die nicht mit der Gefahr einer Fremd- oder Selbstgefährdung verbunden sind, nicht eingeschränkt oder unterbunden werden dürfen, auch wenn sie aus Sicht Dritter, z.B. der gesetzlichen BetreuerIn, möglicherweise falsch oder unvernünftig erscheinen.

##### 4.4.2.1 „Verhinderte“ Sexualität in Einrichtungen und Elternhaus

Häufig sind Menschen mit – insbesondere geistigen – Behinderungen sehr viel weniger aufgeklärt oder leben in mehr oder weniger abhängigen Verhältnissen. Ihre Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Sexualität und Verhütung hängt aber im hohen Maße vom Aufklärungsstand und der unterstützenden Begleitung in Fragen der Sexuali-

<sup>2</sup> Interfraktioneller Entschließungsantrag des Bundestages vom 19.5.2000: Die Integration behinderter Menschen ist eine dringende politische und gesellschaftliche Aufgabe, BT-DS 14/2913.

tät ab. Nur wenn sie über ihren Körper und ihre Bedürfnisse Kenntnisse haben, sich auszudrücken vermögen und hier Selbstbewusstsein erlangen, sind sie in der Lage, eigene Bedürfnisse zu formulieren und Verantwortung im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu leben. Eine lebensbegleitende und liebevolle Sexualaufklärung ist auch eine gute (Gewalt-)Prävention, um die eigenen Bedürfnisse von denen anderer Menschen zu unterscheiden und sich so gegen ungewollte Berührungen oder sexuelle Übergriffe besser schützen oder wehren zu können (Pro familia Köln, 2003). Aufklärungsmaterialien für Menschen mit geistiger Behinderung sind bisher allerdings nur vereinzelt erhältlich.

Die Lebenswelt von Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen ist oft lebenslang geprägt durch „Sonder“einrichtungen. Bei aller Verbesserung und Verschiedenheit der Betreuungsformen bestimmen immer noch restriktive Momente die Wohn- und Lebenssituation (BZgA, 2001). In Deutschland ist eine Unterbringung in Einzelzimmern nicht Standard, wie beispielsweise in Dänemark. Dieser Umstand kann als „sekundäre, strukturelle Behinderung“ gesehen werden (Walter, 2004). Sexualität ist in den Wohneinrichtungen und Werkstätten als Lebensäußerung selten vorgesehen, wird häufig reglementiert oder unterbunden. Eine Unterbringung in Mehrbettzimmern und die daraus folgende fehlende Intimsphäre verhindert bzw. schränkt das Sexualleben der BewohnerInnen gravierend ein. Walter (2004) fordert eine Festschreibung der zur Verfügungstellung von Einzelzimmern im Heimgesetz. Weitere Einschränkungen erfahren HeimbewohnerInnen durch Pflege bei offenen Türen, fehlende Duschvorhänge, wenig bis gar keinen Privatraum, verwaltetes Taschengeld, Besuche, die angemeldet und „genehmigt“ werden müssen und nicht zuletzt eine pauschale Empfängnisverhütung bei Frauen (BZgA, 2001; Walter, 2004).

Auch die Tatsache, dass Frauen (und Männer) mit geistigen Behinderungen, die bei ihren Eltern leben, selbst als Erwachsene oft noch im elterlichen Schlafzimmer übernachten, trägt nicht zu ihrer selbstbestimmten sexuellen Entwicklung bei (Walter, 2004).

Es lässt sich immer wieder feststellen, dass ein wesentliches Hindernis für den freieren Umgang mit Sexualität nicht in den behinderten Menschen selbst liegt, sondern in den Problemen, die ihre direkte Umgebung – Angehörige, Eltern und andere Bezugspersonen – damit hat. Betreuende in den Einrichtungen erleben häufig, dass ihr sexualpädagogisches Engagement gebremst wird, z.B. durch die Haltung der Eltern oder durch fehlende Konzepte zur sexualpädagogischen Betreuung. Oder sie fühlen sich durch mangelnden Rückhalt in der Leitung alleingelassen. Aufklärung wird dann in einer Grauzone betrieben und die BetreuerInnen haben das Gefühl „mit einem Bein im Knast zu stehen“ (pro-familia-Stellungnahme, 2003). Eltern haben Ängste, dass mit Aufklärung die Sexualität ihrer Kinder überhaupt erst geweckt wird. Darüber hinaus besteht die berechtigte Angst, dass ihre Töchter sexuell missbraucht werden könnten oder eben einfach nicht wissen, worauf sie sich einlassen. Aus diesem Schutzbedürfnis werden vor allem Frauen mit geistigen Behinderungen oft noch mehr von dem Thema Sexualität abgeschirmt als Männer. Die meisten Eltern fühlen sich mit der Sexualerziehung überfordert und verdrängen sie (Fehnker, 2003). Im Verhältnis zu den Betreuenden in den Einrichtungen fühlen sich Eltern oft nicht Ernst genommen oder entmündigt.

Allerdings gibt es inzwischen auch differenzierte Überlegungen darüber, wie eine selbstbestimmte Sexualität der BewohnerInnen in Wohneinrichtungen verwirklicht werden kann. Pro familia Niedersachsen beispielsweise hat Empfehlungen zur sexu-



alpädagogischen Konzeption für den Umgang mit Sexualität in Einrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen erstellt (Pro familia Niedersachsen, 2000). Eine Auseinandersetzung mit dem Thema war auch Ziel einer Fachtagung „Sexualität und geistige Behinderung“ des pro-familia-Landesverbandes NRW im April 2004. Geplant sind Folgeveranstaltungen mit den Betroffenen und mit Angehörigen.

#### 4.4.2.2 Empfängnisverhütung einschließlich Sterilisation

Nach gesetzlichen Vorgaben muss die Entscheidung einer einwilligungsfähigen Frau, ob und welches Verhütungsmittel sie nach einer ausführlichen Beratung anwenden möchte, bei ihr selbst liegen. Die Einwilligungsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit, rechtlich wirksam in die Verletzung höchstpersönlicher Rechtsgüter einzuwilligen, z.B. in Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sei es durch die medikamentöse Therapie oder eine Operation. Für die Einwilligung ist alleine die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit einer Person entscheidend und diese ist immer im Einzelfall – z.B. durch die behandelnde Ärztin/Arzt zu prüfen (Zinsmeister, 2003). Wird die Patientin in verständlicher Form über Chancen und Risiken des ärztlichen Heileingriffes, die Art der Durchführung und über mögliche Alternativen informiert und kann sie anhand dieser Informationen die Tragweite ihrer Entscheidung für oder gegen den Eingriff oder die Therapie erfassen, ist sie einwilligungsfähig. Erst wenn die/der behandelnde Ärztin/Arzt belegt, dass die Frau einwilligungsunfähig ist, darf ihre gesetzliche BetreuerIn entscheiden, ob und welches Verhütungsmittel das Beste für die Frau ist. Diese rechtlichen Voraussetzungen werden oft außer Acht gelassen. In der Realität wird dann über den Kopf der Frauen hinweg eine Entscheidung über die Verordnung eines Verhütungsmittels getroffen. Dies bedeutet, dass entweder die Frau als nicht einwilligungsfähig erklärt wird oder die Beratung einseitig und nicht, wie gesetzlich festgelegt, umfassend und verständlich für die Patientin vorgenommen wurde.

Darüber hinaus machen Ärztinnen von Pro familia häufig die Erfahrung, dass z.B. bei der Dreimonatsspritze gesundheitlichen Bedenken weniger nachgegeben und Vorerkrankungen sowie Gegenanzeigen weniger sorgfältig untersucht werden als bei anderen Frauen (Pro familia, 2003).

Eine medizinisch nicht indizierte **Sterilisation** Minderjähriger ist nach § 1631 c BGB grundsätzlich verboten, unabhängig von einer Einwilligung der Betroffenen oder der Sorgeberechtigten. Volljährige Frauen und Männer haben dagegen grundsätzlich das Recht, sich freiwillig sterilisieren zu lassen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie einwilligungsfähig sind, d.h. über den Zusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft und Verhütungsmöglichkeiten, über den Sterilisationseingriff, seine Risiken und Folgen umfassend aufgeklärt wurden und selbst in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung zu erfassen. Die Entscheidung kann aus Sicht Dritter (z.B. den behandelnden ÄrztInnen) durchaus unvernünftig erscheinen. Ebenso wie eine schwerkranke Person sich weigern kann, eine lebensnotwendige Operation durchführen zu lassen, steht es einer geistig behinderten Frau mit Kinderwunsch frei, sich in Kenntnis der Tragweite ihrer Entscheidung gegen eine Verhütung oder Sterilisation zu entscheiden. Wiederholt berichten allerdings Frauen mit Behinderungen, dass sie in ihre Sterilisation nur eingewilligt haben, weil ihnen von klein auf vermittelt wurde, sie könnten bzw. dürften auf Grund ihrer Behinderung keine Kinder bekommen (Zinsmeister, 2003).

Eine Sterilisation einwilligungsunfähiger Erwachsener ist in § 1905 BGB geregelt. Hier hat der Gesetzgeber deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Unfruchtbarmachung als schwerer Eingriff in die körperliche und seelische Integrität der Betroffenen grundsätzlich nur als letztmögliches Mittel in Betracht kommt. Sie darf nur vorgenommen werden, wenn sie dem Willen der betreuten Person nicht widerspricht, sie auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird, anzunehmen ist, dass es ohne Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde und infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden kann. Außerdem ist stets einer Methode der Vorzug zu geben, die eine Refertilisation zulässt (Zinsmeister, 2003). Die bloße Möglichkeit, eine einwilligungsunfähige Frau könnte irgendwann Geschlechtsverkehr haben, reicht für eine Sterilisation somit bei Weitem nicht aus. Demnach dürfte es also kaum noch Sterilisationen an nicht einwilligungsfähigen Personen geben. Dennoch wurden mit relativ gleich bleibendem jährlichem Trend auch 2001 immer noch 61 von 81 beantragten Sterilisationen durchgeführt (Zinsmeister, 2003). Allerdings liegen keinerlei Erkenntnisse darüber vor, in welcher Situation sich die betroffenen Frauen und Männer befanden, aus welchen Gründen der Eingriff genehmigt wurde und welche individuellen Auswirkungen er auf die seelische Gesundheit und die soziale Situation der Betroffenen hatte. Über die Zahl der Sterilisationen bei einwilligungsfähigen Frauen ist nichts bekannt, da es keine Berichtspflicht über diese Gruppe gibt.

In Elternfortbildungen zum Thema wird immer wieder deutlich, dass die Angehörigen geistig behinderter Frauen und Männer – die mit 80 % gleichzeitig die Mehrzahl der ehrenamtlichen gesetzlichen BetreuerInnen stellen – aus Angst und Sorge vor der Sexualität ihrer Kinder, der Gefahr des sexuellen Missbrauchs und einer Schwangerschaft zum Teil erheblichen psychischen Druck ausüben, um ihre erwachsenen Kinder zur Sterilisation zu bewegen. Ob und in welchem Umfang Frauen tatsächlich unter diesen Bedingungen zu einer Sterilisation bewegt wurden, ist nicht bekannt. Berichte aus der Praxis geben jedoch Anlass zur Annahme, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt. Dafür spricht auch die Tatsache, dass eine durchgeführte Sterilisation bei der entsprechenden Frau oder dem Mädchen ein nicht offen gelegtes Aufnahmekriterium für einen Platz im Wohnheim oder einer Werkstatt sein kann (Walter, 2004).

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ist nicht immer einfach und erfordert von den Verantwortlichen ein besonderes Einfühlungsvermögen, weitreichende Kenntnisse über bestimmte behinderungsbedingte Einschränkungen und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten der Betroffenen sowie ausreichend Zeit, um sich ein Bild von ihrer natürlichen Einsichtsfähigkeit zu machen. Ob diese Sorgfalt in der Praxis tatsächlich aufgewendet wird, ist nicht bekannt.

#### **4.4.2.3 Kinderwunsch und Elternschaft**

Frauen mit geistigen Behinderungen wünschen sich – ebenso wie Frauen ohne Behinderung – einen Partner, eine Familie und eigene Kinder, treffen dabei allerdings auf eine Vielzahl von Vorurteilen. Denn Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung gelten immer noch als besonders krasse Abweichung von der gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen.

Bis vor zehn Jahren waren keine gesicherten Kenntnisse über Kinderwunsch, Elternschaft und die Lebensverhältnisse von Eltern mit geistigen Behinderungen und ihren Kindern in Deutschland verfügbar. 1993 begann ein erstes bundesweites Forschungsprojekt an der Universität Bremen sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Ermittelt wurden annähernd 1000 Elternschaften mit 1360 Kindern. Die nicht Erfassten mitgerechnet, ging die Forschungsgruppe für 1996 von 2500 Elternschaften aus. In NRW lebten zum damaligen Zeitpunkt 179 geistig behinderte Mütter mit ihren Kindern (Pixa-Kettner, Bargfrede und Blanken, 1996). Insgesamt ist die Zahl der Geburten von Kindern geistig behinderter Eltern in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen, ebenso wie die Häufigkeit des Zusammenlebens mit den Kindern (Bargfrede, 2001). Die Ergebnisse dieser ersten und weiterer Studien führte zur Vereinsgründung „Verein für begleitete Elternschaft e.V.“, und 1998 konnte in Bremen in Zusammenarbeit mit der AWO Bremen die bundesweit erste Beratungsstelle<sup>3</sup> eröffnet werden (Bargfrede, 2001).

Geistig behinderte Frauen machen häufig die Erfahrung, dass das Thema im Kontakt mit ihnen gemieden wird oder sie in ihrem Kinderwunsch nicht ernstgenommen werden bzw. dieser kategorisch abgelehnt wird (Pixa-Kettner, 2003). Viele werden immer noch in dem Glauben erzogen, keine Kinder bekommen zu können (Zinsmeister, 2003). Ihre Kinderwunschmotive erfahren eine ungleich kritischere Hinterfragung, als dies bei nichtbehinderten Frauen der Fall ist. Nach Pixa-Kettner (2003) unterscheiden sich Motive für einen Kinderwunsch bei Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen nicht von denen nichtbehinderter Frauen. Sie könnten lediglich um den besonderen Aspekt „Kinderwunsch als Ausdruck von Normalität und Erwachsenheit“ erweitert werden.

In Befragungen berichteten Frauen mit geistigen Behinderungen über unfreiwillige Abtreibungen und Kindesabnahmen. Erzwungene Trennungen vom eigenen Kind aufgrund der Behinderung der Mutter – verschärft durch ein langfristiges Umgangsverbot – gehören demnach immer noch zum bundesdeutschen Alltag. Dabei werden die betroffenen Frauen häufig weder auf diese für sie traumatischen Ereignisse vorbereitet noch findet eine Trennungsbegleitung statt (Vlasak, 2004).

Die Entscheidung zur Elternschaft von Menschen mit geistigen Behinderungen kollidiert bei MitarbeiterInnen in Beratungsstellen, Betreuenden und Eltern oft mit deren eigenen inneren Bildern, Normen und Vorstellungen. Nichtbehinderte Personen beziehen in ihren Vorstellungen eine gelebte Elternschaft für Menschen mit Behinderungen sehr wenig ein. Erst das Wissen über beispielhafte Modelle betreuter Elternschaft und die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Gleichheit schafft den inneren Spielraum, die Vorstellungen von Alternativen zuzulassen.

Forschungsprojekte der vergangenen Jahre zeigen, dass viele Mütter mit geistiger Behinderung ihre Elternschaft unter ungünstigen Voraussetzungen beginnen. Oft sind sie in Heimen aufgewachsen und/oder haben innerfamiliäre Gewalttätigkeiten erlebt. Nur wenige haben in ihrer Kindheit oder Jugend ein geordnetes, harmonisches Familienleben kennengelernt und erinnern sich an elterliche Fürsorge, Wärme und positiv wahrgenommene Autorität, also an kindliche Erfahrungen, die sie in ihre eigene Elternschaft einbringen können. Obwohl viele Frauen mit geistigen Behinderungen oftmals negative Reaktionen ihrer Umgebung auf ihren Kinderwunsch und

<sup>3</sup> Kontakt: ELTERNHILFE der AWO Bremen/Verein für Begleitete Elternschaft e.V., Mainstr. 46, 28199 Bremen, 0421-5959752

Schwangerschaft ertragen müssen, nehmen fast alle eine positive Beziehung zu ihrem Kind auf. Geistig behinderte Mütter sind sicherlich die am strengsten kontrollierten und überwachten Mütter in unserer Gesellschaft, an die bisweilen sogar höhere Maßstäbe angelegt werden als an andere Mütter.

Die Frage nach der Elternschaft von Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen bekommt eine ganz andere Färbung, je nachdem, ob sie von der Seite des behinderten Paares aus betrachtet wird oder von der Seite des Kindes und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in dieser Familie. Sie bedeutet vor allem für die Betreuenden eine Gratwanderung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter/Eltern und dem Wohl des Kindes. Wenn z.B. die Vorstellungen der Mutter/Eltern über Erziehung das Wohl des Kindes gefährdet, müssen die BetreuerInnen das Ausmaß beurteilen, ebenso welche Maßnahmen den Schutz gewährleisten können und in die Personensorge eingreifen. Schlimmstenfalls müssen sie eine Empfehlung zum Entzug des Sorgerechts aussprechen. Die Verantwortung ist für die BetreuerInnen immens und erfordert eine sorgfältige und selbstkritische Auseinandersetzung mit der eigenen Person (Praszler, 2003).

Die Bereitstellung angemessener Unterstützungsangebote erweist sich für den positiven Verlauf der Elternschaft als bedeutsamen (Bargfrede, 2001). Sie müssen zeitlich intensiv (bis hin zu einer 24-stündigen Betreuung) und möglichst nah an der Lebensrealität orientiert sein, insbesondere an den Fähigkeiten der Eltern und von diesen angenommen werden. Obwohl die Finanzierung von Familien mit geistigen Behinderungen gesetzlich geregelt ist, kann die praktische Umsetzung verstellt sein. Mutter, Vater und Kind werden häufig aus unterschiedlichen „Töpfen“ finanziell unterstützt, was ein gemeinsames Wohnen unter Umständen verhindert. Auch Modelle ambulanter Betreuung von Müttern/Eltern mit geistiger Behinderung und ihren Kindern stoßen immer wieder an Finanzierungsgrenzen. Trägerorganisationen erhalten ihren Betreuungsauftrag vom Jugendamt im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Danach sind Leistungen in der Regel auf zwei Jahre begrenzt, was keinesfalls für die Betreuung von geistig behinderten Müttern/Eltern und ihrer Kinder ausreicht.<sup>4</sup>

Wohnangebote für Mütter mit geistigen Behinderungen und ihre Kinder und Partner sind in NRW noch sehr vereinzelt und meist in den Ballungszentren angesiedelt, was für die Betroffenen eine belastende Umorientierung im Lebensumfeld bedeuten kann. Ein Beispiel guter Praxis bietet die Diakonie Michaelshoven in Köln mit ihrem Wohn- und Betreuungsangebot für derzeit drei Familien. Aus den Projekterfahrungen entstand ein Konzept zur stationären Begleitung von Müttern/Eltern mit geistigen Behinderungen und ihren Kindern. Es umfasst Leitprinzipien zum Thema Elternschaft, Kriterien zur institutionellen Begleitung und Ziele in der Betreuung von Eltern.<sup>5</sup>

#### **4.4.3 Sexualisierte Gewalt**

Lange hat die Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen zu der Annahme geführt, dass sie, da sie häufig in „geschützten“ Einrichtungen oder innerhalb der Fami-

<sup>4</sup> Bericht einer Mitarbeiterin der Lebenshilfe Dortmund, anlässlich der Fachtagung: Sexualität und geistige Behinderung, Pro familia, 29.4.2004

<sup>5</sup> Informationen sind erhältlich über den Arbeitskreis „Sexualität und Elternschaft bei Menschen mit geistigen Behinderungen“, Diakonie Michaelshoven

lie leben, auch besonders vor sexualisierten Übergriffen geschützt sind. Erst in den 90er-Jahren wurde die Thematik der sexualisierten Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen mit Behinderungen aufgegriffen und in der Öffentlichkeit diskutiert. Auch wenn das „Tabu im Tabu“ seither nicht länger ignoriert wird und die strukturellen, institutionellen und sozialen Risikofaktoren benannt wurden, sind insbesondere Frauen mit geistigen Behinderungen längst nicht ausreichend geschützt. Vielen MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Angehörigen ist die Tatsache, dass behinderte Frauen allen Arten von sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind, immer noch nicht ausreichend präsent (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher keine repräsentativen Studien über das gesamte Ausmaß der sexuellen Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen. Aktuelle Untersuchungen legen aber den Verdacht nahe, dass Kinder und erwachsene Frauen mit geistigen Behinderungen eine besonders gefährdete Risikogruppe darstellen. Es wird davon ausgegangen, dass die Missbrauchsrate hier noch höher sind als in der nichtbehinderten Bevölkerung (BZgA, 2001). Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen erfahren sexualisierte Gewalt nicht nur im sozialen Nahraum, sondern insbesondere jene, die in Einrichtungen leben, tragen ein erhöhtes Gewaltrisiko. Die Täter sind überwiegend männlich und rekrutieren sich sowohl aus Mitbewohnern wie Mitarbeitern von Einrichtungen oder Werkstätten, wobei die „Geschlossenheit des Systems häufig verhindert, dass die Opfer wahrgenommen werden und ihnen angemessene Hilfe zuteil wird“ (BZgA, 2001). Da sie durch ihre Beeinträchtigung zum Teil auf Assistenz angewiesen sind, in stärkerem Maße in Abhängigkeiten leben als Frauen und Mädchen ohne Behinderung, eventuell über eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten verfügen oder ihnen durch mangelnde Sexualaufklärung keine Begrifflichkeiten über die erlebte Gewalt zur Verfügung stehen, sind sie in besonderem Maße verletzlich (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Häufig sind sexualisierte Gewalttaten Wiederholungstaten und ziehen sich über Jahre. Selbst wenn in einer Institution ein Fall bekannt wird, müssen die Täter nicht immer damit rechnen, strafrechtlich verfolgt zu werden (Gellenbeck, o.J.). Nach Degener (1995) kommt zur angenommenen Unglaubwürdigkeit der Opfer für sie auch noch die Gefahr einer Sanktionierung durch die Heimleitung hinzu, die eher um den Ruf des Heimes als um den Schutz und die Würde der Bewohnerinnen bemüht sei. Daneben wird häufig der Frau mit einer geistigen Behinderung die Verantwortung zu geschoben, sie hätte den Täter sexuell provoziert. Notizen in der Heimakte wie „Unterbringung wegen sexueller Verwahrlosung bzw. Gefährdung“ unterstützen zudem, die Schuldzuweisung quasi diagnostisch als Persönlichkeitseigenschaft zu untermauern (Walter, 1996). Weitere Risikofaktoren sind eine Erziehung von Mädchen mit geistigen Behinderungen zur Anpassung und die benannte vermeintlich nicht vorhandene Glaubwürdigkeit der Opfer („wer will schon Sex mit so einer haben ...“). Begünstigt werden können sexuelle Übergriffe auch durch die bereits angesprochene gesellschaftliche Vorstellung von der Geschlechtslosigkeit und Asexualität behinderter Frauen. Eine Sterilisation oder Zwangsverhütung (z.B. durch die 3-Monatsspritze) kann einen sexuellen Übergriff Vorschub leisten, da eine Vergewaltigung zumindest in soweit unentdeckt bleibt, als dass sie keine Schwangerschaft zur Folge hat.

Durch die Neuordnung und Erweiterung des § 174 StGB im Jahre 1998 ist zwar die Strafbarkeit sexuellen Missbrauchs auch auf Übergriffe in Betreuungs-, Beratungs- oder Therapieverhältnissen ausgedehnt worden. In der Praxis jedoch – wie oben dargestellt – bietet dies allein keinen ausreichenden Schutz. Erschwerend kommt

hinzu, dass die Inanspruchnahme von Hilfs- und Beratungsangeboten bei sexueller Gewalt für Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen noch wenig möglich ist, u.a. weil diese Klientel lange Zeit weder räumlich noch konzeptionell berücksichtigt wurde. Unterstützung bieten zunehmend autonome Frauenberatungsstellen und Notrufe für vergewaltigte Frauen und Mädchen an. So ist die Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V. seit 1999 barrierefrei und hat einen eigenständigen Arbeitsbereich „Frauen mit Behinderungen“. Darüber hinaus hat sie einen Leitfaden mit Empfehlungen zum barrierefreien Umbau erarbeitet.<sup>6</sup> Der Notruf Hannover hat 2003 eine Informationsbroschüre für Frauen und Mädchen mit Behinderungen, die von Gewalt betroffen sind sowie für BeraterInnen und MitarbeiterInnen in der Behindertenarbeit herausgegeben. Die Broschüre thematisiert u.a. die Situation von Betroffenen mit geistigen Behinderungen und ist auch in Blindenschrift sowie als Audiotkassette erhältlich.<sup>7</sup>

#### 4.4.4 Gynäkologische Versorgung

Die Krankenkassen empfehlen Frauen eine jährliche gynäkologische Untersuchung zur Krebsfrüherkennung. Frauen mit Behinderungen können dem schwer nachkommen. Es liegen in Deutschland keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, ob und in welchem Umfang Frauen mit geistigen Behinderungen solche Angebote wahrnehmen. Einer englische Studie aus dem Jahr 2002 mit geistig behinderten Frauen in der Menopause zur Folge, sind diese Frauen in der Krebsfrüherkennung signifikant unterrepräsentiert und Pixa-Kettner vermutet ähnliche Ergebnisse für Deutschland (Pixa-Kettner, 2003). Dies wird durch Mitteilungen von Sexualpädagoginnen und dem Netzwerk Frauen mit Behinderungen NRW bestätigt. Die englische Studie hatte auch zum Ergebnis, dass vielen der befragten Frauen jegliches Wissen über die Wechseljahre fehlte und sie erst über die Informationen zur Menopause den Zusammenhang zwischen ihrer Menstruation und der Fähigkeit, ein Kind zu bekommen herstellten. Manchen wurde erst dann schmerzlich klar, dass sie jetzt keine Kinder mehr bekommen konnten (Pixa-Kettner, 2003).

In der Regel ist der gynäkologische Praxisalltag nicht auf die Behandlung von Frauen mit Behinderungen eingestellt und vorbereitet. Die Barrieren liegen in der Kommunikation, Unsicherheiten der ÄrztInnen und des Personals im Umgang mit den Frauen, mangelndem Wissen über Wechselwirkungen der verordneten Medikamente, die viele Frauen aufgrund ihrer Behinderung einnehmen, den längeren Umziehzeiten, einer zeitintensiveren Anamnese, der erschwerten Diagnostik und fehlenden Möglichkeiten, den behinderten Frauen verständliches Informationsmaterial an die Hand zu geben oder ihnen ihre gynäkologischen Krankheitsbilder zu erklären.

In Frankfurt existiert seit 1998 ein eigenes Angebot für körperlich behinderte Frauen: Kernstück ist eine ärztliche Sprechstunde, deren Einrichtung auf eine Kooperation der Ortsverbandes Pro familia und dem Club Behinderter und ihrer Freunde zurückgeht. Die ärztliche Sprechstunde, Beratung und gynäkologische Untersuchung sind durch die Bereitstellung von Hilfsmitteln und Assistenz an den Bedürfnissen der Frauen mit unterschiedlichsten Behinderungen ausgerichtet. Einer erschwerten sprachlichen Verständigung wird mit Übersetzungshilfen, Buchstaben- und Symbol-

<sup>6</sup> Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.: Leitfaden – Empfehlungen zur Barrierefreiheit; Bezug unter [www.frauenberatungsstelle.de](http://www.frauenberatungsstelle.de)

<sup>7</sup> Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V., Goethestr. 23, 30169 Hannover, 0511-1695944

tafeln begegnet. Darüber hinaus werden Info- und Diskussionsveranstaltungen, Filmvorführungen und Gruppengespräche zu „Behinderung und Sexualität, Liebe und Partnerschaft“ angeboten (Hettenkofer, 2003). Dieses Modell könnte beispielgebend für die gynäkologische Versorgung von Frauen mit geistigen Behinderungen sein.

#### **4.4.5 Handlungsfelder**

##### **4.4.5.1 Sensibilisierung und Aufklärung des Umfelds**

Dringend notwendig ist eine Sensibilisierung und Enttabuisierung unserer Gesellschaft gegenüber den Themen Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft von Frauen/Männern mit geistigen Behinderungen. Dazu bedarf es auch vermehrter Fortbildungsangebote für Betreuende (MitarbeiterInnen in den Einrichtungen und Eltern), die u.a. unterschiedliche Lebensrealitäten und -modelle thematisieren und Kenntnisse über gynäkologische Erkrankungen vermitteln. Im Vordergrund sollte dabei stehen: „An geistig behinderte Menschen dürfen keine höheren Anforderungen als an andere gestellt werden, zum Beispiel hinsichtlich der Harmonie oder der Dauerhaftigkeit von Partnerschaften“.<sup>8</sup>

##### **4.4.5.2 Aufklärung und Stärkung der Eigenkompetenzen**

Sexualpädagogik und -aufklärung sollten neben der Schule, in der sie im Lehrplan verankert sind, in Zukunft auch stärker in Einrichtungen betrieben werden, denn die Erfahrung zeigt, dass nur durch häufige Wiederholung und Verknüpfung mit dem Lebensalltag Wissen gefestigt wird.

Im Bereich der Sexualaufklärung von Frauen mit geistigen Behinderungen ist es in Zukunft noch wichtiger, Frauen und Mädchen stärker für ihren eigenen Körper zu sensibilisieren, damit Krankheiten selber erkannt werden können, aber auch um eigene Bedürfnisse kennen zu lernen und zum Schutz gegen sexuelle Übergriffe. Zur Stärkung der Eigenkompetenzen ist es erforderlich, die Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen über Beratungs- und Zufluchtsangebote wie Familien- und Erziehungsberatung zu informieren. Niedrig schwellige Angebote sind die beste Möglichkeit, um auch den Personenkreis der Menschen mit geistigen Behinderungen zu erreichen.

Ein respektvoller Umgang mit der Intimsphäre von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen sowohl in Einrichtungen als auch in Familien beinhaltet, dass Rücksprachen mit den Angehörigen über das Sexualleben nur dann stattfinden dürfen, wenn die Betroffenen dem zugestimmt haben.

##### **4.4.5.3 Gesundheitsversorgung**

Ein durchgängiges Merkmal der Situation von Frauen mit geistigen Behinderungen ist eine engmaschige Kontrolle ihrer privaten Lebensbereiche. Anders ist es im Gesundheitssektor, wo die Teilnahme an regelmäßigen Untersuchungen, wie der

---

<sup>8</sup> Entnommen aus dem Grundsatzprogramm des Lebenshilfe e.V.

Krebsfrüherkennung, nicht immer gewährleistet ist. Für eine intakte gesundheitliche Versorgung ist es zunächst unerlässlich, dass Arztpraxen grundsätzlich barrierefrei gebaut werden und zugänglich sind. Insbesondere mit Blick auf den in § 4 des im Dezember 2003 vom Landtag verabschiedete Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen und im SGB IX<sup>9</sup> sehr weit gefassten Begriff der Barrierefreiheit ist es wichtig, auch die Ärztekammern, die Landesverbände der Kinder-, Jugend- und Frauenärzte, die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen sowie Forschung und Lehre für die Bedürfnisse von geistig behinderten Patientinnen zu sensibilisieren.

Im Sinne der Qualitätssicherung sollte eine medizinische Betreuung durch FachärztInnen auch für Frauen mit geistigen Behinderungen umfassend eingeführt werden. Eine Untersuchung, die den individuellen, besonderen Ansprüchen von vielen Menschen mit Behinderungen gerecht wird, geht allerdings weit über den berechneten Zeitrahmen einer normalen Behandlung hinaus. Gegen die Einführung einer möglichen zusätzlichen Abrechnungsziffer für zeitaufwändigere Behandlungen wird teilweise argumentiert, dass eine gesonderte Ziffer Menschen mit Behinderungen diskriminieren könnte (Fachgespräch „Geschlecht: behindert“, 2003). Dem ist entgegen zu halten, dass eine nicht angemessene gesundheitliche Versorgung und der Verzicht auf verständliche Beratung eine reale, sehr gravierende Benachteiligung ist und auch in anderen Bereichen (z.B. bei Universitätsprüfungen) Menschen mit Behinderungen ein größerer Zeitrahmen zugestanden wird.

In der Gesundheitsversorgung muss auch eine deutlichere Sensibilisierung im Hinblick auf die hohe Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen angestrebt werden. Gerade bei Frauen mit geistiger Behinderung werden im Gesundheitswesen durch Unkenntnis offensichtlich sehr häufig Verhaltensauffälligkeiten, die auf Gewalterfahrungen schließen lassen, eher als behinderungsbedingte Auffälligkeiten interpretiert. Die psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, muss dringend verbessert werden. Bisher sind noch zu wenige PsychotherapeutInnen bereit, die Klientel zu behandeln. Darüber hinaus dürfen Frauen mit geistigen Behinderungen nicht ohne eingehende individuelle Prüfung als nicht psychotherapiefähig von Krankenkassen eingestuft werden.

ÄrztInnen müssen in der Beurteilung einer Einwilligungsfähigkeit bzw. -unfähigkeit geschult werden. Das Arztrecht sieht die Einwilligung von PatientInnen nach eingehender Beratung und Information in jede ärztliche Behandlung vor. Dies setzt voraus, dass Informationen so gestaltet sind, dass sie ohne Schwierigkeiten auch von Patienten mit geistigen Behinderungen verstanden werden können. Gerade im Bereich der Verhütungsmittel muss stärker darauf geachtet werden, welche Maßnahme für welche Frau die beste ist. Denn eine Verhütung, die für das Betreuungspersonal einfach zu handhaben ist, muss nicht unbedingt die gesundeste und beste für die Frau mit geistiger Behinderung sein.

Wichtig ist ebenso eine Abkehr von vorbeugender Verhütung – Verabreichung der Pille, ohne dass es tatsächliche Sexualkontakte gibt – die bei Frauen mit Behinderungen häufig, vor allem aber bei Frauen mit geistigen Behinderungen praktiziert wird.

Um Missbrauch zu vermeiden, bedarf es im Bereich Sterilisation einer Wiedereinführung der Berichtspflicht über die Anwendung der Regelungen, und zwar sowohl im

---

<sup>9</sup> SGB IX § 1, § 20, § 81



Hinblick auf Sterilisationen an einwilligungsunfähigen als auch an einwilligungsfähigen Frauen und Männern mit der Diagnose einer geistigen Behinderung.

#### **4.4.5.4 Vernetzung**

Um die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung zu schaffen, muss es beispielsweise für geistig behinderten Frauen mit Kinderwunsch ein umfassendes Beratungsangebot geben. In den Bereichen Sexualaufklärung, Familienförderung wie auch der Gewaltprävention ist eine deutlichere Kooperation und Vernetzung der Behindertenhilfe mit Jugendämtern, Sozialamt, Schulen und Beratungseinrichtungen gewinnbringend.

Wünschenswert ist auch eine engere Kooperation und Aufgabenteilung von GynäkologInnen im Bereich der Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen. Vorstellbar ist, die medizinische Versorgung in Arztpraxen zu belassen, Gesprächsangebote wie auch Betreuungen im Bereich der Hebammen anzusiedeln.

#### 4.4.6 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung**

- eine Datenerhebung zur Anzahl und Situation von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in NRW, auch mit dem Ziel einer Bedarfsermittlung, durchzuführen,
- eine öffentliche Aufklärungskampagne gegen sexuelle Übergriffe und Gewalt an Menschen mit geistigen Behinderungen durchzuführen, insbesondere einbezogen werden sollen Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe,
- in Zusammenarbeit mit den AkteurInnen der Behindertenhilfe Konzepte zur Umsetzung des Gewaltschutzes für Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in den Bereichen Beratung, Unterstützung, Hilfsangebote und Unterbringung unter Berücksichtigung des Betreuungsgesetzes zu erstellen,
- eine Vernetzung aller beteiligten Stellen und Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe für Frauen und Mädchen zu fördern,
- sowie sich auf Bundesebene einzusetzen für
  - die Wiedereinführung einer Berichtspflicht zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung, sowohl für Einwilligungsfähige als auch für **Einwilligungsunfähige**,
  - die im Medizinstudium verpflichtende Verankerung der Vorbereitung auf den PatientInnenkreis der Menschen mit (insb. geistigen) Behinderungen, zum Beispiel durch ein entsprechendes Praktikum.

Die Enquetekommission appelliert an die **Ärzttekammern**

- eine Studie zu initiieren, die eruiert, auf welcher Grundlage ÄrztInnen die Einwilligungsfähigkeit der Gruppe der Patientinnen mit geistigen Behinderungen beurteilen, und aus den Ergebnissen handhabbare und überprüfbare Kriterien als Hilfestellung zu entwickeln,
- die AkteurInnen im Bereich der Behindertenhilfe bei der Erstellung einer Liste von ÄrztInnen und ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen in NRW zu unterstützen, die bereit sind, den Personenkreis der Menschen mit geistigen Behinderungen medizinisch und psychotherapeutisch zu betreuen und eine entsprechend ausgerüstete und barrierefreie Praxis vorweisen können,
- sich stärker mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe und Beratungseinrichtungen zu vernetzen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Landschaftsverbänden**

- eine Unterstützung für Eltern mit geistiger Behinderung flächendeckend in NRW anzubieten und bedarfsgerechte, regionale Strukturen in der Beratung und Unterbringung zu schaffen,
- zur Wahrung der Privatsphäre und sexuellen Selbstbestimmung der BewohnerInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Unterbringung in Einzelzimmern zu ermöglichen,
- Leitlinien zu einem Gewaltschutzkonzept in Einrichtungen der Behindertenhilfe

zu erstellen,

- sich stärker mit Jugendämtern, Schulen, Beratungseinrichtungen und Einrichtungen anderer Trägerschaften zu vernetzen,
- dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe empfiehlt die Enquetekommission darüber hinaus die Einführung niedrigschwelliger Beratungsangebote in Form von Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistigen Behinderungen, wie sie seit Beginn 2004 im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland existieren.

Die Enquetekommission empfiehlt den **AkteurInnen** im Bereich der Behindertenhilfe

- Konzepte zur Sexualaufklärung für ihre Einrichtungen zu erstellen und die BetreuerInnen in ihrer sexualpädagogischen Arbeit hinreichend zu unterstützen,
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu den Themen Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistigen Behinderungen vorzuhalten,
- verstärkt auf eine regelmäßige medizinische Früherkennung bei den Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen zu achten und dabei die freie ÄrztInnenwahl und den Besuch von FachärztInnen zu berücksichtigen,
- in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern eine Liste von ÄrztInnen in NRW zu erstellen, die bereit sind, die Gruppe der Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung medizinisch und pflegerisch zu betreuen und eine entsprechend ausgerüstete Praxis vorweisen können,
- die Wahl eines Verhütungsmittels allein den betroffenen Frauen und Mädchen zu überlassen und durch gute Aufklärung die Selbstbestimmung zu fördern,
- sich stärker untereinander und mit den Landschaftsverbänden und den Ärztekammern zu vernetzen.

Die Enquetekommission appelliert an die **Hebammenverbände**

- Konzepte für eine Betreuung von Müttern mit geistigen Behinderungen zu erarbeiten.

#### 4.4.7 Literatur

Bargfrede, Stefanie (2001): Mütter mit geistiger Behinderung, bundesorganisationsstelle behinderte frauen, info 8 ([www.behindertefrauen.org](http://www.behindertefrauen.org))

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Sexualität und Behinderung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/3

Degener, Theresia (1995): Vergewaltigung behinderter Frauen. In: Friske, Andrea, Als Frau geistig behindert sein, München, Reinhardt

- Eiermann, Nicole, Häußler, Monika, Helfferich, Cornelia (1999): Frauen mit Behinderungen – Leben und Interessen vertreten – LIVE, Band 183, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Fachgespräch der Enquetekommission (2003): Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Fehnker, Martina (2003): Unveröffentlichte Stellungnahme der Westfalenfleiss gGmbH Arbeiten und Wohnen, Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Friske, Andrea (1995): Als Frau geistig behindert sein, Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln, München, Reinhardt
- Gellenbeck, Oliver (o. J.): „... aber wünschen kann ich mir ein Kind doch trotzdem“, Zur Sexualität und Elternschaft bei geistig behinderten Menschen. Schriftenreihe der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bd. 48
- Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Zuschrift 13/2697 ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Hettenkofer, Maria (2003): Ohne Barrieren, aber mit Assistenz, Pro familia Magazin, Behinderung und Sexualität, 02/2003
- Pixa-Kettner, Ursula; Bargfrede, Stefanie, Blanken, Ingrid (1996): "Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte ...", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, BD. 75.
- Pixa-Kettner, Ursula (2003): Einführungsvortrag zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Praszler, Marion (2003): Geistig behindert und Mutter – na und? In: Orientierung, 2/2003
- Pro familia, Landesverband NRW (2003): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Pro familia, Beratungsstelle Köln-Zentrum (2003): Schwerpunktthema – Sexualität und Behinderung, Jahresbericht 2003
- Pro familia, Landesverband Niedersachsen (2000): Sexualität und geistige Behinderung (Sexualpädagogik)
- Pro familia (1998): Sexualität und geistige Behinderung

- Vlasak, Anette (2004): Elternschaft geistig behinderter Menschen und das Recht auf Familienplanung ..., Vortrag anlässlich einer Fachtagung des Pro familia Bundesverbands: Sexuelle und reproduktive Rechte sind Menschenrechte, 16.05.2004
- Walter, Joachim (2004): Es könnte so schön sein ..., Vortrag anlässlich einer Tagung von Pro familia NRW (Sexualität und geistige Behinderung), 29.4.2004
- Walter, Joachim (Hrsg.), (1996): Sexualität und geistige Behinderung, Heidelberg
- Zinsmeister, Julia (2003): (Sexuelle) Selbstbestimmung, Familienplanung und Elternschaft – die Rechte von Frauen mit der Diagnose einer geistigen Behinderung, Vortrag zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003

## 4.5 Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

### 4.5.1 Gewalt – ein alltägliches Problem mit gesundheitlichen Folgen

Frauen und Mädchen sind von vielen Arten der Gewaltausübung betroffen. Nach folgenden Gewaltformen (Wieners und Hellbernd, 2000; Bundesvernetzung autonomer Frauennotrufe, [www.frauennotrufe.de](http://www.frauennotrufe.de)) wird unterschieden:

**körperliche Gewalt** – dazu gehören Ohrfeigen, Schläge mit den Fäusten oder mit Gegenständen, Stöße, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe jedweder Art bis hin zu tödlichen Folgen;

**sexualisierte Gewalt** – sie umfasst Nötigung bis hin zu Vergewaltigungen, Zwang zur Prostitution;

**rituelle Gewalt** – sie umfasst sexuelle, physische und seelische Gewalt in einem organisierten Rahmen von Kulturen und Sekten; auch hier sind Kinder und Frauen betroffen.

In Verbindung mit körperlicher, sexueller oder ritueller Gewalt treten häufig auch psychische, ökonomische und soziale Gewalt auf:

**psychische Gewalt** – dazu gehören Drohungen, der Frau oder/und den Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Einschüchterungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug;

**ökonomische Gewalt** – diese umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann;

**soziale Gewalt** – darunter versteht man das Bestreben des Mannes, die Frau sozial zu isolieren, indem ihr Kontakte verboten oder Kontakte kontrolliert werden.

Von den Leitfragen, die die Enquetekommission für ihre Arbeit entwickelt hat, sind besonders folgende für das Thema Gewalt relevant:

- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung erhält?
- Wie kann eine angemessene, qualitätsgesicherte, gendersensitive Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erreicht werden, die soziale, psychosoziale und biologische Aspekte berücksichtigt?
- Wie können persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien von Frauen zum Erhalt von Gesundheit und im Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?

Die Frage nach dem Zugang zur bestmöglichen Versorgung muss vor dem Hintergrund der Tabuisierung von Gewalt in unserer Gesellschaft und auch in der Behandlungssituation im Gesundheitswesen, ambulant und stationär, diskutiert werden. Eine angemessene, qualitätsgesicherte, gendersensitive Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Gewaltfolgen hat ein Aufweichen dieses Tabus zur Voraussetzung, bedarf zusätzlich einer vorbehaltlosen Respektierung des Gewaltopfers mit all seiner Ambivalenz und Scham in der Offenlegung der Gewalterfahrungen. Die Prüfung ei-

nes Gewalthintergrundes als mögliche Erkrankungsursache, auch wenn er nicht auf den ersten Blick, z.B. durch entsprechende Verletzungen, sichtbar erscheint, ist als ein Patientinnenrecht zu definieren. Persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien zu fördern ist bei Überlebenden von Gewalt mit einer Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse verbunden, auch wenn sie schon vor vielen Jahren stattgefunden haben.

Bisher gibt es keine verlässlichen Zahlen zur Gewaltprävalenz in Deutschland. Eine entsprechende Studie hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt. Mit Ergebnissen ist 2004 zu rechnen. Eine vorsichtige Gesamtschätzung der Prävalenz, die regionale Studien aus Deutschland sowie Studien aus anderen europäischen Ländern einbezieht, kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 22 % aller Frauen im Verlauf ihres Lebens als Kind oder als Erwachsene geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erleiden, die ihre Gesundheit beeinträchtigt. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen und andere im Gesundheitswesen Tätige müssen davon ausgehen, dass eine von fünf Frauen geschlechtsbezogene Gewalt – zwar nicht immer aktuell – erlebt hat und ihre Beschwerden auch darin eine Ursache haben können (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Die heutige Versorgungssituation im Gesundheitswesen ist dadurch gekennzeichnet, dass das Thema Gewalt noch keinen angemessenen Stellenwert hat. Gewalt und ihre Folgen werden bisher von den im Gesundheitswesen Tätigen jedweder Profession zu wenig als Ursache von Krankheit und Verletzung wahrgenommen. Deswegen erhalten die betroffenen Frauen oft keine leidensgerechte Behandlung und Betreuung.

#### **4.5.2 Gesundheitlichen Folgen im Einzelnen**

Obwohl die Folgen von Gewalteinwirkungen sehr vielfältig sein und zu unterschiedlichen, auch chronischen Gesundheitsproblemen führen können, treten folgende Störungen typischerweise vermehrt bei Frauen auf, die Opfer von Gewalt geworden sind: Angstzustände und Depressionen, Schlafstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Beziehungs- und Sexualstörungen, Sucht, chronische Schmerzerkrankungen.

Weiterhin können für die verschiedenen Gewaltformen spezifische Gesundheitsprobleme als Folgen geschlechtsbezogener Gewalt identifiziert werden. Nach sexueller Traumatisierung in der Kindheit werden über das posttraumatische Belastungssyndrom hinaus insbesondere bei lang anhaltenden Traumatisierungen, wie z.B. bei Opfern ritueller Gewalt, dissoziative Störungen bis hin zur multiplen Persönlichkeit beschrieben (Hagemann-White und Bohne, 2003). Besonders kennzeichnend für schwere sexuelle Traumatisierung bei Frauen ist selbstverletzendes Verhalten, siehe auch Kapitel 4.14).

Warnzeichen, so genannte „red flags“, die auf in der Kindheit erlittene sexuelle Gewalt hinweisen, insbesondere wenn mehrere gemeinsam auftreten, sind nach Heise u.a. 1999<sup>1</sup>:

- Schwangerschaft unter 14 Jahren,

---

<sup>1</sup> Zitiert nach Hagemann-White und Bohne, 2003

- vaginale Verletzung oder Blutungen,
- schmerzhaftes Urinieren,
- Unterleibs- oder Beckenschmerzen,
- sexuelle Probleme,
- Krämpfe in den Muskeln um die Öffnung der Scheide,
- Angstzustände, Depressionen, selbstverletzendes Verhalten,
- Schlafstörungen,
- Geschichte von chronischen, unerklärlichen physischen Symptomen,
- Unterleibsuntersuchungen vermeiden oder Schwierigkeiten damit haben,
- Alkohol- oder andere Drogenprobleme,
- sexualisiertes Verhalten und
- Essstörung.

Es ist unbestritten, dass auch minderjährige Jungen von sexueller Gewalt betroffen sind und dass es diesbezüglich Handlungsbedarf gibt. Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Gewalt bei Jungen schwanken zwischen 2,1–5,8 % (Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, 2001). Bezogen auf die zielgruppenspezifische Aufgabenstellung der Enquetekommission muss diesem Untersuchungsbedarf an anderer Stelle nachgekommen werden.

Nach Vergewaltigungen und anderen massiven sexuellen Übergriffen finden sich häufig Verletzungen am ganzen Körper sowie im genitalen Bereich. Außerdem können rezidivierende Harnwegsinfektionen, Störungen der Menstruation und Beeinträchtigung der reproduktiven Gesundheit auftreten (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Die Auswirkungen der erlebten Gewalt sind umso gravierender, je jünger das Opfer ist, je länger die Gewalteinwirkung besteht, je mehr Brutalität vom Täter ausgeübt wird, je näher die verwandtschaftliche Beziehung zwischen Täter und Opfer ist und um so weniger schützende Vertrauensbeziehungen bestehen.

Bei häuslicher Gewalt, verstanden als Misshandlung und sexuelle Gewalt in engen Beziehungen, finden sich häufig als direkte Folgen Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome und Würgemale. Häufig beschrieben werden Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Brust- und Armverletzungen, Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Arm- oder Rippenbrüche, Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen (Hagemann-White und Bohne, 2003). Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen, wie z.B. Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit entstehen (Hagemann-White und Bohne, 2003; siehe auch Kapitel 4.14)

Weitere somatische Beschwerden können Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen sowie Magen-Darm-Störungen sein (Hagemann-White und Bohne, 2003). Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherung, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen (z.B. Migräne und chroni-



sche Rückenschmerzen) ausdrücken können. So stellen die von Campbell (Hagemann-White und Bohne, 2003) zusammengefassten Studien einhellig fest, dass diese Frauen signifikant häufiger an Kopfschmerzen und Migräne sowie unter chronischen Nacken-Schulter-Schmerzen leiden.

Von häuslicher Gewalt betroffene Frauen berichten, so das Ergebnis mehrerer Studien, auch signifikant häufiger über Magen-Darm-Probleme (z.B. Appetitverlust und Essstörungen) und diagnostizierte funktionale Magenkrankheiten, die mit chronischem Stress assoziiert werden (Hagemann-White und Bohne, 2003). Diese Beschwerden können während einer akuten gewalttätigen und somit mit Stress verbundenen Beziehung beginnen, können aber auch mit erlebter sexualisierter Gewalt in der Kindheit zusammenhängen.

Als Warnzeichen für häusliche Gewalt werden folgende so genannte „red flags“ formuliert (Hagemann-White und Bohne, 2003):

- chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursache haben,
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen,
- verschiedene Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium,
- ein Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will,
- physische Verletzungen während der Schwangerschaft,
- spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge,
- häufige Fehlgeburten,
- häufige Suizidversuche und -gedanken,
- Verzögerungen zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufnahme der Behandlung,
- chronische Darmstörungen und
- chronische Beckenschmerzen.

Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens war in einer großen repräsentativen US-Erhebung bei misshandelten Frauen dreimal höher als bei der Kontrollgruppe. Besonders belastet sind Frauen, die sowohl körperliche Misshandlung als auch sexuelle Gewalt in der Beziehung erleben. Zusammenfassend stellt Campbell (Hagemann-White und Bohne, 2003) fest: Gynäkologische Probleme bilden den deutlichsten konsistenten, lang andauernden und im Ausmaß stark ausgeprägten Unterschied in der somatischen Gesundheit zwischen misshandelten und nicht misshandelten Frauen überhaupt.

Besonders die reproduktive Gesundheit wird durch erlebte Gewalt bedroht. Gewalterfahrungen können dazu führen, dass Frauen längere Zeit unfruchtbar bleiben oder immer wieder in rascher Folge schwanger werden. Spontane Fehlgeburten, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen können sich einstellen. Die Frauen können außerstande sein, die Mutterschaft innerlich anzunehmen.

In der Schwangerschaft besteht eine statistisch erhöhte Gefahr, dass ein potenziell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt, und infolgedessen ein erhöhtes Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt. Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Als psychische Folgen häuslicher Gewalt werden insbesondere Depressionen, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Nervosität, Störungen des sexuellen Empfindens und der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl genannt (Hagemann-White und Bohne, 2003). Leiden in diesem Bereich sind vermutlich ein wesentlicher Anlass dafür, dass Frauen vermehrt psychotrope Medikamenten verschrieben werden: Stimmungsaufheller, Beruhigungs- und Schlafmittel. Eine französische Repräsentativerhebung im Jahr 2000 verdeutlicht, dass mit der Zunahme gewaltsamer Übergriffe gegen Frauen die Verschreibungshäufigkeit psychotroper Medikamente steigt (Hagemann-White und Bohne, 2003). Wenngleich dies eine Überlebenshilfe für die betroffenen Frauen selbst sein kann, verweist der Zusammenhang auf eine hohe Abhängigkeitsgefährdung und Fehlversorgung von Gewaltopfern. Auch für Deutschland lässt sich eine zu hohe Verordnungshäufigkeit von psychotropen Medikamenten konstatieren (siehe auch Kapitel 4.1.2).

Zu den typischen Symptomen kommt schließlich die besondere Dynamik von Misshandlung hinzu. Es kann zu gesteigerter Gewalt oder sogar zur Tötung durch den Mann kommen, wenn die Frau wegen der häuslichen Gewaltsituation Hilfe sucht oder sich trennt: ÄrztInnen und Krankenhäuser müssen daher auch für den Schutz der Patientin sorgen. Da misshandelte Frauen in besonders starkem Masse suizidgefährdet sind, ist das Risiko doppelt hoch (Hagemann-White und Bohne, 2003). Zusammengefasst ist zu sagen: Erhalten misshandelte Frauen keine adäquate und effektive Hilfe, kann dies nicht nur ihre Gesundheit, sondern auch ihr Leben gefährden.

#### **4.5.3 Die Gewaltproblematik bei besonderen Zielgruppen**

Bei Migrantinnen mit eheabhängiger Aufenthaltserlaubnis muss berücksichtigt werden, dass sie gewalttätigen Beziehungen besonders ausgeliefert sind, da ihnen bei einer Trennung die Aufenthaltserlaubnis entzogen werden kann. Bei Flüchtlingsfrauen kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil von ihnen auf ihrer Flucht Gewalterfahrungen machen musste (siehe auch Kapitel 4.10).

Migrantinnen haben häufig Probleme, ihre Gewalterfahrungen zu äußern. Es fehlen muttersprachliche Dolmetscherinnen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass viele Migrantinnen nicht in Gegenwart von Männern über ihre Gewalterfahrungen sprechen werden (Protokoll Fachtagung, EKPr 13/61, 19.5.2003).

Bei Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist der Anteil der Opfer von Gewalt erschreckend hoch: mehr als jede zweite, die in einer stationären Einrichtung lebt, also in einem Heim, und mehr als jede fünfte, die in einem Privathaushalt lebt, macht Gewalterfahrungen. Weder den MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch den Angehörigen ist diese Tatsache präsent. Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind von allen Formen sexualisierter Gewalt betroffen. In der Mehrzahl der Fälle werden allerdings die Auswirkungen nicht erkannt, da die Frauen bzw. Mädchen selten in ihrer Geschlechtlichkeit wahrgenommen werden und fast immer die Behinderung selbst im Fokus der Behandelnden ist (auffälliges Verhalten z.B. wird

automatisch als Ausdruck der Behinderung gedeutet). Durch Sprachschwierigkeiten und Ängste oder aber durch Anwesenheit von Assistenten oder Tätern innerhalb der Familie kann die betroffene Frau die Gewalterfahrung dann nicht ansprechen. Oft wenden sich Behandelnde an die Begleitperson und nicht an die Frau selbst (Protokoll Fachtagung, EKPr 13/61, 19.5.2003; Hagemann-White und Bohne, 2003).

Viele heute alte Frauen erlebten sexuelle Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigungen durch Ehemänner und Fremdtäter oder häusliche Gewalt, was in der Regel in der medizinischen und pflegerischen Behandlung nicht berücksichtigt wird. Darüber hinaus können alte Frauen auch Opfer der Massenvergewaltigungen im und nach dem Zweiten Weltkrieg geworden sein. Zu den traumatischen Erfahrungen der heutigen Seniorinnen kann auch zählen, dass sie während oder nach Ende des Krieges zur Prostitution gezwungen wurden. Aus Angst vor gesellschaftlicher Ächtung, daraus resultierenden Scham- und Schuldgefühlen haben die heute alten Frauen selten über ihre traumatischen Erlebnisse gesprochen. Sie haben gelernt, diesen Teil ihrer Geschichte zu verdrängen bzw. mit individuellen Strategien zu bewältigen. Für sie gab es kaum eine Chance zur Verarbeitung. Mit zunehmendem Alter und durch Veränderungen im sozialen Umfeld, wie beispielsweise durch einen Einzug ins Altenheim oder einen Krankenhausaufenthalt, kann es dazu kommen, dass bisher bewährte Bewältigungsstrategien nicht mehr aufrecht erhalten werden können (Böhmer, 2000).

In Folge der Tabuisierung des Themas werden somatische, psychische und psychiatrische Symptome von alten Frauen unter Vernachlässigung dieser möglichen Gewalterfahrungen mehrheitlich als Alterserkrankungen wie Demenz, hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)<sup>2</sup>, Altersdepression oder -verwirrtheit diagnostiziert. Oftmals folgt dann eine symptomorientierte Behandlung mit Psychopharmaka (siehe auch Kapitel 4.1.4). Zudem können aktuelle Geschehnisse oder Behandlungsformen, die mögliche Zusammenhänge mit zurückliegenden Gewalterfahrungen nicht berücksichtigen, alte Traumatisierungen aktualisieren (Protokoll Fachtagung EKPr 13/61, 19.5.2003; Böhmer, 2003<sup>3</sup>).

#### **4.5.4 Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen**

Identifizierte Hinderungsgründe, die einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen entgegenstehen, betreffen vor allem folgende Bereiche:

##### **4.5.4.1 Barrieren seitens der Behandelnden**

Nach Einschätzung von im Gesundheitswesen Arbeitenden fühlt sich die Mehrzahl der praktizierenden ÄrztInnen und Pflegenden weder durch Aus- noch durch Fortbildung adäquat vorbereitet, Gewaltfolgen zu erkennen und damit umzugehen. Es bestehen zudem Befürchtungen, Unsicherheiten und Ängste, dass der rigide Zeitrahmen der alltäglichen Praxis nicht eingehalten werden oder es zur Verletzung der Privatsphäre von Patientinnen kommen könnte.

<sup>2</sup> Der Begriff HOPS wird heute nicht mehr verwendet, da eine weitergehende Differenzierung nötig ist. Siehe auch Bericht der Enquetekommission "Zukunft der Pflege", der Anfang 2005 vorliegen wird.

<sup>3</sup> Unveröffentlichte schriftliche Stellungnahme vom 28.4.2003 zum Fachgespräch

Weit verbreitet sind immer noch gängige Stereotypen und Mythen der typischen geschlagenen Frau: z.B. dass Gewalt eher ein Problem von Minderheiten und ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsschichten sei; dass Täter betrunken sind und außer Kontrolle geraten; dass Frauen masochistisch sind und sich provokant verhalten; dass sie den Täter verlassen könnten, wenn sie wollten.

Weitere Barrieren können eine zu große Identifikation mit dem Opfer oder dem Täter aufgrund eigener unverarbeiteter Erfahrungen und/oder Gefühlen der Wut sowie Angst der eigenen Verletzbarkeit sein.

#### **4.5.4.2 Barrieren seitens der betroffenen Frauen**

Der Eindruck oder die Befürchtung, ÄrztInnen seien nicht ansprechbar, wirkt sich hemmend auf die Bereitschaft der betroffenen Frauen über Gewalterfahrungen zu sprechen, aus. Ebenso wie lange Wartezeiten oder ein rigider Zeitrahmen für die Behandlung. Viele misshandelte Frauen sind besorgt, dass die Polizei oder andere Institutionen ohne ihr Einverständnis eingeschaltet werden könnten und haben Angst vor erneuten Gewalttaten, wenn die Gewalt öffentlich wird. Länger andauernde Gewalt kann das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Frauen schwächen, so dass sie aus Angst und Scham zögern, über die Gewalterlebnisse zu sprechen.

#### **4.5.4.3 Strukturelle Barrieren**

Noch fehlt es vielen Professionellen im Gesundheitssystem an spezifischem Wissen über Ausmaß, Hintergründe und Dynamik von Gewalt im Geschlechterverhältnis. Durch diese fehlenden Kenntnisse sowie Mängel in der Qualifikation und fehlende Standards/Leitlinien der Behandlung werden Zusammenhänge zwischen somatischen, psychosomatischen und psychischen Symptomkomplexen und möglichen Gewalterfahrungen nicht erkannt bzw. nicht richtig behandelt. In Klinikambulanzen und Notfallaufnahmen wird bei akuten Verletzungen selten auf Gewalteinwirkung untersucht und gerichtsverwertbar dokumentiert. Eine Kooperation mit der Gerichtsmedizin findet nur punktuell statt. Es fehlt zudem an Abklärung des Schutzbedürfnisses der Betroffenen, sowie an Vermittlung von Information über das bestehende Hilfesystem. Ebenfalls haben nur wenige (niedergelassene) ÄrztInnen die erforderlichen spezifischen Kenntnisse, um Gewaltanwendungen bei Patientinnen gerichtsverwertbar zu dokumentieren und Gutachten zu erstellen. Es fehlt oftmals an Kenntnissen über rechtliche Bedingungen, wie z.B. die Entbindung von der Schweigepflicht.

Längere, einfühlsame Gespräche, um Gewalterfahrungen und -hintergründe aufzuklären, sind von niedergelassenen ÄrztInnen kassenärztlich nicht adäquat abzurechnen. Die kassenärztlichen Regelungen zur Therapiedauer sind für schwer traumatisierte Frauen oftmals nicht ausreichend.

Eine bedarfsgerechte, qualifizierte therapeutische Versorgung traumatisierter Patientinnen ist nicht sichergestellt, da ambulant und stationär nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen; lange Wartezeiten sind die Folge. Die diagnostische Klassifizierung ist zu wenig verursacher- und geschlechtsspezifisch. So wird in den Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV nicht zwischen (von eventuell nahestehenden Menschen) verursachten Traumatisierungen und „schicksalhaften“ Ereignissen unterschieden.

Auch die stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung weist starke Defizite auf, da sie Gewalterfahrungen von Frauen nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankungen, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgreift.

Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) bietet unter bestimmten Voraussetzungen anerkannten Gewaltopfern u.a. die Finanzierung medizinischer oder beruflicher Rehabilitation und Entschädigungsleistungen wie z.B. Grund- und Zusatzrente. Um Leistungen aus dem OEG zuerkannt zu bekommen, ist es jedoch notwendig, dass die Schädigungsfolgen des Gewaltopfers kausal auf ein Ereignis direkt zurückgeführt werden können. Detaillierte Befragungen zu dem genauen Tathergang sind daher bislang unersetzlich, da die Aussagen der Gewaltopfer als Beweiserleichterung gelten. Für viele Frauen, die besonders in ihrer Kindheit und Jugend sexueller Gewalt und Misshandlung ausgesetzt waren, stellen die notwendigen detaillierten Schilderungen der Art des Gewalterlebens und der genauen Zeitpunkte eine Retraumatisierung im Rahmen der Begutachtung dar. Dies ist eine erhebliche Barriere für betroffene Frauen, überhaupt einen Antrag zu stellen, um als Opfer im Sinne des OEG anerkannt zu werden.

Die notwendigen Unterstützungsangebote der Frauen- und Mädcheninfrastruktur (Frauennotrufe, -beratungsstellen, Frauenhäuser, Mädchenberatungsstellen, Mädchenhäuser) sind nicht dauerhaft ökonomisch gesichert. Ihre Finanzierung ist von jährlichen Haushaltsentscheidungen abhängig. Dadurch ist eine gleichbleibende flächendeckende Versorgung nicht sicher gewährleistet.

Einer bedarfsgerechten Versorgung von Migrantinnen stehen Sprach- und Kommunikationsbarrieren und mangelnde interkulturelle Kompetenz vieler Behandelnder entgegen (siehe auch Kapitel 4.10). Es fehlt im Gesundheitswesen an qualifizierten Dolmetscherinnen und muttersprachlichen Therapeutinnen. Strukturelle Barrieren für eine notwendige therapeutische Behandlung bergen auch das Bundessozialhilfegesetz und Asylbewerberleistungsgesetz. Manche Flüchtlingsfrauen haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen, wodurch eine therapeutische Behandlung von traumatisierenden Gewalterfahrungen, die meist länger zurückliegen, ausgeschlossen ist. Eine Traumatherapie wird zu selten finanziert.

Bei Frauen und Mädchen mit Behinderungen werden Gewaltauswirkungen in den meisten Fällen nicht erkannt und wahrgenommen, da der Fokus der Behandelnden fast immer auf die Behinderung an sich gesetzt wird. In den meisten Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern fehlen Erfahrungen und Methoden, um sexualisierte Gewalt unabhängig von der Behinderung zu identifizieren (siehe auch Kapitel 4.4).

Bisher blieb die Situation heute alter Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung nahezu unberücksichtigt. In der Gerontopsychiatrie, in die Frauen ab 60 Jahren aufgenommen werden, kommt die Diagnose posttraumatisches Belastungssyndrom kaum vor (Fachgespräch, EKPr 13/61, 19.5.2003, S. 83).

#### **4.5.5 Umdenken im Gesundheitswesen gefordert: Handlungsfelder für eine bessere Versorgung von Gewaltopfern**

Auch wenn derzeit noch von einer gravierenden gesundheitlichen Unter- und Fehlversorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen auszugehen ist, findet das Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis zunehmend gesundheitspolitische Anerkennung. Diese Chance gilt es aktuell zu nutzen, denn dem Gesundheitssystem kommt eine ganz entscheidende Rolle bei der Prävention von Gewalt zu. Herkömmliche Strukturen unseres Gesundheitswesens, darin verhaftete Denkmodelle, sowie Behandlungsangebote passen nicht auf die gesundheitliche Versorgung von Gewaltopfern. Das beginnt schon damit, dass viele Betroffene nicht von sich aus über die erlittene Gewalt reden, wobei Angst, Scham und mangelndes Vertrauen wesentliche Faktoren sind.

Im Gesundheitssystem Tätige müssen in der Erkenntnis ihrer eigenen Schlüsselrolle und ihrer Interventionsmöglichkeiten gestärkt werden. Die Grenzen dessen, was ÄrztInnen leisten können und sollten, müssen deutlich werden. Sie sind in Vorgesetzten-MitarbeiterInnen-Gesprächen festzulegen und weitere Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen und anzubieten. Gefragt ist ein interdisziplinäres Umdenken hin zu einer verbesserten Kooperation innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, insbesondere mit Zufluchts- und Frauenberatungsangeboten. Fachkräfte im Gesundheitswesen brauchen Ermutigung und Unterstützung in ihrer Bereitschaft, sich mit den Problemen der Betroffenen auseinander zu setzen, vermeintliche Opfer anzusprechen, diese gründlich zu untersuchen, Befunde rechtssicher zu dokumentieren und ihnen schließlich akzeptable Wege aus der Situation aufzuzeigen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Handlungsfelder mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen zu verbessern (Hagemann-White und Bohne, 2003).

##### **4.5.5.1 Gewalterfahrungen als Krankheitsursache abklären**

Die Frage nach erlittener Gewaltanwendung ist im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungssetting einer ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung zu stellen. Insbesondere bei akuten Verletzungen, aber auch bei der Behandlung chronischer Beschwerden ist Gewalt als mögliche Ursache abzuklären. Muster für sensible Fragestellungen und respektvolle Behandlung bzw. Trainingsmaterial liegen in Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften englischsprachiger Länder bereits vor.<sup>4</sup>

Gefordert sind hier folgende Berufsgruppen: niedergelassene ÄrztInnen aller Fachrichtungen, medizinisch und pflegerisch Tätige in der Psychiatrie, PsychotherapeutInnen, ärztliches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern (insbesondere in der ersten Hilfe), Hebammen sowie MitarbeiterInnen der psychotherapeutischen Beratungsstellen und der Suchtkrankenhilfe. Besondere Aufmerksamkeit gegenüber Zeichen von Gewaltanwendung ist von Hebammen und Pflegekräften in der Schwangerenversorgung gefordert, da in der Schwangerschaft statistisch eine erhöhte Gefahr von Gewalt im Geschlechterverhältnis besteht.

---

<sup>4</sup> Literaturhinweise und Internetadressen enthält die Studie von Carol Hagemann-White und Sabine Bohne (S. 55–57).

Ob es sich empfiehlt, routinemäßig alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen zu fragen (Screeningverfahren) oder nur bei bestimmten Symptomen, Beschwerden und daraus abgeleiteten Verdachtsmomenten, wird kontrovers diskutiert und hängt sicherlich von den Rahmenbedingungen ab. Internationale Erfahrungen und Studien sowie eine jüngste Befragung unter deutschen Patientinnen zeigen, dass Frauen direkt nach Gewalt gefragt werden wollen (Hagemann-White und Bohne, 2003; Brzank, 2003). Screeningfragen stellen sicher, dass möglichst viele Gewalttaten erkannt, aufgedeckt und entsprechend behandelt werden. Sie setzen aber auch voraus, dass die Fragenden sensibilisiert und geschult sind. Informationsdefizite und mangelnde Fortbildung wie fehlende Abrechnungsziffern für längere Gespräche werden allerdings unter hiesigen ExpertInnen als größte Barriere identifiziert. Denkbar ist eine schrittweise Einführung des Screeningverfahrens mit zunächst vorbereitender Sensibilisierung. Dazu könnten über bestehende Strukturen wie z.B. Ärztekammern, Berufsverbände und Krankenkassen Fachartikel veröffentlicht und Grundwissen zum Thema sowie Handlungsleitlinien für den Umgang unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der Frauen verbreitet werden. Um längere und umsichtige Gespräche zur Abklärung eines möglichen Gewalthintergrundes für niedergelassene Praxen zu erleichtern, empfiehlt es sich, neue Abrechnungsziffern einzuführen und diese an die Voraussetzung einer Fortbildung zu knüpfen. Dafür sind die kassenärztlichen Vereinigungen zuständig.

Für Migrantinnen wäre die Einrichtung eines Dolmetscherinnen- und Therapeutinnenpools sinnvoll, um eine effiziente gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover z.B. hat ein solches Angebot.

Zudem könnte eine Maßnahme der Stadt Wien, wo ein Fonds eingerichtet wurde, aus dem die gesundheitliche Versorgung für Migrantinnen ohne Aufenthaltsstatus gewährleistet wird, beispielgebend für die hiesige Landesregierung sein.

Mädchen werden häufig mit akuten Beschwerden und Schmerzen in ein Krankenhaus eingeliefert und ohne Befund entlassen. Ihre Beschwerden in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen zu bringen, geschieht höchst selten. Auch wenn sie darüber berichten, wird ihnen oft nicht geglaubt.

In der Gerontopsychiatrie, in der Altenarbeit und -pflege muss an das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung gedacht werden. Entsprechend müssen diese Zusammenhänge Ausbildungsinhalte werden.

#### **4.5.5.2 Informationsmaterial bereitstellen und verbreiten**

Qualifizierte und handhabbare Informationen zu Instrumenten der Gewaltintervention im Gesundheitswesen sind vor allem gefragt in den Bereichen:

- Anamnese, Diagnostik, Therapie und Dokumentation,
- Beratung und Vermittlung an spezialisierte Fachkräfte und Unterstützungseinrichtungen.

Beispiele guter Praxis sind ausreichend vorhanden (Hagemann-White und Bohne, 2003); es gilt, sie weiter zu verbreiten.

In vielen Kreisen, Städten und Gemeinden fehlt es sowohl den Behandelnden im Gesundheitswesen als auch den betroffenen Frauen und Mädchen an Kenntnissen

über regionale und kommunale Hilfsangebote, wie Frauenhäuser, -beratungsstellen, -notrufe, Krisennotdienste, psychosoziale Beratungsstellen, Interventionsstellen und anderen Einrichtungen für spezifische Zielgruppen, z.B. Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen und zukünftig auch alte Frauen.

Durch die Verbreitung von „Notfallkarten“, kurzen Informationsbroschüren oder Merkblättern, die in niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern, etc. Waschräumen, Toiletten, Umkleidekabinen ausgelegt werden, kann im Gesundheitswesen Tätigen und betroffenen Frauen diese Information zur Verfügung gestellt werden. Zum Abbau von Hemmnissen bei ÄrztInnen und zu ihrer Entlastung müssen sie befähigt werden, Patientinnen weiterzuleiten. Ausgehängte Plakate können Patientinnen signalisieren, dass vor Ort Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dem Problem bestehen und die Frauen ermutigen, von sich aus über die Situation zu sprechen.

Informationsmaterialien und Broschüren für Migrantinnen in deren Sprachen wären sehr hilfreich. Sie sollten über öffentliche Einrichtungen verbreitet werden. Spezielle Flyer für Fachpersonal über den Zusammenhang von Symptomen und Beschwerden bei Mädchen und Gewalt wären sinnvoll, um der Gefahr einer Chronifizierung zu begegnen, die besteht, wenn der Gewaltkreislauf nicht durchbrochen wird.

#### **4.5.5.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung**

Da allem Anschein nach der Bedarf an qualifizierter psychotherapeutischer Versorgung von traumatisierten Frauen nicht gedeckt ist, stellt sich die Frage nach einer Änderung der Bedarfsrichtlinien. Hierzu müssen die zugrunde liegenden Daten hinsichtlich der Verbreitung von Gewaltfolgen überprüft werden. Des Weiteren muss nach gangbaren Wegen gesucht werden, wie z.B. vorhandene fachliche Kompetenzen, die insbesondere auch die sozialen Bedingungen geschlechtsbezogener Gewalt mit im Blick haben, in das therapeutische Versorgungsangebot einbezogen werden können.

Eine Anwendung des Opferentschädigungsgesetzes unter Berücksichtigung der Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen und Mädchen kann eine psychotherapeutische Versorgung für traumatisierte Frauen erheblich verbessern. Unterstützt wurde dieses Ansinnen bereits 1998 in einem NRW-Landtagsbeschluss<sup>5</sup>, der ausgehend vom Kölner Opferhilfe-Modell auch umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von sexualisierter und häuslicher Gewalt Betroffener fordert. Den eingeschlagenen Weg gilt es zügig und konsequent weiter zu verfolgen.

Grundsätzlich muss dem Thema sexueller Gewalt und ihren gesundheitlichen Folgen sowie traumatologischen Grundkenntnissen ein höherer Stellenwert in der Aus- und Fortbildung aller Therapieausrichtungen eingeräumt werden.

Durch das Psychotherapeutengesetz wurden klare Qualitätsstandards für TherapeutInnen festgelegt, die in das KV-System einbezogen wurden. Die Zahl der Kassenzulassungen wurde an den Bedarfsplanungen der Kassenärztlichen Vereinigungen orientiert. Um zukünftig ausreichend Behandlungsplätze für die psychotherapeutische Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen zur Verfügung stellen zu können, ist eine Bedarfsplanung mit einer Ausweitung der Zulassung für TraumatherapeutInnen dringend erforderlich.

<sup>5</sup> Landtag NRW „Hilfen für Gewaltopfer verbessern – Gewaltopfer wirksamer unterstützen“, Drucksache 12/3420



#### **4.5.5.4 Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationsnetzen und Verbundprojekten**

Das Gesundheitswesen ist kein einheitliches System. Regionale und kommunale Vernetzungen von im Gesundheitswesen Tätigen mit Strukturen wie z.B. Runde Tische gegen Gewalt haben vielfältige Gesichter. Während eine Auftragsuntersuchung des Frauenministeriums NRW aus dem Jahre 2002 noch die äußerst mangelnde Einbindung des Gesundheitswesens in Kooperationsstrukturen gegen häusliche Gewalt bestätigt, ist inzwischen ein gegenläufiger Trend zu verzeichnen. Diese noch vereinzelt Beispiele funktionierender Vernetzung mit Behandelnden gilt es zu unterstützen und weiter zu entwickeln. Es sollten von den vor Ort Arbeitenden gemeinsam neue Formen der Kooperation und Verbindung entwickelt werden, die die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit berücksichtigen und für alle eine Win-win-Situation herstellen (siehe auch Kapitel 4.12).

Orientierungshilfe kann dabei z.B. die Kooperationsstruktur zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren mit psychosozialer Begleitung zwischen Gynäkologinnen und Hebammen sein, die derzeit vielerorts verstärkt erprobt wird. Themenzentrierte Zusammenarbeit ist auch über die Bildung eines Verbunds ambulanter psychiatrischer Versorgung in Kooperation einer Klinik mit niedergelassenen Therapeutinnen möglich.

Vorstellbar sind ebenso Kooperationsmodelle abrufbarer Honorarkräfte mit spezialisierten Fachkenntnissen z.B. zu Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, für Prostituierte oder obdachlose Frauen. Fachkräfte in diesen Bereichen könnten nach Absprache und angemessener Honorierung punktuell verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Hilfreich wäre auch eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Suchthilfe und Mädchen- und Frauenprojekten, um Frühintervention zu erreichen.

Voraussetzung für die notwendige und erfolgreiche Kooperation von niedergelassenen Praxen und Kliniken mit Frauenhilfestrukturen ist, dass in jeder Region genügend Beratungsangebote, Krisenunterkünfte und geschützte Wohnräume vorhanden, bekannt und erreichbar sind und nicht zuletzt ausreichend finanziert werden.

#### **4.5.5.5 Qualitätsstandards entwickeln und festlegen**

Durch die Entwicklung von Leitlinien für ärztliches Handeln bei Gewalt, die Festlegung von Qualitätsstandards für die Arbeit und die Vergabe von Audits<sup>6</sup> kann die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen entscheidend verbessert werden. Es gilt zu überlegen, ob Leitlinien interdisziplinär für alle medizinischen Fachrichtungen zu entwickeln sind. Sie sollten sich mindestens beziehen auf: adäquate Anamnese (mit oder ohne vorherige Verdachtsmomente), Diagnostik (Erkennen von Gewaltfolgen und deren Beitrag zur Symptomatik), gerichtsverwertbare Dokumentation, indizierte und kontraindizierte Behandlungen, Schutz und Sicherheitsplanung und die Vermittlung spezifischer Hilfen oder Weiterbehandlung. Leitli-

---

<sup>6</sup> Ein Audit ist eine dokumentierte Handlung, die anhand objektiver Nachweise untersucht und beurteilt, ob festgelegte Verfahren, Anweisungen, Normen o.ä. sich zur Einhaltung eines vorgegebenen Sollzustandes eignen, eingehalten werden und wirksam sind. Die Vergabe eines Audits ist eine Auszeichnung.

nien können Voraussetzung sein für die FachärztInnenausbildung und die Zertifizierung von Einrichtungen.

Naheliegende Qualitätsstandards für die Krankenhäuser und Kliniken sind:

- Gewaltschutzprogramme,
- frauenspezifische Angebote,
- Frauenräume,
- barrierefreier Zugang,
- Wahlrecht auf weibliche oder männliche Behandlungsperson und
- interdisziplinäre Kooperation.

Die Einhaltung solcher Standards kann als Qualitätsmerkmal gefördert werden, z.B. durch die Vergabe eines Zertifikates oder Gütesiegels und sollte bei Kostenträgern besondere Berücksichtigung finden.

#### **4.5.5.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

VertreterInnen aller Gesundheitsberufe<sup>7</sup> sollte in der Erstausbildung oder in der angeleiteten Praxisphase Basiswissen über gesundheitliche Folgen und Sensibilisierung im Umgang mit den Betroffenen vermittelt werden. Darunter fallen Kenntnisse über die Verbreitung, Erscheinungsformen und Dynamik von Gewalt, mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit und die Bedeutung für das künftige berufliche Aufgabenfeld, der Abbau von Vorurteilen und Entmystifizierung und nicht zuletzt das Ansprechen der eigenen Ängste.

Es bedarf zusätzlich eines berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsangebotes für die unterschiedlichen Professionen. Aber auch in den relevanten Einrichtungen müssen zur Aktualisierung des Wissens und Verbreiterung der Handlungskompetenz entsprechende Kenntnisse vermittelt werden. Bestandteil der Fortbildungskonzepte sollten auch Spezifika besonderer Zielgruppen wie Migrantinnen, Frauen und Mädchen mit Behinderungen und alte Frauen sein.

Die in der Altenpflege, in Krankenhäusern und Heimen Arbeitenden sollten sensibilisiert werden für die Möglichkeit, dass Pflegesituationen oder eine Heimeinweisung für traumatisierte alte Frauen mit Retraumatisierungen verbunden sein können.

#### **4.5.5.7 Erfahrungen guter Praxis übernehmen**

Modelle guter Praxis zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen finden sich in Deutschland und im internationalen Raum. Sie sind erprobt, teilweise evaluiert und bieten wertvolle Anregungen und Erfahrungen für alle AkteurInnen im Gesundheitswesen, die bei der Konzeption ihrer Angebote berücksichtigt werden sollen.<sup>8</sup> Wie z.B. in Krankenhäusern die Gesundheitsversorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen verbessert werden kann, zeigt in hervor-

<sup>7</sup> Insbesondere die unter 4.5.5.1 genannten Berufsgruppen

<sup>8</sup> Eine Auswahl von Praxismodellen findet sich in der Studie von Hagemann-White und Bohne (2003) und im Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland.

ragender Weise das Interventionsprojekt S.I.G.N.A.L. ([www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/](http://www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/)).

#### **4.5.5.8 PatientInnenrechte stärken**

Die Forderung nach Stärkung der Rechte von PatientInnen ist übergreifend zu verstehen und nicht von einer bestimmten Diagnose abhängig zu machen, da ansonsten die Gefahr einer Stigmatisierung besteht und die Offenlegung von Gewalterleben nicht erzwungen werden darf.

Zu einer angemessen gesundheitlichen Versorgung nach Gewalterfahrungen gehört das Recht

- der Wahl, ob die Behandlung durch eine Frau oder einen Mann erfolgt;
- sich umfassend mitteilen zu können, also auch weibliche Fachkräfte zur Verfügung zu haben, die sich mit frauenspezifischen Problemen und geschlechtsbezogener Gewalt auskennen;
- auf Unterbringung in einer Frauenstation;
- auf aktiven Schutz vor (sexuellen) Übergriffen durch Besucher, Mitpatienten und Personal innerhalb von Kliniken und Pflegeheimen;
- auf Schutz vor Gefährdung durch gewalttätige Männer während der Therapie und nach der Entlassung;
- auf Einbeziehung und Selbstbestimmung bei der Wahl der Behandlungsmethode (Hagemann-White und Bohne, 2003).

#### **4.5.5.9 Forschungsbedarf**

Insbesondere hinsichtlich einer adäquaten Versorgung spezifischer Zielgruppen zeigt sich Forschungsbedarf. So ist beispielsweise die Situation alter Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen bisher kaum in den Blick genommen worden. Für sie gibt es keine Orte und keine Therapieangebote. Dringend erforscht werden müssen Zusammenhänge zwischen Alterserkrankungen wie Demenz, Altersverwirrtheit, HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) und Altersdepressionen mit Gewalterfahrungen.

#### 4.5.6 Handlungsempfehlungen

Jede Frau und jedes Mädchen, die/das sich im Gesundheitswesen in Behandlung begibt, hat Anspruch auf eine unvoreingenommene, respektvolle und qualitativ hochwertige Versorgung. Dazu gehört, in möglichst umfassendem Maße Gewaltwirkungen als beteiligte Krankheitsursache zu prüfen und die Sicherheitsbedürfnisse von Gewaltopfern zu berücksichtigen. Bei der Umsetzung von Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, kommt allen Behandelnden im Gesundheitswesen, den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, den Berufsverbänden und Ärztekammern, den Fraueninitiativen und nicht zuletzt der Landesregierung und dem Landtag eine besondere Bedeutung zu.

Die Enquetekommission empfiehlt dem **Landtag**:

- insbesondere zur Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und zur Sicherstellung von stationären Versorgungsstrukturen durch Ergänzungen im ÖGDG, PsychKG und KHG NRW zu einer bedarfsgerechten Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen beizutragen;
- zur Ausgestaltung der nachfolgenden Empfehlungen an die Landesregierung auf der Grundlage des Landeshaushaltes die notwendigen Finanzmittel bereitzustellen.

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung**:

Im Bereich Gewaltschutz:

- in Kooperation mit den Trägern modellhaft Gewaltschutzkonzepte für verschiedenen stationäre Einrichtungsformen (Krankenhaus, Klinik, Pflegeheim) zu erstellen und darauf hinzuwirken, dass diese weiterentwickelt und in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt werden.

Im Bereich Forschung:

- eine Studie über Ausmaß und Folgen von ritueller Gewalt in NRW gegenüber Kinder und Frauen in Auftrag zu geben;
- eine Studie (Bedarfsanalyse) in Auftrag zu geben über die NRW-weite Versorgung mit niedergelassenen und stationär tätigen PsychotherapeutInnen (sowie Anzahl der Therapieplätze) die im Bereich Gewaltauswirkungen und insbesondere in der Traumatherapie qualifiziert sind. Auf Grundlage der Ergebnisse erfolgt eine qualifizierte Bedarfsplanung. Für den stationären Bereich bedeutet dies eine Konkretisierung der Rahmenvorgaben für den Krankenhausbedarfsplan. Für den ambulanten Bereich sind unter Beteiligung der Psychotherapeutenkammer des Landes, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesarbeitsgemeinschaften der gegen Gewalt gegen Frauen und Mädchen aktiven Einrichtungen, Instrumente und Verfahren für eine regionalisierte Bedarfsplanung zu entwickeln.

Im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung:

- in der Erstausbildung aller Gesundheitsberufe, die von Landeskompetenz berührt sind und in der angeleiteten Praxisphase der Ausbildung die Vermittlung von Basiswissen und Sensibilisierung über gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen-

über Frauen und Mädchen zu etablieren;

- ein Programm (so genannte Train-the-trainers-Seminare) zu fördern, in dem Fachkräfte mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen mit dem Ziel fortgebildet werden, in der Fort- und Weiterbildung der Professionellen im Gesundheitswesen tätig zu sein.

Im Bereich Qualitätssicherung und Vernetzung:

- die Entwicklung von Standards und Leitlinien für eine bedarfsgerechte Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen durch die AkteurInnen im Gesundheitswesen (möglichst in Zusammenarbeit mit dem fachlichen Sachverstand von Vertreterinnen der Fraueninitiativen) unterstützend zu begleiten;
- Auflagen zu erlassen zur Sicherung von Standards in der Rechtsmedizin und der Psychiatrie. In der forensischen Medizin geht es dabei um eine rücksichtsvolle und sorgfältige Spurensicherung in Fällen von Gewaltanwendung (insbesondere bei Vergewaltigungen), auch anzeigenunabhängig, und um die Durchführung von Obduktionen. Des Weiteren muss eine Einbeziehung des fachlichen Wissens der Forensik in die Praxis der niedergelassenen und KlinikärztInnen gefördert werden. In der Psychiatrie muss traumatisierten Frauen die Unterbringung in einer Frauenstation garantiert werden. Angesichts des hohen Anteils an Gewalt in der Vorgeschichte psychiatrischer Patientinnen muss entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle dort ärztlich und pflegerisch Tätigen verlangt werden;
- zur wettbewerbsgestützten Verbesserung im Versorgungsangebot der Krankenhäuser für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen ein Qualitätssiegel (Zertifizierung) zu entwickeln, dessen Vergabe sich auf Qualitätsstandards wie bedarfsgerechte Dokumentation, Diagnose und Behandlung von Gewaltfolgen, Schulung und Weiterbildung in diesem Bereich, frauenspezifische Angebote, Frauenräume, Wahlrecht auf weibliche oder männliche Behandlungsperson, Barrierefreiheit und interdisziplinäre Kooperation bezieht;
- den bedarfsgerechten Ausbau regionaler und kommunaler Runder Tische zum Thema Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Arbeitskreise oder anderer kooperativer Verbundbildungen zu unterstützen;
- die Erstellung und Verbreitung von geeignetem Informationsmaterial über einen bedarfsgerechten Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen flankierend zu begleiten;
- einen Vorstoß zu unternehmen, die aus den Erkenntnissen über die Folgen von Gewalt hervorgehenden Erfordernisse guter Versorgung in die Diskussion um die PatientInnenrechte einzubeziehen.

Im Bereich finanzieller Absicherung:

- eine gesicherte, langfristige Finanzierung von unterstützenden Einrichtungen wie Frauennotrufe, Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Frauen- und Mädchenhäuser zu gewährleisten.

Im Bereich besonderer Zielgruppen:

- notwendige Schritte zu einer angemessenen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen zu unternehmen, die durch das Versorgungsnetz fallen, wie z.B. Frauen

mit illegalem Aufenthaltsstatus und obdachlose Frauen;

- mehrsprachiges Informationsmaterial für betroffene Migrantinnen zu erstellen und zu verbreiten;
- muttersprachliche Therapieangebote und/oder Übersetzungsangebote bei der Bedarfsplanung zur gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.10).

Im Bereich Landesgesundheitskonferenz:

- diese mit dem Thema „Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ zu befassen.

Die Enquetekommission empfiehlt allen im **Gesundheitswesen Tätigen**:

- sich zum Thema „Hintergründe und gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ fortzubilden;
- Fragen nach Gewalterfahrungen als Teil der allgemeinen Anamnese in die eigene Arbeit aufzunehmen.

Die Enquetekommission empfiehlt **Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung** (insbesondere der Krankenhausgesellschaft NRW):

- ihre Arbeitsroutine daraufhin zu überprüfen, inwieweit Grenzüberschreitungen vorkommen und ein gewaltfreies Arbeiten zu etablieren;
- ein Gewaltschutzkonzept für die Einrichtung zu entwickeln;
- Leitlinien im Umgang mit/für die Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen zu entwickeln und dafür zu sorgen, dass in diese Leitlinien Genderkriterien einbezogen wird.

Die Enquetekommission empfiehlt **Ärztikammern und Berufsverbänden**:

- regelmäßig Fachartikel zum Gewaltthema zu veröffentlichen, um Interesse an der Problematik zu wecken und Grundwissen zum Thema zu verbreiten;
- Standards und Leitlinien zu entwickeln, um Handlungsvorschläge für den adäquaten Umgang mit Betroffenen unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse (insbesondere verschiedener Zielgruppen) zu verbreiten;
- Einfluss darauf zu nehmen, dass das Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen in der Ausbildung und Facharztweiterbildung benannt bzw. stärker akzentuiert wird;
- berufsbegleitende Fortbildungen und Schulungen verpflichtend vorzuschreiben.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Kostenträgern** (Krankenkassen, LVA, BfA), den **Landschaftsverbänden** und dem **MDK**:

- MitarbeiterInnen, die über Leistungen für traumatisierte Frauen entscheiden, über Symptome und Folgen von Gewalteinwirkungen zu schulen;
- bei der Überprüfung der Leistungspflicht GutachterInnen hinzuziehen, die spe-

zielle Erfahrungen bei der Behandlung von Traumaopfern haben;

- den Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, sich für einen weiblichen oder männlichen Gutachter zu entscheiden;
- den betroffenen Versicherten die Behandlung bei spezialisierten TraumatherapeutInnen und/oder stationären Behandlungseinrichtungen für traumatisierte Menschen zu ermöglichen, in einem Zeitrahmen, der der Störung angemessen ist;
- um kostenintensive Fehlzweisungen zu vermeiden, im Vorfeld abzuklären, ob die Behandlungsstätte die Versicherte fachgerecht traumaspezifisch behandeln kann;
- ein zeitnahes Therapieangebot zu finanzieren, um der Chronifizierung vorzubeugen und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden;
- das Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen in ihren Publikationen (intern und extern) aufzugreifen;
- zur Gewaltprävention für Schwangere, die statistisch einer erhöhten Gefahr ausgesetzt sind und Frauen nach der Geburt, das bewährte Modell der „Familienhebammen“ flächendeckend für NRW abzusichern;
- das Thema in der Weiterbildung für MitarbeiterInnen aufzugreifen;
- den Abschluss von Verwaltungsvereinbarungen über die Zuständigkeit insbesondere im Schnittstellenbereich.

Die Enquetekommission empfiehlt dem **Gemeinsamen Bundesausschuss**:

- für Gesprächsleistungen eine angemessene Bewertung vorzunehmen und eine entsprechende Vergütung festzulegen.

#### 4.5.7 Literatur:

Brzank, Petra, Hellbernd, Hildegard, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2003): Arbeitsblatt – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung ([www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm](http://www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm))

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Verlag W. Kohlhammer

Martina Böhmer (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt/Main, Mabuse Verlag

Böhmer, Martina: Versorgung besonderer Zielgruppen – Alte Frauen, unveröffentlichte schriftliche Stellungnahme zur Fachtagung der Enquetekommission: „Gewalt gegen Frauen - Eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen“, Landtag NRW, 19.05.2003

- Eichler, Susanne, u. a.: Kooperationsformen und -strukturen von Runden Tischen/ Arbeitskreisen zum Abbau Häuslicher Gewalt im Nordrhein-Westfalen; Projektstudie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Laufzeit Februar – Oktober 2002
- Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Landtag Nordrhein-Westfalen: Antrag der Fraktionen der SPD und der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen „Hilfen für Gewaltopfer verbessern – Gewaltopfer wirksamer unterstützen“, Drucksache 12/3420, 26.10.1998
- Protokoll der Fachtagung der Enquetekommission: „Gewalt gegen Frauen - Eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen“, Landtag NRW, EKPr. 13/61, 19.05.2003
- Wieners, Karin, Hellbernd, Hildegard (2000): Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: EWHNET. European Women's Health Network. Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, Landesvereinigung für Niedersachsen, Hannover, 30-42



## 4.6 Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW

### 4.6.1 Einleitung

In Deutschland sterben jährlich 240.000 Frauen und 167.000 Männer an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Dementsprechend sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Frauengesundheit von größter Bedeutung. Sie stellen zahlenmäßig die Hauptursache schwerwiegender Erkrankungen bei Frauen dar und sind in 50 % der Fälle die Todesursache. Die hohe Erkrankungsrate, verbunden mit hoher Sterblichkeit – Einschränkungen der Belastbarkeit, häufige, oft schon in frühen Jahren auftretende Herzinfarkte, frühzeitiger Tod, plötzlicher Tod, chronische Beeinträchtigungen (insbesondere durch Herzinsuffizienz) – haben medizinisch, im Bereich der sozialen Systeme und unter volkswirtschaftlichen Aspekten weitreichende Auswirkungen.

Die hohe Erkrankungsrate und Sterblichkeit der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen waren für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ ein entscheidender Grund, dieses Thema als Schwerpunkt zu nehmen. Ein zweiter ebenfalls bedeutsamer Grund bestand darin, dass gerade in den letzten Jahren deutlich wurde, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen – im Unterschied zu Männern – immer häufiger werden. Dabei sind Frauen im jüngeren Lebensalter besonders betroffen.

Der dritte Grund war schließlich, dass zunehmend Informationen und wissenschaftliche Mitteilungen vorliegen, die zeigen, dass klinische Ausprägung und Manifestation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen teilweise verschieden sind. Dies betrifft sowohl die Symptomatologie von Erkrankungen als auch die Mechanismen der Krankheitsentstehung und der -verläufe sowie teilweise die Wirkungen von Medikamenten. Darüber hinaus gibt es Hinweise dafür, dass Frauen von den modernen Verfahren der Therapie bei akuten lebensbedrohlichen Krankheitsmanifestationen seltener als Männer und darüber hinaus auch qualitativ teilweise anders profitieren, und dass bestimmte Gruppen von Frauen möglicherweise keinen oder keinen ausreichenden Zugang zu Versorgungseinrichtungen in der Herz-Kreislauf-Akutmedizin finden.

Die Enquetekommission hat es sich unter diesen Prämissen zur Aufgabe gemacht, eine „Ist-Analyse der Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW“ vorzunehmen, soweit Daten hierfür vorliegen und darüber hinaus Informationen über den Standard und Stand der Therapie in NRW einzuholen. Dabei ging die Enquetekommission davon aus, dass NRW einerseits überdurchschnittlich gut mit Maximalversorgungszentren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgestattet ist, andererseits diese Einrichtungen möglicherweise nicht von allen Teilen der Bevölkerung, insbesondere der weiblichen Bevölkerung, in adäquatem Ausmaß in Anspruch genommen werden oder genommen werden können. Es ging darum, herauszufinden, welche Hinderungsgründe es möglicherweise für Gruppen von Frauen gibt, eine nach aktuellen Kriterien optimale Versorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu erhalten.

Bei den Herzerkrankungen im Erwachsenenalter sind verschiedenartige Krankheitsmanifestationen zu unterscheiden, die in der europäischen Bevölkerung mit unterschiedlicher Häufigkeit vorkommen. Einen Überblick über die zahlenmäßig bedeutendsten Erkrankungen gibt die folgende Tabelle:

**Tabelle 4.6-1: Erkrankungen des Herzens in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit**

- 
- Herzkranzgefäßerkrankungen
  - Herzerkrankungen bei erhöhtem Blutdruck
  - Herzrhythmusstörungen
  - Herzinsuffizienz
  - Herzklappenfehler
  - Herzmuskelerkrankungen
  - Psychosomatische Erkrankungen des kardiovaskulären Systems

Hieraus geht hervor, dass die Erkrankungen der Herzkranzgefäße und ihre Auswirkungen auf die Pumpfunktion des Herzmuskels und die Klappenfunktionen die zahlenmäßig bei weitem überwiegende Rolle spielen. Aus diesem Grunde hat sich die Enquetekommission entschlossen, das hier zugrunde liegende Krankheitsbild, die so genannte „koronare Herzkrankheit“ mit ihren wichtigsten Komplikationen Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und plötzlicher Tod in das Zentrum der Betrachtungen zu stellen. Im Folgenden wird also unter der Rubrik Herz-Kreislauf-Erkrankungen ganz überwiegend auf den Aspekt koronare Herzkrankheit und ihre Auswirkungen auf die Frauengesundheit Bezug genommen.

#### **4.6.2 Analyse der gegenwärtigen Situation**

Retrospektive Literaturlauswertungen zeigen, dass bis zum Beginn der 90er-Jahre nahezu alle wissenschaftlichen Studien zu Erkrankungen der Herzkranzgefäße ausschließlich oder ganz überwiegend an Männern durchgeführt wurden und dass damals eine allgemeine Wahrnehmung geschlechtsbezogener Differenzen in Symptomatik, Krankheitsmanifestationen, Diagnostik und Therapie nicht vorhanden war. Dementsprechend wurden die so gewonnenen Ergebnisse uneingeschränkt auf die Situation bei Frauen übertragen (National Heart, Lung and Blood Institute, 1990). Ab Anfang der 90er-Jahre finden sich in der wissenschaftlichen Literatur der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunehmend Publikationen, die auf die Notwendigkeit einer geschlechtsbezogenen Unterscheidung in Diagnostik und Therapie hinweisen und Befunde zur Geschlechterdifferenz vorlegen. Solche Befunde betreffen einerseits die Physiologie und Biochemie sowie die Pathophysiologie und Pathobiochemie insbesondere im Bereich des blutbildenden Systems, des Gerinnungssystems, des Systems endokriner Drüsen und des autonomen Nervensystems. Geschlechterdifferente Erkenntnisse wurden aber auch im Bereich der wichtigsten kardiovaskulären Erkrankungen, der Herzkranzgefäß-, Herzmuskel- und Blutdruckerkrankungen, der Herzrhythmusstörungen und ihrer Beeinflussbarkeit durch medikamentöse, chirurgische und Katheter-interventionelle Behandlungen vorgelegt.

Dementsprechend ist unser Wissen über Zusammenhänge und Kausalitäten bei teilweise noch sehr begrenztem Datenhintergrund lückenhaft. Das von Wilansky und Willerson erstmals vorgelegte Standardwerk „Heart Disease in Women“ (2002) zeigt unser Wissen bezüglich der Differenzen auf, noch mehr aber wird durch diese wissenschaftliche Darstellung deutlich, in welchem Umfang Wissenslücken bestehen. Bei zahlreichen Daten, die wir vorläufig benutzen, besteht zudem große Unsicherheit

hinsichtlich ihrer Sicherheit und Verlässlichkeit, weil eine Überprüfung durch verschiedene Studiengruppen und ausreichend große Studienzahlen noch nicht gegeben ist. Dies bedeutet, dass zum jetzigen Zeitpunkt nur Teilaspekte der realen Situation erfasst werden können. Dies gilt in besonderer Weise dann, wenn eine Konzentration der Informationsabfrage und darauf aufbauender Empfehlungen und Strategie-Entscheidungen auf eine Region wie NRW erfolgt.

Die Enquetekommission hat mit dem Ziel der weiteren Analyse in der Versorgung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW zwei Gutachten in Auftrag gegeben, die einerseits auf eine Erhebung von Daten zur Häufigkeit (im Folgenden immer speziell der Koronargefäßerkrankungen bei Frauen in NRW) zielen (Härtel, 2002), andererseits der Frage nachgehen, ob und welche Gruppen von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW möglicherweise unterdurchschnittlich bzw. unzureichend durch die vorhandenen Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie versorgt werden (Moebus und Sottong, 2003). Im Folgenden werden zunächst wichtige aktuell verfügbare Daten zum Vorkommen und zur Verursachung sowie zur Ausprägung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Vergleich zu Männern referiert. In einem speziellen Abschnitt werden darüber hinaus Besonderheiten für die Situation in NRW zusammengefasst, soweit entsprechende Daten verfügbar sind.

#### **4.6.2.1 Inzidenz von arteriosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Vergleich zu Männern – Verteilung der Risikofaktoren**

Häufigkeit und Schweregrad sowie altersbezogene Früh- bzw. Spätausprägung koronarer Erkrankungen des Herzens werden wesentlich durch so genannte Risikofaktoren bestimmt. Zu diesen gehört die Bluthochdruckkrankung (betroffen sind 20 % der mitteleuropäischen Bevölkerung), Störungen des Fettstoffwechsels (auf angeborener Basis und/oder als Folge inadäquater Ernährung), das Zigarettenrauchen (bis 25 % der Bevölkerung), fehlende körperliche Bewegung im Sinne eines täglichen Herz-Kreislauf-Trainings, Übergewicht und eine inadäquat hohe Nahrungs- bzw. Kalorienaufnahme, verbunden mit einem Komplex von Krankheitsfaktoren, zusammengefasst unter dem Begriff „metabolisches Syndrom“. Besonders wichtig darüber hinaus der Typ-II-Diabetes mellitus, der inzwischen schon bei Jugendlichen auftritt. Darüber hinaus spielen endogene Faktoren wie Alter, Altern und die genetische Ausstattung eine bedeutsame Rolle. Speziell bei Frauen ist außerdem die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren und darüber hinaus die Kombination von Risikofaktoren zusammen mit Hormonersatz-Therapien oder mit hormonellen Kontrazeptiva (Antibabypille) von hoher praktischer Bedeutung.

In der Vergangenheit litten Männer verglichen mit Frauen öfter an Bluthochdruck und Übergewicht, sie rauchten im Vergleich auch häufiger. In den Statistiken der letzten Jahre nivellieren sich diese Unterschiede zunehmend, ganz besonders im Bereich des Zigarettenrauchens. In der Altersgruppe unter 20 Jahren rauchen Frauen häufiger als Männer. Bedeutsame Fettstoffwechselstörungen und der Diabetes mellitus treten bei Frauen etwas häufiger als bei Männern auf (Bundesgesundheitsurvey, 1998).

Die zunehmende Belastung der Frauen mit Risikofaktoren für arteriosklerotische Herz- und Kreislauf-Erkrankungen ist besonders auch deswegen gefährlich, weil die Belastung mit Risikofaktoren bei Frauen *per se* ein höheres Risiko als bei Männern

ergibt. So konnte gezeigt werden, dass Raucherinnen mit einem geringen Verbrauch pro Tag (1–4 Zigaretten) gegenüber Nichtraucherinnen ein zweifach erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko aufweisen, eine Korrelation, die so für Männer nicht zutrifft. Fatal erscheint die Kombination von Zigarettenrauchen und hormoneller Kontrazeption. Während jeder der Einzelfaktoren das Risiko für das Auftreten eines Herzinfarktes um das Zwei- bis Vierfache steigert, führt die Kombination beider Faktoren zu einem 40fach erhöhten Risiko.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass über dem aktuell erkennbaren Prozess der „Umverteilung“ kardiovaskulärer Risikofaktoren zu Ungunsten der Frauen keine ausreichend gesicherten Zahlen vorliegen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass spezielle Daten aus NRW zu diesem Thema nicht oder nur in geringem Ausmaß vorliegen. Hieraus ergibt sich, dass Frauen stärker in den Blick genommen werden müssen.

#### **4.6.2.2 Akuter Herzinfarkt – Prähospitalphase**

Unter der Prähospitalphase wird die Zeitspanne zwischen Beginn der Symptomatik eines akuten Herzinfarktes und der Aufnahme in einem Krankenhaus verstanden. In dieser Frühphase des akuten Herzinfarktes ist die unmittelbare Sterblichkeit am größten. Bis zu 40 % aller Infarkterkrankten erreichen das Krankenhaus nicht, weil sie vorher verstorben sind („Plötzlicher Herztod“, Lowel et al., 2002).

Zur Prähospitalphase liegen eine Reihe von Studien mit genderspezifischen Differenzierungen vor. Dabei wird über offensichtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen berichtet: Frauen wiesen im Mittel längere Zeitspannen bis zur Erstbehandlung auf. Diese Tendenzen sind auch in dem Augsburger MONICA-Herzinfarkt-Register belegt (Lowel et al., 1995). Sie sind besonders deutlich im ersten Messzeitraum von 1985–88. Die ursprünglich großen Differenzen sind in der Zwischenzeit bedeutend kleiner geworden. Allerdings gibt es nach wie vor Daten, die nahe legen, dass der Anteil der Frauen mit längeren Zeitspannen tendenziell höher liegt als der bei Männern. Ein besonderer Beleg hierfür ist das aus der multizentrischen Herzinfarktregisterstudie MITRA mit über 2000 Frauen und mehr als 4000 Männern in Südwest-Deutschland entwickelte MITRA-Register (Heer et al., 2002), in dem um 45 Minuten längere Prähospitalzeiten bei Frauen dokumentiert sind. Auch in einer niederländischen Studie wurde festgestellt, dass die Verzögerungszeiten, die sich aus den diagnostischen Abläufen bei Hausärzten ergeben, bei Frauen mit 52 Minuten signifikant länger ausfallen als bei Männern mit 36 Minuten.

##### **4.6.2.2.1 Gründe für die verlängerte Prähospitalphase**

###### **„Untypische“ Herzinfarkt-Symptomatik:**

In der wissenschaftlichen Literatur ist gut belegt, dass die als „typisch“ beschriebene Herzinfarkt-Symptomatik (anhaltende Schmerzen im Brustkorb, Atemnot usw.) bei Frauen seltener beobachtet wird als bei Männern. Dies scheint besonders jüngere Frauen zu betreffen, bei denen im bisherigen Denken das Auftreten eines Infarktes gar nicht vermutet wird. Die Differenzen betreffen Unterschiede in der Schmerzlokalisierung und -ausbreitung, in häufiger auftretenden unklaren Abdominal- (Oberbauch-) Beschwerden sowie häufigeren Angaben zu Symptomen wie Erschöpfung, Erbre-

chen, Übelkeit, Schmerzen im Rücken und Nackenbereich sowie Kurzatmigkeit. Dies bedeutet, dass die Symptomatik bei Frauen oft so verschieden ist von der von der Beobachtung an Männern abgeleiteten Lehrbuchsymptomatik, dass die Diagnose Herzinfarkt nicht sofort gestellt wird. In der erwähnten niederländischen Studie wurde gezeigt, dass insbesondere bei jüngeren Frauen die Symptome so meist als Atembeschwerden oder Probleme der Gallenblase missdeutet wurden. In den Fällen, in denen bezüglich der Diagnose von vornherein Klarheit bestand, ergaben sich hingegen keine Unterschiede in der Zeitspanne bis zur Krankenhausaufnahme. Erschwerend ist darüber hinaus, dass in der Gesellschaft der akute Herzinfarkt traditionell als männliche Erkrankung angesehen wird. Frauen erkranken – dem Vorurteil zur Folge – öfter an Brustkrebs. Dass tatsächlich die arteriosklerotischen Erkrankungen des Herzens die Haupttodesursache bei Frauen darstellen, wird bisher weder in der Bevölkerung noch im ärztlichen Versorgungsbereich ausreichend wahrgenommen.

### **Fehlende Unterstützung**

Die ungünstigere Überlebensprognose von Frauen in der Prähospitalphase steht auch im Zusammenhang mit der Lebens- und Versorgungssituation der Frauen, vor allem im höheren Lebensalter. Die Daten des Augsburger Herzinfarktregisters zeigen, dass 39 % der plötzlich verstorbenen Frauen und 33 % der Krankenhauspatientinnen mit Infarkt verwitwet sind gegenüber 8 bzw. 4 % in den entsprechenden Kollektiven der Männer. Diese Aspekte spielen für den praktischen Ablauf der Ereignisse eine große Rolle: so ist gesichert, dass die Entscheidung, ärztliche Hilfe zu holen, zumeist vom anwesenden Ehepartner bzw. anderen Anwesenden getroffen wird. Diese fehlen bei einer großen Anzahl betroffener Frauen, die alleine leben.

Daneben gibt es auch vereinzelte Meldungen, die eine erhöhte Sterblichkeit beispielsweise darauf zurückführten, dass Frauen in Notfallsituationen weniger lange reanimiert würden als Männer, wenn männliche Ärzte die Notärzte seien.

#### **4.6.2.3 Symptomgeleitete diagnostische Handlungskette**

Schmerzen im Brustraum treten nach bundesweiten Statistiken bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auf. Statistische Daten zeigen eindeutig (Heer et al., 2002), dass dennoch bei Frauen mit unklaren Brustschmerzen wesentlich seltener die Indikation zur Herzkatheterdiagnostik gestellt wird als bei Männern. Dies liegt nur teilweise daran, dass bei Frauen unter 60 Jahren statistisch seltener mit einem koronar-positiven Befund zu rechnen ist als bei Männern. Offensichtlich liegt bei gleicher Symptomatik eine unterschiedliche Wahrnehmung im Gesundheitsversorgungsbe- reich, aber auch bei den betroffenen Männern und Frauen selber vor.

Auch zu der Frage, ob geschlechterbezogene Unterschiede in der Zahl der richtig-positiven Brustschmerzsymptome vorliegen, fehlen gesicherte wissenschaftliche Daten. Allerdings finden sich in der Literatur einige Hinweise dafür, dass solche Unterschiede bestehen: so ist aus der italienischen GUSTO I-Studie, in die über 30.000 Männer und 12.000 Frauen mit akutem Herzinfarkt eingeschlossen wurden (GUSTO Investigators, 1993) bekannt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung zu Ungunsten der Frauen bezüglich des Einsatzes gerinnse-auflösender Therapie (Thrombolyse) bei akutem Herzinfarkt vorhanden waren. Dabei war zu diesem Zeitpunkt diese Maßnahme die allein lebensrettende Therapie. Frauen mit aku-

tem Herzinfarkt wurden dieser Behandlung, die damals als „Optimum der Behandlung“ galt, statistisch signifikant seltener zugeführt.

Ob auch unabhängig von diesen Aspekten im Ablauf der stationären Behandlung des akuten Herzinfarktes bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen, ist aus den Literaturdaten aktuell nicht mit Sicherheit abzuleiten. Frauen, die an einem akuten Herzinfarkt erkranken, sind bei stationärer Aufnahme im Mittel deutlich älter als Männer, ein Umstand, der *per se* einen anderen und oft aggravierten Infarktverlauf nach sich zieht. Darüber hinaus sind – wegen des höheren Lebensalters – betroffene Frauen auch stärker mit kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz belastet, so dass hierdurch eine geschlechtsbezogen scheinbare Übersterblichkeit zur Ausprägung kommt. Bei allen vorliegenden Daten ist auch nicht auszuschließen, dass die im Durchschnitt höhere Sterblichkeit der Frauen im stationären Verlauf dadurch relativiert wird, dass Männer häufiger bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus versterben. Hierfür könnten u.a. Daten des so genannten MONICA-Registers sprechen, die systematisch männliche und weibliche Patienten im Alter von 25–64 Jahren in der Prähospitalphase erfasst haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zu viele Daten fehlen, um endgültige Beurteilungen vorzunehmen. Bezüglich einer symptomgeleiteten diagnostischen Handlungskette müssen zunächst eine exakte Bestandsaufnahme, dann eine Datenanalyse vorgenommen werden, damit die biologischen Verläufe klar von den Einwirkungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, von Unterschieden in der subjektiven Wahrnehmung und von anderen hier wirksamen Faktoren abgegrenzt werden können. Generell gibt es aber genügend Hinweise dafür, dass in Zukunft eine streng geschlechtsbezogene Sichtweise auf die kardiovaskulären Akuterkrankungen auszuüben ist, damit Entscheidungen differenzierter, sachgerechter und mit größerem Nutzen bei Akuterkrankungen getroffen werden können.

#### **4.6.2.4 Behandlungshäufigkeit und -intensität (Behandlungsqualität)**

Entsprechend den Unterschieden in der diagnostischen Erfassung der Symptomologie der arteriosklerotischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und ihrer Komplikationen ist die Behandlungsdichte bei entsprechend erkrankten Frauen im Vergleich zu Männern zumindestens teilweise geringer. So stellen einzelne Autorinnen fest, dass die höhere Infarktsterblichkeit weiblicher Patienten nicht allein auf die im Vergleich zu Männern höhere Altersstufe bei Manifestation der Erkrankung zurückgeführt werden kann, sondern vielmehr auch Unterschiede in der Intensität und Qualität von Diagnostik und Therapie anzuführen sind. Hinzuweisen ist hier u.a. auf die so genannte Verapamil-Studie (Galatius-Jensen et al., 1997), eine 10-Jahre-Nachbeobachtungsstudie bei Postinfarktpatienten, die für das Kollektiv der über 75-Jährigen zeigt, dass bei Frauen eine deutlich geringere Behandlungsdichte vorliegt als bei Männern und dass dies mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist.

So erhielten Frauen in signifikant geringerem Umfang eine thrombolytische Therapie, eine akute Katheterintervention zur Wiederherstellung der Durchblutung im Infarktgefäß oder eine operative Behandlung zur Behandlung der Durchblutungsstörungen des Herzmuskels. Auch medikamentöse Maßnahmen wie sekundär-präventive Therapien zur Senkung erhöhter Blutfette, zur verbesserten Diabetes-Einstellung usw.,

die Gabe von Acetylsalicylsäure zur Prophylaxe von Gerinnselbildungen in Herzkranzgefäßen oder von so genannten Betablockern zur Verbesserung der Überlebensprognose wurden bei Frauen weniger häufig eingesetzt als bei Männern.

In den letzten Jahren hat sich die schon lange geäußerte Vermutung zur Gewissheit verdichtet, dass die Überlebensquote des akuten Herzinfarktes dann besonders hoch ist, wenn Katheterinterventionen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Durchblutung im Infarktgefäß durchgeführt werden. Dementsprechend gilt die Maßnahme inzwischen als optimale Behandlung und als entscheidend für das Überleben. Gerade diese Therapie aber wird bei Frauen wesentlich seltener eingesetzt als bei Männern. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig: So ist zum einen die Wahrscheinlichkeit eines Wiederverschlusses des Gefäßes um so höher (und damit die Erfolgsaussichten um so geringer), je kleiner die Gefäße sind. Zum anderen wird der Eingriff weniger häufig bei älteren PatientInnen durchgeführt. Beide Aspekte führen zu einer geringeren Behandlungsquote für Frauen, da ihre Gefäße durchschnittlich kleiner und sie außerdem beim Auftreten des Verschlusses durchschnittlich älter sind. Aus dem Blickwinkel einer frauengerechten Gesundheitsversorgung sollte jedoch besondere Aufmerksamkeit der Frage gewidmet werden, wie bestehende Risikofaktoren für Frauen beeinflussbar sind. Dies gilt sowohl für das prä-operativ bestehende Risikoprofil, als auch für die Evaluation des Überweisungsmanagements (= Rechtzeitigkeit der Überweisung) und der gewählten Behandlungsformen. Insbesondere wäre auch zu untersuchen, ob technische Eigenschaften der Katheterinterventionen (z.B. „equipment tailored for women“) verbesserbar sind

#### **4.6.2.5 Rehabilitationsmaßnahmen**

Rehabilitative Maßnahmen und Einrichtungen werden von Frauen seltener in Anspruch genommen als von Männern, obwohl die psychosozialen Belastungen der Frauen nach schwerwiegenden kardiovaskulären Erkrankungen ausgeprägter sind und stärker und intensiver in das Bewusstsein treten. Darüber hinaus gehen die Erkrankungen bei Frauen häufiger als bei Männern mit einer depressiven Entwicklung sowie mit der Ausbildung von Angstsyndromen einher (Grande et al., 2002). Auf dem rehabilitativen Sektor kann somit ganz eindeutig ein Versorgungsdefizit der Frauen gegenüber Männern festgestellt werden. Dies ist auf eine Vielzahl verschiedener Faktoren zurückzuführen; hierzu gehören allgemeine Einschätzung und Krankheitswahrnehmung, zahlreiche soziale, sozialpolitische und psychische Hintergrundaspekte. Eine Hauptursache liegt auch darin, dass die Mehrzahl der Männer selbst bei schwerer Erkrankung der Frau immer noch nur in geringem Maße bereit ist, Verantwortung für die Versorgung von Haushalt und Familie zu übernehmen.

#### **4.6.2.6 Sterblichkeit**

Die Wahrscheinlichkeit, in jüngeren Lebensjahren (bis zu einem Alter von 45 Jahren) an einem Herzinfarkt zu sterben, ist bei Männern im Vergleich zu Frauen um den Faktor 5 erhöht. Seit 1980 kann mit zunehmend verbesserten Behandlungsmethoden ein Rückgang der Gesamtsterblichkeit beobachtet werden. Daten aus dem Jahre 1994 zeigen einen Rückgang bei Männern um 37,8 %, bei Frauen aber nur um 25,7 %. Bei Männern zeigt sich dies in allen abgebildeten Altersstufen. Die ungünstigere Entwicklung bei Frauen ist einerseits wesentlich durch das veränderte Risiko-

verhalten der Frauen im Vergleich zu Männern zu erklären. Darüber hinaus spielen aber auch die oben geschilderten Versorgungsdefizite eine Rolle. Neue Statistiken, die in den nächsten Jahren zu erwarten sind, werden hier differenzierte Aussagen erlauben. In jedem Fall werden diese Statistiken eine Zunahme der Infarktsterblichkeit, insbesondere bei jüngeren Frauen zeigen.

Aus der vorliegenden Datenübersicht wird die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Frauengesundheit deutlich, darüber hinaus wird erkennbar, dass eine geschlechtsdifferenzierende Betrachtung der Krankheitsbilder in Entstehung, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie notwendig und in den nächsten Jahren zunehmend zu erarbeiten ist.

Welche speziellen Daten liegen nun für NRW vor, gibt es darüber hinaus in NRW Gruppen von Frauen, für die die Versorgungssituation in Diagnostik und Therapie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen so ungünstig ist, dass hier Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation notwendig werden?

#### **4.6.2.7 Spezielle Befunde in NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland**

##### **4.6.2.7.1 Morbidität und Mortalität (Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit)**

Während sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit bezüglich der Herzkranzgefäß-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt und in NRW ähneln, fällt auf, dass hier sowohl die Sterberaten als auch die Erkrankungsraten bei den über 55-Jährigen höher liegen als in Deutschland insgesamt. Beim gesonderten Vergleich der nordrhein-westfälischen Frauen mit Frauen der Bundesrepublik Deutschland sind ebenfalls Unterschiede in den höheren Altersgruppen zu erkennen, mit höherer Sterblichkeit in NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. Im Kontrast dazu zeigt sich bei Gefäßerkrankungen des Gehirns eine umgekehrte Tendenz, obwohl diese nicht so ausgeprägt ist wie bei Herzkranzgefäß-Erkrankungen. Hier liegen die Ereigniszahlen in der Bundesrepublik Deutschland in den älteren Jahrgängen tendenziell höher als bei den vergleichbaren Altersgruppen in NRW.

Innerhalb von NRW zeigen sich beim Vergleich der Erkrankungshäufigkeits- und Sterblichkeitsraten von Männern und Frauen die bekannten höheren relativen Risiken der Männer in jeder Altersgruppe. Wird jedoch die absolute Anzahl der Erkrankungsfälle miteinander verglichen, fällt in den hohen Altersgruppen (über 75 Jahre) die große Zahl der betroffenen Frauen auf. Beispielsweise betrug im Jahre 1999 in NRW die absolute Zahl der Krankenhausfälle infolge von zerebrovaskulären Erkrankungen bei den über 75-jährigen Frauen 30.433 (dies entspricht 3,4 % der Gesamtpopulation), bei den über 75-jährigen Männern 14.350 (entsprechend 3,9 % der Gesamtpopulation). Dies ist wesentlich bedingt durch die längere Lebenserwartung der Frauen, bedeutet jedoch erhebliche versorgungsmedizinische Anstrengungen, die zu unternehmen sind.

Da es in NRW kein vollständiges bevölkerungsbezogenes Herzinfarktregister gibt, können zur Sterblichkeit nach erlittenem Herzinfarkt derzeit keine zuverlässigen Angaben gemacht werden. Ob die Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters, in dem Frauen in jedem Stadium des akuten Herzinfarktes eine höhere Sterblichkeit



aufweisen als Männer, auch auf NRW zu übertragen ist, kann zurzeit aufgrund der fehlenden Datenlage nicht beantwortet werden, ist jedoch sehr wahrscheinlich.

Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Hinblick auf die Prognose bei arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen des Gehirns gibt es nicht nur in NRW, sondern generell zurzeit weniger Information als zu koronaren Herzerkrankungen. Aus dem Krankenhaus-Schlaganfallregister Westfalen-Lippe sind allerdings – laut mündlicher Auskunft – Publikationen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Vorbereitung.

#### **4.6.2.7.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren**

Eine Analyse zur Inzidenz der kardiovaskulären Risikofaktoren in der Bevölkerung von NRW- im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland ist nur sehr eingeschränkt möglich. Spezifische Daten fehlen weitgehend. Grundsätzlich fällt in NRW der hohe Anteil regelmäßiger Zigarettenraucherinnen – besonders in den jüngeren Jahrgängen – auf, ohne dass bis zum Alter von 50 Jahren ein relevante Abnahme erfolgt. Da gerade in diesen Jahrgängen Frauen auch häufig orale Kontrazeptiva einnehmen (Antibabypille), kann hier von einer zahlenmäßig besonders stark ausgebildeten Risikogruppe in Bezug auf ein erhöhtes Herzinfarktrisiko gesprochen werden. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys sind 30–40% derjenigen Frauen, die regelmäßig die Pille einnehmen, auch regelmäßige („tägliche“) Zigarettenraucherinnen.

Hinsichtlich der physischen Risikofaktoren Diabetes mellitus und Bluthochdruckkrankung waren Männer in der Bundesrepublik Deutschland und in NRW bis zum Alter von etwa 60 Jahren und bei den Fettstoffwechselstörungen bis zum Alter von 50 Jahren häufiger betroffen als Frauen, während diese Unterschiede in den höheren Jahrgängen nicht mehr vorhanden bzw. Frauen deutlich häufiger betroffen waren, insbesondere bei den Fettstoffwechselstörungen, beim Diabetes mellitus und bei starkem Übergewicht. Bei der Beurteilung der Häufigkeit von Fettstoffwechselstörungen ist zu berücksichtigen, dass die tatsächliche, auf Messwerten basierende „Ereignisrate“ wesentlich höher liegt, als dies aus den Selbstauskünften erkennbar wird. Dies gilt insbesondere für ältere Frauen über 60 Jahre.

#### **4.6.2.7.3 Medizinische Versorgung und Rehabilitation**

Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der medizinischen Diagnostik und Therapie von akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen in NRW bisher keine repräsentativen Informationen vor. Eine neuere Bielefelder Rehabilitationsstudie hat sich zwar mit der Diagnostik und Behandlung des akuten Herzinfarktes von PatientInnen in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern befasst und kommt zu dem Ergebnis, dass es dort keine Unterschiede in der medizinischen Behandlung von Männern und Frauen gibt. Es muss jedoch in diesem Fall hinterfragt werden, ob angesichts der großen Anzahl einbezogener Kliniken und der im Verhältnis dazu relativ geringen Anzahl der Patienten, die an der Studie teilnahmen, überhaupt repräsentative Aussagen möglich sind. Auch die generelle Schlussfolgerung der Studie, in Deutschland sei das Geschlecht kein versorgungsrelevantes Merkmal, ist sicher zu weitreichend angesichts der neuen Ergebnisse aus der bereits erwähnten MITRA-Studie (Heer et al., 2002). In dieser Untersuchung wurden im Gegenteil erhebliche geschlechtsspezi-

fische Unterschiede in der Anwendung invasiver Maßnahmen nach akutem Herzinfarkt gefunden, dies zu Ungunsten der Frauen. Aus dem Augsburger Herzinfarktregister wird zwar – abgesehen von der Herzkatheterdarstellung der Herzkranzgefäße – ebenfalls von geschlechtsspezifisch gleicher Krankenhausbehandlung berichtet. In dieser Studie ist aber auffallend, dass sich die 28-Tage-Sterblichkeit der Frauen nach akutem Infarkt von 1985/88–1995/97 praktisch nicht verbessert hat, sondern – bedingt durch die hohe Sterblichkeit vor der Einweisung in ein Krankenhaus und am ersten Tag im Krankenhaus – tendenziell eher ansteigt.

Zur Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang mit bedeutsamen Herzkrankheiten kommt die Mehrheit der heutigen Untersuchungen zu dem Schluss, dass selbst unter Berücksichtigung ihrer niedrigeren Erkrankungsraten Frauen unterrepräsentiert sind. Auch auf der Grundlage der VDR-Statistiken, die allerdings nicht alle Versicherten einschließt, gibt es eine erhebliche Unter-Inanspruchnahme durch Frauen mit ischämischen Herzkrankheiten. Allerdings konnte die Bielefelder Studie von Grande et al. (2002) auch dieses Ergebnis nicht bestätigen. Generell kann festgestellt werden, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme und Therapietreue während der Rehabilitation in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am größten sind. Ältere Frauen der unteren Einkommens- und Bildungsschicht stellen hier eine besondere Risikogruppe dar.

Dabei scheint die ambulante Rehabilitation noch stärker als die stationäre an den Bedürfnissen und Lebenslagen von Frauen vorbeizugehen (Kuhlmann, 2004). Frauen bevorzugen die stationäre Rehabilitation. Fehlende Arzttempfehlungen und Mobilitätsprobleme sind wichtige Prädiktoren für die Nichtteilnahme von Frauen an ambulanter Rehabilitation. Eine höhere Abbruchquote spiegelt die Barrieren von familiären Verpflichtungen und der Versorgung von Angehörigen wider (Härtel, 1999). Bezogen auf die Teilnahme von Frauen an koronaren Herzsportgruppen fehlen repräsentative Daten. Hinweise auf einen Qualitätsmangel aufgrund von männerorientierten Konzepten in diesem Bereich und einer Unterversorgung von Frauen liegen jedoch vor (Kuhlmann, 2004).

#### **4.6.2.7.4 Unterversorgte Frauengruppen?**

Im Rahmen eines Gutachtens im Auftrage der Enquetekommission wurde von Frau Dr. Susanne Möbius, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universität Essen geprüft, inwieweit bei einem Teil der Frauen möglicherweise eine Unterversorgung mit diagnostischen und therapeutischen kardiovaskulären Leistungen vorliegt, obwohl im gesamten Bereich eine überdurchschnittlich gute Infrastruktur für die Leistungserbringung und -bereitstellung zur Verfügung steht. Grundsätzlich wurde festgestellt, dass eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden kann. Nach Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturrecherche, von ExpertInnenmeinungen und unter Auswertung NRW-spezifischer Gesundheitsberichte wird ein ausreichendes Angebot für die Behandlung von ischämischen Herzerkrankungen festgestellt. Es wird aufgeführt, dass die Zugangsmöglichkeiten für Frauen zu diesen Versorgungseinrichtungen in ausreichendem Maße gegeben sind.

Die spezielle Fragestellung der Kommission, inwieweit Unterschiede gerade für Frauen aus gesellschaftlich benachteiligten Verhältnissen, aus sozialen Brennpunkten und für Migrantinnen bestehen, konnte im Rahmen dieser Begutachtung nicht geklärt werden. Dies liegt daran, dass unter dieser Fragestellung generell in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch speziell in NRW, keinerlei systematische Daten erarbeitet wurden.

#### 4.6.3 Handlungsfelder

Es besteht Übereinstimmung aller ExpertInnen darin, dass NRW grundsätzlich über eine ausgezeichnete Versorgungsstruktur für kardiovaskuläre Erkrankungen verfügt. Ansatzpunkte für Verbesserung im Sinne einer frauengerechten Versorgung scheinen jedoch besonders bei folgenden Gesichtspunkten gegeben zu sein:

1. Geschlechtsspezifische Differenzierungen in der Symptomatologie akuter lebensbedrohender Erkrankungen sind generell in der Bevölkerung nicht üblich, werden aber auch von ÄrztInnen nur ausnahmsweise angewandt. Dies führt bei akuten kardiovaskulären Erkrankungen der Frauen in größerem Ausmaß zu Fehlinterpretationen und Fehldiagnosen, lebensgefährlichen Zeitverzögerungen und Ausbleiben von lebensrettenden Maßnahmen. Die Unterschiede zu Männern sind eindeutig. Bei beiden Geschlechtern sind allerdings Defizite in der Akutversorgung sowohl resultierend aus dem PatientInnenverhalten als auch auf der Basis der ärztlichen Versorgungsseite erheblich. Dies gilt bundesweit und für NRW.
2. Die geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Krankheitsentstehung,-manifestation und Ausweitung von Krankheitsprozessen ist auch und gerade im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erst im Entstehen begriffen. Dies gilt besonders für den Wissenschaftsprozess, hier sowohl im Bereich der Grundlagenforschung als auch der klinischen Forschung. Die Defizite der Daten erlauben zum jetzigen Zeitpunkt nur vorsichtige, vorläufige und auf Details bezogene Teilrückschlüsse. Dies gilt generell für die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und ganz besonders für die Versorgungssituation in NRW.
3. Frauen erkranken im Vergleich zu Männern in zunehmendem Ausmaß an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, dies gilt besonders für den Herzinfarkt, schwerpunktmäßig auch in NRW. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sich das kardiovaskuläre Risikoprofil der Frauen zunehmend schlechter gestaltet. Dabei zeigen die Daten für NRW, dass vor allem die Risikokonstellation bezüglich Störungen des Fettstoffwechsels und des Zigarettenrauchens ungünstiger sind, als von den Hochrechnungen aus den nationalen Erhebungsregistern zu erwarten gewesen wäre. Hier sind daher besondere Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung notwendig.
4. Bei den lebensbedrohenden Herzerkrankungen (akutes Koronarsyndrom, akuter Herzinfarkt) ist eine zunehmende Inzidenz bei Frauen im mittleren Lebensalter, sogar bei jüngeren Frauen, festzustellen. Hauptursache sind das Zigarettenrauchen und die Kombination der Einnahme oraler Kontrazeptiva und Zigarettenrauchen. Aufgrund der dokumentierten ungünstigen Wechselwirkungen, die das Risiko 40fach steigern, muss die Verordnung von oralen Kontrazeptiva bei Frauen, die regelmäßig Zigaretten rauchen, als Kunstfehler

angesehen werden. Auf diese Aspekte muss daher sowohl im ärztlichen als auch nichtärztlichen Bereich verstärkt in Informations- und Fortbildungsveranstaltungen hingewiesen werden.

5. Frauen sind bei den Risikofaktoren Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus und starkes Übergewicht signifikant häufiger betroffen als Männer. Dabei ist unklar, inwieweit auch die soziale Schichtenzugehörigkeit und das hiermit verbundene Ernährungs- und sonstige Risikoverhalten einhergeht. Entsprechende Aufschlüsse könnten in NRW gerade aus einer Bevölkerungsanalyse im Ruhrgebiet im Vergleich zu ländlichen Gebieten Westfalens oder großstädtischen Gebieten wie Köln und Düsseldorf erhalten werden. Daten liegen hierzu bisher nicht vor, es besteht also dringender Forschungsbedarf.
6. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach lebensbedrohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere dem akuten Herzinfarkt, ist bei Frauen geringer als bei Männern. Einige Daten sprechen dafür, dass gerade ältere Frauen aus unteren Einkommens- und Bildungsschichten sowie Migrantinnen hier eine besondere Risikogruppe darstellen. Die fehlende Integration in Rehabilitationssysteme geht grundsätzlich mit einer ungünstigeren Prognose einher. Auch hier ist daher dringend eine intensivere Erforschung der Ursachen notwendig.

#### 4.6.4 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission fordert die **Landesregierung** auf, für die Verbesserung der geschlechtsdifferenzierten Datengrundlage hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sorgen, insbesondere durch

- die Einrichtung eines Herzinfarktregisters für NRW, in dem genderspezifische Fragen Berücksichtigung finden und
- die verstärkte Förderung frauenrelevanter Forschungsfragen auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hier insbesondere der arteriosklerotischen Erkrankungen des Herzens und generell auch bei zerebrovaskulären Erkrankungen.

Darüber hinaus fordert die Enquetekommission die **Landesregierung** auf, ihre Anstrengungen bei der Gesundheitserziehung im Kindes- und Jugendalter, insbesondere im Hinblick auf Risikofaktoren sowie präventive Aspekte zu verstärken.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Krankenkassen**

- verstärkt langfristig angelegte, nachhaltige Präventionsprogramme für Frauen anzubieten mit dem Ziel sowohl die Primär- als auch die Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu unterstützen,
- die bestehenden Präventionsprogramme (primär/sekundär) auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Einfügen genderspezifischer Aspekte zu optimieren,
- die betriebliche Gesundheitsversorgung, insbesondere im Hinblick auf die Erkennung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Primär- und Sekundärprävention zu unterstützen und hierbei insbesondere geschlechtersensible Ansätze umzusetzen sowie
- verstärkt unter Berücksichtigung der frauenspezifischen Bedürfnislagen entwickelte Gesundheits-Sportprogramme zu fördern, die die Herz-Kreislauf-Funktionen verbessern.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Ärztetkammern**

- geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie, hier speziell auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ihren Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen für ÄrztInnen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte auch verstärkt über die Unvereinbarkeit von Zigarettenrauchen und hormonellen Kontrazeptiva informiert werden,
- die Programme zur Primär- und Sekundärprävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte aktiv voranzutreiben und
- optimierte Behandlungsstrategien bei akuten lebensbedrohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern in ihrem Zuständigkeitsbereich umzusetzen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **kassenärztlichen Vereinigungen**

- die ambulant/stationäre Kooperation als Voraussetzung für eine funktionierende

Notfallversorgung auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen intensiv zu fördern und

- Projekte der integrierten Versorgung und des Disease-Management auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu unterstützen, insbesondere auch unter präventiven Aspekten.

Darüber hinaus appelliert die Enquetekommission an die Medien, sich verstärkt an der Aufklärung über Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Information über Präventions- und Behandlungsprogramme zu beteiligen. Dies muss insbesondere Information über Risikofaktoren und deren Beeinflussung, zugänglich für die gesamte Bevölkerung, unabhängig von Geschlecht und Altersklassen, einschließen.

#### 4.6.5 Literatur

- Galatius-Jensen, S., Launbjerg, J., Mortensen, L.S., Hansen, J.F. (1997): Prognosis after AMI - are there gender differences? *Ugeskr Laeger.*, 159, 3951-5
- Grande, G., Leppin, A., Romppel, M., Altenhöner, T., Mannebach, H. (2002): Frauen und Männer nach Herzinfarkt - Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? *Rehabilitation*, 41, 320-328
- GUSTO Angiographic Investigators (1993): The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventricular function, and survival after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1993, 329, 1615-1622
- Härtel, Ursula (1999): Geschlechtsspezifische Prädiktoren der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationen aus epidemiologischer Sicht. *Rehabilitation*, 38, Supl. 2, 141-148
- Härtel, Ursula (2002): Ist-Analyse Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Information 13/830 ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Heer et al. (2002): The MITRA Registry, *Am. J. Cardiol.*, 89, 511-517
- Kuhlmann, Ellen (2004): Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen - das Beispiel koronare Herzerkrankungen. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit, Bremen
- Lowel, H., Lewis, M., Keil, U., Hormann, A., Bolte, H.D., Willich, S., Gostomzyk, J. (1995): Temporal Trends in myocardial infarct morbidity, mortality and 28 day fatalities and medical management. Results of the Augsburg Myocardial Infarct Register (MONICA), *Zeitschrift für Kardiologie* 84, 596-605
- Lowel, H., Meisinger, C., Heier, M., Hormann, A., Kuch, B., Gostomzyk, J., Koenig, W. (2002): Sex specific trends of sudden cardiac death and acute myocardial infarction: results of the population-based KORA/MONICA-Augsburg register 1985 to 1998, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* Nov. 2, 127 (44), 2311-6
- Moebus, Susanne, Sottong, Ursula (2003): Analyse und Bewertung der Ursachen für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen für die

Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW durch Frauen, Gutachten für die Enquete-kommission im Landtag NRW, Information 13/829 ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))

National Heart, Lung And Blood Institute (1990): Women's Health Issues. US Department Of Health Human Services, Public Heart Services

Robert-Koch-Institut (1999): Bundesgesundheitsurvey 1998. In: Gesundheitswesen 61, 1999, Sonderheft 2

Wilansky, S., Willerson, J.T. (2002): Heart Disease in Women, Churchill Livingstone-Verlag, S. 496ff

## 4.7 Frauenspezifische Besonderheiten bei HIV und AIDS

### 4.7.1 Einleitung

Bislang gibt es in Deutschland nur wenige Studien, die sich speziell den diagnostischen, therapeutischen und psychosozialen Besonderheiten einer HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Frauen widmen. Studien vor allem aus den USA weisen in den letzten Jahren aber zunehmend auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Übertragung, im Krankheitsverlauf, bei den Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung und den psychosozialen Aspekten hin. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschsprachigen oder europäischen Raum ist nur eingeschränkt möglich. Zu groß sind z.B. Unterschiede in kulturellen und ethnischen Hintergründen, finanziellen und sozialen Bedingungen und medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen (Sonnenberg-Schwan, 2003).

AIDS steht für die englische Bezeichnung **A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome (deutsch: erworbener Immundefekt) und wird verursacht durch die Infektion mit HIV (**H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus = menschliches Immundefekt-Virus). Die Übertragungswege sind sexuelle Kontakte mit einem infizierten Partner/einer Partnerin (homo- und heterosexuell), der gemeinsamen Gebrauch von Spritzenutensilien, meist unter Drogenabhängigen, Mutter-Kind-Übertragung (vor und unter der Geburt oder durch Stillen), Transfusion von infiziertem Blut oder Blutprodukten (in Deutschland nicht mehr relevant) und selten Infektionen im Gesundheitswesen durch Kontakt mit infiziertem Material.

Das HI-Virus schwächt das Immunsystem, indem es die für die Abwehr von Krankheitserregern wichtigen Helferzellen<sup>1</sup> befällt und sich in ihnen vermehrt. Durch verschiedene Effekte wird die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern vermindert. Im Falle der HIV-Infektion wird mit AIDS das Stadium bezeichnet, in dem das Immunsystem massiv beeinträchtigt ist und sich bestimmte Infektionskrankheiten und Tumore entwickeln können.

Die Zeit zwischen der Infektion mit dem HI-Virus und der Manifestation von AIDS kann sehr unterschiedlich verlaufen und starken Schwankungen unterliegen.

Wie und wann sich eine HIV-Infektion zu einem Immundefekt entwickelt, ist im einzelnen nicht bekannt. Die HIV-Infektion ist (noch) nicht heilbar, aber durch medikamentöse Behandlung kann sich eine Immunschwäche zurückbilden oder lässt sich um viele Jahre hinauszögern, was zu einer deutlich höheren Lebenserwartung HIV-Infizierter geführt hat (HIV.net, o.J.).

Die Behandlung erfolgt mittels so genannter antiretroviraler Substanzen (Medikamente gegen die Vermehrung von HIV), seit 1996 als **Hochaktive antiretrovirale Therapie** (HAART) durch Kombination mindestens dreier verschiedener antiretroviraler Substanzen. Durch diese Behandlung hat sich die Prognose HIV-infizierter PatientInnen deutlich verbessert. Allerdings machen Nebenwirkungen bzw. unerwünschte Arzneimittelwirkungen die Behandlung der HIV-Infektion zu einer Gratwanderung zwischen optimalem Nutzen mit möglichst langer HIV-Suppression und der Toxizität der Substanzen. Auch die große Anzahl von einzunehmenden Tabletten (15–20 pro

---

<sup>1</sup> Auch CD4-Zellen oder T4-Zellen genannt



Tag) und die komplizierten Einnahmepläne stellen hohe Anforderungen an die Motivation und Mitarbeit der PatientInnen bei dieser lebenslangen Therapie.

Um das Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung bei einem HIV-infizierten Menschen zu bestimmen und festzulegen, wann ein antiretrovirales Behandlungsregime begonnen oder umgestellt werden muss, sind regelmäßige Messungen der Viruslast und der Helferzellen notwendig (Lange et al., 2002; Zylka-Menhorn, 2003).

#### **4.7.2 Geschlechtsspezifische Entwicklung der Infektionsraten**

Weltweit sind die Hälfte aller HIV-Infizierten Frauen, in Europa sind es durchschnittlich 25 % bei stark steigenden Infektionsraten vor allen Dingen in osteuropäischen Ländern (Sonnenberg-Schwan, 2003). Während in Deutschland bei Männern seit 1994 eine Abnahme der HIV/AIDS-Fälle zu verzeichnen ist, wird bei Frauen eine steigende Tendenz auch in absoluten Zahlen sichtbar. Ihr Anteil hat sich von 1988 mit 6,8 % bis 1996 auf 18,1 % mehr als verdoppelt. Im Jahr 2000 lag nach Angaben des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, wo alle Neuinfektionen gemeldet werden, der bundesweite Anteil der neu infizierten Frauen mit 500 von 2000 Neuinfektionen bei 25 % (Robert Koch Institut, 2003) und hat sich somit insgesamt gegenüber 1988 verdreifacht. Nach aktuellen Einschätzungen lebten 2003 in Deutschland 9500 Frauen mit HIV/AIDS (Robert Koch Institut, 2003), 2002 waren es in NRW 1800 (Weihrauch, 2003).

Frauen mit HIV/AIDS sind mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 25–39 Jahren um etwa zehn Jahre jünger als männliche Betroffene und damit überwiegend in einem Alter, in dem sie über Kinderwunsch und Schwangerschaft entscheiden. 60 % der infizierten Frauen erfahren in der BRD die Diagnose im Rahmen einer Schwangerschaftsuntersuchung (Arendt, 2004). Bisher ist nicht bekannt, wie viele der HIV-infizierten und AIDS-kranken Frauen in Deutschland/NRW Mütter sind.

#### **4.7.3 Veränderte Übertragungswege**

Im Zeitraum von 1988 bis 1996 hat die Übertragung durch intravenösen (i.v.) Drogenkonsum bei Frauen mit einem Rückgang von 59 % auf 30,3 % der Ansteckung etwas an Bedeutung verloren, während die Übertragung durch heterosexuelle Kontakte von 18,2 % auf 37,1 % gestiegen ist (BFSFJ, 2001). Bei Berücksichtigung aller registrierten weiblichen HIV-Infizierten seit 1982 stellen zwar die i.v. Drogenabhängigen die größte Infektionsgruppe dar. ABER: In absoluten Zahlen haben sich 1996 zum ersten Mal seit Beginn der Epidemie mehr Frauen über heterosexuelle Kontakte als über Drogenabhängigkeit infiziert (BFSFJ, 2001; Schulte et al., 2000). Diskutiert wird, dass Frauen bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ein höheres Risiko als Männer tragen, sich mit dem HI-Virus zu infizieren. Als mögliche Risikofaktoren werden eine größere genitale Schleimhautoberfläche bei Frauen genannt, die dem Virus mehr Angriffsfläche bietet und der längere Kontakt zwischen infiziertem Sperma und Scheidenschleimhaut. Veränderungen der Vaginalflora durch Entzündungen und während der Menstruation können eine Anfälligkeit für eine HIV-Infektion wie auch für andere sexuell übertragbare Krankheiten erhöhen ([www.aidsaufklärung.de/Frauensache/frauen](http://www.aidsaufklärung.de/Frauensache/frauen)).

HIV-infizierte Migrantinnen sind in NRW jünger als einheimische HIV-Trägerinnen. Die überwiegende Zahl fällt im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung auf, d.h. es handelt sich um eine Gruppe, die in unser Gesundheitssystem integriert ist und behandelt wird. Darüber hinaus ist aber mit einer relativ hohen Dunkelziffer von nicht erkannten und nicht behandelten, infizierten Migrantinnen zu rechnen (Arendt, 2004).

#### **4.7.4 Besonderheiten im Krankheitsverlauf und Defizite in der Therapie bei HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Frauen**

Der Ausbruch einer AIDS-Erkrankung bei HIV-infizierten Frauen erfolgt nicht früher als bei Männern, zumindest dann nicht, wenn sie Zugang zu medizinischer Versorgung und antiretroviralen Therapien haben. ABER: Frauen sind vulnerabler (verletzlicher) als Männer, wobei die Gründe dafür bisher nicht hinreichend bekannt sind (Arendt, 2004). Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Frauen mehr „Viruslast“<sup>2</sup> und weniger Helferzellen haben als Männer (Arendt, 2004). Diese beiden Parameter werden zur Entscheidung für den Beginn der medikamentösen Therapie herangezogen, wobei die diesbezüglichen Empfehlungen der verschiedenen nationalen Fachgesellschaften für asymptomatische PatientInnen teilweise differieren. Gleichzeitig wird betont, dass diese Laborwerte nur als Anhaltswerte dienen können und jeweils individuell – unter Berücksichtigung des Geschlechts, der Ethnie und der Risikoabschätzung der Nebenwirkungen – der optimale Therapiebeginn ermittelt wird (Lange et al., 2002). Nach Arendt müssten Frauen eigentlich zu einem früheren Zeitpunkt medikamentös behandelt werden als Männer, da sie bei höheren Helferzellzahlen (als Schutzfaktor zu werten) sterben als Männer. Diese Schlussfolgerung hat bisher aber keinen Eingang in die Therapie gefunden. Im Gegenteil: Sie werden später als Männer behandelt, da in der ärztlichen Diagnostik immer noch zu wenig fokussiert wird, dass Frauen HIV-Trägerinnen sein können (Arendt, 2004).

HIV-Medikamente werden vorrangig an Männern getestet. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Wirkungen und Nebenwirkungen bleiben so in den Zulassungsstudien unentdeckt (Sonnenberg-Schwan, 2003). Die Aus- und Wechselwirkungen der HIV-Infektion und der Therapeutika auf das endokrine System (Hormonsystem) der Frau sind bisher nur unzureichend erforscht. Mit zunehmender Dauer der antiretroviralen Behandlung können bei Frauen – jeweils abhängig von den einzelnen Präparaten – vermehrt Störungen im Fettstoffwechsel, Leberschäden, Knochenerkrankungen<sup>3</sup>, Nierenfunktionsstörungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und allergische Hautreaktionen auftreten, deren Ursachen weiterhin ungeklärt bleiben. Hinweise auf einen höheren Plasmaspiegel einiger dieser Medikamente, die bei Frauen in den toxischen Bereich gehen können, haben bisher so gut wie keinen Eingang in Studien gefunden, so dass auch keine differenzierten Dosierungsempfehlungen abgeleitet werden können (DAIG, o.J.). Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass Frauen insgesamt zurückhaltender mit neueren und teureren Medikamenten versorgt werden (Arendt, 2004; siehe Kapitel 4.1).

Die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie gehen aber nicht nur mit physischen, sondern häufig auch mit massiven psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen einher. Geschlechtsspezifische Auswirkungen auf die Compliance (das

<sup>2</sup> Anzahl der vorhandenen Viruspartikel; ihre Höhe gibt Aufschluss darüber, ob die HI-Viren ausreichend von der körpereigenen Abwehr bzw. den Medikamenten unterdrückt werden.

<sup>3</sup> Osteoporose und Osteonekrose

Mitwirken bei der Therapie), Adhärenz (Durchhalten der Therapie) und Therapieentscheidungen werden im klinischen und beraterischen Alltag beobachtet (DAIG, o.J.). Eine Berücksichtigung dieser Aspekte in prospektiven, längerfristigen Studien ist dringend erforderlich.

Einige Studien beschreiben, dass Gehirnbeteiligungen bei weiblichen Infizierten häufiger als bei männlichen seien, wobei sich diese Ergebnisse in anderen Untersuchungen nicht bestätigen. Solange aber die Datenlage widersprüchlich ist, sollten weibliche Betroffene im Verlauf besonders sorgfältig neurologisch untersucht werden. Diese Widersprüchlichkeit muss in weiteren Studien geklärt werden (Arendt, Funke und Gantke, o.J.).

Depressionen sind die häufigste neuropsychiatrische Komplikation bei HIV-positiven Frauen. Zeitliche Schwerpunkte des Auftretens liegen bei der Diagnosestellung und der Vollbild-(AIDS)-Manifestation der Krankheit (Schulte et al., 2000).

#### **4.7.5 Psychische und psychosoziale Aspekte**

Neben der persönlichen Betroffenheit durch das Wissen um eine unheilbare, auf lange Sicht tödlich verlaufende Erkrankung belastet die Infizierten, dass die Infektion nach wie vor ein soziales Stigma darstellt (Arendt, 2004). Die psychosoziale AIDS-Forschung bei Frauen wird sehr vernachlässigt: HIV-infizierte Frauen sind oft in schlechteren ökonomischen und sozialen Situationen als HIV-positive Männer. Sie sind häufiger erwerbslos oder in Teilzeitarbeit, haben ein geringeres Einkommen, beziehen häufiger Sozialhilfe, die Rentenansprüche sind geringer, berufliche Perspektiven sind oft eingeschränkt oder fehlen. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Frauen zum Zeitpunkt der Infektion durchschnittlich jünger sind als Männer. Diese Defizite bestätigte eine Studie zur Lebensqualität und Therapieoptimierung der Medizinischen Hochschule Hannover (Schulte et al., 2000).

Die Feststellung einer HIV-Infektion löst bei Frauen nicht selten eine weibliche Identitätskrise aus durch den vorhersehbaren oder eingetretenen Verlust der körperlichen Schönheit auf Grund der Nebenwirkungen in der medikamentösen Therapie. Davon betroffen sind auch ihre sexuelle Attraktivität und jugendliche Leistungsfähigkeit über die Frauen in dieser Lebensphase sich eher als im späteren Alter definieren (BFSFJ, 2001). Auch Schwangerschaft und Kinderwunsch können psychosoziale Krisen auslösen. Die Auswirkungen der antiretroviralen Substanzen auf das ungeborene Kind sind noch nicht abschließend geklärt. Inzwischen ist allerdings bekannt, dass bei einigen Therapeutika keine Schädigungen auftreten (Arendt, 2004). Das Beratungsangebot für HIV- bzw. AIDS-erkrankte Frauen mit Kinderwunsch ist in Deutschland alles andere als flächendeckend, da es insgesamt nur vier Anlaufstellen gibt (Arendt, 2004).

Erfahrungsgemäß entwickeln Frauen gegenüber Ehe-/LebenspartnerInnen und auch gegenüber ihren Kindern häufig sehr viel stärkere Schuldgefühle als Männer. Die Infektion der Frau führt nicht selten zu einem Auseinanderbrechen der Familie, sicherlich in einem höheren Maße als bei betroffenen Männern (Weihrauch, 2003). Die zentrale Rolle, die Frauen in der Familie zugewiesen ist, wird durch die Erkrankung stark destabilisiert (Arendt, 2004).

Auch wenn NRW eine Reihe von Präventions- und Beratungsangeboten vorhält und die meisten AIDS-Beratungsstellen inzwischen frauenspezifische Angebote machen,

ist immer noch festzustellen, dass viele HIV-Trägerinnen nicht erreicht werden (dHI-Va, 2002).

#### 4.7.6 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung**

- in bedarfsgerechtem Umfang geschlechtsspezifische HIV-Prävention und Beratung zu fördern,
- gezielte Präventions- und Beratungsangebote für HIV-infizierte Migrantinnen zu entwickeln und zu fördern,
- qualifizierte Beratungsangebote für HIV-infizierte Frauen mit Kinderwunsch in bedarfsgerechtem Umfang zur Verfügung zu stellen und
- eine Studie zur Situation HIV-infizierter und AIDS-erkrankter Mütter und ihrer Kinder durchzuführen.

Die Enquetekommission empfiehlt dem **Landtag**

- Finanzmittel in ausreichendem Umfang für die Umsetzung der oben genannten Empfehlungen an die Landesregierung bereit zu stellen.

Die Enquetekommission empfiehlt **den Medizinischen Fachgesellschaften, den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen**

- durch gezielte Informationsverbreitung auf den steigenden Anteil von HIV-infizierten Frauen vor allem im hausärztlichen und gynäkologischen Versorgungssystem aufmerksam zu machen,
- ganzheitliche, an die spezifischen weiblichen Bedürfnisse angepasste Betreuungskonzepte zu entwickeln, da die HIV-Infektion alle Lebensbereiche einer Frau betrifft. Zu berücksichtigen sind bei der medikamentösen Einstellung neben den klinischen Vorgaben der beruflichen und häuslichen Alltag und die psychische Situation,
- die Weiter- und Fortbildung vor allem von niedergelassenen Haus- und FrauenärztInnen in Richtung bedarfsgerechter Beratung und Therapie von HIV-infizierten Frauen zu fördern und
- Leitlinien für die Beratung, Therapie und weitere medizinische sowie pflegerische Versorgung von – insbesondere schwangeren – HIV-infizierten Frauen zu erstellen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **AkteurInnen in der pharmakologischen, klinischen und epidemiologischen Forschung**

- ein Forschungsprojekt zur gezielten Anpassung der antiretroviralen Therapie an den weiblichen Organismus durchzuführen,
- geschlechtsspezifische Unterschiede in der HIV-Übertragung, dem Krankheitsverlauf und psychosozialen Aspekten zu erforschen,
- HIV-positive Frauen bereits in den ersten Planungsschritten von Studien zum Thema HIV/AIDS zu beteiligen und
- die bisher vernachlässigte psychosoziale AIDS-Forschung hinsichtlich der besonderen Belange von Frauen zu intensivieren (insbesondere unter der Berücksichtigung von Frauen)

sichtigung von Compliance, Adhärenz und Therapieentscheidung) sowie Maßnahmen und Konzepte zur Gegensteuerung der Belastungen von Frauen zu entwickeln.

#### 4.7.7 Literatur

- Arendt, Gabriele (2004): HIV-1-assoziierte Probleme bei Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Migrantinnen, Referat vor der Enquetekommission, 10.2.2004, EKPr 13/86
- Arendt, Gabriele, Funke, Anna-Margarete und Gantke, Beate: Betreuung HIV-1-positiver Frauen – Ein mulitdisziplinäres Konzept, (o.J.)
- BFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Kapitel 9.2.4 HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen, 2001
- DAIG, Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (o.J.): Frauen und HIV – viele ungeklärte Fragestellungen, in: [www.daignet.de](http://www.daignet.de),
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), (1999): Broschüre „Frauen mit HIV und AIDS – medizinischer Ratgeber“, 3., neu bearbeitete Auflage, Berlin
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (o.J.): Frauen mit HIV und Aids – medizinischer Ratgeber, [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)
- dHIVa, Zeitschrift des Netzwerkes Frauen und AIDS, Juni 2002.
- HIV.net: [www.hiv.net](http://www.hiv.net) , o.J.
- LAG, Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und AIDS in NRW (2003): AIDS-Erkrankungen bei Frauen in NRW, unveröffentlichte Stellungnahme an die Enquetekommission, Juni 2003
- Lange, Christop, Stellbrink, Hans-Jürgen, van Lunzen, Jan (2002): Indikationen zur Therapie der HIV-Infektion, in: Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 A 570-576 [Heft 9]
- Robert Koch Institut (2003): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 30.06.2003), Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B, 11. August 2003
- Ruhr-Universität: Presseerklärung von 02.7.2001, zum AIDS-Kongress; zitiert wird Professor Bockmeyer
- Schulte, E., Claes, C., Körner, T., Graf von der Schulenberg, J.-M., Schmidt, R.E. und Stoll, M (2000): Defizite der sozioökonomischen und psychosozialen Unterstützung HIV-positiver Frauen, in: Das Gesundheitswesen, 62, 2000
- Sonnenberg-Schwan, Ulrike (2003): Frauen und AIDS – was ist neu im Jahr 2003? in: RetroVirus, 1, 2003
- Wehrauch, Birgit: Bericht des Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW zur gesundheitlichen Versorgung von Aidspatientinnen in NRW, 06.5.2003, EKPr 13/59

Zylka-Menhorn, V. (2003): HIV-Kombinationstherapie: Einmalgabe gibt den Patienten mehr Freiheit, in: Deutsches Ärzteblatt 2003, 100: A 1380 [Heft 209]

## 4.8 Gesundheit von Lesben und deren gesundheitliche Versorgung

Die gesundheitliche Situation von Lesben als Frauen in besonderen Lebenslagen soll betrachtet werden, um gegebenenfalls besondere Anforderungen an deren Gesundheitsversorgung abzuleiten. Nach Erhebungen in den USA wird geschätzt, dass ca. 2 % aller Frauen lesbisch sind (O'Hanlan et al., 2004), in der NRW-Akzeptanzkampagne<sup>1</sup> wird der Anteil von Lesben und Schwulen mit 10 % angegeben.

Die Enquetekommission informierte sich über den derzeitigen Forschungsstand (mit seinen Datenlücken) und diskutierte entsprechende Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Lesben.<sup>2</sup>

Es gibt wenig Daten und Veröffentlichungen zu diesem Themenkomplex, insbesondere im deutschen Sprachraum. So wird im Bundesfrauengesundheitsbericht 2001 auf Lesben nicht eingegangen. Im Frauengesundheitsbericht Bremen wird Lesben ein eigenes kurzes Kapitel gewidmet (BMFSFJ, 2001; Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2001). Die meisten Erkenntnisse stützen sich auf US-amerikanische Studien.

Diskutiert werden Aspekte in folgenden Themenbereichen:

- Folgen der gesellschaftlichen und rechtlichen Stellung von Lesben und deren Auswirkungen auf die Gesundheit,
- Risikofaktoren und Erkrankungsspektrum von Lesben und
- Behandlung von Lesben im Gesundheitssystem.

### 4.8.1 Gesundheitliche Folgen von Diskriminierung

Auch wenn lesbische Lebensweisen in den letzten Jahren zunehmend mehr Akzeptanz in der Gesellschaft erfahren, findet weiterhin subtil und offen Diskriminierung von Lesben statt. Für NRW zeigt eine Studie das Ausmaß von Diskriminierung und struktureller sowie direkter Gewalt (MFJFG, 1999): Etwa 95 % der befragten lesbischen Frauen wurden schon einmal mit homophoben<sup>3</sup> Äußerungen in Form von Abwertung, Lächerlichmachen, Ausgrenzung und Distanzierung konfrontiert. Auch körperliche Gewalt oder Gewaltandrohung wurde von 10–20 % der Frauen berichtet. Am Arbeitsplatz erlebten 10 % Benachteiligung bei Beförderungen, 5 % eine Kündigung wegen gleichgeschlechtlicher Lebensweise. Erlebte Diskriminierung und bereits die Furcht davor können andauernde Belastungen mit gesundheitlichen Folgen darstellen, ebenso wie Gewalterfahrungen (siehe Kapitel 4.5).

Insbesondere die Zeit des Coming-out<sup>4</sup> muss als krisenhafte Phase angesehen werden, in der sich befürchtete und erlebte Diskriminierung besonders schwerwiegend auf die Gesundheit auswirken. Wenn das Coming-out in die Zeit der Adoleszenz<sup>5</sup> mit der in dieser Zeit ohnehin großen Verunsicherung fällt, ist die psychische Belastung

<sup>1</sup> <http://www.akzeptanzkampagne-nrw.de>

<sup>2</sup> Vortrag von Frau Helga Seyler am 10.2.2004, siehe Protokoll EKPr 13/86 in der Übersicht im Anhang

<sup>3</sup> Homophobie: Angst vor Homosexualität

<sup>4</sup> Coming-out bedeutet (öffentliches) Sichbekennen zur eigenen Homosexualität, siehe auch Broschüre des Landes-Gesundheitsamtes Baden Württemberg 2003

<sup>5</sup> Adoleszenz bezeichnet das Jugendalter



immens und es gibt Hinweise für eine erhöhte Suizidneigung dieser Jugendlichen (Remafedi, 1999; Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin, 2001). Sie brauchen für sie gut erreichbare Beratungsangebote sowie integrative und akzeptierende Freizeitangebote, in denen sie vor Diskriminierung und Ausgrenzung geschützt sind.

Obwohl Lesben zunehmend in den Medien oder der Politik öffentlich sichtbar geworden sind, scheinen sie im gesundheitlichen Bereich zumindest in Deutschland weder als Patientinnen noch als Professionelle zu existieren. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Bundesfrauengesundheitsbericht 2001, in dem Lesben nicht nur unerwähnt bleiben, sondern auch implizit ausgeschlossen werden durch die Definition von nichtehelichen Lebensgemeinschaften als nichtverwandte zusammenlebende Paare unterschiedlichen Geschlechts.

Ein spezifischer Aspekt der Diskriminierung von Lesben ist gerade das Unsichtbar-machen und Nichtwahrnehmen, der auch im Umgang mit ihnen im Gesundheitswesen deutlich wird. Veröffentlichungen beziehen sich implizit nur auf Heterosexualität, sprechen aber von den Frauen oder den Paaren allgemein und blenden die Existenz homosexueller Lebensweisen aus.

#### 4.8.2 Risikofaktoren und Erkrankungsspektrum von Lesben

Da in den wenigsten epidemiologischen Studien sexuelles Verhalten bzw. die sexuelle Identität erfasst werden, fehlt es an Wissen über besondere gesundheitliche Aspekte lesbischer Lebensweisen.

Ein wichtiger Bereich sind hier die **sexuell übertragbaren Krankheiten**. In den USA und Australien weisen Studien darauf hin, dass diese bei Lesben entgegen der verbreiteten Meinung nicht seltener vorkommen. Nicht nur von HIV-Infektionen (siehe Kapitel 4.7), auch von anderen sexuell übertragenen Krankheiten (Chlamydien, Gonokokken, Trichomonaden, Syphiliserreger) sind Lesben wahrscheinlich häufiger betroffen als bisher angenommen. Problematisch ist das kaum vorhandene Wissen über Häufigkeit und Übertragungswege dieser Infektionen bei Lesben, was für diese die Entwicklung von Empfehlungen für Schutzmaßnahmen und eine Information über gesundheitliche Risiken, die mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden sind, sehr erschwert. Auch Papilloma- und Herpesviren werden wahrscheinlich beim Sex zwischen Frauen mit gleicher Häufigkeit übertragen wie beim Sex zwischen Mann und Frau (Seyler, 2004; Bauer und Seth, 2001).

Bezüglich **gesundheitlicher Risikofaktoren** gibt es in verschiedenen Studien unterschiedliche Aussagen darüber, ob Lesben mehr Drogen und Alkohol konsumieren als heterosexuelle Frauen. Als Ursachen werden genannt, dass soziale Treffpunkte für den Kontakt mit anderen Lesben hauptsächlich Kneipen und Bars sind, aber auch, dass die soziale Isolierung und Einsamkeit den Drogenkonsum fördert. Aus den USA liegen widersprüchliche Daten hierzu vor, für Deutschland gibt es keinerlei Untersuchungen. Relativ konstant sind Angaben darüber, dass Lesben mehr rauchen als heterosexuelle Frauen, auch andere Ernährungsweisen und damit verbunden häufigeres Übergewicht von Lesben werden beschrieben. Daraus folgen höhere Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Karzinome wie z.B. Lungen- oder Magenkrebs (Seyler, 2004; O'Hanlan et al., 2004).

Die geringere Geburtenzahl von Lesben kann sich auf das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen (zum Beispiel Brust- und Eierstockkrebs) auswirken. Das Risiko von Gebärmutterhalskrebs wird oft für Lesben geringer eingeschätzt als das für heterosexuell lebende Frauen, da heterosexueller Geschlechtsverkehr als das Hauptrisiko für die Übertragung von HPV (Humanes Papillom-Virus)<sup>6</sup> gilt. Die Übertragung von HPV als ein Risiko für Gebärmutterhalskrebs ist jedoch inzwischen auch für Sex zwischen Frauen nachgewiesen (s.o.).

#### 4.8.3 Lesben in der Gesundheitsversorgung

Studien in den USA und Kanada zeigen, dass Lesben aufgrund erlebter und befürchteter Diskriminierung verzögert gesundheitliche Versorgungsangebote annehmen, aus Deutschland fehlen Daten hierzu.

Im Gesundheitswesen wird Lesben als unsichtbaren Patientinnen in der Regel Heterosexualität unterstellt und sie müssen selbst entscheiden, ob sie dem widersprechen und sich outen. Die meisten ÄrztInnen und TherapeutInnen gehen deshalb auch davon aus, dass sie keine lesbischen Patientinnen haben.

Das Verschweigen der lesbischen Lebensweise gegenüber einer ÄrztIn beeinträchtigt den Kontakt und kann zum Beispiel im Zusammenhang mit vaginalen Infektionen zu inadäquaten Therapieempfehlungen führen. In der o.g. Studie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Lesben (MFJFG, 1999) gaben 43 % der Befragten an, nicht offen gegenüber ÄrztInnen zu sein. Eine weitere Studie erbrachte ähnliche Ergebnisse (Dennert, 2004) mit einem deutlichen Unterschied in Bezug auf das Geschlecht des Behandelnden. 31 % waren gegenüber einer Frauenärztin nicht offen, 54 % gegenüber einem Frauenarzt. Wie weitgehend das Verschweigen der Lebensweise eine Psychotherapie beeinträchtigt, ist sicher vorstellbar. Trotzdem gaben 3,8 % der Frauen an, gegenüber der TherapeutIn nicht offen zu sein, in der Studie von Dennert waren 13 % gegenüber männlichen Therapeuten nicht offen.

Bis in die 80er-Jahre wurde Homosexualität pathologisiert und in den Diagnoseschlüsseln der WHO und American Psychiatric Association aufgeführt. Die Defizittheorien über lesbische Lebensweisen halten sich aber weiterhin, oft sehr subtil und den Therapeutinnen selbst nicht bewusst. Da in den meisten psychotherapeutischen Ausbildungen Homosexualität genauso wenig Thema ist wie die Auseinandersetzung mit Homophobie, müssen lesbische Klientinnen damit rechnen, dass zum Beispiel die TherapeutIn statt des eigentlichen Anliegens der Klientin deren Homosexualität zum behandlungsbedürftigen Problem erklärt. Auch bei grundsätzlich akzeptierender Haltung fehlt meist das Wissen über spezifische Aspekte der lesbischen Lebensweise (Frauenberatungsstelle donna klara, 2003).

In den USA nehmen Lesben seltener als heterosexuelle Frauen an Früherkennungsuntersuchungen teil, für Deutschland gibt es dazu keine Zahlen. Da sie gynäkologische Praxen nicht wegen Verhütung aufsuchen – bei den meisten heterosexuellen Frauen ein Anlass für Früherkennungsuntersuchungen – sind andere Wege der Motivation von Lesben hierfür notwendig.

---

<sup>6</sup> Papilloma-Virus, so genanntes Warzenvirus; es gibt sehr viele menschliche Virustypen (HPV), für einige davon wird ein Zusammenhang mit bestimmten Vorstufen von Krebs und bösartigen Tumoren beschrieben, der aber zurzeit noch nicht endgültig geklärt ist.

Eine Kinderwunschbehandlung steht lesbischen Frauen in Deutschland nicht offen, da in den Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen explizit ausgeschlossen werden (Bundesärztekammer, 1998). Wenn Lesben eine künstliche Befruchtung anstreben, müssen sie Angebote im Ausland in Anspruch nehmen.<sup>7</sup>

Insgesamt ist festzustellen, dass die gesundheitlichen Belange von Lesben bisher nur punktuell erforscht sind und kaum Daten aus Deutschland oder gar NRW vorliegen.

---

<sup>7</sup> [www.lsvd.de](http://www.lsvd.de)

#### 4.8.4 Handlungsempfehlungen

In diesem Sinne fordert die Enquetekommission die **Landesregierung** auf sich auf **Bundesebene** dafür einzusetzen, dass:

- gesetzliche Vorgaben im Sinne der Antidiskriminierung von Lesben vorangebracht werden,
- ein Diversity-Konzept entwickelt und in das politische Handeln implementiert wird, das als ein Kriterium die sexuelle Identität beinhaltet,
- in der Ausbildung der Gesundheitsberufe die Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Lebenslagen von Lesben erfolgt sowie entsprechendes Wissen und Fähigkeiten für deren gesundheitliche Versorgung erlangt werden und
- bei der Erstellung von Informationsbroschüren zur gesundheitlichen Aufklärung, insbesondere über Präventionsmaßnahmen, lesbische Lebensweise explizit angesprochen und einbezogen wird und ggf. spezielle Materialien für Lesben entwickelt werden.

##### im Bereich **Empowerment** und **Partizipation**

- bei Planung und Durchführung der folgenden Aktivitäten Lesben einzubeziehen,
- auch auf Landesebene ein (ggf. noch zu entwickelndes) Diversity-Konzept in das politische Handeln zu implementieren, das das Kriterium sexuelle Identität beinhaltet, und
- die Existenz von Beratungseinrichtungen und kulturellen Treffpunkten von Lesben als einen wichtigen Beitrag zur Prävention gesundheitlicher Störungen (weiterhin) zu unterstützen.

##### im Bereich **gesundheitliche Versorgung**

- bei der Durchführung von landesweiten Kampagnen zur Gesundheit die Anforderungen und Bedürfnisse von Lesben mit einzubeziehen und
- in bedarfsgerechtem Umfang Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien zur gesundheitlichen Versorgung von Lesben bereitzustellen.

##### im Bereich **Forschung** und **Vernetzung**

- durch gezielte Forschungsförderung die Datenlage bezüglich der Gesundheit von Lesben zu verbessern.

##### Die Enquetekommission empfiehlt den bestehenden **Einrichtungen der Regelversorgung**

- ihre Angebote und Dienste so zu gestalten, dass sie auch Lesben ansprechen und deren Bedürfnisse berücksichtigen und
- in ihren Einrichtungen Fort- und Weiterbildungsangebote für Behandelnde und Pflegenden anzubieten, um diese für die Bedürfnisse und Lebenslagen von Lesben zu sensibilisieren und sie in ihrem Verhalten gegenüber diesen Nutzerinnen und im Umgang mit deren Begleitpersonen/Lebenspartnerinnen zu schulen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Ärzte- und Psychotherapeutenkammern und Berufsverbänden**

- die Vermittlung von Bewusstsein und Wissen über die Bedürfnisse und Anforderungen von Lesben an die gesundheitliche Versorgung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen, TherapeutInnen und Arzthelferinnen zu verankern, insbesondere im Bereich der Psychotherapie, der (Alten-)Pflege, bezüglich Kinderwunsch und sexuell übertragbarer Infektionen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Behandelnden im Gesundheitswesen**

- sich mit lesbischen Lebensformen auseinanderzusetzen, um sensibel auf diese Patientinnen eingehen zu können,
- spezifische Kompetenzen und Wissen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung von Lesben (und ggf. deren Partnerinnen) zu erarbeiten (siehe. z.B. das Training Package des Helen Mautner Project<sup>8</sup>) und
- sich mit Vorurteilen und Diskriminierungen gegenüber lesbischen Kolleginnen auseinanderzusetzen (siehe ein beispielgebendes Richtlinienpapier der britischen Gay and Lesbian Association of Doctors and Dentists (GLADD)<sup>9</sup>).

Die Enquetekommission empfiehlt den **Kostenträgern**

- bei der Entwicklung von Materialien, Informationen und Interventionen die Bedürfnisse von Lesben zu berücksichtigen und Lesben hierbei einzubeziehen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **AkteurInnen im Bereich Forschung**

- das Merkmal der sexuellen Identität im Bereich der epidemiologischen Forschung verstärkt einzubeziehen.

Die Enquetekommission fordert die **AkteurInnen der Gesundheitsberichterstattung** von Bund, Ländern und Gemeinden auf

- neben geschlechtsspezifischen auch Daten zur sexuellen Identität zu erheben und auszuweisen und
- die Indikatorensätze der Gesundheitsberichterstattung für NRW um den Aspekt der sexuellen Identität zu erweitern.

#### 4.8.5 Literatur

Bauer, G., Seth, L. (2001): Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women, American Journal of Public Health, August 2001, Vol. 91, No 8: 1282-1286

BMFSFJ (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin 2001

<sup>8</sup> Mautner Project for Lesbians with Cancer, [www.mautnerproject.org](http://www.mautnerproject.org)

<sup>9</sup> Guidelines on Dignity at Work for Lesbian and Gay Doctors and Dentists [www.gladd.diron.co.uk/homophobia.htm](http://www.gladd.diron.co.uk/homophobia.htm)

- Bundesärztekammer (1998): Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 49 (4.12.1998), Seite A-3166
- Clark, M.E., Landers, S., Linde, R., Sperber, J. (2001): The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care. American Journal of public Health 2001, 91, 895-6
- Dennert, Gabi (2004): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung. Med. Diss. (im Promotionsverfahren) an der FAU Erlangen-Nürnberg, 2004
- Institute of Medicine (IOM) (1999): Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future. National Academy Press, Washington, D.C. 1999
- Landes-Gesundheitsamt Baden Württemberg (2003): „Gleichgeschlechtliche Orientierung“, auch unter [www.landsgesundheitsamt.de](http://www.landsgesundheitsamt.de)
- MFJFG (1999): Gewalt gegen lesbische Frauen. Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Düsseldorf 1999
- MFJFG (1999): Lesben – Schwule – Kinder. Eine Analyse zum Forschungsstand, Düsseldorf 2000
- O'Hanlan, Katherine A., Dibble, Suzanne L., Hagnan, H. Jennifer J., Davids, Rachel (2004): Advocacy for Women's Health Should Include Lesbian Health; Journal of Women's Health, Vol. 13, Nr. 2, 2004
- Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V. (Hrsg.) (2003): Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen. Kiel, 2003
- Remafedi, G. (1999): Sexual orientation and youth suicide. Journal of the American Medical Association 1999, 282, 1291
- Scout, Bradford J., Fields, C. (2001): Removing the barriers: improving practitioners' skills in providing health care to lesbians and women who partner with women. American Journal of Public Health 2001, 91, 989
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001): Frauengesundheitsbericht Bremen 2001, Bremen August 2001
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Berlin (2001): Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin, 2001
- Seyler, Helga (2004): Lesben, die unsichtbaren Patientinnen, Referat vor der Enquete-kommission am 10.2.2004, EKPr 13/86

**Links:**

[www.gladd.org.uk](http://www.gladd.org.uk) - Gay and Lesbian Association of Doctors and Dentists, Großbritannien

[www.glma.org](http://www.glma.org) - Gay and Lesbian Medical Association, USA

[www.lesben-gegen-gewalt.de](http://www.lesben-gegen-gewalt.de) - Psychosoziale Beratung bei Gewalt in lesbischen Beziehungen

[www.lesbengesundheit.de](http://www.lesbengesundheit.de) - seit Februar 2004, Seite über Lesbengesundheitsforschung mit dem regionalen Schwerpunkt Deutschland

[www.lesbianhealthinfo.org](http://www.lesbianhealthinfo.org) - Lesbian Health Research Center, USA

[www.lsvd.de](http://www.lsvd.de) - Lesben- und Schwulenverband in Deutschland

[www.mautnerproject.org](http://www.mautnerproject.org) - Helen Mautner Project for Lesbians with Cancer, USA

[www.medigay.ch](http://www.medigay.ch) - Lesben und Schwule in der Medizin, Schweiz

[www.netzwerk-charlotte.de](http://www.netzwerk-charlotte.de) - Netzwerk lesbischer Ärztinnen und Medizinstudentinnen, Deutschland (Charlotte e.V.)

[www.stadt.gay-web.de/vlsp](http://www.stadt.gay-web.de/vlsp) - Verein lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen e.V., Deutschland (VLSP)

## 4.9 Gesundheitliche Situationen von Mädchen

### 4.9.1 Einleitung

Für die Enquetekommission stellte nicht nur Gender eine Leitkategorie dar, auch die verschiedenen Lebensphasen von Frauen strukturierten die Kommissionsarbeit. Kindheit und Pubertät sind wichtige Abschnitte im Lebenslauf. Gerade die Pubertät stellt für viele Mädchen eine Wende in Bezug auf Körpergefühl, Selbstbewusstsein und gesundheitliches Verhalten dar.

Die Phase der Pubertät ist für Mädchen ein sehr sensibler Zeitraum. Ihre Entwicklung verläuft bis zu dieser Zeit in der Regel stabiler und selbstbewusster als die gleichaltriger Jungen. Während der Pubertät ist dann oft ein gegenteiliger Prozess zu erkennen. Nun gehen Mädchen häufiger zum Arzt, klagen über Beschwerden und Unwohlsein und bekommen öfter eine medikamentöse Behandlung als die Jungen. Sie haben Schwierigkeiten, die Veränderungen ihres Körpers positiv in ihr Leben zu integrieren und können eigene Bedürfnisse nur schwer von denen ihrer Umgebung abgrenzen. Sie sehen sich häufig von allen Seiten mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert. Die Pubertät scheint für Mädchen ein besonders krisenhaftes Ereignis zu sein, dessen Auswirkungen ihre Entwicklung nachhaltig beeinflusst (Preiß, Schwarz und Wilser, 1996). Scheinbar kann die Tatsache, als Mädchen aufzuwachsen, zu massiver Anfälligkeit für psychische Störungen führen. So berichten WissenschaftlerInnen aus dem international angelegten WHO-Forschungsprojekt „Health Behavior in School-aged Children“ von erheblichen Unterschieden in der psychischen Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen. Sie stellten fest, dass im späten Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter bei Mädchen höhere Raten depressiver Störungen als bei Jungen gefunden werden (Hurrelmann et al., 2003).

Eine Chance für eine verbesserte zugehende Gesundheitsvorsorge für alle Mädchen sieht die Kommission im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1).<sup>1</sup> Bei dieser Untersuchung könnten Beratungen für Mädchen mit speziellen Problemlagen, wie sie in den folgenden Kapiteln beschrieben werden, durchgeführt werden.

Auch die systematische Nutzung der – möglichst geschlechtsdifferenziert erfassten – Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen für weiter gehende, gendersensible Analysen bietet eine Möglichkeit, die Basis für eine vorausschauende Gesundheitsförderung zu verbreitern. So können beispielsweise zur Adipositas aussagekräftige Informationen erhalten werden. In verschiedenen Bundesländern werden die Daten bereits entsprechend ausgewertet und bilden eine unerlässliche Grundlage für wichtige Erkenntnisse zur Gesundheit von Kindern.<sup>2+3</sup> Eine langjährig aufgebaute Datenbasis zur Ernährungssituation von Kindern bietet die Studie „DONALD“ des Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund ([www.fke-do.de](http://www.fke-do.de)).

---

<sup>1</sup> Hierbei handelt es sich um eine präventive Untersuchung, die im Anschluss an die Vorsorgeuntersuchungen U 1-9 durchgeführt wird. Alle Jugendlichen zwischen 13 und 15 Jahren haben Anspruch auf diese umfassende ärztliche Untersuchung. Hierbei soll neben der körperlichen auch die geistige und soziale Entwicklung kontrolliert werden. Durch Früherkennung sollen sowohl Krankheiten als auch psychosoziale Fehlentwicklungen verhindert werden.

<sup>2</sup> In NRW wird vom LÖGD regelmäßig ein Jahresbericht herausgegeben ([www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de)).

<sup>3</sup> Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (erscheint Ende 2004): Übergewicht bei Schulanfängern in Niedersachsen - Eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993-2003



Aufgrund der fehlenden Daten für ältere Kinder und Jugendliche wird momentan unter Federführung des Robert-Koch-Institutes zusätzlich zum WHO-Jugendgesundheitssurvey eine groß angelegte „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ durchgeführt ([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)). Für diesen Survey ist eine geschlechtsspezifische Auswertung vorgesehen, der Untersuchungsansatz ist allerdings nicht gendersensibel.

Das Thema Mädchengesundheit wurde in der Enquetekommission als Querschnittsthema in den verschiedenen Arbeitsgruppen behandelt. Das gilt besonders für die Themen der Kapitel 4.1, 4.4, 4.5, und 4.10. Im Folgenden wird der Bericht der Kommission um Aspekte der Mädchengesundheit ergänzt.

## 4.9.2 Essstörungen

### 4.9.2.1 Epidemiologie

Mädchen und junge Frauen sind die größte Risikopopulation für die Entwicklung einer Gruppe von Erkrankungen, die heute unter dem Begriff der „Essstörungen“ subsumiert werden: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas. Die Anorexia nervosa ist durch den überwertigen Wunsch nach extremem Schlanksein gekennzeichnet, der alle Gedanken und Handlungen dominiert. Das Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem für Alter und Körpergröße erwarteten und wird durch die Einschränkung der Nahrungszufuhr sowie durch übertriebene körperliche Aktivitäten und selbstinduziertes Abführen herbeigeführt bzw. weiter vermindert. Hauptkennzeichen der Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen, das Gewicht liegt häufig im Normalbereich. Adipositas bezeichnet einen massiven Überschuss von Körperfett. Bei Erwachsenen wird hierfür ein BMI-Wert<sup>4</sup> von 30 als Grenzwert definiert; für Kinder und Jugendliche wurden auf Basis der Körpergewichtsdaten von jeweils mehr als 17.000 Jungen und Mädchen alters- und geschlechtsspezifische Perzentile<sup>5</sup> berechnet. Dessen zu Folge wird bei Mädchen das Überschreiten des altersgemäßen Perzentils von 97 als Adipositas definiert (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

An Anorexia nervosa erkranken 0,5–1,0 % der weiblichen Heranwachsenden. Haupterkrankungsalter ist die Pubertät, wobei in den letzten Jahren eine Verbreiterung der Altersspanne bei Erstmanifestation (8–24 Jahre) beobachtet wird; Erkrankungsgipfel liegen im 14. und 18. Lebensjahr. Seit die Erkrankung im ausgehenden 19. Jahrhundert (Gull, 1874; Lasègue, 1873) erstmalig beschrieben wurde, trat sie vor allem in oberen sozialen Schichten auf; dies hat sich weitgehend erhalten, wobei die betroffenen Familien durch eine ausgeprägte Leistungs- und Wertorientierung auffallen.

Da die Bulimia nervosa erst ab etwa dem 20. Lebensjahr auftritt, spielt sie bei Mädchen als klinische Störung keine Rolle; inwieweit das Durchführen von Diäten oder häufiges Zuviel-Essen mit anschließendem Erbrechen als subklinische Vorformen einer sich später manifestierenden Bulimie gewertet werden sollten, ist bisher empirisch nicht zu beantworten (Buddeberg-Fischer, 2000; Franke, 2001).

<sup>4</sup> Der BMI = Body Mass Index ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) zu Körpergröße zum Quadrat (m<sup>2</sup>).

<sup>5</sup> Perzentile bezieht sich auf Prozentangaben. Ein Perzentil von 97 bedeutet, dass 97% aller anderen Kinder unter diesem Gewicht bleiben (100% = alle Kinder).

Epidemiologisch und hinsichtlich der langfristigen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen ist die Adipositas die bedeutsamste Essstörung: Etwa 10 % der Mädchen in der Bundesrepublik sind übergewichtig, wobei Mädchen die Gruppe mit den stärksten Zuwächsen in der Prävalenz<sup>6</sup> sind.<sup>7</sup> Untersuchungen an Schulkindern in Jena in den Jahren 1975, 1985 und 1995 ergaben Zuwächse sowohl der mittleren Körpergewichte als auch der Hautfalten und der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei beiden Geschlechtern, besonders gravierend jedoch bei den Mädchen: 1995 wurden beinahe doppelt so viele Mädchen (9,9 %) als adipös eingestuft wie 1985 (5,3 %) Jaeger und Kromeyer-Hauschild, 1999; Kromeyer-Hauschild und Jaeger, 1998). Adipositas im Kindesalter geht in etwa einem Drittel aller Fälle in eine Adipositas im Erwachsenenalter über – dieser Anteil wird größer, je länger die kindliche Adipositas besteht (DHS, 2004). Die bei Erwachsenen ausgeprägte Kopplung von unterer sozialer Schicht und Adipositas<sup>8</sup> gilt auch für männliche Kinder und Jugendliche, wohingegen niedriger sozialer Status der Eltern bei Mädchen eher mit Dünnsein korreliert ist (Haslbeck, 1998). Wann bei Mädchen der „Schalter umgelegt“ wird, ist nicht genau dokumentiert, bei 18–72-jährigen Frauen korrelieren eindeutig Adipositas und niedriger sozialer Status (Benecke und Vogel, 2003).

Die epidemiologischen Daten sind nicht nur unter somatischen, sondern auch unter psychologischen Aspekten relevant, zeigen doch mehrere internationale Untersuchungen, dass adipöse Mädchen über ein erheblich eingeschränkteres körperliches Selbstwertgefühl verfügen als schlanke Mädchen und solche mit nur leichtem Übergewicht (Israel und Ivanova, 2002; Stradmeijer et al., 2000). Familienpsychologische Untersuchungen zeigen, dass Eltern Adipositas bei ihren Töchtern negativer bewerten als bei Söhnen, und dass das Familienklima in Familien mit einer adipösen Tochter negativer ist als in Familien mit normalgewichtigen Töchtern (Haslbeck, 1998; Mendelson, White und Schliecker, 1995).

#### 4.9.2.2 Gesellschaftliche Hintergründe

Angesichts des Überangebots an Nahrungsmitteln, den auf den Geschmack von Kindern und Jugendlichen zielenden Markt an Süßigkeiten, Soft Drinks und Junk Food einerseits und der enormen Bedeutung, die Schlanksein für Frauen in unserer Gesellschaft hat, andererseits, verwundert es ht, dass Mädchen bereits im Grundschulalter mit Diäten beginnen und damit in den psychophysiologischen Teufelskreis von Diät, gestörter Körperwahrnehmung und Gewichtszunahme geraten (Buddeberg-Fischer, 2000; Franke, 1996). Essstörungen sind zum Teil die Folge falschen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, sie sind aber auch ein Lösungsversuch für die vielen Probleme und sich widersprechenden Lebensanforderungen, mit denen sich Mädchen konfrontiert sehen und für die ihnen Lösungen fehlen bzw. verwehrt sind. Essstörungen werden maßgeblich durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen mitverursacht, im individuellen Leben haben sie jeweils spezifische Funktionen. Es geht um Kontrollverlust, Aggression und Rebellion in jeweils eigenen Zusammenhängen. Der Körper wird zum Ort, an dem diese gerade in der Pubertät entstehenden Konflikte ausgetragen werden. Die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Sensibilisierung

<sup>6</sup> Häufigkeit aller „Erkrankungen“ in einer Bevölkerung zum Zeitpunkt der Untersuchung. Stichworte: Lebenszeitprävalenz; 12-Wochen-Prävalenz etc.

<sup>7</sup> Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern für mehrere europäische Länder und für die USA.

<sup>8</sup> Adipositas tritt in unteren sozialen Schichten sechsmal häufiger auf als in der Oberschicht.

für die Zeitgebundenheit von Schlankkeitsidealen können einen gewissen Schutz bieten, ebenso wichtig ist eine angemessene Ernährungsberatung.

#### 4.9.2.3 Versorgung

Der Ruf nach Prävention von Essstörungen wurde von zahlreichen Verbänden, Organisationen, Beratungsstellen, Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehört und es wurden eine nicht mehr überschaubare Zahl von Programmen und Broschüren aufgelegt. Schaut man sich jedoch die epidemiologische Entwicklung an, so muss eine nüchterne Analyse zu dem Schluss kommen, dass die bisherigen Versuche, Essstörungen vorzubeugen, recht erfolglos waren.

Hinsichtlich der Behandlung bereits erkrankter Mädchen muss ein Versorgungsmangel sowohl anorektischer als auch adipöser Mädchen festgestellt werden. Ein durchgehender Kritikpunkt ist, dass Präventionskonzepte oft am Essverhalten ansetzen. Ergebnis der Fachdiskussion ist jedoch, dass unspezifische, d.h. nicht spezifisch am Essen ansetzende Konzepte Erfolg versprechender sind (Noordenbos, 2002).

Die Landesregierung NRW hat zur Versorgung anorektischer Mädchen im Landessuchtprogramm, Teil 2 (2001) Stellung genommen, auf die Mängel in der Versorgung hingewiesen und Maßnahmen zur Änderung vorgeschlagen. Grundsätzlich sollte jedoch überprüft werden, ob die Behandlung anorektischer Mädchen im Rahmen des Suchtprogramms zu erfolgen hat: Anorexia nervosa ist ein psychosomatisches Krankheitsbild, das gerade bei jungen Mädchen nichts mit einer Suchterkrankung zu tun hat. Die in Deutschland hergestellte Verbindung zwischen Essstörungen und Suchterkrankungen ist ein internationales Kuriosum, das auf einem etymologischen<sup>9</sup> Missverständnis beruht: Die im Deutschen oft analog verwendeten Begriffe für Anorexie und Adipositas: „Magersucht“ und „Fresssucht“, legen eine Verbindung zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten nahe, haben mit diesen jedoch so viel zu tun wie die Gelbsucht. Das mittelhochdeutsche „siech“, der Sammelbegriff für „krank“, hat hier seine Spuren hinterlassen; weltweit werden Essstörungen weder mit Suchterkrankungen in Verbindung gebracht noch findet die Behandlung essgestörter Menschen im Suchtversorgungssystem statt. Dass sich Institutionen der Suchtbehandlung in Deutschland für essgestörte Menschen geöffnet haben, liegt sicherlich auch an den erheblichen Versorgungsdefiziten im Bereich der psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im ambulanten und stationären Bereich sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung (Franke, 1995, Wiss. Kuratorium der DHS, 2004).

Unklar ist, warum im Landessuchtprogramm für anorektische Patientinnen eine Mortalitätsrate von 10 % angegeben ist (Teil 2, S. 31): Weltweit ist in über der Hälfte der veröffentlichten Langzeitstudien die Mortalitätsrate 4 % oder geringer (McKenna, 1991; Herzog, Keller und Lavori, 1988). Steinhausen (1999) nennt auf der Basis von 108 internationalen Katamnesestudien<sup>10</sup> Mortalitätsraten zwischen 0 und 21 % mit einem mittleren Wert von 5,5 %. Bei einer Untersuchung der Studien fällt eine Häufung hoher Mortalitätsraten in einigen wenigen Institutionen auf, was die Frage nach iatrogenen<sup>11</sup> Schäden nahe legt (Franke, 2003). Sollte sich die Quote von 10 % Ge-

<sup>9</sup> Etymologie = Lehre von der Herkunft der Wörter

<sup>10</sup> Katamnese = Überprüfung der Therapieeffekte nach einem längeren Zeitraum

<sup>11</sup> Iatrogen = durch ärztliche Einwirkung entstanden

storbenen bei den behandelten Patientinnen in NRW bestätigen, so wäre dies eine Quote, die deutlich über dem internationalen Standard liegt und auf unangemessene Versorgungskonzepte verweist.

Internationale Studien gehen von Heilungsquoten von 50 % aus und weiteren 30 % der Patientinnen, die sich erheblich verbessern; etwa 20 % dieser Patientinnen werden ohne jede professionelle Hilfe gesund – entsprechende Zahlen für NRW liegen nicht vor.

Für die Behandlung adipöser Kinder erarbeitete eine Konsensgruppe innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) ein Rahmenkonzept, das die vier Behandlungsbereiche Medizin, Psychosoziales, Ernährung und Sport/körperliche Aktivität umfasst (Stachow et al., 2003). Dieses Konzept kann als der gelungene Versuch gewertet werden, die Adipositasbehandlung und -schulung auf einen national vergleichbaren Standard zu heben und multiprofessionell zu verankern. Leider muss jedoch festgestellt werden, dass es gänzlich geschlechterinsensibel ist und dass die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse von Mädchen vollständig ignoriert werden. Auch die flankierenden Elternschulungen adipöser Kinder (Petermann und Häring, 2003) berücksichtigen das Geschlecht der Kinder in keiner Weise.

#### **4.9.3 Mädchen mit Migrationshintergrund**

Einleitend muss betont werden, wie defizitär die Forschungslage zu jungen Migrantinnen (siehe auch Kapitel 4.10) ist. Weder über die Ressourcen, noch über die spezifischen Gesundheitslagen, noch über die Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen gibt es aussagekräftige geschlechtsspezifische Daten.

Unbestritten ist, dass Mädchen nichtdeutscher Herkunft häufiger aus Familien ärmerer sozialer Schichten kommen und dass sie stärker an Haus- und Familienarbeit beteiligt werden als ihre deutschen Altersgenossinnen. Alle darüber hinaus gehenden Einschätzungen sind höchst umstritten. Schon allein die Frage nach Integration ist problematisch. Für einige Initiativen ist die Integration ein zentrales Ziel ihrer Arbeit, während andere WissenschaftlerInnen gerade den Rückzug in die jeweilige ethnische Gruppe als eine Ressource von Migrantinnen sehen und als erstrebenswertes Ziel die Fähigkeit beschreiben, in beiden Kulturen leben zu können und ihre jeweiligen Normen sinngemäß und zweckmäßig anwenden zu können.<sup>12</sup>

Gerade für junge Migrantinnen kann auch nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass ihre Gesundheit unter der Migrationssituation leidet. Bei einer Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen zeigte sich sogar, dass die Bewertung deutscher Kinder relativ gesehen zu den Kindern von ZuwandererInnen eher schlechter war. Nur der Anteil an Übergewichtigen liegt bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund über dem bei deutschen Kindern (NRW-Gesundheitsbericht, 2000).<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Diesen Ansatz vertreten vor allem die AutorInnen des Berichtes über die Lebenslage junger Migrantinnen des NRW-Jugendministeriums, die die Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW darstellt. Vgl. hier besonders S. 64ff.

<sup>13</sup> „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

Junge Arbeitsmigrantinnen<sup>14</sup> und Aussiedlerinnen (17–29 Jahre) fühlen sich sogar gesünder als die deutsche Vergleichsgruppe (Weilandt, Rommel und Raven, 2003). Eine dort zitierte aktuelle Studie geht davon aus, dass die Sicht auf junge Migrantinnen als einer spezifischen Risikogruppe für psychologisch-psychiatrische Erkrankungen einer grundlegenden Revision bedarf: „Eine alle Kapitel durchdringende Erkenntnis aus der vorliegenden Studie ist das Ausmaß an positiven Bewältigungsstrategien, psychischer Widerstandsfähigkeit und seelischer Gesundheit, das in den untersuchten Familien trotz deren unterschichtlastiger Selektion und trotz teilweise erheblicher sozialer Probleme zu finden war.“ (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die Defizite bei der Versorgung von MigrantInnen liegen vor allem im Bereich der Inanspruchnahme.<sup>15</sup> Mit Ausnahme von Arztbesuchen durch junge Migrantinnen – die Anzahl ist genauso hoch wie in der deutschen Bevölkerung<sup>16</sup> – ist die mangelnde Inanspruchnahme vor allem im Bereich der Prävention ein Hauptproblem der Mädchen aus Zuwandererfamilien. Es fehlt an muttersprachlichen Angeboten und an Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem. Die mangelnde Inanspruchnahme fängt bei den Impfungen an, lässt sich über die zahnärztliche Versorgung weiterführen und gilt ebenso für RehaMaßnahmen aller Art und für die Schwangerschaftsvorsorge. Dabei ist für die jungen Migrantinnen relevant, dass in dieser Gruppe viel häufiger Schwangerschaften bei sehr jungen Mädchen vorkommen als bei deutschen Altersgenossinnen. Gerade bei Mädchen, deren Herkunftsfamilien aus dem muslimischen Kulturkreis stammen, wie etwa der Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika, sind 11 % der Schwangeren zwischen 15 und 20 Jahre alt (2.093), während in der deutschen Vergleichsgruppe nur etwa 3,3 % (4.700) der Schwangeren in diesem Alter sind.<sup>17</sup> Der Großteil der deutschen Schwangeren nimmt 11–15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, während die meisten Schwangeren nichtdeutscher Herkunft nur 6–10 Untersuchungen in Anspruch nehmen. Insofern ist für diese Gruppe auch die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand möglicherweise sehr relevant. Auch hier zeigen sich mangelnde Aufklärung, kulturelle Gewohnheiten und möglicherweise fehlendes Wissen über und Vertrauen in die hiesige Gesundheitsversorgung.

In Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen leiden Mädchen mit Migrationshintergrund vermutlich nicht häufiger an psychologisch-psychiatrischen Erkrankungen als deutsche Mädchen, suchen jedoch deutlich seltener Beratungsstellen auf oder nehmen fachärztliche Hilfe in Anspruch.<sup>18</sup> Diese mangelnde Inanspruchnahme ist auf fehlende muttersprachliche Angebote bzw. fehlende Therapeutinnen mit einem vergleichbaren kulturellen Hintergrund zurückzuführen (siehe Kapitel 4.10 sowie Weilandt, Rommel und Raven, 2003). Für Mädchen mit Migrationshintergrund kommt ein weiteres Defizit im Bereich der Jugendarbeit hinzu. Hier sind Mädchen und vor allem Mädchen nichtdeutscher Herkunft deutlich unterrepräsentiert (Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung, 2000). Durch eine Untersuchung der pädagogischen Arbeit mit Mädchen, die aus verschiedenen Gründen im Heim untergebracht wurden, ist festgestellt worden, dass die Pädago-

<sup>14</sup> Darunter werden Frauen und Mädchen aus Arbeitsmigrationsfamilien verstanden.

<sup>15</sup> Vgl. allgemein zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von MigrantInnen den NRW-Gesundheitsbericht, 2000, Zuwanderer, der allerdings nur an wenigen Stellen nach Geschlecht unterscheidet, S. 93f.

<sup>16</sup> Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

<sup>17</sup> „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

<sup>18</sup> Die Datenlage ist hier allerdings völlig unzureichend und sehr umstritten. Vgl. dazu Weilandt, Rommel und Raven, 2003, S. 69ff.

gInnen oft nicht ausreichend auf die Arbeit mit Mädchen mit Migrationshintergrund vorbereitet sind. Sie reproduzieren eigene kulturelle Deutungsmuster und verfügen häufig nicht über notwendige konzeptionelle Grundlage für die Arbeit mit jungen Migrantinnen (Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung, 2000).

Im Hinblick auf Suchtgefahren aller Art waren Mädchen mit Migrationshintergrund bisher eine relativ geschützte Gruppe. Leider ändert sich diese Lage aktuell und die Raten für Suchterkrankungen steigen auch bei jungen MigrantInnen deutlich an (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

#### **4.9.4 Drogen- und Arzneimittelkonsum**

Bis in die 90er-Jahre waren Jungen auf dem Gebiet des Drogenkonsums generell mehr gefährdet als Mädchen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich aber für alle Drogen in Richtung Gleichverteilung entwickelt (Kraus et al., 2003).

##### **Illegale „harte“ Drogen, Pilze, Schnüffelstoffe und Cannabis**

Gemessen an den Zahlen, fällt der Konsum und Missbrauch illegaler Drogen (mit Ausnahme von Cannabis) weniger ins Gewicht. Weniger als 5 % der Jugendlichen haben im Laufe ihres Lebens mindestens einmal illegale „harte“ Drogen<sup>19</sup> konsumiert. Üblicher ist der Gebrauch von Pilzen (Jungen 6,4 %, Mädchen 3,5 %) und Schnüffelstoffen (Jungen und Mädchen jeweils 11,3 %, ebenfalls bezogen auf die Lebenszeitprävalenz). Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei den harten Drogen kaum noch.

Relativ viele Jugendliche (31 %) gaben an, im Laufe des Lebens Cannabis konsumiert zu haben. 10 % gelten als DauerkonsumentInnen. Dabei ist der Verbrauch bei den Jungen höher als bei den Mädchen (Kraus et al., 2003; WHO-Jugendgesundheitssurvey, 2003).

##### **Ecstasy**

Auch hier hat der Unterschied zwischen den Geschlechtern abgenommen. So gibt es insgesamt mehr Mädchen (4,6 %) als Jungen (4,1 %), die im Laufe ihres Lebens wenigstens einmal Ecstasy nehmen. Die Mädchen unterscheiden sich von den Ecstasy konsumierenden Jungen dadurch, dass sie insgesamt weniger der Substanz verbrauchen. Inzwischen sind die Unterschiede in den Regionen und zwischen den sozialen Gruppen größer als die unter den Geschlechtern (Kraus et al., 2003).

##### **Nikotin und Alkoholkonsum**

Schon 13 % der unter 16-Jährigen trinkt regelmäßig Alkohol und/oder raucht Tabak.<sup>20</sup> Mädchen trinken weniger Alkohol als gleichaltrige Jungen, ihr Konsumverhalten gleicht sich dem der Jungen aber an. Dagegen sind Mädchen beim Tabakrauch führend (WHO-Jugendgesundheitssurvey, 2003).

<sup>19</sup> Als „harte“ Drogen werden traditionell Drogen wie Kokain und Heroin, teilweise auch Alkohol, bezeichnet. Sie haben in der Regel ein hohes Suchtpotenzial.

<sup>20</sup> Zielgruppe der zugrunde liegenden Befragung waren Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen; insgesamt wurden in allen beteiligten Bundesländern 23.111 SchülerInnen befragt (Hurrelmann et al. WHO-Jugendgesundheitssurvey, S. 3).

Zu beachten ist, dass der Konsum der unterschiedlichen Drogen nicht mit Missbrauch und Abhängigkeit gleichgesetzt werden kann. Zum Präventionsbereich gibt es sowohl bezogen auf die unterschiedlichen Substanzen als auch zur Prävention im Sinne von Empowerment viele Programme.<sup>21</sup> Diese haben aber in der Regel keinen geschlechtsspezifischen Ansatz. In den folgenden Kapiteln wird auf die von jungen Mädchen häufig konsumierten Drogen detaillierter eingegangen.

#### 4.9.5 Die Zigarette, eine schlechte Gefährtin

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland eine traurige Spitzenposition mit den RaucherInnenquoten bei Kindern und Jugendlichen ein. Untersuchungen zum Rauchverhalten bei Jugendlichen ergeben leicht unterschiedliche Zahlen für das Einstiegsalter (etwa 12 Jahre) in den Zigarettenkonsum. Festzustellen ist, dass NRW die höchste Quote an heranwachsenden RaucherInnen hat und grundsätzlich mehr Mädchen als Jungen rauchen.<sup>22</sup> Die neuesten Zahlen des WHO-Surveys für 2004 sprechen von 27 % täglichen Raucherinnen bei den 15-jährigen Mädchen und von 25 % bei den Jungen<sup>23</sup>. Eine regionale Studie in Schulen des Saarlandes zeigt Unterschiede des Rauchverhaltens je nach Schultyp (MFAGS, 2002). Demnach rauchen Mädchen und Jungen der 8. Klassen in Gymnasien am wenigsten und in Gesamtschulen am meisten. Der überproportionale Anstieg des Rauchens bei Mädchen im Gegensatz zu Jungen ist eine Herausforderung, den geschlechtsspezifischen Aspekt in der schulischen Suchtprävention deutlich zu verstärken. In bestehenden Präventionsprogrammen ist dieser Ansatz zu erweitern.

#### Gesundheitliche Risiken

Die gravierenden körperlichen Folgeschäden des Tabakrauchens sind inzwischen breit diskutiert. Spezifische biologische Voraussetzungen führen dazu, dass rauchende Frauen und Mädchen eine besondere Risikopopulation darstellen – um so mehr, je früher der Einstieg in den Zigarettenkonsum erfolgt. Zu den tabakassoziierten Erkrankungen von Raucherinnen gehören neben kardiovaskulären Komplikationen<sup>24</sup> und Karzinomen (etwa Lungen- und Rachenkrebs) auch negative Auswirkungen auf die Reproduktionsfähigkeit. Dazu zählen eine niedrigere Fertilitätsrate, das vorzeitige Eintreten der Menopause, eine erhöhte Osteoporosegefahr und Hormonmangelerkrankungen (Ortner et al., o.J.). Da die Mehrzahl der rauchenden Frauen im gebärfähigen Alter ist, sind auch die Auswirkungen auf die Schwangerschaft und das Neugeborene zu nennen. Für Neugeborene kann es zu einem verringertem Geburtsgewicht, einer geringeren Gewichtszunahme, einem grundsätzlich vermehrten

<sup>21</sup> Eine Übersicht ist im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Kapitel 1 „Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ zu finden ([www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)).

<sup>22</sup> Siehe z.B.: Soziale Lage und Gesundheit. Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31.8.2001, Hg. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2001, S. 37; Tabakprävention und Tabakkontrolle, Rote Reihe, Sonderband „Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland“, Hg. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Heidelberg 2002, S. 9; Legato, Marianne, Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin, Köln 2002, S. 164 f.

<sup>23</sup> Süddeutsche Zeitung, 4.6.2004

<sup>24</sup> Das ist insofern besonders risikoreich, da mit zunehmendem Alter die Kombination Antibabypille und Tabakkonsum im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer gefährlicher wird (Härtel, 2002, S. 44 f.). Über diese Gefahren gibt es gerade bei den jungen Mädchen noch viel zu wenig Aufklärung.

Risiko, zu erkranken sowie einer insgesamt erhöhten Sterblichkeit kommen ([www.uni-koeln.de/uni/rauchfrei/rauchfrei\\_medinfo.html](http://www.uni-koeln.de/uni/rauchfrei/rauchfrei_medinfo.html)).

### Suchterkrankung

Gegenüber den körperlichen Folgeschäden hingegen wird die suchterzeugende Wirkung und das Abhängigkeitspotenzial des Nikotins immer noch verharmlost und verleugnet. Rauchen ist eine sowohl gesellschaftlich wie auch im medizinischen Alltag unterschätzte Sucht. Dies hat ebenso Auswirkungen auf das Gelingen von Präventions-/Ausstiegsprogrammen und Therapien wie deren bisher geringe geschlechtsspezifische Aufbereitung. Während für andere Abhängigkeiten von so genannten Alltagsdrogen wie Alkohol und Arzneimittel spezifische stationäre Einrichtungen für Entzug bzw. Entgiftung und Entwöhnung existieren, gab es derartige Angebote für RaucherInnen als eigenständige Maßnahme zumindest bis 2000 nicht (Döll et al., 2000).

Nikotin hat eine mit anderen Rauschmitteln wie Amphetaminen, Kokain oder Morphin vergleichbare suchterzeugende Wirkung, die sowohl zu körperlicher wie auch psychischer Abhängigkeit führt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Abhängigkeit von Nikotin im Vergleich zu Kokain, Amphetaminen und Heroin die schlechteste Prognose hinsichtlich der Langzeitabstinenz hat (Ortner et al., o.J.). Die hohe Suchtgefahr erklärt sich durch die unmittelbar einsetzende Wirkung des Nikotins, das bereits wenige Sekunden nach der Inhalation angenehme psychotrope Effekte entfaltet, die durch klassische Konditionierungsprozesse im Verlauf des Konsums an bestimmte Situationen, Tätigkeiten und Schlüsselreize gekoppelt werden (DHS, o.J.). Weniger als 5 % der RaucherInnen schaffen es aus eigener Kraft, länger als zwölf Monate abstinent zu bleiben. Meist sind fünf bis sieben Versuche notwendig, um den endgültigen Ausstieg zu schaffen (Ortner et al., o.J.).

### Männer und Frauen rauchen anders

Mädchen/Frauen und Jungen/Männer unterscheiden sich in verschiedenen Variablen in der Suchterkrankung, so in der Häufigkeit, im Erkrankungsalter, in der Komorbidität<sup>25</sup>, im Konsummuster, im Metabolismus<sup>26</sup>, bei den Folgeschäden und auch im Abstinenzverhalten. Das gilt auch für die Nikotinsucht.

Rauchen hemmt z.B. den Appetit und fördert die Kalorienverwertung im Organismus. Auch wenn dieses Motiv nicht beim Einstieg im Sinne eines bewussten „Wirkungsrauchens“ im Mittelpunkt steht, dürfte es bei Mädchen recht rasch über die gemachten positiven Erfahrungen aufrechterhaltend wirken und für die Verfestigung neben dem hohen Suchtpotenzial von Nikotin und den positiven Funktionen im Kontakt mit Gleichaltrigen verhaltenswirksam sein (Zimdars, 2002). Gewichtszunahme bei Nikotinentzug in der Entwöhnung führt häufig zu Rückfällen und/oder einem Abbruch der Rauchentwöhnung – ein Grund unter anderen, warum herkömmliche Nikotinentwöhnungsprogramme bei Frauen häufiger versagen als bei Männern.

Eine Nikotinentwöhnung ist für Frauen schwieriger als für Männer, obwohl sie in der Regel höher motiviert sind. Frauen und Mädchen sind weniger vom Nikotin als Substanz abhängig, als vielmehr von psychosozialen Faktoren. Frauen werden meist in emotional negativ besetzten Situationen wie Stress, Konflikten etc. rückfällig. Ein

<sup>25</sup> Komorbidität = Vorkommen von weiteren, unterscheidbaren Erkrankungen

<sup>26</sup> Metabolismus =Allgemein der Stoffwechsel, hier das Umsetzen des Nikotins im Körper



Rückfall tritt bei Männern häufig in positiven Situationen („social events“) auf (Ortner et al., o.J.). Trotz des Wissens um die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums rauchen Frauen weiter, wenn sie sich im Alltag überfordert fühlen, wenig gesellschaftliche Anerkennung finden, mit Stress, Ängsten und Frustrationen in Ermangelung adäquater Bewältigungsstrategien nicht anders umgehen können.

#### *Therapie und Forschungsbedarf*

Die Standardtherapie bei der Rauchentwöhnung – insbesondere bei mäßig bis schwer nikotinabhängigen Raucherinnen ist die Nikotinersatztherapie (Nikotinpflaster, -kaugummi, -spray oder -inhalator), die zur Entkoppelung von Suchtmechanismus und -verlangen führt. Frauen reagieren besser auf Nikotinpflaster, Männer eher auf Nikotinkaugummi (Ortner et al., o.J.). Wesentlich im Einsatz von Nikotinersatzstoffen scheint das Wissen um unterschiedliche Metabolisierungsgeschwindigkeiten von Arzneimitteln bei Frauen und Männern (vergleiche Kapitel 4.1). Nikotin wird von Frauen rascher verstoffwechselt als von Männern. Allerdings gibt es keine Erkenntnisse über die geschlechtsspezifische Wirkungsweise von Nikotinersatzstoffen.

Auch eine verhaltenstherapeutische Maßnahme ist bei der Entwöhnung angezeigt, idealer Weise als Gruppentherapie, die psychosoziale Aspekte der Abhängigkeitsstrukturen von Frauen in den Mittelpunkt stellt. Das Problem einer Gewichtszunahme in der Nikotinentwöhnung sollte hier begleitet werden.

Insgesamt besteht dringender Nachholbedarf in der Forschungstätigkeit, was die geschlechtsspezifischen Merkmale und auch die geschlechtstypischen Unterschiede im Einstiegs- und Suchtverhalten aber auch in den Therapieerfolgen anbelangt.

#### *Prävention*

Leider werden Mädchen und Frauen von vielen existierenden Präventionsmaßnahmen nicht erreicht. Es fehlt an niedrig schwelligen Angeboten, die auf Mädchen zugeschnitten sind und sich insbesondere auf die Vorteile des Nichtrauchens stützen. Darüber hinaus benötigen Mädchen positive Identifikationsmodelle in den Medien und in der Werbung, die einen Zusammenhang von Nichtrauchen mit Gesundheit und Wohlfühlen herstellen.

Rauchen sollte zukünftig weniger als gesellschaftlich tolerierte „schlechte Angewohnheit“ dargestellt werden. Nötig ist es, die große Gefahr der Abhängigkeit herauszustellen, die auf einem vergleichbar mit Alkohol und Cannabis höherem Suchtpotenzial des Nikotins beruht.

#### **4.9.6 Mädchen und Alkohol: neuere Entwicklungen**

Mädchen trinken in der Regel weniger Alkohol als Jungen. Mit den seit einigen Jahren beliebter werdenden „Alkopops“, hat sich dies geändert. In der Altersklasse der 14–29-Jährigen hat sich der Konsum zwischen 1998 und 2003 versechsfacht. Mädchen konsumieren geringfügig mehr Alkopops als Jungen (50 % zu 48 %, bezogen auf den Konsum in den letzten 30 Tagen; BZgA, 2004). Das bedeutet, dass hier der Anteil der konsumierenden Mädchen im Vergleich zu herkömmlichen Alkoholika erheblich angestiegen ist. Hinzu kommt, dass der süße Geschmack den Alkohol überdeckt und die Hemmschwelle erniedrigt. Unbemerkt können so große, unverträgliche Mengen von Alkohol konsumiert werden. Bei Mädchen wirkt sich der Alkohol aufgrund

einer biologisch begründeten niedrigeren Toleranz stärker aus als bei gleichaltrigen Jungen. Die Abbaurate ist im direkten Vergleich etwa 20 % verlangsamt.<sup>27</sup>

Nach einer Befragung der BZgA hatten 52 % der 16–17-Jährigen in den letzten vier Wochen Alkopops gekauft, obwohl diese erst an 18-jährige Erwachsene abgegeben werden dürfen. Das bedeutet, dass erheblicher Handlungsbedarf bei der Überwachung der Jugendschutzbestimmungen besteht. Gerade beim Handel via Internet kann eine mangelnde Kontrolle von Seiten der VerkäuferInnen vermutet werden (BZgA, 2004).

„In zunehmendem Ausmaß werden Mädchen und junge Frauen stationär aufgrund einer Alkoholintoxikation<sup>28</sup> behandelt. Im Jahr 2002 befinden sich unter den 452 behandelten stationären Fällen (Basis 17 Kliniken) 225 Mädchen und junge Frauen (Anteil ca. 50 %)“. Dies stellt die wissenschaftliche Begleituntersuchung des Modellprojektes „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“ fest (Prognos, 2004). Auftraggeberin für die bundesweite Datenerhebung war das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die auch hier festzustellende Angleichung der Geschlechter macht den Handlungsbedarf für einen erweiterten und „gegenderten“ Ansatz in den drei Ebenen der Prävention (siehe Kapitel 1.4.4) deutlich.

#### 4.9.7 Arzneimittel

Ein weiterer Bereich für ein Mädchenspezifisch problematisches Konsumverhalten ist die Arzneimitteleinnahme. Sie wird scheinbar mit Einsetzen der Regelblutung bei vielen Mädchen zur weitgehend unhinterfragten Routine. Dabei spielt das häusliche Umfeld hier eine besonders wichtige Rolle. Anders ausgedrückt: der Arzneimittelkonsum der Eltern, insbesondere der Mutter wird von den Mädchen übernommen. Dabei ist zu beobachten, dass Mädchen bis zum Alter von etwa zwölf Jahren gleichviel oder sogar weniger Arzneimittel einnehmen als gleichaltrige Jungen. Danach ist ein deutlicher Anstieg der Arzneimitteleinnahme bei den Mädchen zu beobachten, wenngleich die Höhe der Differenz zu den Jungen in der Forschung umstritten ist (Preiß, Schwarz, und Wilser, 1996).

#### 4.9.8 Mädchen und Sport

Sportliche Betätigung gehört zur selbstverständlichen Alltagsgestaltung für Kinder und Jugendliche (Kurz, Sack und Brinkhoff, 1996). Dabei wird der Sport in der Schule, im Verein oder in der freien Jugendarbeit betrieben. Die heutige Mädchengeneration ist die sportlichste aller Zeiten, auch hat sich das Spektrum der Sportarten für Mädchen verbreitert (Rose, 2001).

Mädchen verlassen häufiger als Jungen einen Sportverein. Begründungen sind Desinteresse, Langeweile und Zeitmangel. Der Wunsch nach Partizipation hat bei Mädchen einen höheren Stellenwert als bei Jungen (Gieß-Stüber, 2000). Zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr verzeichnet der Vereinssport einen Bruch in der Vereinskariere bei Mädchen, der sich in den letzten zehn Jahren vergrößert hat (Lorenz, 2001).

<sup>27</sup> BT-Drucksache 15/2587, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums

<sup>28</sup> Alkoholintoxikation = Alkoholvergiftung

Häufig scheidet das sportliche Engagement von Mädchen an der Gestaltung der Angebotsstruktur. Mädchen aus Sonder- und Hauptschulen sind im organisierten Sport kaum vertreten. Zudem liegt der Frauenanteil in der Trainerschaft in vielen Sportarten deutlich unter der 10 %-Grenze (Gieß-Stüber, 2000, S. 7).

Auch für den regelmäßigen Sportunterricht in Schulen finden sich bei den Mädchen vermehrt Probleme. In einer Fragebogenuntersuchung an Hauptschulen, äußerten 60–80 % der Mädchen, dass das Sportangebot sich ausschließlich nach den Bedürfnissen der Jungen richte, sie sich im koedukativen Unterricht von den Jungen beobachtet fühlten und dadurch gehemmt seien. Auch waren abfällige Bemerkungen an der Tagesordnung (Wehner, 2001). Nur 30 % der Schülerinnen aus den 7. Klassen gaben an, gerne gemeinsam mit den Jungen am Sportunterricht teil zu nehmen. 50–65% aller Schülerinnen duschen oder waschen sich nicht nach dem Sportunterricht. Als Gründe wurden genannt: fehlende Zeit (20 Minuten für Duschen und Schminken würden die Mädchen nach eigenen Angaben benötigen) sowie mangelhafte Dusch- oder Waschmöglichkeiten (Wehner, 2003). In den Familien hat laut dieser Untersuchung Sport eine geringe bis gar keine Bedeutung.

1998 wurde eine Pilotstudie zum Thema „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Sport“ in NRW vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit veröffentlicht (Klein und Palzkill, 1998). Ziel der Studie war es, die Bandbreite der Problematik aufzuzeigen und das Thema in der Öffentlichkeit, vor allem aber auch in der Sportwelt zu enttabuisieren. Eine Untersuchung der Bereiche Schulsport, Leistungssport, Sportschulen und -vereine zeigte im Ergebnis, dass hier überall Gewalt gegen Frauen und Mädchen existiert. Sie äußert sich in der Spannweite von verbalen Abwertungen über unerwünschte körperliche Berührungen bis zu direkten körperlichen Übergriffen und sexueller Gewalt. Im Schulsport geht Gewalt gegen Mädchen sowohl von Mitschülern als auch von Lehrern aus. In Sportschulen reichen die Belästigungen von Frauen verachtenden Bemerkungen bis hin zur offenen Androhung von Gewalt. Im Leistungssport verschärft sich unter Umständen die Problematik noch durch das eindeutige Machtgefälle zwischen Trainer und Sportlerin. Und im Spitzensport wird darüber hinaus der menschliche Körper mit seinen natürlichen Grenzen oft über das zuträgliche Maß hinaus ausgebeutet. Mädchen können in der Folge mit Essstörungen oder auch Ausbleiben der Menarche darauf reagieren. In der Folge der Studienergebnisse hat der Landessportbund eine Reihe von Maßnahmen entwickelt und durchgeführt, um diesen Problemen zu begegnen.

### **Konsequenzen**

Gieß-Stüber (2000) rät Sportvereinen, eine Analyse der Ursachen für die geringe Teilhabe von Mädchen und Frauen durchzuführen und „ein Klima gleichberechtigter Anerkennung und sozialer Wertschätzung der Leistungen von Mädchen und Frauen verbunden mit dem Abbau von Geschlechterhierarchien zu schaffen“. „Trainerinnen und Trainer müssen sensibilisiert und ausgebildet werden im Hinblick auf geschlechtsbezogene Aspekte des Trainings.“ Ein Gleichstellungsplan sollte für die gesamte Organisation entwickelt werden.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen zudem: Um sozial benachteiligte Mädchen zu motivieren, müssen schnelle Erfolgserlebnisse möglich und Bewegungsangebote sehr vielseitig gestaltet sein. Die Lust, über einen längeren Zeitraum zu trainieren, ist aufzubauen.

Um generell weibliche Jugendliche zu erreichen, muss Partizipation ermöglicht werden, z.B. auch die Übernahme von Übungseinheiten durch die Mädchen selbst.

Für die Schule ist zu fordern: zumindest zeitweise Aufhebung der Koedukation ab der 7. Jahrgangsstufe, Erweiterung des Angebotes speziell für Mädchen durch die Bildung spezifischer Neigungsgruppen im regulären Unterricht oder durch Wahlpflichtkurse für Mädchen sowie den Einsatz von Sportlehrerinnen an jeder Schule (Wehner, 2001).

Zum Problem der sexualisierten Gewalt gegen Mädchen im Sport kann generell gesagt werden, dass Eltern, LehrerInnen und TrainerInnen diejenigen sind, die von Mädchen ins Vertrauen gezogen werden. Darauf müssen alle vorbereitet sein. Sensibilisierung in Form von Fortbildungen schafft Bewusstsein und macht das Sprechen und Benennen des Themas sexuelle Gewalt zur Selbstverständlichkeit. Nur so können Übergriffe im Sport wirksam bekämpft werden.

#### **4.9.9 Modelle guter Praxis**

##### **MädchenGesundheitsLaden in Stuttgart**

Eine der ganz wenigen Einrichtungen, die sich ausdrücklich mit der Gesundheit von Mädchen beschäftigt, ist der MädchenGesundheitsLaden ([www.maedchengesundheitsladen.de](http://www.maedchengesundheitsladen.de)) in Stuttgart. Er wurde 1991 als Modellprojekt der Kommission Frauenforschung im Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst des Landes Baden-Württemberg eingerichtet. Die Mitarbeiterinnen richten in der Arbeit mit der zentralen Frage: „Was erhält Mädchen und junge Frauen gesund?“ den Blick vor allem auf die Pubertät mit ihren Umbrüchen und deren Bedeutung für Mädchen. Das Ziel ist, Mädchen und ihre Themen in diesem Aushandlungsprozess sichtbar zu machen und sie darin zu unterstützen, Zugänge zu sich und zu ihrem Körper zu finden (Empowerment).

Die Mitarbeiterinnen versuchen, die spezifische Sinnhaftigkeit des (jugendlichen) Verhaltens zu verstehen. Durch diese positive Herangehensweise soll der Selbstschutz durch Förderung des Eigen-Sinns und der Lebenslust aktiviert werden. Der MädchenGesundheitsLaden bietet sowohl individuelle (psychosoziale) Beratung als auch ein offenes Programm mit Gruppenveranstaltungen an. Die Themenschwerpunkte liegen im Bereich Essstörungen, Sexualität, Verhütung und Menstruation, Solidarität unter Mädchen, Freundschaft und Beziehungen, Konflikt- und Problemlösung und Umgang mit Aggression. Dazu kommen dann noch Elternabende, Vorträge und Seminare, die auch im Umland durchgeführt werden (Preiß, Schwarz und Wilser, 1996).<sup>29</sup>

##### **Anti-Rauch-Kampagnen**

Die große Zahl rauchender Mädchen, die in aktuellen Veröffentlichungen betont wird, veranlassten die Duisburger Frauenbeauftragte speziell zum Thema „Mädchen und Rauchen“ Initiativen zu entwickeln. Für die Zielgruppe Mädchen wurde die Durchführung einer Mädchenspezifischen Anti-Tabak-Kampagne an Duisburger Schulen empfohlen. Nach Rückkopplung mit der Fachberaterin Gleichstellung bei der Bezirksregierung Düsseldorf bereitete die Duisburger Frauenbeauftragte das Thema auf, um

<sup>29</sup> Siehe auch die Homepage [www.maedchengesundheitsladen.de](http://www.maedchengesundheitsladen.de)

es im Oktober 2003 in Fortbildungsveranstaltungen für Gleichstellungsmoderatorinnen aller Schulformen des Regierungsbezirks Düsseldorf einzubringen. Ziele waren dabei:

- Vermittlung von Information über frauengeschichtliche Aspekte des Rauchens sowie über mädchen- und frauenspezifische Ursachen und Folgen des Rauchens,
- Erörterung unterschiedlicher Möglichkeiten der Implementierung des Themenkomplexes in den schulischen Unterricht bezogen auf alle Schulformen, unterschiedliche Fächer und unterschiedliche methodisch-didaktische Ansätze<sup>30</sup>.

Zur Unterstützung der Lehrerinnen hatte die Duisburger Frauenbeauftragte unterschiedliche Materialien zusammengestellt sowie Informationsblätter unter den Stichworten „Tabakkonsum bei Mädchen. Wichtige Daten, Fakten und Quellen für Schulen“ und „Diese Fakten sollte jedes junge Mädchen kennen“ erarbeitet.

### **Mädchenhaus Köln e.V.**

Über das engere Thema Gesundheit hinaus arbeiten in NRW inzwischen einige Mädchenhäuser und Mädchentreffs, die ebenfalls gesund erhaltende Angebote bereithalten. Ursprünglich gingen diese Initiativen von der Beobachtung aus, dass Mädchen in der herkömmlichen Jugendarbeit deutlich weniger berücksichtigt und unterrepräsentiert sind und dass sie eigene Räume brauchen.

Ein Beispiel ist das Mädchenhaus in Köln. Es geht auf eine feministische Initiative zurück. 1991 wurde aus dieser Initiative ein gemeinnütziger Verein, der aus städtischen Mitteln und seit 1994 auch aus Landesmitteln bezuschusst wird. Ein Teil der Betriebskosten muss aus Spenden und anderen Beiträgen vom Mädchenhaus selbst aufgebracht werden.

Die Mitarbeiterinnen des Mädchenhauses zielen darauf, die Ressourcen der Mädchen zu stärken. Ihr Konzept sieht eine ganzheitliche Betrachtung vor, sie nehmen Partei für Mädchen und wollen ihnen Räume schaffen, in denen sie sich frei entwickeln und ihre Probleme ansprechen können.

Ein wesentlicher Teil ihrer Arbeit bezieht sich auf die Gesunderhaltung von Mädchen. Die Schwerpunkte ihrer Beratungsarbeit wenden sich an Mädchen mit Essstörungen und an Mädchen mit Gewalterfahrung. Für diese Themen gibt es auch das Angebot der Gruppenarbeit. Darüber hinaus übernimmt das Mädchenhaus Köln e.V. neben zahlreichen anderen Aufgaben auch eine Multiplikatorenfunktion. Die Mitarbeiterinnen bieten Weiterbildungsangebote für pädagogische Fachkräfte für den Umgang mit Essstörungen an.

---

<sup>30</sup> Beispielsweise „reflexive Koedukation“, was die gemeinsame Unterrichtung der Geschlechter unter gleichberechtigter Berücksichtigung der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse, Vorstellungen, Ressourcen und Defizite etc. bedeutet.

#### 4.9.10 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung** und dem **Landtag**

- darauf hinzuwirken, dass die durch die Schuleingangsuntersuchungen geschlechtsdifferenziert gewonnenen Daten für bevölkerungsbezogene, gendersensible Analysen des Gesundheitszustandes von Kindern genutzt werden,
- nach Möglichkeiten zu suchen, langjährige Projekte wie das Projekt „DONALD“ des „Institutes für Kinderernährung“ weiter zu fördern, damit eine kontinuierlich aufgebaute Datensammlung für die Erforschung des juvenilen Ernährungsverhaltens erhalten bleibt und fortgesetzt werden kann,
- die verlässliche Finanzierung der Mädchenberatungsstellen sicherzustellen,
- ein Projekt „Mädchengesundheitsladen“ in NRW einzurichten, das das Konzept des „MädchenGesundheitsLadens“ in Stuttgart aufgreift und für NRW umsetzt,
- unter besonderer Berücksichtigung des Themas Rauchen genderspezifische Konzepte zur Suchtprävention an Schulen zu entwickeln und umzusetzen. Dabei sollte entsprechend der Duisburger Vorarbeiten Prävention kein Sonderthema sein, sondern schulform- und altersgruppengemäß in geeignete Fächer integriert werden und
- die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen im Hinblick auf die Abgabe von alkohol- und tabakhaltigen Substanzen an Jugendliche stärker zu überwachen.

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung bezogen auf den Unterricht in Zusammenarbeit mit den Trägern der weiterführenden Schulen**

- bestehende und erfolgreich arbeitende Programme wie das „Netzwerk Bildung und Gesellschaft „opus“ geschlechtsspezifisch auszurichten und bei weiteren gemeinsam durchgeführten Programmen geschlechtsbezogene Faktoren aufzunehmen und religiöse und kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen,
- geschlechtsspezifische Präventionsarbeit zu den Themen Alkohol, Rauchen, Essstörungen, Konsum und Missbrauch von Arzneimitteln, insbesondere von Schmerz-, Beruhigungs- und anderen psychotropen Arzneimitteln in den Schulen durchzuführen. Dabei sollte zur Verhinderung von Nachahmungseffekten darauf geachtet werden, zu Essstörungen ausschließlich unspezifische Präventionsmaßnahmen durchzuführen,
- Gesundheitsthemen mit geschlechtsspezifischer Ausrichtung in den Richtlinien für den Schulunterricht zu verankern. Die Bereiche Ernährung, Hygiene und Aufklärung sollen dabei ausreichend berücksichtigt werden,
- bei Bedarf getrennten Unterricht für Mädchen und Jungen in der Gesundheitsprävention anzubieten,
- LehrerInnen in NRW in Themen der Gesundheitsprävention und -förderung aus- bzw. weiterzubilden,
- nach Geschlechtern getrennten und auf die sportlichen Bedürfnisse von Mädchen ausgerichteten Sportunterricht zu konzipieren und durchzuführen,
- eine Kampagne aufzulegen, die in den Schulen die verschiedenen Formen der

sexualisierten Gewalt im Sportunterricht thematisiert und

- die VerursacherInnen sexualisierter Gewalt im Sportunterricht konsequent zur Verantwortung zu ziehen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **AkteurInnen** und **Kostenträgern in der Jugendarbeit**

- die Mädchenspezifischen Angebote zu erweitern,
- flächendeckend Selbstbehauptungskurse für Mädchen anzubieten,
- Bedürfnisse junger MigrantInnen umfassend zu berücksichtigen und z.B. muttersprachliche Angebote bereitzustellen,
- im Rahmen der Prävention gemeinsam mit den Sportvereinen Möglichkeiten zu schaffen, die Mädchen in ihrer Freizeit positive Bewegungserlebnisse nach ihren Bedürfnissen ermöglichen und
- im Umfeld von Veranstaltungen für Jugendliche die Abgabe von alkohol- und tabakhaltigen Produkten an Jugendliche zu unterbinden und für attraktive Alternativen zu werben.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Krankenkassen** und **Kassenärztlichen Vereinigungen** sowie den **medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften** in Zusammenarbeit mit den **kommunalen Gesundheitsämtern**

- die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) für eine effektive zugehende und präventive Beratungsarbeit bei allen Mädchen, aber auch für Mädchen mit besonderen Problemlagen nutzbar zu machen,
- im Bereich der Essstörungen Richtlinien für eine geschlechtersensible Behandlung, Beratung und Prävention zu erstellen und die Versorgung zu verbessern sowie
- Bewegungsangebote für Mädchen zu unterstützen.

#### 4.9.11 Literatur

BT-Drucksache 15/2587, (03.3.2004): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums.

Benecke, Andrea und Vogel, Heiner, (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin.

Buddeberg-Fischer, Barbara. (2000): Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (2003): Bekanntheit, Konsum und Kauf von Alcopops 2003 (Umfrage der BZgA)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Informationsbroschüre: Nikotin – Die Sucht und ihre Stoffe, o.J.

- Döll, Susanne; Buchmann-Steinhage, Rolf; Worringer, Ulrike (2000): Alltagsdrogen – Zwischen Genuss und Sucht, Seminareinheit.
- Franke, Alexa (1995): Eßstörungen aus suchtspezifischer Perspektive. In DHS (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme (S. 291–301), Freiburg, Lambertus.
- Franke, Alexa (1996): Diäten – der Weg in die Eßstörung? In Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. (Hrsg.), Essen zwischen Lust und Frust (S. 8–15), Kiel.
- Franke, Alexa (2001): Essstörungen. In A. Franke und A. Kämmerer (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch (S. 355–396), Göttingen, Hogrefe.
- Franke, Alexa (2003): Adipositas im Geschlechtervergleich. In F. Petermann und V. Pudiel (Hrsg.), Übergewicht und Adipositas (S. 153–166), Göttingen, Hogrefe.
- Franke, Alexa (2003): Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln. Weinheim, Beltz.
- Franke, Alexa (2002): Essstörungen bei Männern und Frauen, in: Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern, S. 359–374.
- Gieß-Stüber, Petra (2000): Gleichberechtigte Partizipation im Sport? Ein Beitrag zur geschlechtsbezogenen Sportpädagogik, Afra Verlag, Butzbach-Griedel.
- Gull, W.W. (1874): Anorexia Nervosa (Apsepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). Transcripts of the Clinical Society, London, 7, pp 22–28.
- Härtel, Ursula, (2002): Gutachten für die Enquetekommission „Ist-Analyse Prävalenz der Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen in NRW, November 2002, Parlamentspapier: Information 13/830
- Haslbeck, Eva (1998): Psychische Faktoren der Adipositas. Inaugural-Dissertation, Universität Regensburg.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W. (1988): Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. Journal of Nervous und Mental Disease, 176, pp 131–143.
- Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike et al. (2003): WHO-Jugendgesundheitssurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland, in: [www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf](http://www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf)
- Israel, Allen C. und Ivanova, Masha Y. (2002): Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. The international Journal of Eating Disorders, 31(4), pp 424–429.
- Jaeger, Uwe, und Kromeyer-Hauschild, Katrin (1999): Anthropologische Untersuchungen an Jenaer Kindern und Adipositasgefährdung. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, e.V., Sektion Thüringen (Hrsg.), Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Trends, Prävention, Behandlung, S. 9–21, Jena.
- Klein, Michael und Palzkill Birgit (1998): Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Sport. Pilotstudie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.



- Kolip, Petra (Hrsg.), (1994): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge der geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*, Weinheim
- Kraus, Ludwig, Heppekausen, Kathrin, Barrera, Andrea, Orth, Boris (2003): *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)*
- Kromeyer-Hauschild, Katrin und Jaeger, Uwe (1998): Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, S. 1192–1196
- Kromeyer-Hauschild, Katrin, Wabitsch, M., Kunze, D., Geller F, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller, G., Müller, J.M, Niemann-Pilatus A, Remer Th, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler, A. und Hebebrand J. (2001): Percentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149, S. 807–818.
- Kurz, Dietrich, Sack, Hans-Gerhard, Brinkhoff, Klaus-Peter (1996): *Kindheit, Jugend und Sport in Nordrhein-Westfalen. Der Sportverein und seine Leistungen. Materialien zum Sport in Nordrhein-Westfalen, Heft 44.* Düsseldorf, Sylvia Moll.
- Lasègue E.C. (1873): *De l'anorexie hystérique.* *Archives of General Medicine*, 385 ff. Reprint in W.R. Kaufman und M. Heimann (eds.) (1964), *Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: A paradigm* (pp 141–155), New York, Int. Univ. Press.
- Lorenz, Thekla: „Sportvereine voller Mädchen!?“ - Wirklichkeiten, Visionen, Handlungsbedarfe. In: *Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, 2001, Eigendruck, S. 15–21.*
- McKenna, M. S. (1991): *Anorexia nervosa and bulimia nervosa.* In L.I. Sederer (Hg.), *Inpatient psychiatry* (pp 141–166), Baltimore, Williams und Williams.
- Mendelson, B.K., White, D.R. and Schliecker, E. (1995): *Adolescents' weight, sex, and family functioning.* *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), pp 73–79.
- Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2002): *Aktuelle Zahlen zum Rauchverhalten im Saarland.*
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), (2001): *Landesprogramm gegen Sucht, Teil 2.*
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, (2000): *Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf*
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), (2000): *Multikultiert oder doppelt benachteiligt? Lebenslagen junger Migrantinnen. Expertise zum 7. Kinder und Jugendbericht der Landesregierung NRW, Düsseldorf.*
- Noordenbos, Greta (2002): *From Screening to Empowerment: Strategies for the Prevention of Eating Disorders,* in: *European Women's Health Network: Health Promotion and Prevention of Eating Disorders, European Symposium, Eigendruck, S. 8-20*

- Ortner, Romana, Fischer, Gabriele, Gutierrez-Lobos, Karin: Nikotin – Frauen sind anders abhängig ([www.frauenfuerfrauen.org](http://www.frauenfuerfrauen.org)).
- Petermann, Franz und Häring, Jutta (2003): Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In: F. Petermann und V. Pudel (Hrsg.), Übergewicht und Adipositas (S. 153–166), Göttingen, Hogrefe.
- Preiß, Dagmar, Schwarz, Anne, Wilser, Anja (1996): Mädchen – Lust und Last der Pubertät: ein sexual- und gesundheitspädagogisches Modellprojekt zur Beratung junger Mädchen, Frankfurt /Main
- Rose, Lotte (2001): Alles anders? Bewegungsbiografien von Mädchen und jungen Frauen im Wandel. In: Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Eigendruck, S. 7–14.
- Stachow, R., Egmond-Fröhlich, A. von, Stübing, K., Eberding, A., Ernst, M., Jaesche, R., Kühn-Dost, A., Mannhardt, S., Westenhöfer, J. und Wabitsch, M. (2003): Nationaler Konsens zur Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter. In: F. Petermann und V. Pudel (Hrsg.), Übergewicht und Adipositas (S. 303–328). Göttingen, Hogrefe.
- Steinhausen, H.-C. (1999): Eating Disorders. In: H.-C. Steinhausen and F. Verhulst (eds.), Risks and outcomes in developmental psychopathology (pp 211–230), Oxford, University Press.
- Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W., Seidell, J. (2000): Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. The International Journal of Eating Disorders, 27, pp 110–114.
- Wehner, Gudrun (2003): Dokumentation des Projektes Mädchensport an Hauptschulen, Bezirksregierung Lüneburg.
- Wehner, Gudrun (2001): Mädchen stark machen – eine Aufgabe für den Schulsport. In: Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Eigendruck, S. 22–25.
- Weilandt, Caren, Rommel, Alexander, Raven, Uwe (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ (Drucksache 13/2719).
- Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS (Hrsg.) (2004): Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe Bd. 3, Hamm.
- Zimdars, Petra (2002): „Rauchen macht schlank“, in: implulse, Zeitschrift der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 35/2002, S. 6.

**Links**

[www.fke-do.de](http://www.fke-do.de)

[www.frauenfuerfrauen.org](http://www.frauenfuerfrauen.org)

[www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)

[www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de)

[www.maedchengesundheitsladen.de](http://www.maedchengesundheitsladen.de)

[www.mgsff.nrw.de](http://www.mgsff.nrw.de)

[www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf](http://www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf)

[www.uni-koeln.de/uni/rauchfrei/rauchfrei\\_medinfo.html](http://www.uni-koeln.de/uni/rauchfrei/rauchfrei_medinfo.html)

## **4.10 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW**

### **4.10.1 Einleitung**

Über die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Deutschland gibt es in der bisherigen Gesundheitsberichterstattung kaum gesicherte Erkenntnisse. Und dies, obwohl NRW seit der rasanten Entwicklung der Kohle- und Stahlindustrie Mitte des 19. Jahrhunderts ein Einwanderungsland ist und aufgrund der demografischen Entwicklung auch in Zukunft auf den Zuzug von Arbeitskräften aus anderen Ländern angewiesen sein wird.

Bereits die im Sommer 2001 von allen Fraktionen des Landtags einstimmig verabschiedete „Integrations-Offensive NRW“ stellte Defizite bei der gesundheitlichen Versorgung der MigrantInnen generell und im Besonderen eine erhebliche Unterversorgung bei der Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme fest. Dies behindert die soziale Integration, die in der Migrationspolitik des Landes NRW eine große Bedeutung gewonnen hat. Ein wesentliches Anliegen der Enquetekommission ist daher, sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen im Bereich der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit in NRW auseinander zu setzen. Dabei ist die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass jede Migrantin Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung erhält, von übergeordnetem Interesse.

Zurzeit leben in NRW knapp zwei Millionen AusländerInnen. Viele von ihnen sind mit ihren Familien seit über 20 Jahren hier, einige sogar seit rund 40 Jahren. Viele Zugewanderte haben inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen und werden deshalb statistisch nicht mehr gesondert erfasst. Hinzu kommen knapp 600 000 SpätaussiedlerInnen und eine schwer zu beziffernde Anzahl von Menschen, die sich illegal hier aufhalten.

Frauen mit Migrationshintergrund im Sinne dieses Berichtes sind Menschen, die selbst oder deren Eltern oder Großeltern aus dem Ausland in die Bundesrepublik eingewandert sind, deren Muttersprache nicht Deutsch und deren Umfeld überwiegend durch die Kultur des Herkunftslandes bestimmt ist. Sie bilden in NRW einen Personenkreis, der die Bevölkerungsstruktur maßgeblich prägt. Das gilt insbesondere für den Ballungsraum des Rhein-Ruhr-Gebietes.

In NRW leben ca. 1,5 Millionen Frauen mit Migrationshintergrund. Der überwiegende Teil von ihnen stammt aus den ehemaligen Anwerbeländern für „Gastarbeiter“, also aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Griechenland, Spanien und Portugal. Den größten Anteil machen Frauen türkischer Herkunft oder Abstammung aus.

Die Gruppe der Migrantinnen ist keinesfalls homogen. Die in Deutschland geborene und aufgewachsene beruflich erfolgreiche Akademikerin hat ein anderes Selbstbild und Rollenverständnis als die als Heiratsmigrantin in unser Land eingereiste junge Frau ohne Schulabschluss. Die über Schlepperbanden eingeschleuste und zur Prostitution gezwungene „Illegale“ hat mit anderen Problemen zu kämpfen als die Frau oder Tochter eines Aussiedlers mit deutscher Staatsangehörigkeit, die möglicherweise selbst kein Deutsch spricht oder versteht oder die durch Gewalterfahrung trauma-

tisierte Asylbewerberin, die um ihre Anerkennung bangt und täglich mit der Angst vor Abschiebung lebt.

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen ist die Verständigung zwischen PatientInnen auf der einen und ÄrztInnen sowie Pflegepersonal auf der anderen Seite von zentraler Bedeutung. Dazu gehört in diesem Bereich nicht nur der sprachliche Austausch, wichtig ist auch die Wahrnehmung der Patientinnen als Migrantinnen und damit das Verstehen des kulturellen und religiösen Kontextes, der die Patientinnen geprägt hat. Das Beherrschen der deutschen Sprache reicht deshalb nicht immer aus, um eine angemessene Behandlung zu erfahren.

Durch falsche Diagnosen und Therapien infolge mangelnder Verständigung entstehen nicht nur lange Leidenswege für die Betroffenen sondern auch erhebliche zusätzliche Kosten.

Praktizierende ÄrztInnen mit Migrationshintergrund sind sehr selten in NRW. Das gilt sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für den Krankenhausbereich. Ihr Anteil liegt insgesamt nur bei rund 5 %. Besonders niedrig ist er im Bereich der Psychiatrie. Konkrete Zahlen sind schwer zu werten: Bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen von Nordrhein und Westfalen-Lippe wird neben der Staatsbürgerschaft nicht durchgängig die frühere Staatsangehörigkeit erfasst. Angaben über Fremdsprachenkenntnisse beruhen auf freiwilliger Selbstauskunft. (Beide Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen über ihre Online-Verzeichnisse die Suche nach ÄrztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen nach dem Kriterium der Fremdsprachenkenntnisse.<sup>1)</sup>)

Migrantinnen sind nicht generell häufiger psychisch krank als Frauen ohne Migrationshintergrund, aber sie haben aufgrund der oben genannten Stressfaktoren ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken und durch die Verständigungsdefizite und den Mangel an medizinischem Fachpersonal derselben Ethnie einen erschwerten Zugang zu den gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen. Gegenüber der einheimischen Bevölkerung sind sie also mehrfach benachteiligt.

Ziel einer zukünftigen Gesundheitsversorgung in NRW muss es sein, die BürgerInnen mit Migrationshintergrund mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie die einheimische Bevölkerung. Dabei geht es um die Öffnung und Qualifizierung unseres Gesundheitssystems in allen seinen Bereichen auch für die Bedürfnisse von MigrantInnen.

#### **4.10.2 Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen**

Migration kann, aber muss nicht zwingend (=kausal) ein Faktor sein, der krank macht. Nachfolgend werden die Krankheitsrisiken genannt, denen Migrantinnen besonders ausgesetzt sind.

---

<sup>1</sup> <http://www.kvno.de/buerger/arzt suche/arzt verz.html>  
[http://www.aekwl.de/eas/EAS\\_publish.nsf/2e9ae4be686829d84125681c00349ae8/\\$searchForm?SearchView](http://www.aekwl.de/eas/EAS_publish.nsf/2e9ae4be686829d84125681c00349ae8/$searchForm?SearchView)  
<http://www.kvwl.de/earzt/>

#### **4.10.2.1 Sozio-ökonomische und psychosoziale Problemlagen, die potenziell gesundheitsgefährdend sind**

##### **Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit**

Die Rahmenbedingungen, unter denen Migrantinnen in Deutschland leben, werden im Wesentlichen durch Einwanderungs- und Einbürgerungspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Antidiskriminierungs- und Integrationsmaßnahmen und Gleichstellungspolitik bestimmt. Diese Bedingungen können die Lebensqualität und damit auch die Gesundheit wesentlich beeinflussen, denn sie ist in hohem Maße von sozialen und ökonomischen Faktoren, von sozialer Integration, sozialen Teilhabechancen und einem allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgungssystem abhängig. Armut ist nach wie vor ein Hauptrisiko für gesundheitliche Gefährdung. Armut hat tendenziell eine geschlechtsspezifische Dimension, die gerade im Bereich der Migration und deren Umstände und Risiken zum Tragen kommt.

Die sozio-ökonomischen Merkmale der Migrantinnen zeigen, dass das Bildungsniveau, die Stellung im Erwerbsleben und die damit verbundenen Einkommen niedriger sind als bei einheimischen Deutschen. Die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes weist den erwerbstätigen Migrantinnen mehrheitlich (65 %) in NRW niedrig qualifizierte Tätigkeiten zu (MASQT, 2002). Migrantinnen üben überwiegend wenig qualifizierte Tätigkeiten im Dienstleistungssektor aus, die mit niedrigem Einkommen und geringem sozialen Status verbunden sind. Arbeitslosigkeit und damit implizit verbunden Arbeitsplatzunsicherheit ist bei Migrantinnen wesentlich höher als bei einheimischen Frauen (im Jahr 2000: 15 % versus 10 %; MASQT, 2002). Die starke Assoziation von niedriger sozialer Schicht und erhöhter Morbidität und Mortalität ist bekannt und hinreichend dokumentiert. Internationale Untersuchungen zeigen, dass niedriges Einkommen, verbunden mit geringen Zukunftsperspektiven, mit einer höheren Prävalenz von Depressionen bei Migrantinnen einhergeht (Diefenbacher und Heim, 1997; Leon und Walt, 2001; Patel et al., 1999; Saraceno, 1997; Desjarlais, 1995).

##### **Unsicherheit des Aufenthaltstatus**

Die Unsicherheit des Aufenthaltstatus bei Asylbewerberinnen und die Abhängigkeit des Aufenthaltstatus von dem deutschen Ehemann bei so genannten Heiratsmigrantinnen können belasten. Besonders betroffen sind illegale Einwanderinnen, die nur beschränkt soziale Rechte geltend machen können. "Illegale" Migrantinnen sind besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Der fehlende aufenthaltsrechtliche Status ist für diese Frauen ein anhaltender und extrem hoher Stressfaktor, der geprägt ist durch Furcht vor Ergreifung, Bestrafung und Ausweisung. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist für diese Frauen nur im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung möglich. Die im Falle traumatischer Fluchtumstände dringend notwendigen psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen sowie psychosozialen und Rehabilitationsmaßnahmen sind für Frauen ohne aufenthaltsrechtlichen Status de facto nicht zugänglich. Zwar steht ihnen auch Anspruch auf Krankenhilfe zu, dies wird aber in der Praxis nicht wahrgenommen, da sich durch die notwendigen Kontakte mit Behörden und Institutionen die Gefahr der Abschiebung erhöht.

Asylsuchenden Frauen steht im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes ebenfalls nur eine Akutbehandlung zu.

Die Lebensbedingungen in der Illegalität können zu einem spezifischen Risikoprofil führen, das geprägt wird durch die Folgen genereller Unsicherheit und psychischer und physischer Belastung, die Umstände illegaler Arbeitsbedingungen (Unfall- und Infektionsrisiken, Risiken für sexuell übertragbare Erkrankungen, Gewalt, etc.) und je nach Morbiditätsspektrum der Herkunftsländer durch bereits vorhandene Erkrankungen (z.B. Tuberkulose). Bekannt ist, dass das (Nicht-)Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen von illegalen Migrantinnen geprägt ist durch Angst, der Ausländerbehörde gemeldet zu werden. Dies führt dazu, dass Krankheiten oft verschleppt werden, Schwangerschaften nicht ärztlich begleitet werden, Geburten ohne fachgerechte Betreuung erfolgen, ärztliche Untersuchungen der Neugeborenen unterbleiben und insbesondere psychische Erkrankungen unbehandelt bleiben (Lindert, 2003).

#### **4.10.2.2 Gruppenspezifische Belastungen**

Migrationsgründe wirken auf soziales Wohlbefinden und Gesundheit. Dass Migration als besonders einschneidende und in der Regel belastende Lebenserfahrung Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Betroffenen hat, ist unstrittig. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Migrantinnen je nach ihren spezifischen Migrationserfahrungen häufiger an bestimmten psychischen Störungen und Erkrankungen leiden. Unbestritten ist auch, dass in der Gruppe der Flüchtlinge, Asylbewerberinnen und Frauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus posttraumatische Belastungsstörungen sehr häufig anzutreffen sind.

Als belastende Migrationshintergründe sind vorrangig Krieg, Flucht, Folter und Vergewaltigung zu nennen. Aber auch Verlust/Trennung von Familie und wichtigen Bezugspersonen sowie soziale Ausgrenzung und Isolation, kulturelle Anpassungsprobleme aufgrund erheblicher kultureller Differenzen zwischen Herkunftsland und Deutschland, fehlende soziale Netzwerke, Sprachbarrieren, Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit belasten. Untersuchungen zeigen, dass kultureller Anpassungsdruck am stärksten behandlungsbedürftige Depressionen bei Migrantinnen auslöst. (Kolk, 2000; Özkan, 2003; Borde und Rosendahl, 2003).

#### **Traumatisierte Migrantinnen**

Traumatisierte Migrantinnen teilen eine Reihe von Erfahrungen wie den Verlust der Heimat, das Einleben in eine fremde Kultur, die sprachliche Isolation oder das Erleben einer teils offen gezeigten Ablehnung bis hin zu aggressiven Übergriffen. Die Kumulation dieser unterschiedlich belastenden Erfahrungen in Kombination mit der Gewalterfahrung im Vorfeld und u.U. während des Migrationsprozesses erzeugen eine besonders problematische Lebenssituation mit entsprechenden psychopathogenetischen Auswirkungen. Opfer menschlicher Gewalt, ob durch Kriegseinwirkungen oder durch Verfolgung, Haft, Folter und sexuelle Misshandlung haben neben körperlichen Verletzungen eine fundamentale Zerstörung von Wertvorstellungen und eine ebenso starke Erschütterung des eigenen Selbstbildes erfahren. Diese traumatisierenden Belastungen lösen immer wiederkehrende Störungen und Symptome wie Angstreaktionen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen oder auch schwer kontrollierbare Affektschübe etc. aus, die sehr häufig aber erst An-

lass einer therapeutischen Hilfestellung werden, wenn so genannte komorbide<sup>2</sup> Störungen bei posttraumatischen Belastungsreaktionen auffällig werden. Als solche psychischen oder psychosomatischen Probleme, die bei den Klientinnen ein entsprechendes Hilfeersuchen gegenüber Professionellen auslösen, sind neben Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch vor allem auch Somatisierungsstörungen (häufig in Form von chronischen Schmerzzuständen), Herz-Kreislauf-Störungen und erhöhte dissoziative Störungen (körperliche Ausfälle, Ohnmachtsanfälle, Selbstgespräche, Hören von Stimmen bis hin zu Nicht-mehr-sehen-können) zu nennen (Abdallah-Steinkopff, 2001).

Problematisch ist, dass solche Störungen, wenn sie von den Patientinnen bei den behandelnden ÄrztInnen (s.u.) vorgestellt werden, häufig nicht mit der Traumatisierung in Verbindung gebracht werden, da die Patientinnen in den seltensten Fällen von sich aus das Trauma (das häufig auch schambesetzt ist oder verdrängt wird) ansprechen. Daher ist es schwierig, den Patientinnen zu einer entsprechenden Behandlung bzw. Therapie zu verhelfen, wenn die behandelnden ÄrztInnen nicht entsprechend sensibilisiert oder geschult sind.

Diese schweren psychischen Erkrankungen können in den üblichen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend behandelt werden. Hierzu sind spezielle psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Hilfsangebote vonnöten, um einen Heilerfolg dieser schwerstbelasteten Migrantinnen zu ermöglichen.

### **Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen**

Bei den beiden anderen großen Migrantinnengruppen, den Arbeitsmigrantinnen und den deutschstämmigen Aussiedlerinnen aus Russland und den ehemaligen Ostblockstaaten, fallen zunächst die Jugendlichen auf, die gegenüber ihren einheimischen Altersgenossinnen überproportional häufig Sucht- und Devianzprobleme zeigen, die nicht zuletzt durch extreme Sprachprobleme, Misserfolge in der Schule sowie eine Diskrepanz zwischen rigidem Erziehungsstil und erlebten sozialen Freiräumen erzeugt werden (Lajios, 1993 und 1998). In der Vergangenheit waren Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Mädchen sehr viel weniger von Suchtproblemen betroffen. Jedoch ändert sich dies zunehmend in dem Sinne, dass schützende familiäre Faktoren sich auflösen und die Suchtgefährdung für Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich ansteigt (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Bei der großen Gruppe der Arbeitsmigrantinnen mittleren Alters fallen besonders mehrfach belastete Frauen auf, die aufgrund ihrer zumeist mäßigen bis schlechten Sprachkenntnisse und angesichts des Mangels an muttersprachlichen PsychotherapeutInnen und zielgerichteter Beratungsangebote kaum Unterstützung finden.

Bei der Gruppe der älteren Arbeitsmigrantinnen werden in den nächsten Jahren in zunehmendem Umfang geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Probleme und Störungen erwartet. U.a. mit dieser Frage beschäftigt sich derzeit die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags. Im Rahmen ihrer Analyse zu Strukturen, Angebots- und Organisationsformen von Prävention, Gesundheits-

---

<sup>2</sup> Komorbidität bedeutet das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einer Person.



förderung und Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen legt sie einen Schwerpunkt auf die Gruppe der älteren MigrantInnen (Olbermann, Dietzel-Papakyriakou, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002).

#### 4.10.2.3 Mobilisierung von Ressourcen und Integration

Aus der Nennung der Problemlagen und Risikofaktoren kann nicht gefolgert werden, dass Migrantinnen nicht auch über spezifische Ressourcen und Kompetenzen verfügen, die potenzielle gesundheitliche Risiken auffangen (Personen, die auswandern sind eher jung und gesund, so genannter „healthy migrant effect“). Eine pathologisierende Sichtweise von Gender und Migration kann dazu führen, dass die Chancen und positiven Herausforderungen der Migration gerade auch für junge Frauen nicht gesehen werden. Migrationsgründe und die damit verbundene Lebensperspektive haben einen wesentlichen Einfluss auf die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität von Migrantinnen. Studien belegen (Koch, 2003; Mohammadzadeh, 2003), dass Ressourcen und Potenziale von Migrantinnen erheblich besser in die Aufnahmegesellschaft eingebracht werden können, wenn günstige soziale Bedingungen gegeben sind, die den Migrantinnen Handlungsoptionen und Teilhabechancen eröffnen, die für die Verwirklichung individuell gesetzter Ziele genutzt werden können. Dieser Integrationsprozess geht mit positiven Selbstwert- und Kohärenzgefühlen einher, die gesundheitsfördernd wirken. Deshalb müssen Gesundheitsstatus und gesellschaftliche Integration in engem Zusammenhang gesehen werden. Integration von Migrantinnen ist gesundheitsfördernd, während misslungene oder mangelhafte Integration in die Aufnahmegesellschaft sich als gesundheitsmindernder Faktor darstellen lässt.

Danach ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich Gesundheitsrisiken für Migrantinnen erhöhen, wenn sich über einen erheblichen Zeitraum Risikofaktoren wie niedrige Schichtzugehörigkeit, sprachlich bedingte Zugangsbarrieren und instabile Lebenslagen manifestieren. Deshalb muss auch unter Berücksichtigung der möglichen Mobilisierung von Ressourcen potenziell von einem erhöhten gesundheitlichen Risiko für Migrantinnen ausgegangen werden.

Gleichzeitig sollten im Rahmen einer gelungenen „healthy“-Integrationsstrategie eine migrantinnenpopulationsbezogene Risikobewertung bereits bei oder vor Einreise zur Verfügung stehen, die es erlaubt, Gruppen mit niedrigem Risiko und Gruppen mit hohem Risiko zu unterscheiden und entsprechende Interventionsmaßnahmen zielgerichteter auf kommunaler und Länderebene anzubieten. Laut IOM (International Organization for Migration) haben Migrantinnen weltweit übereinstimmend besondere Gesundheitsprobleme im Bereich von:

- psychosozialem Stress,
- genderassoziierten Erkrankungen,
- mit Armut assoziierten Erkrankungen und
- Mutter-Kind-Gesundheit,

die zurzeit nur unzureichend von den Gesundheitsdiensten migrantinnenaufnehmender Staaten erfasst werden (IOM Statement, 2003).

### **4.10.3 Stand der Forschung und Datenlage in Deutschland, insbesondere in NRW**

Eine qualifizierte quantitative Einschätzung der o.g. gesundheitlichen Risikofaktoren für Migrantinnen kann aufgrund der äußerst lückenhaften Datenlage und kaum vorhandener (sozial-)epidemiologischer Untersuchungen für Deutschland, insbesondere für NRW, nur sehr eingeschränkt erfolgen. Für das gesamte Gebiet von NRW sind keine Daten über die Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Migrantinnen vorhanden. Die defizitäre Datenlage beeinträchtigt die Qualität der Gesundheitsberichterstattung (GBE), die sich wiederum häufig durch mangelnde geschlechtssensible Interpretation auszeichnet. In ihrem „Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW“ listen Weilandt, Rommel und Raven folgende Defizite auf:

- Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern wird nicht oder nicht durchgehend vollzogen, entsprechendes gilt für eine daran anknüpfende geschlechtssensible Interpretation.
- Migrationshintergründe werden nicht ausreichend berücksichtigt. Dominierendes Merkmal der Ausdifferenzierung des Migrationstatbestandes stellt die Staatsangehörigkeit dar, andere Merkmale wie Generation oder Aufenthaltsstatus kommen im Zusammenhang mit Gesundheit im Allgemeinen aber auch in Bezug auf psychische Gesundheit zu kurz.
- Der sozio-ökonomische Status wird in der Darstellung der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen nicht hinreichend berücksichtigt. Der Anteil sozialer Benachteiligung an erhöhten Prävalenzen und Inanspruchnahmen unter MigrantInnen kann im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe nicht abgeschätzt werden.
- Es werden keine konkreten Prävalenzen oder Inzidenzen bezüglich psychischer oder psychosomatischer Diagnosen benannt.
- Es werden keine Angaben über die Inanspruchnahme von Diensten der psychiatrischen und psychologischen Versorgung von MigrantInnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gemacht.

Etwas besser sieht es im Hinblick auf die Gesundheitsberichterstattung für Frauen insgesamt aus, allerdings wird die Situation von Migrantinnen als spezifischer Subgruppe hier in aller Regel nicht thematisiert. Problematisch ist zudem, dass bei der Berichterstattung keine eigenen Erhebungsinstrumente verwendet, sondern bereits vorhandene Datenquellen von unterschiedlicher Qualität genutzt werden.

#### **4.10.3.1 Subjektives Gesundheitsempfinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Migrantinnen**

Das subjektive Gesundheitsbefinden und die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität wird von Migrantinnen weniger häufig als gut empfunden als von deutschen Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Migrantinnen ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als deutsche Frauen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003, S. 41). Migrantinnen nehmen generell ihre eigene Gesundheit negativ wahr,

berichten häufiger über belastende Gemütszustände wie Niedergeschlagenheit oder Entmutigung und sehen sich bezüglich der Pflege ihrer Sozialkontakte durch Gesundheit stärker und häufiger beeinträchtigt.

Bei Arbeitsmigrantinnen und bei Aussiedlerinnen liegt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ebenfalls tendenziell unterhalb der Werte der deutschen Frauen. Ausnahme sind die jungen Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen (17–29 Jahre), die eine höhere Zufriedenheit aufweisen als gleichaltrige deutsche Frauen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003, S. 42).

#### **4.10.3.2 Auswirkungen migrationsspezifischer Erfahrungen**

Migrationsspezifische Erfahrungen üben einen statistisch signifikanten Einfluss auf Parameter der psychischen oder psychisch beeinflussten Gesundheitsindikatoren aus. Migrantinnenspezifisch scheint insbesondere die Assoziation zwischen wahrgenommener Mehrfachdiskriminierung und wahrgenommener gesundheitlicher Beeinträchtigung zu sein.

Danach ist der Indikator Mehrfachdiskriminierung bei Migrantinnen mit mehr Gesundheitsparametern (wie z.B. weniger gute subjektive Gesundheit, erhöhtes psychosoziales Beschwerdeniveau, Konzentrations- und Schlafstörungen, Antriebsarmut, etc.) statistisch assoziiert als die anderen beobachteten Einflussvariablen. Selbst allergische und asthmatische Beschwerden, die psychisch mit verursacht werden, treten bei den Betroffenen häufiger auf, wenn ein bestimmtes Niveau von Diskriminierungserfahrungen erreicht wird. Diese Ergebnisse verweisen jedoch auf eine Problematik von Querschnittuntersuchungen, die immer dann entsteht, wenn vermeintliche Ursache und vermeintliche Wirkung zum gleichen Zeitpunkt gemessen werden. Auch wenn es plausibel erscheint, dass beispielsweise Diskriminierungserfahrungen einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben, so kann die umgekehrte Richtung des Zusammenhangs nicht ausgeschlossen werden, dass nämlich gesundheitlich und psychisch labilere Personen Diskriminierung bedrohlicher wahrnehmen und entsprechend häufiger berichten. Eine Wechselwirkung muss also für die Parameter der Benachteiligung im Alltag und der Mehrfachdiskriminierung grundsätzlich angenommen werden. Prinzipiell bestätigt der Ausländersurvey jedoch die Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten, bei denen ebenfalls für den Integrationsindikator der Sprachkenntnisse des Aufnahmelandes (Haasen et al., 1998; Furnham und Shaheen, 1993) bzw. für Diskriminierung (Williams und Williams-Morris, 2000; Vahedi, 1996; Furnham und Shaheen, 1993) statistische Zusammenhänge mit Phänomenen psychischer Gesundheit gefunden wurden.

#### **4.10.3.3 Inanspruchnahme von psychisch induzierten Rehabilitationsmaßnahmen in NRW**

Erwerbstätige Migrantinnen, insbesondere der ersten Zuwanderergeneration von Arbeitsmigrantinnen, sind häufig schulisch und beruflich schlechter ausgebildet und überwiegend in niedrig entlohnter un- oder angelernter Tätigkeit („dirty jobs“) beschäftigt (s.o.). Damit wird mittels Rehabilitationsdaten bei den Migrantinnen eine Gruppe erfasst, die sich im Vergleich zu erwerbstätigen deutschen, einheimischen Frauen nicht nur durch das spezielle Merkmal der Migration unterscheidet, sondern

sich gegenüber diesen mehrheitlich aus sozio-ökonomisch und sozialstrukturell benachteiligten Lebenslagen rekrutiert.

Im Jahr 2000 haben in NRW 57.843 deutsche Frauen und 4.671 Migrantinnen medizinisch-rehabilitative Leistungen der gesundheitlichen Regelversorgung in Anspruch genommen. Von diesen Leistungen entfielen bei den deutschen Frauen 10.907 und bei den Migrantinnen 950 auf Leistungen, die aufgrund ärztlicher Diagnosen gewährt wurden, welche nach der internationalen Klassifikation von Diagnosen psychischen und Verhaltensstörungen zuzurechnen sind (ICD-10: F00-99).<sup>3</sup> Dies entspricht einem Prozentsatz von etwa 19 % bei den deutschen Frauen und etwa 20 % bei den Migrantinnen. Dieser Prozentsatz ist in jungen Jahren höher als in mittleren und höheren Altersklassen, da bei jungen Menschen psychische Störungen einen größeren Anteil am Rehabilitationsgeschehen haben, während bei Älteren somatische Ursachen anteilmäßig bedeutend stärker vertreten sind.

Bei Migrantinnen zeigt sich eine Konzentration psychisch indizierter Maßnahmen in den Altersgruppen zwischen 40 und 54 Jahren. Nahezu 60 % aller bei den Migrantinnen veranlassten psychisch indizierten Rehabilitationsmaßnahmen waren im Jahr 2000 in diesen mittleren Altersgruppen angesiedelt. Besonders im Alter zwischen 45 und 54 finden sich verglichen mit den deutschen Frauen bei den Migrantinnen prozentual mehr Maßnahmen.

Nicht nur in Hinblick auf die altersspezifische Konzentration der Rehabilitationsmaßnahmen finden sich Unterschiede, sondern die Gruppen unterscheiden sich auch durch unterschiedliche Krankheitsgeschehen bzw. eine abweichende Diagnostik. Dabei sind depressive Erscheinungen bei den Migrantinnen im Vergleich zu den deutschen Frauen um 28,6 % und somatoforme Störungen um 81,6 % erhöht. Bei der Bewertung der Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier um Inanspruchnahmedaten handelt und nicht um Prävalenz- oder Inzidenzdaten. Die weitest häufigste Indikation bei den Migrantinnen sind die somatoformen Störungen, die sich laut ICD-Klassifikation dadurch auszeichnen, dass eine wiederholte ÄrztInnen-Inanspruchnahme aufgrund körperlicher Symptome mit nachdrücklichen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen einher geht, welche wiederholt ohne Befund geblieben sind. Um dieses Phänomen in eine Indikation zur Rehabilitation umzuwandeln, müssen die behandelnden ÄrztInnen weitestgehend davon überzeugt sein, dass die Patientin laut Befunden körperlich gesund ist, jedoch eine psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, die sich körperlich äußert (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die in der Rehabilitationsstatistik NRW gefundenen hohen Raten somatoformer Störungen deuten auf zweierlei hin. Einerseits wird offensichtlich von vielen behandelnden ÄrztInnen spätestens während der Rehabilitation erkannt, dass körperliche Beschwerden bei Migrantinnen häufig möglicherweise eher psychische Ursachen haben, da die körperlich orientierten medizinischen Untersuchungen ohne Befund bleiben. Andererseits deutet das häufige Aufkommen von somatoformen Störungen

<sup>3</sup> Die Verwendung der ICD-Klassifikation beschränkt sich im Folgenden auf die Diagnosen innerhalb der übergeordneten Gruppen (also z.B. F10, F11, F12 usw. innerhalb der Gruppe F10–19). Kleinteiligere Differenzierungen (z.B. F10.1 usw.) sind in den Daten nur selektiv enthalten und werden zugunsten der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt. Die genaue Beschreibung der ICD-10-Diagnosen findet sich im Internet unter der Adresse <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>.

auch häufig darauf hin, dass die Diagnose möglicherweise auch am Ende der Rehabilitationsmaßnahme nicht abgeschlossen ist, denn die Somatisierung an sich verweist mehr auf die Symptome als auf die Ursachen. Auch hinter einer somatoformen Störung können sich letztendlich eine Depression, eine neurotische Störung, Beziehungskonflikte oder einschneidende Lebensereignisse verbergen. Auf die hohen Raten an Komorbidität bei somatoformen Störungen, die sich in diesem Zusammenhang u.a. auch als Ausdruck von Depressionen oder Angststörungen darstellen, wird in der Literatur immer wieder hingewiesen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die vorhandenen Statistiken bestätigen, dass Somatisierungstendenzen ein migrantinnenspezifisches Problem im Prozess des ärztlichen Handelns darstellen, welches auf dahinter verborgene und in der Statistik nicht sichtbare Phänomene verweist, die so der schlussendlichen Aufklärung im weiteren Behandlungsprozess zugewiesen werden. Die Häufung von depressiven Erscheinungen und somatoformen Störungen bei den Migrantinnen verweist insgesamt auf spezifische Problemlagen in der abhängig beschäftigten Bevölkerung. Berufstätige Migrantinnen in mittleren und höheren Altersgruppen müssen als besonders exponiert im Vergleich zu ihren deutschen Geschlechtsgenossinnen gelten.

Nicht zuletzt scheint die Diagnose somatoformer Störungen in diesem Zusammenhang auf eine häufig unvollständige ÄrztInnen-Patientinnen-Interaktion hinzudeuten, als deren Ergebnis die psychische Ursache grundsätzlich zwar erkannt wird, eine klarere Diagnose jedoch möglicherweise noch aussteht.

#### **4.10.4 Defizite der Vorsorge und Gesundheitsversorgungsangebote**

Neben der unterschiedlichen Risikoexposition, der unterschiedlichen Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen stellen die unterschiedlich gegebenen Zugangsmöglichkeiten zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen einen besonderen Problembereich dar. In Deutschland haben wir es in diesem Bereich vor allem mit Unterversorgung, Fehlversorgung aber auch mit Überversorgung zu tun. Unterversorgung wird vor allem im Bereich der Prävention, Gesundheitsaufklärung und -bildung und im Bereich der Behandlung psycho-sozial bedingter Erkrankungen gesehen. Ebenso sind spezifische Gruppen (z.B. illegale Migrantinnen) systemspezifisch unterversorgt (s.o.). Therapiebeginn und -ende werden bei Migrantinnen nicht selten durch den Aufenthaltstatus bestimmt. Insbesondere bei traumatisierten Flüchtlingen findet in Deutschland im Allgemeinen eine „gesunde“ Integration nicht statt, es sei denn, dass Flüchtlinge frühzeitig im Asylverfahren anerkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden (Özkan, 2003; Wirtgen, 2003).

Eine systematische Übersicht deutscher Publikationen zu dem Themenbereich Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Rehabilitation und Migration (Koch, 2003) weist die bestehende erhebliche Unter- und Fehlversorgung nach.

Danach führen unzureichende Behandlungskonzepte und -strategien, unzureichende und nicht bedarfsgerechte Versorgungsangebote (kaum muttersprachliche TherapeutInnen, DolmetscherInneneinsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wird von den Gesetzlichen Krankenversicherungen nicht finanziert) gepaart

mit dem so genannten „Einverständnis im Missverständnis“, das heißt der iatrogen<sup>4</sup> geförderten Somatisierung der Leiden insbesondere bei Migrantinnen zu

- überproportionalem Einsatz apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung, der kostenintensiv und ineffizient ist;
- verspäteter bzw. unzureichender Überweisung von der somatischen Medizin in die psychosoziale Versorgung bei häufig bereits bestehender Chronifizierung der Symptome.

Konzepte, die auf die Stärkung der Kompetenzen von Migrantinnen (Empowerment) und die Stärkung zur Verfügung stehender Ressourcen und Bewältigungs-Strategien zielen sind unterentwickelt.

Gleichzeitig fehlen gesicherte geschlechtsspezifische epidemiologische Daten, die eine valide Analyse der bestehenden Versorgungssituation erlauben würden. Eine derartige Analyse würde die Entwicklung geschlechtssensibler Konzepte für eine bedarfsgerechte psychiatrische, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung von Migrantinnen erlauben.

Konsens besteht dahingehend, dass nicht die Errichtung migrantinnenspezifischer Einrichtungen zum Ausgleich der vorhandenen Defizite nötig ist, sondern die Öffnung und Flexibilisierung der vorhandenen Regeldienste insgesamt, die der heterogenen Realität und den unterschiedlichen Risiken verschiedener Teile der Migrationsbevölkerung (Asylsuchende, Flüchtlinge, Arbeitsmigrantinnen, Spätaussiedlerinnen, etc.) Rechnung tragen. Analog zur Implementierung des Konzepts des Gender Mainstreaming wäre die ergänzende Etablierung eines kultursensiblen Konzepts des „diversity management“ in die gesundheitliche Versorgung vonnöten. Dazu gehört neben der Verbesserung der Kommunikationsqualität zwischen den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung und den Adressatinnen und Nutzerinnen der Gesundheitsangebote und -einrichtungen insbesondere die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Gesundheitsberufe.

Kommunikationsqualität umfasst mehr als nur Sprachkompetenz. In diesem Zusammenhang beinhaltet der Begriff auch Wissen um Migrationserfahrungen, um soziokulturelle Normen und Werte, die die Herkunftssituation und jetzige Lebenssituation von Migrantinnen kennzeichnen ebenso wie Reflexionskompetenz über die eigene Kulturgebundenheit bei den Behandelnden. Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, angemessen und erfolgreich mit Menschen anderer kultureller Herkunft zu kommunizieren.

#### **4.10.5 Handlungsfelder**

Der Handlungsbedarf im Bereich Gesundheit und MigrantInnen wird seit Anfang der 90er-Jahre in Deutschland und Europa intensiv diskutiert (Gardemann, Müller und Remmers, 2000). Diese Debatte hat wichtige Impulse zum möglichen Umgang mit migrationsspezifischen Problemen in der Gesundheitsversorgung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene gegeben (Hommes, 2003). Die Enquetekommission ist

---

<sup>4</sup> Iatrogen bedeutet durch den Arzt/die Ärztin verursacht z.B. infolge diagnostischer oder therapeutischer Einwirkungen.

sich bewusst, dass die Umsetzung dieser Impulse in Problemlösungsansätze bisher erst teilweise und nicht flächendeckend in Gang gekommen ist.

Insbesondere der mit den besonderen Lebensumständen und -phasen verbundene Bedarf von Migrantinnen an gesundheitlicher Versorgung wurde bisher nur unzureichend thematisiert. Entsprechend dürftig sind die zurzeit vorhandenen Daten. Die fehlende Sensibilisierung der AkteurInnen im Gesundheitswesen spiegelt sich auch in den bisher nur unzureichend entwickelten Konzepten einer bedarfsgerechten Versorgung. Konzepte einer qualitätsgesicherten, geschlechtersensiblen interkulturell kompetenten Versorgung wurden bisher in NRW nicht flächendeckend realisiert.

Auf der Basis der von der Enquetekommission vorgenommenen Analyse der derzeit zur Verfügung stehenden Daten, einschließlich des eingeholten Gutachtens und des Fachgesprächs „Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW“ werden folgende vier Haupt-Interventionsbereiche identifiziert, für die vorrangig Maßnahmen für erforderlich gehalten werden. Die Enquetekommission lässt sich hierbei von einem Ansatz leiten, der ganzheitlich ausgerichtet ist und sich dem Grundsatz der Chancengleichheit verpflichtet fühlt. Dieser Ansatz strebt eine Gesundheitsversorgung an, die in der Lage ist, geschlechtssensibel im Sinne des Gender Mainstreaming, Menschen verschiedener kultureller und ethnischer Herkunft und aus allen sozialen Gruppen, angemessen in ihre Leistungen einzubeziehen. Dies erfordert ein Gesundheitswesen, welches mit allen seinen Institutionen professionell (z.B. im Sinne des „diversity management“) auf die Bedürfnisse einer heterogenen Klientel und einer durch Migration sich verändernden Gesellschaft eingeht (Koehn, 2003).

## **Interventionsbereiche**

### **1. Forschung:**

- Etablierung einer geschlechtsspezifischen Grundlagenforschung zu den gesundheitlichen Risikofaktoren der Migration einschließlich der Entwicklung einer empirisch tragfähigen Definition von MigrantInnen.
- Einrichtung eines geschlechtsspezifischen Monitoring der gesundheitlichen Lage der Migrationsbevölkerung einschließlich einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung.
- Kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation der migrationsspezifischen Maßnahmen, um deren Effizienz und Effektivität zu messen und zu beurteilen („evidence-based healthcare“).

### **2. Gesundheitsförderung und Prävention:**

- Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und zum Empowerment von Migrantinnen, mit dem Ziel, deren eigene Ressourcen zu mobilisieren und persönliche Kompetenzbereiche zu stärken.
- Überprüfung der bisherigen Präventionsangebote auf Wirksamkeit.
- Entwicklung von Integrationsstrategien auf der Basis spezifischer Risikobewertungen für unterschiedliche Migrantinnengruppen.

### **3. Gesundheitsversorgung:**

- Aufbau niedrigschwelliger Angebote für besonders vulnerable Gruppen von Migrantinnen; insbesondere Ausweitung nachfragegerechter Therapieangebote für traumatisierte Migrantinnen. Entwicklung von evidenzbasierten Angeboten für Migrantinnen mit schwersten psychischen Erkrankungen auf kommunaler Ebene (Ziguras und Stuart, 2000; Marshall et al., 2003).
- Konzeptionelle Vernetzung bisheriger Angebote.
- Regelmäßige Überprüfung der vorhandenen Angebote auf Wirksamkeit.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen GesundheitsversorgerIn und Klientinnen, Abbau von Sprachbarrieren (s.u.).
- Anerkennung von interkulturellen Kompetenzen als Qualifikation bei der Stellenausschreibung und -vergabe in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

### **4. Bildung:**

- Entwicklung und Etablierung eines Ausbildungsganges für DolmetscherInnen in der Gesundheitsversorgung.
- Etablierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitsbereich für interkulturelle Vermittlung und Interaktion.
- Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Sensibilisierung für migrations- und geschlechtsspezifische Problemlagen und Vermittlung von Fertigkeiten mit dieser Problematik angemessen umzugehen.
- Ausbau von bedarfsgerechten Angeboten zum Spracherwerb von Migrantinnen.

Die Enquetekommission hat deshalb folgende Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik und den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW erarbeitet:



#### 4.10.6 Handlungsempfehlungen

Ausgehend von einem Gesundheitsverständnis im Sinne der Definition der WHO<sup>5</sup> müssen bei der Vorgabe von Handlungsempfehlungen alle Faktoren betrachtet werden, die Einfluss auf das psychische, physische und soziale Wohlbefinden von Menschen haben. Das bedeutet, dass zahlreiche Politikbereiche sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch in den Kommunen angesprochen sind. Neben den politischen Handlungsebenen kommt aber auch allen AkteurInnen im Gesundheitswesen, den Versorgungseinrichtungen und den Berufsverbänden sowie Ärztekammern eine besondere Verantwortung hinsichtlich einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in NRW zu. Soziale Integration und rechtliche Gleichstellung von Migrantinnen sind fundamentale Voraussetzungen für deren Gesundheit.

In diesem Sinne fordert die Enquetekommission **die Landesregierung** auf:  
**Sich auf Bundesebene einzusetzen für**

- ein Antidiskriminierungsgesetz, das die Gleichstellung von Migrantinnen sicherstellt und Ausgrenzung verhindert,
- eine Änderung des AsylbewerberInnenleistungsgesetzes mit der Zielrichtung, dass traumatisierten Asylbewerberinnen über eine Notfallbehandlung hinaus psychotherapeutische Hilfe gewährleistet wird,
- die Entwicklung und Implementierung eines Cultural Mainstreaming-Konzeptes<sup>6</sup> in das politische Handeln analog zum Gender Mainstreaming und
- eine verstärkte Förderung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund.

Im Bereich **Empowerment und Partizipation**

- die in der Integrationsoffensive Nordrhein-Westfalen von allen Fraktionen beschlossenen Maßnahmen zügig umzusetzen,
- analog dem Prinzip des Gender Mainstreaming das Prinzip des Cultural Mainstreaming für alle Politikbereiche auf Landesebene zu implementieren und bei der Planung, Umsetzung und Evaluierung von politischen Maßnahmen Migrantinnen zu beteiligen,
- nach einer Bestandsaufnahme gezielt das Angebot niedrigschwelliger Sprachkurse in NRW bedarfsgerecht auszubauen, z.B. kostenfreie Angebote und Kurse, die auch für nicht erwerbstätige Mütter mit kleinen Kindern zugänglich sind (Kin-

<sup>5</sup> Siehe Kapitel 2.1

<sup>6</sup> Mainstreaming-Strategien sind Instrumente zur Erreichung von Chancengleichheit und Integration. Sowohl Cultural Mainstreaming als auch Gender Mainstreaming berücksichtigen die besonderen Lebensumstände, Bedürfnisse und Interessen einer Zielgruppe bei allen Entscheidungen und Konzepten auf allen Ebenen und Hierarchiestufen von Organisation, Betrieben und Verwaltungen. Übergeordnet steht bei beiden Strategien die Gestaltung von sozialen Verhältnissen insbesondere in ihrer strukturellen Dimensionen im Zentrum von Maßnahmen. Cultural Mainstreaming ist analog zum Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe zu verstehen, mit der Zukunftsperspektive den „Appendix“-Status bisheriger Antidiskriminierungs- und Migrationspolitik aufzulösen. Wie für Gender-Mainstreaming- ist auch für Cultural-Mainstreaming-Ansätze der politische Wille der Spitze einer Organisation/Verwaltung und deren Unterstützung von besonderer Relevanz. Als Möglichkeit zur Sensibilisierung von Führungspersonal und MitarbeiterInnen bieten sich entsprechend den Gender-Analysen hier Diversity-Analysen an, die Ausgangspunkt von Top-down-Strategien sein können.

derbetreuung),

- effektive DolmetscherInnendienste für Behandelnde und Patientinnen im sozialen und medizinischen Sektor (insbesondere in der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik und Therapie ) zu entwickeln, zu implementieren und deren Finanzierung sicherzustellen; dabei ist für die Qualitätssicherung dieser Dienste zu sorgen und ihre Einbindung in die medizinische Versorgung der jeweiligen Region zu gewährleisten (Als Vorbild kann die niederländische Dolmetscherzentrale dienen, die als wichtige Basiseinrichtung der Gesundheitsversorgung einen Pool von DolmetscherInnen bereit stellt, der ÄrztInnen, Betroffenen und anderen Interessierten rund um die Uhr zu Verfügung steht. Weitere Beispiele guter Praxis sind das Ethnomedizinische Zentrum Hannover e.V. (EMZ), das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin e.V., der Gemeindedolmetschdienst Berlin.<sup>7</sup>) und
- Migrantinnenorganisationen stärker als bisher für die Themen Prävention und Selbsthilfe zu sensibilisieren und Selbsthilfeorganisationen in ihren Bemühungen um eine interkulturelle Öffnung zu unterstützen; dabei sind migrationspezifische Strukturen der „Laienhilfe“ zu berücksichtigen.

#### Im Bereich **gesundheitliche Versorgung**

- mit der Durchführung einer landesweiten Kampagne dem Thema „Versorgungsbedarfe von Migrantinnen im Bereich psychische, psychosoziale und psychosomatische Gesundheit“ öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen,
- eine interkulturelle Bestandsaufnahme in den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung des Landes und der komplementären Dienste vorzunehmen und darauf aufbauend verbindliche Kriterien zur Interkulturalität von Institutionen zu entwickeln und zu implementieren,
- durch eine landesweite Kampagne insgesamt und in den landeseigenen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Besonderen die Beschäftigung, Bildung und Ausbildung von medizinischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund zu fördern; hierzu ist die Benennung von interkultureller Kompetenz als Schlüsselqualifikation bei Ausschreibungen und Stellenbesetzungen dienlich und
- in bedarfsgerechtem Umfang Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien im Bereich psychische, psychosoziale und psychosomatische Gesundheitsversorgung von Migrantinnen bereitzustellen.

#### Im Bereich **Versorgung besonderer Zielgruppen**

- vorhandene therapeutische Hilfsangebote für traumatisierte Flüchtlingsfrauen auszubauen, die Behandlungsfinanzierung langfristig sicherzustellen und für entsprechende Qualitätskontrollen der Behandlung Sorge zu tragen,
- die Voraussetzung einer raschen Klärung des Aufenthalts- oder Flüchtlingsstatus bei traumatisierten Patientinnen zu schaffen, um hier eine Planungssicherheit hinsichtlich der Behandlungsperspektive zu gewährleisten; hier muss ein Schutz vor Retraumatisierung und der Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung

<sup>7</sup> [www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)  
[www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de](http://www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de)  
[www.bayzent.de](http://www.bayzent.de)

gesichert sein,

- in bedarfsgerechtem Umfang die professionelle Betreuung von Frauen, die als Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution aufgegriffen werden, strukturell und finanziell sicherzustellen und
- Integrationsstrategien auf der Basis spezifischer Risikobewertungen für unterschiedliche Migrantinnengruppen zu entwickeln, die bereits bei oder vor der Einreise zur Verfügung stehen und die es erlauben, Gruppen mit niedrigem Risiko und Gruppen mit erhöhtem Risiko zu unterscheiden und entsprechende Interventionen zielgerichtet auf kommunaler und Länderebene anzubieten (siehe auch 4.10.2.3 „healthy migrant effect“).

#### Im Bereich **Forschung und Vernetzung**

- durch gezielte Forschungsförderung die Datenlage bezüglich der psychischen Gesundheit von Migrantinnen (Inzidenz und Prävalenz psychischer Probleme, Bedarfslage, Verlauf und Therapieergebnissen, Qualität der Versorgung sowie der Verbreitung und Effektivität interkulturell angelegter Maßnahmen) zu verbessern,
- die finanzielle Unterstützung zur Einrichtung einer Datenbank über die vorhandenen wissenschaftlichen Daten der Gesundheitsforschung im Bereich Migrantinnen; sinnvoll ist hier auch ein Informationsaustausch auf Bundesebene und
- auf Landesebene eine Koordinierungsstelle einzurichten, die den Informationsaustausch und die Diskussion bezüglich gesundheitlicher Versorgung von Migrantinnen (insbesondere psychische Gesundheit) zwischen Projekten, gesundheitlichen Versorgungsinstitutionen und Gesundheitspolitik auch über NRW hinaus ermöglicht.

Die Enquetekommission empfiehlt den bestehenden **Einrichtungen der Regelversorgung**:

- eine interkulturelle Öffnung ihrer Angebote und Dienste unter Berücksichtigung von Cultural Mainstreaming-Konzepten zu fördern und entsprechende Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Konzepte zu entwickeln,
- interkulturelle Kompetenz als Qualifizierungsmerkmal bei Stellenbesetzungen zu berücksichtigen und
- Fort- und Weiterbildungsangebote für Behandelnde und Pflegende zum Erwerb interkultureller Kompetenzen in ihren Einrichtungen anzubieten.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Ärzttekammern, Berufsverbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung**:

- eine bedarfsgerechte Zulassung und Einstellung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen mit sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen zu gewährleisten,
- die Vermittlung interkultureller Kompetenzen und transkultureller Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern,

- die Voraussetzung für den Erwerb einer zertifizierten Zusatzqualifizierung für „Interkulturelle Kompetenz“ zu schaffen und
- evidenzbasierte Qualitätsstandards für die psychosoziale Betreuung von Migrantinnen zu entwickeln.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Behandelnden im Gesundheitswesen**:

- den Erwerb interkultureller und genderspezifischer Kompetenzen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Behandlung von Migrantinnen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Kostenträgern**:

- bei der Entwicklung von Materialien, Informationen und Interventionen die Bedürfnisse von Migrantinnen zu berücksichtigen und Migrantinnen in alle Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsschritte einzubeziehen (z.B. partizipieren MigrantInnen bei der Entwicklung von Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA – laut deren Auskunft auf allen Ebenen, d.h. bei Konzeptentwicklung, Übersetzungsphase, Gestaltung, Qualitätskontrolle, Testung),
- grundsätzlich bei jeder öffentlichen Kampagne zur psychischen Gesundheit interkulturelle Aspekte zu berücksichtigen,
- vermehrt Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien mit interkulturellem Ansatz (vor allem auch audiovisuelle Medien für lese- und schreibunkundige Migrantinnen) bereitzustellen und
- Angebote zur Gesundheitsförderung für Migrantinnen in allen Regionen von NRW (inhaltlich und regional) erreichbar zu machen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **AkteurInnen im Bereich Forschung**:

- die Entwicklung einer handhabbaren Definition von „Migrantinnen“ – unter Berücksichtigung der Spätaussiedlerinnen – für den Bereich der epidemiologischen Forschung,
- die routinemäßige Aufnahme ausländischer StaatsbürgerInnen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland („MigrantInnen“) in alle gesundheitsbezogenen Datenerhebungen und Surveys und
- die Berücksichtigung eines ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses im Bereich Gesundheit und Migrantinnen.

Die Enquetekommission fordert die **AkteurInnen der Gesundheitsberichterstattung von Bund, Ländern und Gemeinden** auf, zukünftig folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- standardisierte Definition der Zielgruppe „MigrantInnen“ für alle Datenquellen, die eine Differenzierung nach Zugehörigkeit für verschiedene Zielgruppen erlaubt und die gewährleistet, dass unterschiedliche Gruppen adäquat repräsentiert sind (z.B. auch Spätaussiedlerinnen),
- geschlechtsspezifische und nach Regionen getrennte Daten zu erheben und auszuweisen,

- Aufnahme des Merkmals „Land der Geburt“ in die Gesundheits- und Todesursachenstatistik (mittelfristig) und des Merkmals „Land der Geburt beider Elternteile“ (langfristig),
- Erweiterung der Indikatorensätze der Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen um geschlechts- und migrationsspezifische Aspekte,
- regelmäßige Zusammenführung von Daten aus den untersuchten Quellen (insbesondere amtliche Bevölkerungs- und Sterbedaten, Sozio-oekonomisches Panel, Perinatalerhebungen, Schuleingangsuntersuchungen, Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und Mikrozensus) gemäß dem Indikatorensatz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK),
- regelmäßige und systematische Zusammenfassung bestehender lokaler/regionaler Datenerhebungen zur Gesundheit von MigrantInnen und
- Veröffentlichung ausgewählter, aufbereiteter Daten zur Gesundheit von MigrantInnen zusammen mit methodischen Erläuterungen in Form von Beiträgen in der Gesundheitsberichterstattung (Reihe des Statistischen Bundesamtes/Robert-Koch-Institut) alle zwei bis drei Jahre.

#### 4.10.7 Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (2001): Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, Thomas, Salman, Ramazan (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Bonn
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), (2002): *Daten und Fakten zur Ausländersituation*, Berlin und Bonn
- Borde, Theda, osendahl, Carla (2003): *Frauen- und Männergesundheit*. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*, Berlin und Bonn, August 2003, 109-117
- Desjarlais, R. (1995): *World mental health problems and priorities in low income countries*, Oxford University Press, Oxford
- Diefenbacher, A., Heim, G. (1997): Kulturspezifische Einstellung zum Körper. Somatisierung bei türkischen und deutschen Depressiven. *T&E Neurologie Psychiatrie* 11, 870-3
- Furnham, A., Shaheen, S. (1993): Gender, Generational, and Social Support Correlates on Mental Health in Asian Immigrants. *International Journal of Social Psychiatry* 39, 22-33
- Gardemann, J., Müller, W., Remmers, A. (Hrsg.), (2000): *Migration und Gesundheit - Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*. Düsseldorf
- Haasen, C., Lambert, M., Mass, R., Krausz, M. (1998): Impact of Ethnicity on the Prevalence of Psychiatric Disorders Among Migrants in Germany. *Ethnicity and Health* 3, 159-65

- Hommel, Minika (2003): Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 22-25
- International Organization for Migration: IOM Statement: Health Issues for Female Migrants, Stand Dezember 2003  
([www.iom.int/en/who/main\\_policies\\_gender.shtml](http://www.iom.int/en/who/main_policies_gender.shtml))
- Koch, E. (2003): Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 43-53
- Koehn, P.H. (2003): Global Politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence. Vortrag auf der Tagung Improving cultural competence: Training hospital staff for providing cross-cultural health care, Wien, 28. August 2003
- Kolk, v. d., (2000): Traumatic Stress. Paderborn, 192
- Lajios, K. (Hrsg.), (1998): Die ausländische Familie – Ihre Situation und Zukunft in Deutschland, Opladen, Leske + Budrich
- Lajios, K. (Hrsg.), (1993): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen, Opladen, Leske + Budrich
- Leon, D., Walt, G. (2001): Poverty, Inequality and Health: An international perspective. Oxford University Press, Oxford (HA)
- Lindert, Jutta (2003): Krankheit kennt keine Papiere. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 143-147
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2003): Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, Oxford
- Ministerium für Arbeit, Soziales Qualifikation und Technologie (MASQT) (Hrsg.), (2002): Notiert in NRW. Zuwanderungsstatistik. Ausgabe 2001, Düsseldorf
- Mohammadzadeh, Zahra (2003): Gesundheit und Integration, Gesundheit durch Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 118-121
- Özkan, Ibrahim (2003): Grenzen und Praxisansätze der traumazentrierten Arbeit mit Flüchtlingen. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 122-125
- Olbemann, Elke, Dietzel-Papakyriakou, Maria (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer, Forschungsbericht, Dortmund

- Patel, V. et al. (1999): Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, Vol. 49, Issue 11, 1461-1471
- Pourgholam-Ernst, Azra (2002): Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen: Frauen und Gesundheit; eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht, Münster
- Saraceno, B. (1997): Poverty and mental Health. *Canadian Journal of Psychiatrie*, 42, 285-290
- Vahedi, N., (1996): Diskriminierung und gesundheitliches Wohlbefinden bei türkischen Industriearbeitern. *Psychosozial* 19, 71-92
- Weilandt, Caren, Rommel, Alexander, Raven, Uwe (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Williams, D.R., Williams-Morris, R. (2000): Racism and Mental Health: the African American experience. *Ethnicity and Health* 5, 243-68
- Wirtgen, Waltraud (2003): Untersuchung und Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003*, 126-129
- Ziguras, S.J., Stuart, G.W. (2000): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 51, 1410-1421

## Links

- [www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)
- [www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de](http://www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de)
- [www.bayzent.de](http://www.bayzent.de)
- <http://www.kvno.de/buerger/arztuche/arztverz.html>
- <http://www.aekwl.de/>
- <http://www.kvwl.de>
- <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>
- [http://www.iom.int/en/who/main\\_policies\\_gender.shtml](http://www.iom.int/en/who/main_policies_gender.shtml)

#### 4.11 Belastungen und Ressourcen von Müttern

Die Enquetekommission hat sich der Gesundheit von Müttern angenommen, weil trotz der Vielfalt und der Zunahme der Gesundheitsstörungen von Müttern dem Thema in der gesundheitlichen Versorgung und Forschung bisher keine große Relevanz beigemessen wird. Sie hat die grundlegenden Leitfragen zu diesem Bereich formuliert:

- Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von Müttern bei der gesundheitlichen Versorgung angemessen berücksichtigt werden und dass Mütter wirklich Zugang zu allen Formen der gesundheitlichen Versorgung finden?
- Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein, und wie können diese verwirklicht werden, damit sie Müttern in ihren jeweiligen Lebensphasen und -welten gerecht werden?
- Welche persönlichen Ressourcen und individuellen Bewältigungsstrategien von Müttern können zum Erhalt von Gesundheit und zum Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?

Mütter stellen zwar keine homogene Gruppe dar, es bestehen allerdings soziale und familiäre Belastungs- und Ressourcenpotenziale, die in einer sehr allgemeinen Form für alle Mütter gelten. Unter Müttern werden hier sowohl biologische Mütter als auch andere Formen sozialer Mutterschaft wie etwa Adoptiv- oder Stiefmütter verstanden (Eichler, 1997).

##### 4.11.1 Aktueller Forschungsstand

Bezogen auf die quantitative Relevanz des Themas – in NRW lebten 2002 ca. 26 % der erwachsenen Frauen in einem Haushalt mit ledigen Kindern<sup>1</sup> – ist die Literatur zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Müttern auffallend gering. Kaufmann beklagte eine "strukturelle Rücksichtslosigkeit unserer Gesellschaft gegenüber Müttern und Kindern", die sich sowohl in der Daten- und Forschungslage als auch in der Versorgungssituation wieder findet (Kaufmann, 1996).

Obwohl seit dem frühen 20. Jahrhundert deutlich ist, dass die Gesundheitsförderung von Müttern auch dem Wohlergehen der Kinder dient, hat das mangelnde wissenschaftliche Interesse an der Gesundheit von Müttern in Deutschland Tradition (Lindner, 2001). Forschungen, die vor allem die gesundheitliche Lage und Versorgung der Mütter in den Vordergrund stellen, sind in der Bundesrepublik nur in sehr geringem Umfang durchgeführt worden. Ganz deutlich wird das durch einen Vergleich der deutschen Literatur mit der des angloamerikanischen Raumes.<sup>2</sup>

Eine der wenigen Ausnahmen ist die Gruppe um Gisela C. Fischer und Jürgen Colatz an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie führen Forschungen zu mütter-spezifischer Gesundheitsbelastung und Ressourcenstärkung durch. Diese Untersuchungen richten sich auf die Mütter, die an einer Mütter- und Mutter-Kind-Kur teil-

<sup>1</sup> In der Bundesrepublik versorgten 2001 ein gutes Drittel aller erwachsenen Frauen Kinder in einem Haushalt (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 6. März 2003). Hier sind auch erwachsene Kinder gemeint, die im Haus der Eltern leben.

<sup>2</sup> Vgl. die Zusammenfassung der Forschungslage bei Franke 1993, S. 91 ff.



nahmen, d.h. auf eine bestimmte Gruppe bereits erkrankter Frauen. Der besonderen Lage allein erziehender Frauen widmet sich vor allem Matthias Franz (Franz, 1999 und 2002). Weiterführende Literatur- und Forschungsüberblicke finden sich bei Sieverding (1995) und bei Franke (1993). Letztere weist darauf hin, dass die Daten, die zur Verfügung stehen, nicht ausreichen, um das besondere Belastungs- und Ressourcenprofil der Tätigkeit von Müttern zu erkennen (Franke, 1993).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auch auf Tagungen, Gutachten und ExpertInnengepräche, die im Auftrag der Enquetekommission durchgeführt worden sind.

#### **4.11.2 Lebenslagen verschiedener Gruppen von Müttern**

Die Rolle von Müttern hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr widersprüchlich entwickelt. Trotz wachsender Frauenerwerbstätigkeit halten sich traditionelle Erwartungen. Die Zuständigkeit für die Familienarbeit liegt nach wie vor fast ausschließlich bei den Frauen. Von einer gleichberechtigten Wahrnehmung der Verantwortung beider Elternteile für Familien- und Hausarbeit kann nach wie vor keine Rede sein. Der Anteil von Vätern, die bislang Erziehungsurlaub nahmen, betrug nur 1,6 %.<sup>3</sup> Neue Anforderungen, die Mütter unter Druck setzen, sind hinzugekommen, wie z.B. wachsende Ansprüche an frühkindliche Förderung, kindliche Freizeitgestaltung und gesundheitsbewusste Ernährung. Von Müttern wird erwartet, eine stets funktionierende Fürsorge für Kinder, Ehemänner und Angehörige zu gewährleisten. So sind überwiegend Frauen für die zeitliche und räumliche Koordinierung der Aktivitäten der verschiedenen Familienmitglieder verantwortlich, für die Organisation des Beschaffungs- und Transportwesens und dafür, dass die Kinder zwischen Schule, Turnverein und Zahnarzt etc. überhaupt Mahlzeiten einnehmen. Letztlich müssen Mütter bzw. Eltern alle gesellschaftlichen Umbrüche wie z.B. die Einengung des Bewegungsspielraumes für Kinder in städtischen Gebieten durch hohes Verkehrsaufkommen und wachsenden Medieneinfluss durch ihre Erziehungsleistung kompensieren. Auch Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kindergärten erwarten in zunehmendem Maße die Mitarbeit von Eltern. Mütter sind also „Familien- und Gesundheitsmanagerinnen“ (Erlar, Anhörung vom 25. Nov. 2002). Dabei ist die Leistung, die Mütter erbringen, ihnen selbst vielfach nicht bewusst. Daraus folgt, dass zahlreiche Mütter weder Anerkennung einfordern, noch sich selbst ein Recht auf Erholung zubilligen.

Nach Collatz und Fischer können spezifische Stressfaktoren für Mütter unter unterschiedlichen Bedingungen sowohl als Belastung wie auch als Herausforderung wirken. Mit dieser Perspektive können Spielräume für eine Ressourcenstärkung ausgelotet werden.

#### **Erwerbstätige Mütter**

Die soziale Lage erwerbstätiger Mütter wird zu einem großen Teil durch die Art ihrer Arbeit bestimmt. Hier muss zwischen erwerbstätigen Müttern in qualifizierten Berufen mit entsprechender Bezahlung und denen, die einer unterbezahlten und gering qualifizierten Erwerbstätigkeit nachgehen, deutlich differenziert werden. Mütter sind in unterschiedlichen Formen und in verschiedenen Lebensphasen berufstätig. Während

<sup>3</sup> Genaue Zahlen für das Elternzeitmodell liegen noch nicht vor. Diese Zahl bezieht sich noch auf das ältere Erziehungsurlaubs-Modell, vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2004.

die einen ganztags mit kleinen Kindern erwerbstätig sind, steigen andere erst wieder ins Berufsleben ein, wenn die Kinder aus dem Haus sind. In der Bundesrepublik sind rund 61 % aller Mütter teilzeit- oder vollzeitbeschäftigt. Während 35 % der Mütter teilzeitbeschäftigt sind, arbeiten nur 3 % der Väter in Teilzeitmodellen (Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 12. Juni 2003). In NRW arbeiten ca. 19 % der verheirateten und 30 % der allein Erziehenden Mütter Vollzeit (Gesundheitsbericht NRW, 2000).

Innerhalb des Erwerbslebens bestehen Belastungsfaktoren, die sich auf Mütter besonders nachteilig auswirken. Dazu gehören vor allem unflexible Arbeitszeiten, Rufbereitschaften und auch die Nutzungsmöglichkeiten des ÖPNV, die sich häufig nicht mit den Zeiten in Kinderbetreuungseinrichtungen in Einklang bringen lassen. Ständig auf dem Sprung sein zu müssen, damit das Kind pünktlich abgeholt wird und dabei die Sorge um den Arbeitsplatz zu spüren, gehört zu den schlimmsten negativen Stressoren für erwerbstätige Mütter.<sup>4</sup> Für alle vollzeitbeschäftigten Frauen mit kleinen Kindern gilt, dass sie mit durchschnittlich 72 bzw. bei Alleinerziehenden sogar 77 Arbeitsstunden (Erwerbs- und Familienarbeit) die höchste Wochenarbeitszeit aller Bevölkerungsgruppen haben (Bundesfrauengesundheitsbericht, 2001; siehe auch Kapitel 4.3)

Für viele Mütter in festen Partnerschaften, die bezahlter Arbeit nachgehen, besteht ein wesentlicher zusätzlicher Belastungsfaktor zudem darin, dass sie nicht wie zahlreiche ihrer männlichen Kollegen mit einer Entlastung durch den Partner rechnen können (Friedman und Greenhaus, 2000). Folgende Belastungsfaktoren bestehen für erwerbstätige Mütter (siehe auch Kapitel 4.3):

- fehlende Zeit, um sich der eigenen Gesunderhaltung zu widmen,
- mangelnde, unflexible Kinderbetreuungsangebote,
- unflexible Arbeitszeiten,
- fehlendes Verständnis der Arbeitgeber für mütterliche Verpflichtungen,
- fehlende Entlastung durch den Partner,
- zu wenig Freizeit,
- unqualifizierte Tätigkeiten und
- fehlende Möglichkeiten, an Fortbildungen teil zu nehmen.

### **Nicht erwerbstätige Mütter**

Die Belastung nicht erwerbstätiger Mütter ist vor allem durch mangelnde gesellschaftliche und individuelle Anerkennung bestimmt. Gerade nicht erwerbstätige Mütter definieren den Erfolg ihrer Arbeit sehr stark über die Entwicklung und den Gesundheitszustand ihrer Kinder. Dass sie ernstliche und chronische Erkrankungen der Kinder oftmals als eigenes Versagen empfinden, trägt dazu bei, dass sie durch die Betreuungs- und Erziehungsarbeit überlastet sind (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998). Insofern spielt auch die allgemeine gesundheitliche Lage von Kindern und

---

<sup>4</sup> Die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung berichtete am 1. Juni 2003 vom Fall einer Mutter, die ihren Arbeitsplatz verloren hatte. Sie war wiederholt zu spät gekommen, weil sie ihre Tochter in die Schule bringen musste. Das zuständige Gericht ging davon aus, dass sie zu Recht gekündigt worden sei, da sie ihr Kind durch Dritte zur Schule hätte bringen lassen müssen.

Jugendlichen für den Gesundheitszustand der Mütter eine wesentliche Rolle. Häufig legen Mütter zu wenig Wert auf ihre eigene Gesundheit, wie ausreichend Schlaf und regelmäßige gesunde Mahlzeiten, dagegen fühlen sie sich sehr verantwortlich für die Gesundheit ihrer Familie und ihrer Kinder (Resch, 2002).

Die wichtigsten Stressoren für nicht erwerbstätige Mütter sind vor allem (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998):

- Routinearbeit,
- unregelmäßige Arbeitszeiten,
- mangelnder Schlaf,
- fehlende persönliche und berufliche Anerkennung,
- Isolation,
- mangelnde Freizeit,
- chronisch kranke Kinder,
- ökonomische Problemlagen und
- Schuldzuweisungen bei kindlichen Entwicklungsproblemen (auch bei erwerbstätigen Frauen).

### **Alleinerziehende Mütter**

Lebenslagen Alleinerziehender können sehr unterschiedlich sein. Vielen Untersuchungen liegt kein eindeutiges Kriterium für den Terminus „allein erziehend“ zugrunde. So definieren einige Studien allein erziehend als nicht verheiratet, während andere auch Partnerschaften berücksichtigen (Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003). Im Folgenden wird die Lebenslage allein erziehender Mütter beschrieben, die mit mindestens einem minderjährigen Kind ohne Partner in einem Haushalt zusammenleben.

Die Zahl der Einelternfamilien ist in Deutschland kontinuierlich ansteigend. Fast jede dritte Ehe wird geschieden. Insofern stellen die geschiedenen Frauen mit Kindern den größten Anteil an der Gruppe der Alleinerziehenden. In Deutschland lebten 1999 ca. 20 % Alleinerziehende. 88 % von ihnen sind weiblich. Von diesen Frauen leben 30 % als ledige, 18,9 % als verheiratete, aber getrennt lebend und 43,7 % als geschiedene und 7,4 % als verwitwete (Franz, 2002; Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003). Die einschlägigen Untersuchungen gehen mehrheitlich davon aus, dass dieser Anteil noch steigen wird (Gesundheitsbericht NRW 2000). So hat sich die Zahl der Alleinerziehenden in NRW in den letzten fünf Jahren um 20 % erhöht.<sup>5</sup> Wichtigste Faktoren für die Lebenslage Alleinerziehender sind, ebenso wie bei den verheirateten Frauen, die ökonomische Situation, die Zahl der Kinder und die berufliche Qualifikation (Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003). Ein Großteil der Familien Alleinerziehender lebt unter erheblichem ökonomischen Druck. 2002 bezogen über ein Drittel der allein erziehenden Mütter Leistungen aus der Sozialhilfe. Von den Familien, die in ehelichen oder nichtehelichen Lebensgemeinschaften minderjährige Kinder erziehen, erhalten dagegen nur 2,5 % Sozialhilfeleistungen.<sup>6</sup> Insofern

<sup>5</sup> Antwort der Landesregierung auf eine große Anfrage der CDU-Fraktion, Drucksache 13/4576

<sup>6</sup> Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Pressemitteilungen 2003

sind Kinder nach wie vor ein erhebliches Armutsrisiko für allein lebende Frauen. Nach einer Umfrage im Auftrag des Robert-Koch-Institutes sind für Alleinerziehende vor allem folgende Faktoren besonders belastend (Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003):

- Unsicherheit, wie die eigene Zukunft weitergeht,
- fehlende berufliche Perspektiven aufgrund mangelnder Kinderbetreuungsangebote,
- finanzielle Probleme,
- zu viele Aufgaben in der Familie,
- sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlen,
- fehlende Anerkennung der eigenen Leistung,
- fehlende Harmonie in der Familie,
- Probleme mit der Wohnsituation und
- Väter, die ihren Unterhaltspflichten nicht nachkommen.

#### **4.11.3 Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen**

In den letzten Jahren ist erstmals umfassend damit begonnen worden, Krankheiten unter Genderaspekten (siehe auch Kapitel 1.4.8) zu untersuchen. Der Aspekt Mutter- oder Vaterschaft floss in diese Untersuchungen bisher allerdings selten mit ein (Franke, 1993). Vorliegende Daten befassen sich vor allem mit Unterschieden innerhalb verschiedener Gruppen von Müttern, aber nicht mit Differenzen zwischen Müttern und anderen Frauen. Erhoben und verglichen wurden bisher vor allem die unterschiedlichen Gesundheitsverhältnisse erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Mütter und verheirateter und allein erziehender Mütter (Franke, 1993; Franz, 2002; Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003).

Mutterschaft wird von Frauen als ambivalent empfunden. Viele Frauen erfahren die Phase der aktiven Kindererziehung als eine Zeit, in der sie sich besonders belastbar und zufrieden erleben; viele empfinden diese Zeit aber auch als krisenhaft, problematisch und krankheitsauslösend. Bei vielen Müttern besteht ein ständiger Wechsel zwischen beiden Erfahrungen (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998; Kortendiek, 2002).

Sowohl strukturelle als auch individuelle Faktoren beeinflussen das Erleben der Mutterschaft. Ökonomische Lage, familiäre Situation, Bildung und Beruf sind die wichtigsten Bedingungen, die die gesundheitliche Lage von Müttern bestimmen. Da die Belastungen auf der körperlichen und auf der psychischen Ebene sehr komplex sind und größtenteils über Jahre auf die Frauen einwirken, gehören vor allem psychosomatische und psychogene Beschwerden zu den häufigsten Erkrankungen von Müttern. Sie erkranken überdurchschnittlich oft an den Folgen eines Burn-out-Syndroms. Dieses komplexe Syndrom beschreibt einen tiefen Erschöpfungszustand, der sich langsam über einen Zeitraum von andauerndem Stress und Belastung entwickelt. „Burn-out ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderung, die von innen oder von außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertsys-

teme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt." (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998). Ca. 20 % aller Mütter leiden an diesen Erschöpfungssyndromen (Bonnemann-Böhner, 2002). Weitere Daten über mütterspezifische Erkrankungen liegen bislang lediglich vom Müttergenesungswerk vor, die von Collatz, Fischer und Thies-Zajonc aufgearbeitet wurden. Danach sind Schwerpunktindikationen, die zur Bewilligung einer Kurmaßnahme führen: etwa 74 % Erschöpfungszustände, 54 % Erkrankungen des Muskelskelettsystems und 23 % psychovegetative Störungen. 10 % aller Mütter leiden unter Problemen der Mutter-Kind-Interaktion, bzw. unter psychischen Erkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege und anderer Organsysteme und unter allgemeinen Befindlichkeitsstörungen.

Eine psychogene Erkrankung, die ausschließlich Mütter betrifft, ist die postpartale<sup>7</sup> Depression. Ca. 50–85 % der Mütter erleben einen so genannten „Baby-Blues“, einen transitorischen Verstimmungszustand, der nach einigen Tagen oder sogar Stunden ohne Folgeprobleme abklingt. Bleibt er allerdings über zwei Wochen bestehen, ist er ein wichtiger Indikator für die Entwicklung einer so genannten postpartalen Depression, die immerhin bei 10 – 20 % aller Mütter vorkommt. ExpertInnen sprechen von einer regelrechten Volkskrankheit, deren Verlauf und effiziente Behandlung aber kaum bekannt ist. Da das gesellschaftliche Idealbild die glückliche Mutter ist, wird die Lage „unglücklicher“, bzw. an Depressionen erkrankter Mütter in unserer Gesellschaft nach wie vor tabuisiert. Es mangelt an öffentlicher Aufklärung, Akzeptanz und adäquater Behandlung, insbesondere an entsprechend ausgerichteten Mutter-Kind-Stationen bzw. Einheiten, in denen Mütter mit ihren Säuglingen gemeinsam behandelt werden.

Für Mütter mit Behinderungen ist die Alltagsbewältigung in mehrfacher Hinsicht zusätzlich belastend. Einige Barrieren und Belastungsfaktoren sind der Enquetekommission in Fachgesprächen erläutert worden (Seipelt-Holtmann, Fachgespräch 25. November 2002; Hermes, Fachgespräch 17. Oktober 2003). So beeinträchtigt es Mütter mit Behinderungen besonders emotional, dass sie nicht als kompetente Hausfrauen und Mütter angesehen werden. Schon in der Schwangerschaft werden sie mit Forderungen nach Pränataldiagnostik und Abtreibungsempfehlungen konfrontiert. Mangelnde Barrierefreiheit behindert nicht nur die Teilnahme an geburtsvorbereitenden Kursen sondern auch die freie Arztwahl (Hermes, Fachgespräch 17. Okt. 2003). Für gehörlose Frauen erschweren die mangelnden Verständigungsmöglichkeiten über die Schwangerschaftsvorsorge hinaus auch den Geburtsverlauf erheblich. Insgesamt fehlt MedizinerInnen oftmals das Wissen darüber, wie sich Behinderungen auf den Geburtsverlauf auswirken können.

Mütter mit Behinderungen stehen unter einem zusätzlichen Rechtfertigungsdruck. Sie erfüllen nicht die „herrschenden“ gesellschaftlichen Normvorstellungen einer „guten Mutter“ und haben daher zusätzliche Probleme, darüber zu sprechen, wie belastend die jeweilige Behinderung in ihrem Alltag als Mutter tatsächlich ist und Schwierigkeiten, geeignete Hilfen zu fordern. Dabei sind die Barrieren im Alltagsleben für sie besonders groß. Der Zugang zu Kindergärten, Schulen, ärztlichen Praxen und Familienbildungsstätten wird häufig durch enge Eingänge, Stufen und mangelnde Aufzüge erschwert und fordert einen hohen zusätzlichen Kraftaufwand und/oder Assistenz. Müttern wie auch Kinder werden so von vornherein ausgegrenzt und die Teilnahme

<sup>7</sup> postpartal = nachgeburtlich; nach der Geburt

an "Krabbelgruppen", "Mutter-Kind-Turnen" und anderen Förder- und Freizeitangeboten erheblich erschwert.

Folglich leiden diese Mütter oftmals unter erheblichen Erschöpfungszuständen und körperlicher Überlastung. Der Arbeitsmarkt diskriminiert Mütter mit Behinderungen mehrfach, so dass für sie die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Regel nicht realisierbar ist. Mit der fehlenden Erwerbstätigkeit geht auch ein Verlust von Ressourcen einher. Damit haben sie kein eigenes Einkommen und sind nicht in der Lage, die notwendigen Hilfs- und Assistenzmittel zu finanzieren. Das erschwert ihre ohnehin schon schwierige Lage noch zusätzlich. (siehe auch Kapitel 4.4).

Ein erheblicher Unterschied in der gesundheitlichen Lage besteht zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern. Alleinerziehende in Deutschland trifft es besonders hart, dass Erziehung und Versorgung von Kindern im Hinblick auf Kinderbetreuung und ökonomische Unterstützung weitgehend als private Angelegenheit gelten. Sie leiden mit 24,7 % mehr als doppelt so häufig an psychischen Erkrankungen wie verheiratete Mütter. Studien aus dem angelsächsischen Raum zeigen, dass bei allein erziehenden Müttern ein erhöhtes Risiko bei psychiatrischen Erkrankungen, Suizid und Unfällen, Depressivität und Angsterkrankungen besteht. Hinsichtlich der Prävalenz von 44 hauptsächlich chronischen Krankheiten schneiden allein erziehende Mütter signifikant schlechter ab als verheiratete. Alleinerziehende geben zu 85,4 % ein Vorkommen von zwei und mehr Krankheiten an. Im Vergleich beträgt der Anteil bei verheirateten Müttern 77,9 %. Auch bei der Prävalenz von Alkoholabhängigkeit sind Alleinerziehende deutlich überrepräsentiert (Franke et al., 2001). Selbst wenn die vorhandenen Daten sozial differenziert nach Unter-, Mittel- und Oberschicht betrachtet werden, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität allein erziehender gegenüber verheirateten Müttern deutlich eingeschränkt (Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003; DIE ZEIT, 2003). Ebenso gibt es abgesehen von der finanziellen Belastungssituation andere, die Gesundheit beeinträchtigende Faktoren für Alleinerziehende: Obwohl in England 58 % der Einelternfamilien in Armut leben und in Schweden nur 10 %, findet sich in beiden Ländern ein etwa gleich großer Unterschied in der gesundheitlichen Lage zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern (Franz, 2002).

Nach Hagemann-White trägt Mutterschaft auch häufig zu einem höheren Gewaltrisiko von Frauen bei. Demnach beginnt Gewalt in Beziehungen häufig gerade in der Schwangerschafts- und Kleinkindphase. Internationale Untersuchungen deuten darauf hin, dass allein erziehende Mütter einem noch höheren Gewaltrisiko durch Freunde, Verwandte und Bekannte als verheiratete Mütter ausgesetzt sind (Hagemann-White und Bohne, 2003, siehe auch Kapitel 4.5).

Die unterschiedliche Gesundheitslage von erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Müttern hat besonderes Interesse in der Forschung gefunden (Franke, 1993). Erwerbstätigkeit birgt, darin sind sich fast alle Studien einig, abgesehen von einigen Einschränkungen, keine gesundheitliche Mehrbelastung. Eher kann davon ausgegangen werden, dass in der Erwerbstätigkeit bei geeigneten Rahmenbedingungen ein erhebliches gesundheitsförderndes Potenzial liegt. So können erwerbstätige Mütter besser mit Misserfolgen im Beruf fertig werden als kinderlose Frauen. Umgekehrt gilt dasselbe für die Familienarbeit. Auch hier zeigt sich, dass berufstätige Mütter, die ihr Selbstvertrauen nicht ausschließlich aus der positiven Entwicklung der Kinder ziehen, weitaus besser mit Rückschlägen innerhalb der Familie und der Erziehung umgehen können. Unklar ist bislang noch, ob die Verbindung von Mutterschaft (bzw.

Elternschaft) und Berufstätigkeit einen optimalen Synergieeffekt bei Teilzeit- oder Vollzeitstätigkeit entwickelt. Neuere internationale Untersuchungen gehen davon aus, dass eine Teilzeitstelle mit 20 Stunden oder weniger keinesfalls eine ideale Lösung für die Verbindung von Beruf und Mutterschaft darstellt. Es wird hier argumentiert, dass Mütter, die weniger als 20 Stunden erwerbstätig sind, weder im Berufsleben noch in der Familie ausreichende Anerkennung erfahren (Joseph G. Grzywacz, 2003). Deutsche WissenschaftlerInnen haben dagegen kürzlich betont, dass Teilzeitstellen die Lebenszufriedenheit gerade von Müttern mit Kleinkindern deutlich erhöhen (Wochenbericht des Instituts für Wirtschaftsförderung, Berlin 35/2003). Insgesamt fühlen sich gerade Mütter in Deutschland mit Kindern unter drei Jahren bei einer Vollzeitstätigkeit deutlich stärker belastet als Frauen mit Kindern im Schulalter. Vermutlich spielt hier die mangelnde öffentliche Anerkennung und die unzureichende Kleinkindbetreuung eine wesentliche Rolle. Die langen Schatten der deutschen Mütterlichkeitsideologie führen auch heute noch dazu, dass die Kleinkindbetreuung in Deutschland nach wie vor sehr schlecht ausgebaut ist. Der Begriff „Rabenmutter“ ist ein ausschließlich deutsches Phänomen. Kleinkindmütter, die ganztags außer Haus arbeiten, sind nach wie vor erheblichem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt (Gesundheitsbericht NRW, 2001).

Internationale Studien dagegen zeigen, dass sich die Depressionswerte von Müttern verringern, wenn sie ganztags außer Haus berufstätig sind (Barnett und Hyde, 2001). Das gilt ebenso für die Gefährdung durch Herzinfarkt, das Risiko sinkt um 20 %, wenn die Frauen erwerbstätig sind (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998; Bartholomeyczik 1982). Darüber hinaus belegen weitere Studien, dass berufstätige Mütter ihre gesundheitliche Situation auch selbst positiver beurteilen (Gavranidou 1992; Gesundheitsbericht NRW, 2000). Auch bei den Einelternfamilien schätzen vollerwerbstätige Frauen ihre Gesundheit besser ein (66,2 % als sehr gut oder gut) als die teilzeitbeschäftigten Frauen (55,8 % als sehr gut oder gut) oder die nicht erwerbstätigen (44,4 %) (Helfferich, Hendel-Kramer und Klindworth, 2003).

Diese Ergebnisse sind letztlich aber nur mit Vorsicht gesellschaftspolitisch zu interpretieren. Der einfache Umkehrschluss, dass es für alle Mütter in der Regel gesünder sei, vollzeiterwerbstätig zu sein, wird der Komplexität der Einflussfaktoren nicht gerecht. Die Anzahl der Kinder, beruflicher Status, Struktur der Partnerschaft und die ökonomische und gesundheitliche Lage der Frauen und vor allem die individuelle Lebensplanung der Frauen sind komplexe Faktoren, die die positive Wirkung von Erwerbstätigkeit beeinflussen können.<sup>8</sup> Inwieweit Erwerbstätigkeit von Müttern als Belastung empfunden wird, hängt auch mit Art der Arbeit und dem (Aus-) bildungsstand zusammen (siehe auch Kapitel 4.3).

Zusammenfassend ist festzustellen: Die Erwerbstätigkeit birgt für Mütter grundsätzlich ein erhebliches gesundheitliches Ressourcenpotenzial.<sup>9</sup> Dies kommt in der Bundesrepublik nur begrenzt zum Tragen, da hier nach wie vor Betreuungsangebote unzureichend sind. Insofern bedeutet eine Vollzeiterwerbstätigkeit für Mütter mit (mehreren) Kleinkindern zurzeit in Deutschland eine erhebliche Mehrbelastung.

<sup>8</sup> Vgl. als Kritik zu Studien, die anhand ausgesuchter Gesundheitsdaten untersuchen, ob Berufstätigkeit oder Familienarbeit für Mütter und Kinder gesünder sei: Franke 1993, S. 47 f. Sie kritisiert, dass zahlreiche dieser Studien auf einer sehr geringen Datenbasis äußerst weitgehende gesellschaftspolitische Schlüsse zögen.

<sup>9</sup> Als Patientinnen in den Mütter- und Mutter-Kind-Kuren sind vor allem alleinerziehende (34 %) und kinderreiche Mütter (Hausfrauen, 32,8 %) überrepräsentiert. Die Zahl der erwerbstätigen Mütter liegt mit 56 % knapp unter dem Bundesdurchschnitt (Hochrhein-Institut 2002, S. 7).

#### **4.11.4 Beispiele gelungener Ressourcenstärkung und funktionierender Versorgung**

##### **Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen**

In Deutschland bieten vor allem die Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen des Müttergenesungswerkes ein Gesundheitsangebot, welches mütterspezifische Gesundheitsprobleme in einem entsprechenden lebensweltlichen und familienmedizinischen Rahmen behandelt (Collatz und Sperlich, 2002). Den Mütter- und Mutter-Kind-Kuren bescheinigen zwei voneinander unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen eine hohe und nachhaltige Effektivität und Effizienz. Sowohl der Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder der Medizinischen Hochschule Hannover als auch die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin der Freiburger Universität beurteilen den psychosozialen, psychischen und somatischen Gesundheitszustand der Patientinnen nach der Kur als deutlich besser.

Im Jahr 2002 haben 50.000 Frauen und 68.000 Kinder an einer stationären Maßnahme des Müttergenesungswerkes teilgenommen. Von den behandelnden ÄrztInnen wurde der Erfolg bei allen psychischen und somatischen Erkrankungen in 46,6 % der Fälle als "groß" und in 15,7 % sogar als „sehr groß" bezeichnet. Auch die Patientinnen selbst gaben nach der Kur bei einer subjektiven Beschwerdeneinschätzung eine deutliche Verbesserung an. Noch sechs Monate nach der Maßnahme war z.B. die Schmerzbeeinträchtigung der Patientinnen deutlich geringer. Zudem verringerten sich nicht nur die Einnahme von Schmerz- und Schlafmitteln, sondern auch die Zahl der Krankheitstage und die Besuche in der hausärztlichen Praxis (siehe Kapitel 4.1). Beide Untersuchungen führen die hohe Effizienz der Maßnahmen auf das frauenspezifische, ganzheitliche, Körper, Seele und Lebenswelt umfassende medizinische Behandlungskonzept zurück, das sowohl indikationsgerecht als auch spezifisch auf die jeweilige Lebenssituation von Müttern und Kindern ausgerichtet ist.

Da vor allem sozial benachteiligte Mütter durch diese Maßnahmen erreicht werden, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Kosten für die Begleitkinder voll von den Krankenkassen übernommen werden. Bereits bei Beantragung und Antritt einer Maßnahme bietet das Müttergenesungswerk mit seinen Kurberatungsstellen vorbereitende Hilfen und nach der Maßnahme Nachsorge zur Sicherung des therapeutischen Erfolgs an („therapeutische Kette").

##### **Lokale Beratungs- und Unterstützungsangebote**

Abgesehen von den Mütter- und Mutter-Kind-Kuren, deren Inanspruchnahme von formalisierten Antragsverfahren abhängig ist, bestehen auch zahlreiche niedrigschwellige präventive Angebote. So gibt § 16 des Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vor, dass Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden sollen. Sie sollen dazu beitragen, dass Erziehungsberechtigte ihre Verantwortung besser wahrnehmen können. Die Familienbildungsstellen bieten auch für den Bereich der Gesundheitsprävention ein umfangreiches Angebot, wie etwa Gymnastikkurse, Mutter- und Kind-Turnen, Gesprächsangebote, Ernährungsberatung etc. Die Finanzierung dieser Maßnahmen steht allerdings immer wieder zur Disposition. Darüber hinaus bestehen zahlreiche im Rahmen der Familienselbsthilfe organisierte



Einrichtungen, die wie Selbsthilfegruppen oder Netzwerke fungieren: Krabbelgruppen, Müttercafés oder Müttertreffs. Kirchen- und Wohlfahrtsverbände bieten Hilfen in Erziehungsberatungsstellen an. Ebenfalls in diesen Zusammenhang gehören Familienberatungsstellen und im weitesten Sinne auch Schuldnerberatungen. In den letzten Jahren haben sich in zahlreichen Städten auch Schrei-Baby-Ambulanzen und Elternschulen etabliert, deren Träger häufig die örtlichen Krankenhäuser sind. Frauenberatungsstellen und Gesundheitsämter bieten ebenfalls Beratungshilfen für den Krisenfall an. Diese Angebote bringen durch Beratungs- und Freizeitangebote eine präventive Ressourcenstärkung und sind durch ihre niedrigschwellige Funktion attraktiv. Die große Akzeptanz dieser verschiedenen Angebote kann bislang nur allgemein vermutet werden. Hier fehlen übergreifende Untersuchungen zu Inanspruchnahme. Möglicherweise könnten durch eine vermehrte Kooperation der Einrichtungen untereinander erhebliche Synergieeffekte erzielt werden.

Insbesondere die Mütterzentren gehen auf die komplexen Bedürfnisse der mütterlichen Lebenslage ein. Sie verfügen über ein breites Angebotsspektrum, das zumeist in Selbst- und Nachbarschaftshilfe organisiert wird. In Anerkennung dieser umfassenden Tätigkeit ist ihnen 1998 als eines von zwei deutschen Projekten das international anerkannte UN-Gütesiegel „Best practice“ verliehen worden (Angebotslexikon der Mütterzentren in NRW 1999). Neben Angeboten wie etwa SchülerInnenmittagesen, Babysitterpools, Hausaufgabenbetreuung, Rückbildungsgymnastik etc., wird vom Mütterbüro NRW zurzeit ein Projekt gefördert, das sich den besonderen Problemlagen behinderter Mütter widmet (siehe auch Kapitel 4.4).

### **Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsnachsorge**

Für die ambulante Versorgung von Müttern bestehen kaum spezifische Angebote. Zu den wenigen Ausnahmen gehört die Möglichkeit über die Krankenkassen bei einer Erkrankung, die längere Bettruhe erfordert, eine Familienpflegerin zu bekommen.

Von 1990 bis 1999 wurde von der NRW-Landesregierung ein Familienhebammen-Projekt gefördert, an dem 12 Hebammen beteiligt waren. Diese wurden intensiv fortgebildet, um für Frauen und Familien mit besonderen Problemlagen tätig zu sein. Dazu gehören u.a. sehr junge Schwangere, psychisch erkrankte Schwangere oder Frauen mit Suchtproblematik, Betreuung nach plötzlichem Säuglingstod oder bei frühgeborenen und kranken Säuglingen. Diese Frauen mit besonderen Problemlagen können von den Hebammen bis zu einem Jahr nach der Geburt intensiv betreut werden. Fünf Hebammen sind in NRW noch als Familienhebammen tätig; sie sind direkt bei den jeweiligen kommunalen Gesundheitsämtern angestellt. Nach den Ergebnissen des Modellprojektes liegt in NRW allerdings ein Bedarf für 150 Familienhebammen vor (Josten, Fachgespräch 25. November 2002).

Auch im Bereich der stationären Versorgung zeigen sich erhebliche Defizite. Nur für die unmittelbare Versorgung nach der Geburt hat sich mit dem Rooming-in für Mütter in den Kliniken ein bewährtes und sehr gefragtes Modell guter Praxis fest etabliert. Dieses Konzept wird inzwischen in einigen wenigen Kliniken auch auf die Behandlung psychogener und psychiatrischer Erkrankungen, vor allem der postpartalen Depressionen angewendet. Diese Versorgungsform, bei der Mütter zusammen mit ihren Babys behandelt werden, hat sich gerade im angelsächsischen Raum mit der Einrichtung so genannter „mother and baby units“ bewährt. Darunter werden Stationen verstanden, auf denen Mütter mit ihren Säuglingen gemeinsam behandelt werden. In

Deutschland gibt es bislang nur ganz wenige Stationen, die diese Möglichkeit anbieten. Beispiele dafür finden sich u.a. im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Dortmund, im St. Marien-Hospital in Herne und in Paderborn. Hier zeigt sich, dass die Mütter im Vergleich zu Kontrollgruppen, die ohne Kinder aufgenommen wurden, signifikant bessere Heilerfolge nachweisen konnten. Nicht nur die Patientinnenzufriedenheit sondern auch die langfristigen Heilungserfolge waren deutlich höher (Lenz, Fachgespräch 25. November 2002). Die Frauen fühlten sich von dem Druck entlastet, schnell wieder gesund werden zu müssen, sie verloren ihre Befürchtungen, dass sich ihre Krankheit negativ auf die Entwicklung ihrer Kinder auswirken könne. Auch der Umgang mit den Kindern verbesserte sich, die Frauen fühlten sich durch diese Form der Behandlung selbstbewusster und sicherer im Umgang mit ihren Kindern.

#### **4.11.5 Hindernisse und Barrieren für eine Umsetzung müttergerechter Gesundheitsversorgung**

Die eingangs zitierte „strukturelle Rücksichtslosigkeit“, die in unserer Gesellschaft den Müttern entgegengebracht wird, führt zu zahlreichen Belastungsfaktoren und Hinderungsgründen für eine bessere Gesundheit von Müttern. Mangelnde Anerkennung, fehlende Kinderbetreuungsangebote und ökonomische Abhängigkeiten sind strukturelle Faktoren, die negativ auf die mütterliche Gesundheit einwirken.

Für die konkrete medizinische Versorgung von Müttern sind in erster Linie und in aller Deutlichkeit mangelnde mütterspezifische Behandlungsmöglichkeiten für Frauen mit Kindern zu nennen. Es fehlen zielgruppenspezifische Diagnosen und Konzepte. Es gibt keine lebenswelt- und ressourcenorientierte Angebote. Es fehlen Weiterbildungsmöglichkeiten für ÄrztInnen, die die komplexen Gesundheitsstörungen von Müttern für die Diagnostik wie für die Rehabilitation und Versorgung zum Thema machen. Angefangen von der Arztpraxis bis zur stationären Versorgung stehen Frauen mit kleinen Kindern vor erheblichen Schwierigkeiten, wenn sie sich behandeln lassen wollen. Schon ein Termin für Krankengymnastik kann mit ein oder zwei lebhaften Kleinkindern zu einem unüberwindbaren Hindernis werden. Mütter sind zurzeit immer darauf angewiesen, im Familien- oder Bekanntenkreis Betreuungsmöglichkeiten zu finden.

Angebote, die soziale Kontakte fördern und ein Betreuungsnetz unter Müttern aufbauen, wie Prager-Eltern-Kind-Programme (PEKiP), Krabbelgruppen etc. finden fast ausschließlich vor 16.00 Uhr statt, für berufstätige Mütter also kaum zu verwirklichen. Dasselbe Problem besteht bei den psychosozialen Betreuungseinrichtungen für allein erziehende Mütter. Öffnungszeiten sind hier nur in seltenen Fällen auf die zeitlichen Bedürfnisse der Klientinnen zugeschnitten. Kinderbetreuung im Krankheitsfall wird außer bei länger dauernden Erkrankungen weitgehend als privates oder als familiäres Problem gesehen. Hier bestehen abgesehen von der Familienpflegerin, die die meisten Krankenkassen im Krankheitsfall stellen, keine Angebote.

Erwerbstätige Mütter mit kleinen Kindern sind die von der Arbeitszeit her am meisten belastete Gruppe, nehmen aber in nur sehr geringem Umfang präventive Angebote wahr (Bundesfrauengesundheitsbericht 2001). Das liegt vermutlich vor allem daran, dass diese Angebote kaum je auf die zeitlichen und lokalen Bedürfnisse der Mütter zugeschnitten sind. Der Betreuungsaufwand ist für berufstätige Müttern in der Regel

erheblich, so dass wenig Spielraum für Angebote bleibt, die zusätzliche Kinderbetreuung erfordern. Im Selbstverständnis vieler Mütter stehen die eigenen Bedürfnisse innerhalb der Familie immer noch an letzter Stelle.

Die Erfahrungen des Müttergenesungswerkes zeigen, dass erwerbstätige und ehemals erwerbstätige Mütter erheblich mehr Schwierigkeiten haben, eine mütterspezifische Kur von den Krankenkassen bewilligt zu bekommen als nicht erwerbstätige Mütter. Zum einen zögern die Mütter, eine Kur zu beantragen, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Zum anderen werden sie bei einem Kurantrag für eine Mütter- oder Mutter-Kind-Kur oft an den Rentenversicherungsträger verwiesen, obwohl die dauerhafte und gravierende Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nicht gegeben ist und der Rentenversicherungsträger keine Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V anbietet.

Das Antragsverfahren zu Vorsorge- und Rehamaßnahmen in den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes erweist sich trotz der gesetzlichen Vollfinanzierung insgesamt als sehr hürdenreich. Jede dritte ärztlich attestierte Kurmaßnahme wird von den Krankenkassen bundesweit abgelehnt (50 % Ablehnungen und 36 % erfolgreiche Widersprüche im 2. Halbjahr 2002 in NRW). Die meisten Ablehnungen werden mit dem Argument „ambulant vor stationär“ begründet, eine Position, die sich als ignorant gegenüber dem mütterlichen Alltag ausweist, da es gerade Müttern vielfach nicht möglich bzw. kontraindiziert ist, verschiedene ambulante Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Die alltägliche familiäre Situation, verbunden mit einem erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand, verhindert bzw. behindert eine erfolversprechende ambulante Behandlung.<sup>10</sup> Die gesetzliche Wunsch- und Wahlfreiheit der Versicherten in Bezug auf eine Einrichtung des Müttergenesungswerkes ist oft durch die Festlegung von „Hauslisten“ der Krankenkassen nicht gegeben. Insgesamt sparen die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger an den mütterspezifischen Maßnahmen. Obwohl der Gesundheitsstatus kritisch und die Zahl der Mütter, die eine Maßnahme beantragen, seit 2000 unverändert hoch ist, sind die Ausgaben der GKV für „Aufwendungen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“ für Kinder und Mütter mit Kindern von 2001 auf 2002 um 13 Mill. Euro (3,25 %) gesunken. Der Trend hat sich im ersten Halbjahr 2003 gegenüber 2002 mit 5,17 % fortgesetzt.

#### **4.11.6 Handlungsfelder**

##### **Erwerbstätigkeit**

Eine effektive gesundheitliche Versorgung der Mütter verlangt das Engagement und Veränderungswillen von AkteurInnen in verschiedenen Bereichen, besonders in solchen, die die Lebenslage und damit die Gesundheit von Müttern bestimmen. Dazu gehören ein Arbeitsmarkt, der bisher kaum mütterspezifische Organisations- und Zeitstrukturen anbietet und eine unzureichende Kinderbetreuung, die die Mehrheit der Mütter in ihrem Wunsch nach einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie allein lässt, denn Berufstätigkeit ist für Frauen nach Gesundheit und Partnerschaft eine größere Quelle von Lebenszufriedenheit als Kinder. Mehr Lebensglück verspricht sich die Mehrheit der Frauen in Deutschland allerdings von einem Leben mit Kindern

<sup>10</sup> Dies hat kürzlich ein Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 12.12.2002 gegen die DAK bestätigt. (Az: S9 KR 179/00). Zudem gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht für mütterspezifische Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V, da hier explizit kein Verweis auf die §§ 23 Abs. 2 und 40 Abs. 1 SGB V erfolgt.

(Schering-Frauenstudie, 1993). Wie die Analyse gezeigt hat, können sowohl Erwerbstätigkeit wie auch positive partnerschaftliche Beziehungen eine wesentliche Ressource für Mütter sein.

Abgesehen von direkten gesundheitsfördernden Maßnahmen fordert die Kommission eine partnerschaftliche Aufteilung von Haus-, Familien- und Berufsarbeit. Politik und Gesellschaft sind deshalb aufgefordert, angemessene Rahmenbedingungen für Familien zu schaffen. Da Erwerbstätigkeit erheblich gesundheitsfördernd wirken kann, empfiehlt die Kommission, die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter zu verbessern. Nach wie vor ist es für Mütter kaum möglich, mit den Angeboten, die die öffentliche Kleinkinderbetreuung bietet, ganztätig erwerbstätig zu sein. Besondere Belastungen von Müttern ergeben sich aus der Schwierigkeit, Kinder adäquat oder zeitlich flexibel unterzubringen. Für die Zukunft sollen Konzepte entwickelt werden, die über konkrete gesundheitsbezogene Maßnahmen hinausgehen. Hierzu gehören:

- Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Ausbau von familiengerechten Arbeitsplätzen,
- Flexibilisierung von Betreuungszeiten,
- Ausweitung von qualitativ hochwertigen Kinderbetreuungseinrichtungen,
- Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wahlfreiheit zwischen Familien- und Erwerbsarbeit in der aktiven Erziehungsphase verbessern,
- Tagesmütternetzwerke, Tagesmütterpools und
- Leihgroßmütter- und -großväterprojekte.

### **Partnerschaftliche Aufteilung der Familienarbeit**

Politik und Gesellschaft sind aufgefordert, auf eine stärkere Mitarbeit der Väter hinzuwirken, da dies zu einer wesentlichen Ressourcenstärkung beider Geschlechter führen kann. Beide profitieren von der Beteiligung an der Kindererziehung und Hausarbeit. Berufstätige Männer, die sich aktiv ihren Vaterpflichten widmen, fühlen sich nachweislich körperlich und seelisch gesünder als ihre Kollegen (Barnett and Hyde, 2001). Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine erzwungene Arbeitszeitverkürzung oder Teilzeitbeschäftigung nicht automatisch zu einer Umverteilung der Haus- und Familienarbeit führt (Bundesfrauengesundheitsbericht, 2001). Insofern müssen Anreize zusätzlich über andere Strategien geschaffen werden, wie etwa:

- Erleichterungen für Eltern, die sich die Familienarbeit teilen, z.B. Verlängerung der Elternzeiten bei partnerschaftlicher Aufteilung dieser Zeiten.
- Öffentlichkeitsarbeit: Darstellung zufriedener Väter zwischen Beruf und Familie.<sup>11</sup> Bezüglich der Kostenübernahme ist hier eine konzertierte Aktion aller Träger denkbar (Bund, Land, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Interessenverbände etc.).
- Verbesserung der Erziehungszeiten in der Anerkennung im Rentenrecht.

<sup>11</sup> Vergleichbar ist etwa die Öffentlichkeitsaktion des Bundesfamilienministeriums, in der Pappfiguren von Vätern am Sandkasten, am Kindergarten etc. gezeigt wurden, mit der Frage: „Wäre es nicht schön, wirklich dabei zu sein?“

## **Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung**

Für eine effektive gesundheitliche Versorgung der Mütter müssen folgenden Bereiche der Gesundheitspolitik verändert werden:

- Die medizinische Forschung, die zu Gesundheitsstörungen und -belastungen von Müttern kaum Arbeiten vorzuweisen hat. Im Bereich der Forschung müssen die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Lebenslagen von Müttern erfasst und öffentlich sichtbar gemacht werden.
- Das Gesundheitssystem, das Müttern den Zugang zu vielen Formen der gesundheitlichen Versorgung erschwert. Wie Mütter sich medizinisch versorgen und betreuen lassen können, ist bis heute weitgehend Privatangelegenheit geblieben.
- Die Gesundheitsversorgung, die kaum mütterspezifische Therapien anbietet. Auf dem Sektor der Prävention und Rehabilitation sollten die bestehenden mütterspezifischen Angebote erweitert und gesichert werden. Der Zugang zu allen Formen der Gesundheitsversorgung muss erleichtert werden. Sie müssen sich den alltäglichen Erfordernissen der Mütter anpassen und Kinderbetreuungsangebote ausbauen. Dies gilt auch für den Bereich der ambulanten und stationären Versorgung. In der ambulanten Versorgung muss den Müttern durch individuelle Angebote ermöglicht werden, Arztbesuche und Heilbehandlungen in Anspruch nehmen zu können. Die Gesundheitsberichte informieren noch nicht ausreichend über Gesundheitslage und -versorgung von Müttern. Sie muss im Bereich Gesundheitsförderung auf allen Ebenen Eingang in die Gesundheitsberichterstattung finden.
- Die ärztliche und medizinische Weiterbildung, hier sollten ÄrztInnen und Pflegepersonal für mütterliche Lebenslagen und Bedürfnisse sensibilisiert werden und diese bei Diagnose und Behandlung berücksichtigen lernen.

#### 4.11.7 Handlungsempfehlungen

Wie eingangs erläutert, sollen die Handlungsempfehlungen darauf abzielen, die Lebensumstände von Müttern bei der gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen und Müttern den Zugang zu allen Formen der gesundheitlichen Versorgung zu erleichtern.

Die Kommission fordert gleichzeitig Aktionen, die dazu beitragen, die persönlichen Ressourcen und individuellen Bewältigungsstrategien von Müttern zum Erhalt von Gesundheit und im Umgang mit Krankheit zu fördern und zu stärken.

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung, den wissenschaftlichen Einrichtungen des Landes und den Kostenträgern:**

- Forschungsvorhaben und wissenschaftliche Gutachten über Lebenslagen von Müttern und deren Belastungen zu initiieren,
- Grundlagenforschung zum Gesundheitsverhalten der Mütter und zu Bewältigungsstrategien im Umgang mit Erkrankungen in Auftrag zu geben,
- Basisdaten für eine ambulante und stationäre Versorgung von Müttern zu erheben,
- Familienhebammenprojekte zu fördern,
- Beratungs- und Vermittlungsstellen des Müttergenesungswerkes in NRW zu unterstützen,
- besondere Assistenzmodelle für Mütter mit Behinderungen zu entwickeln und sich auf Bundesebene für deren ausreichende Finanzierung einzusetzen,
- darauf hinzuwirken, dass die besonderen Belange von Müttern mit Behinderungen bei der Wohnberatung berücksichtigt und ggf. ein notwendiger Umbau und die Installation technischer Hilfen finanziert werden,
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die Einkommensgrenze bei der Festlegung der Höhe des Erziehungsgeldes höher gesetzt wird, um dem besonderen Mehrbedarf für die Versorgung und Pflege der Kinder gerecht zu werden und
- für die gesellschaftliche Akzeptanz von Müttern mit Behinderungen zu werben.

Zur Förderung der Familienbildungsarbeit wird der **Landesregierung** empfohlen, in Zusammenarbeit mit den **Trägern der Beratungs-, Unterstützungs- und Bildungsangebote für Mütter** folgende Maßnahmen zu entwickeln:

- Familienbildungsarbeit und Mütterzentren auf Landesebene nachhaltig zu unterstützen und deren ressourcenstärkende Wirkung zu dokumentieren,
- Koordinierung und Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen zu fördern und
- Qualitätsstandards und Evaluationsinstrumente zu entwickeln, die die vielfältigen und niedrig schwelligen Angebote berücksichtigen und diese nicht behindern.

Die Enquetekommission empfiehlt **Krankenhausträgern und Landschaftsverbänden**:

- ÄrztInnen für die spezifischen Krankheitsbilder und Versorgungsbedarfe bei Müttern durch Weiterbildungsangebote zu sensibilisieren,
- Angebote zur Traumatherapie mit mütterspezifischer Ausrichtung auszuweiten und weiterzuentwickeln,
- Schutzräume nur für Frauen und Kinder in psychiatrischen Kliniken einzurichten,
- mütterspezifische Angebote in stationären Einrichtungen durchzuführen und
- Gruppentherapieangebote mit Kinderbetreuung (vor allem für Mütter, die an postpartaler Depression erkrankt sind) auszubauen.

Die Kommission empfiehlt **Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern**:

- Modellprojekte innerhalb der Versorgung anzustoßen, die die Situation von Müttern berücksichtigen, z.B. Praxiszusammenschlüsse mit integrierter Kinderbetreuung und Heilbehandlungsmöglichkeiten etc.,
- Familienhebammen für Mütter in besonderen Notlagen zu finanzieren,
- das Antragsverfahren für genesungsbedürftige Mütter zu entschärfen und ärztlich attestierte Kurmaßnahmen anzuerkennen,
- durch Fortbildungsmaßnahmen sicherzustellen, dass das mütterspezifische Erschöpfungs-Leitsyndrom als Rehabilitationsindikation vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen anerkannt wird,
- die gesetzliche Wunsch- und Wahlfreiheit der Versicherten in Bezug auf Kureinrichtungen zu garantieren,
- Antrags-, Ablehnungs- und Widerspruchsverfahren transparent zu machen, um Patientinnenmitbestimmung auch für Mütter umzusetzen<sup>12</sup>
- und die volle Übernahme der Kosten für Begleitkinder zu garantieren.

Die Kommission empfiehlt **medizinischen Fakultäten, ÄrztInnen, TherapeutInnen, Ärzteverbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern**:

- in der Fort- und Weiterbildung den Zusammenhang von mütterlicher Lebenssituation und Gesundheitsstörungen zu vermitteln,
- die Komplexität mütterlicher Erkrankungen (Mehrfacherkrankungen) zu vermitteln,
- das mütterspezifische Burn-out-Syndrom, bzw. Erschöpfungs-Leitsyndrom nach Collatz (Collatz, Fischer und Thies-Zajonc, 1998) in der Aus- und Weiterbildung zu berücksichtigen,
- salutogenetische mütterspezifische Gesundheitsversorgung zu fördern,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit und integrative Behandlungsausrichtung

<sup>12</sup> Im zweiten Halbjahr 2002 wurde jeder zweite Antrag in NRW abgelehnt.

von ärztlich-medizinischer, physikalischer, psychologischer und psychosozialer Therapie, von sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen sowie gesundheitsfördernden und ernährungstherapeutischen Maßnahmen zu fördern,

- klientenzentrierte und ressourcenorientierte Behandlungen, die Patientinnenrechte berücksichtigen, anzubieten und
- Gewalt als mögliche Ursache gesundheitlicher Probleme in Anamnese und Behandlung stärker zu berücksichtigen, da dieses Problem gerade Mütter aufgrund ihrer spezifischen Abhängigkeitssituation besonders treffen kann (siehe auch Kapitel 4.5).

Die Kommission empfiehlt den **Trägern der Beratungsstellen**, die Angebote für Mütter bereithalten:

- niedrigschwellige und zeitlich flexible Angebote zur Beratung und Prävention von Gesundheitsstörungen auszubauen; diese sollten auch die besonderen Bedürfnisse allein erziehender Mütter berücksichtigen,
- abendliche Hausbesuche der TherapeutInnen und BeraterInnen nach Absprache zu ermöglichen, damit der Betreuungsaufwand für Mütter nicht noch größer wird,
- die Qualität der bestehenden Beratungs- und Selbsthilfeangebote zu evaluieren und zu sichern und
- Kinderbetreuungsmöglichkeiten anzubieten.

Die **Kommunen** und die **kommunalen Gesundheitsämter** sind aufgefordert, folgende Handlungsempfehlungen umzusetzen:

- Information und Beratung über mütterspezifische Gesundheitsangebote vorzuhalten,
- vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur mütterspezifischen Gesundheitssituation (z.B. postpartale Depression, Burn-out-Syndrom) zu betreiben,
- Familienhebammenprojekte zu fördern,
- bei der Umsetzung der im Landesgleichstellungsgesetz geforderten Barrierefreiheit die besonderen Bedürfnisse von Müttern mit Behinderungen zu berücksichtigen und
- Beratungsangebote für Mütter, die an postpartaler Depression erkrankt sind, zur Verfügung zu stellen.

#### 4.11.8 Literatur

Barnett, Rosalind Chait, Hyde, Janet Shibley (2001): Women, Men, Work, and Family. American Psychologist 10

Bartholomeyczik, Sabine, (1982): Belastenden und protektive Faktoren am Beispiel eines Vergleichs erwerbstätiger mit nicht-erwerbstätigen Frauen. In: Abholz, Heinz-Harald (Hrsg.), Risikofaktorenmedizin, Berlin, deGryter, 169-180



- Begenau, Jutta, (1993): Psychosoziale Ressourcen weiblicher Gesundheit in Ostdeutschland: ein Wertewandel? In: Deutsches Müttergenesungswerk (Hrsg.), Sozialer Wandel und Frauengesundheit in den neuen Bundesländern, Stein/Mittelfranken
- Bonnemann-Böhner, Adelheid, (2002): Die Zukunft der Müttergenesung, in: Collatz, Jürgen, Arnhold-Kerri, Sonja, Sperlich, Stefanie. (Hrsg.): Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? Gesundheitsforum für Mütter und Kinder Bd. 2, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2001: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Stuttgart
- Collatz, Jürgen, Arnhold-Kerri, Sonja, Sperlich, Stefanie (Hrsg.), (2002): Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? Gesundheitsforum für Mütter und Kinder Bd. 2, Berlin 2002
- Collatz, Jürgen, Fischer, Gisela C., Thies-Zajonc, Sophie (1998): Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen - Krankheit: Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren, Berlin
- Institut für Demoskopie, Allensbach, Köln (Hrsg.), (1993): Die Schering-Frauenstudie, Lebensverhältnisse, Lebensstile und Zukunftserwartungen
- DIE ZEIT (2003): "Papa schläft jetzt im Büro", Dossier vom 7. August, Nr. 33
- Eichler, Margrit (1997): Family Shifts. Families, Policies, and Gender Equality, Toronto u.a.
- Erler, Josef (2002): Beitrag zum Fachgespräch der Enquetekommission zu Belastungen und Ressourcen von Müttern am 25. November 2002
- Franke, Alexa, Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A., Witte, M. (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren, Juveta/Weinheim
- Franke, Alexa (1993): Gesundheitsförderung bei Müttern mit Klein- und Schulkindern. Literaturrecherche im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Franz, Matthias, Lieberz, K., Schmitz N., Schepank, H. (1999): Wenn der Vater fehlt. Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheit für die psychische Gesundheit im späteren Leben. Zeitschrift psychosomatische Medizin 45: 113-127
- Franz, Matthias (2002): Beitrag zum Fachgespräch der Enquetekommission zu Belastungen und Ressourcen von Müttern am 25. November 2002
- Friedman, Stewart D., Greenhaus, Jeffrey H. (2000): Work and Family - Allies or Enemies?, Oxford University Press
- Gavranidou, Maria (1992): Frauenerwerbsbeteiligung und Wohlbefinden. In: Brähler, E und Felder, H (Hrsg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Bonn, Westdeutscher Verlag, S. 137-155.
- Grzywacz, Joseph G. (2003): Work-Family Spillover Can Affect Health, in: American Journal of Health Promotion March/April 2003.

- Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Zuschrift 13/2697 ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
- Helfferich, Cornelia, Hendel-Kramer A., Klindworth, H. (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Berlin (Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, April 2003, Berlin
- Kaufmann, Franz Xaver (1996): Zur Lage der Familie und der Familienpolitik in Deutschland. In: Busch, F.W.; Nave-Herz, R. (Hg.) Ehe und Familie in Krisensituationen, Oldenburg
- Kortendiek, Beate (2002): Beitrag zum Fachgespräch der Enquetekommission zu Belastungen und Ressourcen von Müttern am 25. November 2002
- Kortendiek, Beate (1999): Mütterzentren. Selbsthilfeprojekte und Frauenöffentlichkeit, Bielefeld
- Lindner, Ulrike (2001): Politik-Gesundheitswesen-Patienten. Maßnahmen und Auswirkungen von Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien 1848-1965, unveröffentlichte Diss., München
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in NRW (Hrsg.), (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld
- Öffentliches Fachgespräch (2002): "Anforderungen an Mütter und gesundheitliche Versorgung von Müttern", 25.11.2002, EK-Protokoll 13/38
- Öffentliches Fachgespräch (2003): "Geschlecht behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen", 17.10.2003, EK-Protokoll 13/74
- Resch, Marianne (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In Hurrelmann, Klaus, Kolip, Petra (Hrsg.), Geschlecht und Gesundheit, Bern, Huber, 403-418
- Sieverding, Monika (1995): Die Gesundheit von Müttern. Ein Forschungsüberblick. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 4 (1), 6-16.

## 4.12 Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes

Abbildung 4.12-1: Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes in NRW

Kreise	Kreisfreie Städte
Aachen	Aachen
Borken Coesfeld	Bielefeld
Düren	Bochum
Ennepe-Ruhr-Kreis	Bonn
Euskirchen	Bottrop
Gütersloh	Dortmund
Heinsberg	Duisburg
Herford	Düsseldorf
Hochsauerlandkreis	Essen
Höxter	Gelsenkirchen
Kreis Lippe	Hagen
Mettmann	Hamm
Minden-Lübbecke	Herne
Märkischer Kreis	Krefeld
Oberbergischer Kreis	Köln
Olpe	Leverkusen
Paderborn	Mülheim a.d.Ruhr
Recklinghausen	Münster
Rhein-Erft-Kreis	Mönchengladbach
Rhein-Kreis Neuss	Oberhausen
Rhein-Sieg-Kreis	Remscheid
Rheinisch-Bergischer Kreis	Solingen
Siegen-Wittgenstein	Wuppertal
Soest	
Steinfurt	
Unna	
Viersen	
Warendorf	
Wesel	

### 4.12.1 Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Aufgaben und Zuständigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) geregelt. Kommunale Träger sind die Kreise und kreisfreien Städte. Sie analysieren die örtlichen Verhältnisse und die gesundheitliche Versorgung, schützen und fördern die Gesundheit und unterstützen eine bedarfsgerechte Versorgung und Beratung der Bevölkerung, insbesondere für „sozial schwache“<sup>1</sup> und besonders schutzbedürftige Personen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat wichtige Überwachungsaufgaben und ist zuständig für den Gesundheitsschutz, die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Besondere Schwerpunkte sind die Kinder- und Jugendgesundheit, Beratung und Hilfen für Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke.

<sup>1</sup> Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 2 Abs. 2.2: „... der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen, ...“

#### **4.12.2 Die Instrumente des öffentlichen Gesundheitsdienstes eröffnen Wege zu einer gendersensiblen kommunalen Gesundheitsversorgung**

Die mit der umfassenden Novellierung des ÖGDG 1998 gesetzlich verankerten Instrumente der Gesundheitsberichterstattung und der kommunalen Gesundheitskonferenz (hervorgegangen aus dem Projekt „ortsnahe Koordinierung“) sind hervorragend geeignet, eine nach Geschlechtern differenzierte und den besonderen Belangen von Frauen gerecht werdende Analyse und Weiterentwicklung des kommunalen Gesundheitsgeschehens zu ermöglichen. Dabei kommt nach Ansicht der Enquete-Kommission insbesondere den in Kapitel 1.4. entwickelten Leitfragen zum Zugang, zur Forschung und Berichterstattung und zur Einbeziehung der Betroffenen besondere Bedeutung zu (s.u.). Gestützt auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Gesundheitsberichterstattung bieten sich gute Möglichkeiten hierzu, die jedoch von den Kommunen bisher nur teilweise genutzt werden:

- Im Jahr 2002 war die kommunale Gleichstellungsbeauftragte in 83 % der kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) mit Sitz und Stimme vertreten. Bochum und Bottrop verankerten Gender Mainstreaming als Prinzip in der Geschäftsordnung (Bardehle, 2002).
- Über die Hälfte der KGK bildeten Arbeitsgruppen zu geschlechtsspezifischen oder geschlechtsdifferenzierten Themen, davon 15 zu Frauen und Gesundheit. Insbesondere in diesen Arbeitsgruppen wurden auch die Gruppen und Einrichtungen eingebunden, die sich örtlich mit den gesundheitlichen Aspekten von Frauen besonders befassen. In weiteren 15 Kommunen bildeten sich unabhängig von der KGK Arbeitskreise zum Thema Frauengesundheit.<sup>2</sup>
- Explizit frauenspezifische Gesundheitsberichte erarbeiteten beispielsweise die Städte Münster, Leverkusen, Bielefeld, der Kreis Steinfurt und die Modellregion Ostwestfalen-Lippe. Zu den anderen Kommunen liegen keine differenzierten Informationen vor, so dass keine Aussage darüber zu machen ist, ob die Kategorie Geschlecht als Indikator bei der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt wird.

Der Gesundheitsbericht Frauen und Männer in NRW und die vom MFJFG und den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten initiierten Aktionswochen zu Frauen und Gesundheit im November 2001 trugen wesentlich dazu bei, die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen zu verdeutlichen. Die Landesgesundheitskonferenz verabschiedete im August 2001 die Entschließung „Soziale Lage und Gesundheit“, die sich sowohl mit geschlechts- und schichtenspezifischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit als auch mit der Gesundheit von ZuwanderInnen befasst und umfangreiche Empfehlungen enthält.

##### **4.12.2.1 Leitbild I: Der öffentliche Gesundheitsdienst ermöglicht jeder Frau den Zugang zur geschlechtergerechten gesundheitlichen Versorgung**

Für viele Frauen sind die Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen des Gesundheitswesens nach wie vor unzureichend. Die Gründe dafür sind vielfältig. Prostituiert-

---

<sup>2</sup> Koordinierungsstelle Frauen und Gesundheit NRW, 2003

te und wohnungslose Frauen fallen durch unser Sozialversicherungssystem, Frauen mit Behinderungen scheitern an unterschiedlichen Barrieren, Migrantinnen stoßen auf Verständigungsprobleme und der scheinbar gut versorgten Frau fehlen notwendige Informationen. Die Leitfrage: „Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung hat?“ ist daher auch eine Herausforderung an das kommunale, öffentliche Gesundheitswesen, in Kooperation mit den örtlichen AkteurInnen Versorgungsdefizite und Zugangsbarrieren aufzudecken und abzubauen, Informations- und Beratungsangebote sowie andere geeignete Strategien und Maßnahmen (weiter) zu entwickeln.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von an Brustkrebs erkrankten oder auch von suchtkranken Frauen bzw. von Mädchen mit Essstörungen ist beispielsweise in vielen Kommunen ein Thema. Im Kreis Heinsberg gibt es Bemühungen, die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen von Frauen nach einem Herzinfarkt zu erhöhen und in Münster zielt ein Leitfaden für Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen darauf ab, durch Information den Zugang zu den unterschiedlichen Versorgungsangeboten erleichtern.

### **Good-practice-Beispiel:**

#### **Gesundheitliche Versorgung von Prostituierten in Köln**

In Köln arbeiten mehrere tausend Frauen in der Prostitution, davon 50–60 % Migrantinnen (Radomska, 1998). Ein besonderer Handlungsbedarf erschließt sich aus der Vulnerabilität der betroffenen Frauen. Mitte der 90er-Jahre wurde im Rahmen der allgemeinen Beratungsstelle zur Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen dieser Handlungsbedarf für den gesundheitlich unterversorgten Personenkreis der Migrantinnen erkannt. Gestützt auf eine Evaluierung der in der Prostitution in Köln tätigen Frauen und auf eine Befragung von ausländischen Prostituierten wurde das Projekt „Gesundheitsprävention von Migrantinnen in der Prostitution“ entwickelt. Neben der Untersuchung auf sexuell übertragbare oder andere akute Erkrankungen umfasst der festgestellte Handlungsbedarf Information und Unterstützung (z.B. bezogen auf „safer work“, Schwangerschaftsverhütung, Hygiene und weitere präventive Maßnahmen) und eine Notversorgung (z.B. bei akuten gynäkologischen Problemen, Schwangerschaft oder akuten Erkrankungen). Aus den Ergebnissen des 2001 abgeschlossenen Projektes und aus den geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen (Infektionsschutzgesetz, § 19<sup>3</sup>) resultiert innerhalb der allgemeinen Beratungsstelle standardmäßig ein spezifisches Angebot mit umfassendem Ansatz. Dieser migrati-onssensible Ansatz fußt auf der Einstellung von sprachkompetenten Sozialarbeiterinnen und ÄrztInnen mit jeweils eigenem interkulturellem Hintergrund, die die aufsuchende Arbeit und das medizinische Angebot sicherstellen. Wesentlich für den Erfolg ist auch die (durch Schulungen unterstützte) akzeptierende Haltung der ÄrztInnen.

---

<sup>3</sup> § 19 Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen (Auszug Infektionsschutzgesetz): (1) Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Diese sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden und können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist. Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden, soweit hierdurch die Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach Absatz 2 nicht gefährdet wird.

Beratung und Behandlung erfolgen anonym, kostenlos, freiwillig und umfassend. Das gesamte Setting richtet sich in Qualität und Quantität an den Bedürfnissen der Migrantinnen aus, die (auch) mit Sex-Arbeit Geld verdienen. Der Grundsatz der Anonymität ist Grundvoraussetzung für die Annahme von Angeboten.

Der fehlende Zugang zu Informationen – insbesondere zu den tätigkeitsspezifischen gesundheitlichen Risiken – aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren und fehlender Kenntnis der Strukturen, wird nach Möglichkeit kompensiert. Die Ausrichtung der Beratungsstelle als allgemeine Beratungsstelle erleichtert bzw. ermöglicht den Zugang für Frauen mit ganz unterschiedlichen Motivationen für und Ausprägungen in der Sexarbeit. Im Zentrum des Angebotes steht definitiv nicht Prostitution als zu verhindernde Erwerbsmöglichkeit, sondern die Tatsache, dass in diesem Rahmen risikanter Sex ausgeübt wird.

### **Good-practice-Beispiel:**

#### **Gesundheitliche Versorgung von durch Gewalt betroffene Frauen im Kreis Minden-Lübbecke**

Seit mehreren Jahren arbeiten die Frauenhilfeeinrichtungen und die Kreisgleichstellungsstelle in Minden-Lübbecke an der Intensivierung der Kooperation mit ÄrztInnen insbesondere zum Thema „Häusliche Gewalt“<sup>4</sup>. Das Vernetzungsbündnis PRIO gegen häusliche Gewalt (Prävention – Intervention – Opferschutz), entstand aus einem durch den damaligen Frauenausschuss des Kreises eingesetzten Arbeitskreis „Gewalt gegen Frauen“. An PRIO ist auch die untere Gesundheitsbehörde beteiligt. Obwohl das Bündnis seit vier Jahren im Kreis aktiv und breit verankert ist, gelang die Vernetzung mit den AkteurInnen des Gesundheitswesens zunächst kaum. Sowohl eine im März 2001 in Kooperation mit der KV durchgeführte Informationsveranstaltung zu Folgen sexualisierter Gewalt als auch eine weitere Veranstaltung über das Berliner Projekt S.I.G.N.A.L. (siehe auch Kapitel 4.5) führten nicht zu einer spürbar verbesserten Zusammenarbeit mit Professionellen aus dem Gesundheitswesen. Unterstützt durch Fördermittel des Landes wurden 2003 zur Verbesserung der Zusammenarbeit des Vernetzungsbündnisses PRIO mit VertreterInnen des Gesundheitswesens eine kreisweite Fachtagung insbesondere für niedergelassene ÄrztInnen mit 60 Teilnehmenden und innerklinischen Fortbildungen an den drei Klinikstandorten mit insgesamt 85 Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen durchgeführt. Erste Ergebnisse dieser Aktivitäten sind schon sichtbar, u.a. ein sowohl aus dem niedergelassenen als auch aus dem Klinikbereich fachübergreifend besetzter Qualitätszirkel „Häusliche Gewalt“.

#### **4.12.2.2 Leitbild II: Vielfältige, gendersensible Gesundheitsberichte sind Grundlage einer an weiblichen Lebensrealitäten orientierten kommunalen Gesundheitspolitik**

Auf kommunaler Ebene bieten sich im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung umfassende Möglichkeiten der geschlechtsdifferenzierten Erhebung und Analyse von bevölkerungsbezogenen Daten und der Einbeziehung empirisch gewonnener Erkenntnisse. So kann die gesundheitliche Situation zielgruppenspezifisch und gender-

---

<sup>4</sup> Ausführlichere Darstellung im Protokoll des Fachgesprächs „Frauengesundheit in NRW-Kommunen“ vom 15.12.03, Protokoll: EKPr 13/80

sensibel aufgearbeitet oder bezogen auf besondere Fragestellungen überprüft werden. „Welche Maßnahmen sind im Bereich der Forschung notwendig und an welchen Kriterien muss sich Forschung ausrichten, damit allen Beteiligten alle notwendigen Erkenntnisse für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen?“ ist die Leitfrage, aus der sich entsprechende Handlungsempfehlungen auch an die Kommunen und den öffentlichen Gesundheitsdienst ergeben. Eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt neben der sozialen Lage die Lebenswelt, die Lebenslage und ggf. das Alter der Frauen (und Männer). Insbesondere für eine umsetzungsorientierte kommunale Gesundheitsberichterstattung ist es wesentlich, dass immer wieder Fragestellungen aus der Praxis der AkteurInnen übernommen werden und auch weiche Indikatoren, z.B. bezogen auf die Stadtteilgestaltung, einbezogen werden.

### **Good-practice-Beispiel:**

#### **Frauengesundheitsbericht aus dem Kreis Steinfurt**

Obwohl die Gleichstellungsbeauftragte bei der Beschlussvorlage für die Einberufung der Kreisgesundheitskonferenz 1999 zunächst nicht berücksichtigt wurde, gelang es ihr über einen Ergänzungsantrag von Anfang an als stimmberechtigtes Mitglied beteiligt zu werden.<sup>5</sup> Auch bei den Themenvorschlägen für das Jahr 2000 konnte sie erfolgreich für ihre Vorschläge werben; es wurde eine AG „Frauen und Gesundheit“ eingesetzt, die ohne konkrete Themenvorgabe Daten zu dieser Thematik sammeln und bewerten sollte. Nach etwa einem Jahr intensiver Arbeit wurde der von der Arbeitsgruppe vorgelegte Bericht mit Handlungsempfehlungen zur Frauengesundheit einstimmig von der Gesundheitskonferenz gebilligt. Eine kurzfristig umzusetzende Empfehlung war beispielsweise die Einrichtung einer Telefonberatungsstelle zu Frauengesundheitsfragen, eine eher langfristige Forderung die nach einem Frauengesundheitshaus.

Die Frauengesundheitsberichterstattung soll fortgesetzt werden mit einer Differenzierung nach Zielgruppen und einer Analyse der gesundheitlichen Lage wohnungsloser Frauen im Kreis Steinfurt. Daten sollen selbstverständlich geschlechtsspezifisch erhoben werden.

### **Good-practice-Beispiel:**

#### **„Starting well“ – Ein durch Gesundheitsberichterstattung angestoßenes Projekt der Stadt Glasgow insbesondere für Mütter eines benachteiligten Stadtteils**

Die Bedeutung einer (geschlechts-)differenzierten Gesundheitsberichterstattung zeigt auch das Beispiel der Stadt Glasgow, die eine Delegation der Enquetekommission im Frühjahr 2003 besucht hat.<sup>6</sup> Hier wurden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung gesundheitlich und sozial besonders benachteiligte Stadtteile und soziale Gruppen identifiziert, mit teilweise erschreckenden Ergebnissen: So war die Lebenserwartung für Frauen in einigen sozial benachteiligten Stadtteilen bis zu acht Jahre niedriger als in unmittelbar benachbarten Stadtteilen (bei Männern betrug dieser Unterschied sogar bis zu zehn Jahren). Bei einigen Krebsarten wie Haut-, Gebärmutterhals- oder Brustkrebs zeigte sich teilweise eine doppelt so gute Überlebensrate für reiche PatientInnen im Vergleich zu armen. Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen wurden besondere Programme aufgelegt, um gezielt auf die einzelnen benachteilig-

<sup>5</sup> Ebenda

<sup>6</sup> Bericht der Delegationsreise „Women's Health Policy in Glasgow“, 24.–27.3. 2003, Hinweis dazu im Anhang

ten Gruppen zuzugehen. Ein Beispiel hierfür ist das Programm „Starting well“, das sich speziell an junge Familien (und insbesondere junge Mütter) in Govanhill und Greater Easterhouse (Stadtteile mit besonderen sozialen Problematiken) wendet. Dabei zeichnet sich dieses Projekt dadurch aus, dass es neben konkreter Beratung zu Fragen des Stillens, der Zahngesundheit und der Ernährung auch weitere Aspekte berücksichtigt. So analysierten die MitarbeiterInnen beispielsweise die Defizite im öffentlichen Nahverkehr, die dazu führen, dass die benachteiligten Frauen und Familien sowohl Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch nehmen als auch insgesamt weniger am öffentlichen Leben teilhaben können. Entsprechend des umfassenden Ansatzes der Glasgower Gesundheitspolitik sollen hier nun gezielte Verbesserungen in diesen Bereichen zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der Gesamtgesundheit führen. Auch wenn das Gesundheitssystem in Großbritannien mit unserem nicht vergleichbar ist, zeigt dieses Beispiel, wie kommunale Gesundheitsberichterstattung umgesetzt werden kann.

#### **4.12.2.3 Leitbild III: Der öffentliche Gesundheitsdienst erwirkt Beteiligung und Empowerment von Frauen bei allen ihre Gesundheit betreffenden Fragen**

Informationen zu gesundheitlichen Belangen, Planung und Umsetzung integrierter Versorgung entsprechend den alltäglichen Bedürfnissen von Frauen und die Unterstützung von und durch die lokale Selbsthilfe sind einige der Elemente, in die Frauen an der Basis bei der Gestaltung ihrer eigenen Gesundheit eingebunden werden sollen. "Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau in alle ihre Gesundheit betreffenden Prozesse und Entscheidungen eingebunden ist?" ist die Leitfrage, die Grundlage für diesen Teil des Leitbildes einer geschlechtergerechten kommunalen Gesundheitspolitik ist. Es geht einerseits um die gleichberechtigte Beteiligung von Frauen an den kommunalen, gesundheitspolitischen Gremien. Neben der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten wird es sich dabei im Wesentlichen um Vertreterinnen von Parteien, Institutionen, Organisationen und Selbsthilfegruppen handeln. Es geht aber auch darum, Frauen als Betroffene selbst zu beteiligen und zu ermutigen. Wie können Frauen in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung zu treffen, beispielsweise bezogen auf Hormontherapie? Welche Unterstützungsangebote wünschen sich pflegende Angehörige, um ihrer psychischen und physischen Belastung entgegenzuwirken? Welche Hilfen brauchen Mütter behinderter Kinder? Diese Fragen verdeutlichen, dass passgenaue, wirksame Maßnahmen nur entwickelt werden können, wenn betroffene Frauen beteiligt werden.

Der Kreis Lippe führte z.B. unterstützt vom LÖGD eine Telefonumfrage zur Frauengesundheit in Lippe durch, die neben dem Gesundheitszustand den Bedarf an Informationen, Kurs- und Beratungsangeboten umfasste. U.a. in Mülheim an der Ruhr werden zielgruppenspezifische Veranstaltungsreihen durchgeführt, die für türkische Frauen auch muttersprachliche Angebote umfassen. Ein Schwerpunkt dabei ist das Thema Brustkrebsfrüherkennung.



**Good-practice-Beispiel:****Women's Health Policy in Glasgow**

Zentrale Grundlage der Womens Health Policy in Glasgow war die Erkenntnis, das eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung im Wesentlichen nicht auf den medizinischen Fortschritt sondern auf den gestiegenen Lebensstandard zurückzuführen (und dadurch weiterhin zu beeinflussen) ist. Auf dieser Grundlage wurde ein soziales Modell von Gesundheit entwickelt, das die sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Lebenssituationen der Frauen einbezieht. Ungleichheiten zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen wurden beleuchtet, um die besonderen Belange z.B. von schwarzen Frauen, Frauen ethnischer Minoritäten, Frauen mit Behinderungen oder lesbischer Frauen einbeziehen zu können. Wichtiges Prinzip dabei war (und ist) Beteiligung und Empowerment statt Entmündigung.

Zuständig für die Steuerung und Weiterentwicklung der Women's Health Policy ist die überinstitutionelle, multisektorale Women's Health Working Group, die bereits in den 90er-Jahren durch regelmäßige dezentrale Netzwerktreffen in den Stadtteilen den Informationsfluss zwischen Politik und Basis förderte. Gesundheitsprojekte, Beschäftigte der Verwaltung, Bürgerinitiativen, Frauengruppen, aber auch interessierte Einzelpersonen wurden einbezogen, um in einem Prozess von unten nach oben die Schwerpunkte der Politik zu entwickeln und diese dann wiederum auf lokaler Ebene zu verankern und verbreiten. Veranstaltungen mit schwarzen Frauen, ethnischen Minderheiten, Frauen mit Behinderungen oder jungen Frauen sollten sicherstellen, dass deren spezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden. Als Schlüsselpersonen identifizierte Frauen aus den Stadtteilen definierten für ihre Gesundheit wesentliche Faktoren wie z.B. mangelnde Kinderbetreuung oder Isolation und Stress. Durch öffentlichkeitswirksame Umfragen unter den Frauen in den Stadtteilen wurden geeignete Aktivitäten ausgewählt und bewertet. Neben Projekten zur Verbesserung der Lebenslage (siehe Starting well, Good-practice-Beispiel unter 4.12.2.2) ging es auch immer wieder darum, Gesundheitsdienste so umzugestalten, dass sie den Bedürfnissen von Frauen entsprechen. Dies beinhaltet differenzierte und niedrigschwellige Angebote, angepasste Öffnungszeiten und einen guten Zugang mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder die Einbindung in Stadtteile mit besonderen sozialen Strukturen. Zu nennen ist hier insbesondere das Center for Women's Health, das die Delegation der Enquetekommission in Glasgow besucht hat.<sup>7</sup>

**Good-practice-Beispiel:****Frauen und Rauchen. Duisburger Frauenbüro startet Aufklärungskampagne**

Auslöser für die Kampagne war die geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW (MFJFG-NRW, 2000). Danach hatten die Frauen in Duisburg nach denen in Gelsenkirchen mit ca. 80 Jahren landesweit die geringste Lebenserwartung.<sup>8</sup> Als eine der Ursachen dafür kann die hohe und weiterhin ansteigende Lungenkrebsrate bei Frauen angenommen werden. Von 1994–99 war die Zahl der Duisburger Einwohnerinnen mit der Diagnose Lungenkarzinom um 123 % (!!!) gestiegen. Diese erschreckenden Ergebnisse motivierten die Duisburger Frauenbeauftragte, das Thema „Frauen und Rauchen“ zu einem Schwerpunktthema zu ma-

<sup>7</sup> Bericht der Delegationsreise "Women's Health Policy in Glasgow", 24. –27.3. 2003

<sup>8</sup> Zahlenangaben soweit nicht anders gekennzeichnet aus „Gesundheit von Männern und Frauen in NRW“, Anhang 1, Gesundheitsindikatoren zu den Kapiteln

chen und erstmalig im November 2002 auf die Tagesordnung der 6. Duisburger Frauenkonferenz („Frauen powern für Gesundheit“) zu setzen. Die für Frauen besonderen Gesundheitsgefahren des Rauchens wurden – mit Unterstützung des deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg – ebenso analysiert wie die Gründe für den besonders hohen Tabakkonsum. Wesentliche Gründe sind soziale Faktoren (soziale Benachteiligung, Armut, Arbeitslosigkeit) sowie ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein. Der überregionale Vergleich, z.B. mit Münster oder Krefeld, zeigte, dass bei Frauen insgesamt die Anzahl der Lungenkrebsfälle auffällig stark ansteigt, während der Anstieg bei Männern deutlich geringer ist.

Die Duisburger Frauenbeauftragte analysierte diese statistischen Materialien in Verbindung mit Studien zur Entwicklungsgeschichte des Rauchens unter geschlechtsspezifischer Perspektive und identifizierte so zusätzliche frauenspezifische Ursachen für das Rauchen wie z.B. neue Rollenanforderungen (z.B. Bild der „emanzipierten Frau“ in den Medien, Vereinbarung erfolgreicher Berufstätigkeit mit Familienarbeit) und das Schönheitsideal der mageren Frau. Die zuletzt genannte Ursache korrespondiert mit der steigenden Raucherinnenrate bei jungen Mädchen (siehe auch Kapitel 4.9.5). So rauchen in der Altersgruppe der 15-Jährigen knapp 30 % der Jungen aber bereits etwa 36 % der Mädchen (MFJFG-NRW, 2001)<sup>9</sup>.

Vor diesem Hintergrund baute das Duisburger Frauenbüro ein Netz örtlicher KooperationspartnerInnen auf. Das Gesundheitsamt ist ebenso beteiligt wie das evangelische Krankenhaus. Für den schulischen Bereich wurden Bausteine für den Unterricht entwickelt und Multiplikatorinnen aus dem Bereich Gleichstellung angesprochen (siehe Kapitel 4.9.9). Ein Informationsheft „Frauen und Rauchen – Neue Erkenntnisse, die jede betreffen!“ wurde erarbeitet, das drei Ziele verfolgt:

- Aufklärung über frauenspezifische Ursachen und Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums,
- Motivation und Unterstützung beim Entschluss zum Ausstieg und
- geschlechtsspezifische Prävention.

Dieses Informationsheft wurde im November 2003 von der Kommunalen Gesundheitskonferenz verabschiedet und erhielt zusätzlich die Unterstützung des Kreisvertrauensapothekers, der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Duisburg. Die erste Auflage von 12 000 Exemplaren wurde an Duisburger Apotheken, städtische zentrale Anlaufstellen sowie an Frauenberatungsstellen verteilt. Die hohe Nachfrage erforderte eine 2. Auflage, die im Rahmen einer im Frühjahr 2004 anlaufenden Kampagne in Krankenhäusern, Arztpraxen und – zusätzlich in türkischer Sprache – in speziellen Anlaufstellen für Migrantinnen ausgelegt wird.

---

<sup>9</sup> Die Zahlen verschiedener Studien sind nicht einheitlich. Das mag daran liegen, dass jeweils unterschiedliche Konsummuster zugrunde gelegt werden. Was bleibt ist: Der Anteil der Mädchen ist jeweils höher

### 4.12.3 Handlungsempfehlungen

Um die oben skizzierten Leitbilder eines geschlechtergerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes in allen Kommunen in NRW zu verwirklichen, fordert die Enquetekommission die **Kommunen und Kreise** auf, bzw. bestärkt sie darin:

- in ihrer Arbeit in den Gesundheitskonferenzen und bei der Gesundheitsberichterstattung Frauen gleichberechtigt zu beteiligen; das beinhaltet auch die Einbeziehung der Gleichstellungsbeauftragten insbesondere in denjenigen Städten und Kreisen, in denen sie derzeit noch kein stimmberechtigtes Mitglied sind,
- die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern in Verbindung mit ihrer Lebens- und Arbeitssituation altersdifferenziert zu analysieren und dabei gezielte Schwerpunkte zu setzen,
- unter Anwendung des Prinzips Gender Mainstreaming Handlungsbedarfe zu erfassen, Handlungsstrategien und Maßnahmen zu entwickeln,
- Gendertrainings für die Mitglieder der KGK und die Führungskräfte des Gesundheitsamtes durchzuführen, um eine erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming zu unterstützen,
- die bestmögliche gesundheitliche Versorgung sicher zu stellen und dabei den Belangen besonderer Zielgruppen – z.B. MigrantInnen oder Menschen mit Behinderungen aber auch Prostituierten, Wohnungslosen oder Suchtkranken – gendersensibel Rechnung zu tragen,
- zielgruppenorientierte aufsuchende Hilfen – z.B. Familienhebammen – bereitzustellen,
- unter Berücksichtigung der Lebensphasen und Lebenslagen geschlechtergerechte Aufklärungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte zu entwickeln und mit den örtlichen AkteurInnen umzusetzen und
- durch geeignete Beratungsangebote Frauen (und Männern) eine informierte Entscheidung und Mitwirkung bezogen auf ihre jeweiligen gesundheitlichen Belange zu eröffnen.

Die Enquetekommission fordert die **Landesregierung** auf:

- die Kommunen hierbei aktiv zu unterstützen,
- den Ausbau geeigneter Vernetzungsstrukturen, Informations- und Weiterbildungsangebote voran zu treiben,
- die entsprechenden Aktivitäten des LÖGD und der Koordinierungsstelle Frauen und Gesundheit NRW zu stärken,
- die geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung fortzusetzen,
- sich auf allen Ebenen dafür einzusetzen, dass Daten für die Gesundheitsberichterstattung durchgehend geschlechtsdifferenziert erhoben und ausgewertet werden und besonders frauenrelevante Fragestellungen gesondert analysiert werden,
- auf eine quotierte Besetzung der LGK und Beteiligung der Koordinierungsstelle

Frauen und Gesundheit NRW hinzuwirken und

- durch entsprechende Vorbereitung der LGK eine gendersensible Bearbeitung aller Themen und eine angemessene Behandlung frauenrelevanter Fragestellungen zu gewährleisten,
- Schwerpunktthemen der Frauengesundheit aufzugreifen und unterstützt durch aufgearbeitete Materialien für eine örtliche Befassung zu werben,
- den hier genannten Gesichtspunkten bei der Formulierung von Rechtsverordnungen, Richtlinien und Erlassen Rechnung zu tragen, und
- örtliche innovative Frauengesundheitsprojekte fördern.

Die Enquetekommission fordert den **Landtag** auf:

- bei der Novellierung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst die geschlechtergerechte Weiterentwicklung des ÖGD als Aufgabe festzuschreiben,
- derzeit noch bestehende Hemmnisse hierfür durch entsprechende Klarstellungen in der Gesetzesformulierung zu beseitigen,
- die besonderen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Gewalt betroffener Frauen und Kinder zu definieren,
- die kommunale Gleichstellungsbeauftragte als gleichberechtigtes Mitglied der KGK gesetzlich zu verankern,
- sowie gemäß § 12 LGG die Quotierung der KGK und der LGK vorzuschreiben und
- Haushaltsmittel zur Förderung innovativer Frauengesundheitsprojekte bereitzustellen.

Die Enquetekommission fordert die **AkteurInnen auf der örtlichen und auf der Landesebene** auf:

- den öffentlichen Gesundheitsdienst bei Sicherstellung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung zu unterstützen und
- dafür Sorge zu tragen, dass im Durchschnitt die Hälfte der Mitglieder der Gesundheitskonferenzen Frauen sind. Soweit sie ein Mitglied in die jeweilige KGK bzw. LGK entsenden können und bisher einen Mann entsandt haben, sind sie aufgefordert, bei der Neubesetzung eine Frau zu delegieren und in die internen Abstimmungsprozesse einzubinden.

#### 4.12.4 Literatur

Bardehle, Doris, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (2002): „Datenlage in Nordrhein-Westfalen über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung; Informationsaustausch mit Mitgliedern der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, 31.10. 2002

Koordinierungsstelle Frauen und Gesundheit NRW (2003): Dokumentation des 1. landesweiten Treffens der kommunalen Arbeitskreise Frauengesundheit

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (2000): „Gesundheit von Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen, Landesgesundheitsbericht 2000

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (2001): „Soziale Lage und Gesundheit“, Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen, 31.8.2001, S. 37

Öffentliches Fachgespräch (2003) Frauengesundheit in Kommunen und Kreisen in Nordrhein-Westfalen, Landtag Düsseldorf, 15.Dezember, EKPr 13/80

Radomska, Barbara (1998): Untersuchung für das Gesundheitsamt Köln

### 4.13 Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen pflegender Angehöriger

Frauen erbringen im Rahmen der Familie ein hohes Maß an Gesundheitsleistungen: Neben der Pflege älterer Angehöriger übernehmen sie die Aufgabe als Gesundheits-erzieherinnen gegenüber ihren Kindern, als Behandelnde bei akuter Erkrankung von Kindern oder dem Partner, als Pflegende und Betreuende von Kindern oder von Angehörigen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen. Damit entlasten Frauen in hohem Maße das professionelle Gesundheitssystem überwiegend ehrenamtlich und nicht selten unter Aufgabe ihrer Berufstätigkeit und damit häufig unter Verzicht auf Rentenansprüche. Gleichzeitig steigt die Zahl der erwerbstätigen Frauen, die neben ihrer Erwerbstätigkeit Angehörige pflegen. Daraus resultierende Belastungen können gesundheitliche Folgen für pflegende Frauen nach sich ziehen. Vor diesem Hintergrund hat sich die Enquetekommission mit folgenden Fragestellungen beschäftigt:

- Warum übernehmen Frauen überproportional häufig die Pflege von Angehörigen? Was ist ihre Motivation?
- Welche Konsequenzen hat die Übernahme der Pflege auf das Leben und die Gesundheit der Frauen?
- Welche Rahmenbedingungen brauchen pflegende Frauen zur Ausübung der Pflege und Erhaltung der eigenen Ressourcen?

Besondere Bedeutung für die Bearbeitung des Themas hatte die von Monika Reichert vom Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund vorgelegte Expertise "Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW".<sup>1</sup> Zur Vorstellung dieses Gutachtens in der Enquetekommission wurden wichtige AnsprechpartnerInnen und AkteurInnen eingeladen und um Stellungnahmen gebeten. Auch diese sind in die Bearbeitung des Kapitels eingeflossen.<sup>2</sup>

#### 4.13.1 Situationsbeschreibung

Ende 2001 lebten in NRW 459.400 pflegebedürftige Menschen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten (Pressemitteilung des LDS NRW, 7.2.2003). Angesichts der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der prozentuale Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten weiter ansteigen wird.

Vor dem Hintergrund der deutlich absehbaren Entwicklung ist es überraschend, wie wenig differenziert die Forschung in diesem Bereich ist. Daten über pflegebedürftige Personen werden bei den Krankenkassen zwar erfasst, aber die Frage, wer die Pflege übernimmt, welches Geschlecht die Pflegeperson hat und welche anderen wesentlichen Charakteristika sie aufweist, kann nicht beantwortet werden. Außerdem fehlen frauenspezifische Untersuchungen, in denen speziell auf die Belastungen von Frauen durch die Übernahme einer Pflege Tätigkeit eingegangen wird. Bisher können nur aus

<sup>1</sup> Dieses Gutachten ist unter den Zuschriften Nr. 13/1910 im Internet des Landtages zu finden – siehe Übersicht im Anhang. Wenn nicht anders vermerkt stammen die wesentlichen Erkenntnisse, die in diesem Kapitel verarbeitet wurden, aus diesem Gutachten.

<sup>2</sup> Die Stellungnahmen der Verbände und Personen sind unter den Zuschriften Nr. 13/1909, 13/1988, 13/2021 und 13/2023 im Internetangebot des Landtags zu finden – siehe Übersicht im Anhang.

allgemein gehaltenen Untersuchungen Rückschlüsse gezogen werden, wie z.B. aus einer Befragung von Infratest Sozialforschung (2002), wonach drei Viertel der Hauptpflegepersonen Frauen sind.

Mit „Hauptpflegepersonen“ oder „pflegenden Angehörigen“ sind jene Personen gemeint, die schwerpunktmäßig eine/n Familienangehörige/n im eigenen Haushalt pflegen, unter der Voraussetzung, dass dem zu Pflegenden ein Pflegebedarf im Rahmen der Pflegestufen I bis III durch den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) zuerkannt wurde. Im Rahmen der Pflegestufe I leisten diese Personen mindestens einmal täglich, im Rahmen der Pflegestufe II mindestens dreimal täglich und im Rahmen der Pflegestufe III rund um die Uhr Hilfe in Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Waschen, Ankleiden, Essen) sowie in hauswirtschaftlicher Versorgung. In NRW werden zu Beginn dieses Jahrzehnts 332.498 Pflegebedürftige bzw. 71,4 % zu Hause betreut und versorgt (Statistisches Bundesamt, 2001). Hiervon wurde wiederum die überwiegende Mehrheit von Frauen gepflegt.

#### **4.13.2 Häusliche Pflege ist weiblich**

Der Anteil weiblicher Hauptpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements liegt deutschlandweit zwischen 73 und 79 %.<sup>3</sup> Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter und Enkelinnen pflegen Angehörige im familiären Umfeld – fernab hinreichender gesellschaftlicher Wahrnehmung und Anerkennung – in einem Umfang bis zu 80 Wochenstunden, während Männer bislang einer solchen Aufgabe kaum nachkommen. In 1996 und 1998 veröffentlichten Studien lag z.B. der Anteil von Söhnen an den Hauptpflegepersonen zwischen 3 und 5,7 % (Kuhlmey, 2002, S. 54).

Die bisher überhaupt nur in sehr geringer Anzahl durchgeführten Studien zur Situation pflegender Angehöriger lassen bei der Analyse bezüglich der Motive zur Pflegeübernahme die Wirkung gesellschaftlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen für Frauen größtenteils außer Acht. Und dies obwohl auf der Grundlage traditioneller intergenerativer Erwartungen und geschlechtsspezifischer Rollenverteilungen solidarische Pflegeleistungen nach wie vor fast ausschließlich von Frauen erbracht wird.

Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit der Frauen existiert noch immer eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Haus- und Familienarbeit (und damit auch Pflege) wird vornehmlich den Frauen zugeschrieben. Die bislang geradezu selbstverständliche (und teilweise verlangte) Übernahme häuslicher Pflege durch weibliche Angehörige korrespondiert mit einer gesellschaftlich akzeptierten Definition häuslicher Pflege als „reiner Privatangelegenheit“. Damit wird eine – für diese Gesellschaft nicht untypische – unter ihrem Wert honorierte Frauenarbeit gerechtfertigt. Die durch die Pflegeversicherung gewährte Unterstützung liegt unterhalb der Tariflöhne und stellt keine wirkliche Alternative zu einer Erwerbsarbeit dar. Sie erleichtert auch nicht die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Pflegegeldleistungen sind zu gering honoriert, um existenzsichernd zu sein (Kuhlmey, 2002, S. 157). Das Pflegeversicherungsgesetz legt eine Qualitätskontrolle der häuslichen Pflege fest und regelt, dass die Berufstätigkeit der Pflegeperson die Versorgung einer zu pflegenden Person nicht berühren – sprich beeinträchtigen – darf.

---

<sup>3</sup> Je nach zugrunde liegender Studie

Dort wo die häusliche Pflege mit Einschränkung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson verbunden ist, hat die Entscheidung von Frauen zur Übernahme der Pflegearbeit oft einen „materiell-rationalen“ Kern. Frauen erzielen in unserer geschlechtshierarchisch strukturierten Erwerbsgesellschaft in aller Regel die geringeren Erwerbseinkommen. Ihr Einkommensverlust wirkt sich bei Einschränkung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit weniger gravierend auf das Familienbudget aus, als dies beim männlichen „Hauptverdiener“ der Fall wäre. Dies wird meist auch von den Frauen selbst – trotz der von ihnen zu tragenden Verluste an materieller Eigenständigkeit und Erwerbsteilhabe sowie der Alterssicherung – pragmatisch als kleineres Übel gegenüber Einkommensverlusten auf Seiten des Mannes wahrgenommen.<sup>4</sup>

Aus den in der häuslichen Pflege erbrachten Leistungen durch Frauen resultiert ein erheblicher volkswirtschaftlicher Nutzen. Eine Modellrechnung aus Bremen verdeutlicht den Wert der Angehörigenpflege: Würden alle Pflegebedürftigen im Land Bremen entsprechend ihrer Pflegestufe stationär untergebracht, verursachten sie einen Kostenaufwand von knapp 35 Millionen Euro im Monat. Ambulant von Angehörigen versorgt, würde die Versorgung ca. 6 Millionen Euro kosten (Frauengesundheitsbericht Bremen, 2001)!

Die Frage, wer pflegt, wird zudem über das Erbe und die Erbdynamik ausgehandelt. Da ein Großteil der Pflegebedürftigen wegen der beschränkten Leistungen des SGB XI nicht in der Lage ist, die verbleibenden Kosten vollstationärer Versorgung aus eigenem Einkommen zu bestreiten, droht im Falle vollstationärer Unterbringung die Aufzehrung vorhandenen Vermögens bzw. eines zu erwartenden Erbes. Dies kann für die Lebensplanung und Alterssicherung auch der häuslichen Pflegepersonen von erheblicher Bedeutung sein, ebenso wie auch die Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger nach dem Sozialhilferecht. Die finanziellen Belastungen können somit leicht ein Ausmaß annehmen, welches die finanzielle Lebensplanung und soziale Sicherheit der Angehörigen derart in Frage stellt, dass auch in dieser Hinsicht die Belastung durch Übernahme der häuslichen Pflege als kleineres Übel erscheinen lässt.<sup>5</sup>

Um den einseitigen Belastungen von Frauen im Handlungsfeld häuslicher Pflege entgegen zu wirken, bedarf es eines Perspektivenwechsels auf mehreren Ebenen, nicht zuletzt aufgrund demografischer Prognosen. Das SGB XI geht nach wie vor davon aus, dass die professionellen Angebote häuslicher Pflege nur zur „Unterstützung“ dienen, die in der Regel durch die Frau oder die (Schwieger-)Tochter als Hauptpflegeperson sichergestellt werden.<sup>6</sup>

Schätzungen zufolge wird sich aber die Anzahl der potenziellen weiblichen Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 halbieren, während sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum verdoppeln dürfte. Letztlich kann also nur ein Paradigmenwechsel im Verhältnis von professioneller und Angehörigenpflege die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen. Darüber hinaus ist es auch angezeigt, Angehörigenpflege als mehrgenerative familiäre Entwicklungsaufgabe zu betrachten, die alle Familienmitglieder angeht, nicht nur die weiblichen. Diese Aufgabe verlangt bewusste innerfamiliäre Entscheidungen, statt sie mit dem Verweis auf Traditionen und „Selbstverständlichkeiten“ zu lösen. Dieses Verständnis der häuslichen

<sup>4</sup> Vgl. Landtag NRW, Zuschrift 13/1909, Stellungnahme des Sozialverbandes Deutschland (SOVD) – siehe Übersicht im Anhang

<sup>5</sup> Ebenda

<sup>6</sup> Ebenda



Pflege verweist auf die Notwendigkeit und Bedeutung von Beratungsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen auf der Basis von Geschlechtergerechtigkeit und Gerechtigkeit innerhalb der Familie.

#### 4.13.3 Bereitschaft und Motivation zur Pflegeübernahme

In einer Repräsentativuntersuchung wurden Personen, die zurzeit selbst keine Pflege leisten, nach ihrer Pflegebereitschaft befragt. Dabei erklärten 82,7 % aller befragten Männer und 89,5 % aller befragten Frauen sich bereit, ihre Eltern zu pflegen. Die Pflegebereitschaft ist demnach in Deutschland hoch einzuschätzen (Kuhlmey, 2002). Allerdings muss in diesem Zusammenhang beachtet werden, dass entsprechende Aussagen nicht automatisch bedeuten, dass bei Eintreten einer konkreten Situation tatsächlich auch die Pflege übernommen wird.

Laut Klie (2001) ist die Bereitschaft vom sozialen Milieu der Pflegenden abhängig. In der sozialen Unterschicht ist sie am höchsten: 23 % der Befragten aus dem „traditionellen Unterschichtmilieu“ würden die Pflege auf jeden Fall selbst übernehmen, 21 % würden dies wahrscheinlich tun (Blinkert und Klie, 2000). Die Heimpflege findet mit 18 % eine sehr geringe Akzeptanz. Die Kombination eines hohen gesellschaftlichen Status mit einem modernen Lebensentwurf bewirkt, dass sich die Personen dieser Gruppe zu 22 % unbedingt und zu 36 % eventuell für die Versorgung und Betreuung eines Familienmitgliedes in einem Heim entscheiden würden (Kuhlmey, 2002).

Für die Übernahme der Pflege eines Familienmitgliedes können die unterschiedlichsten Beweggründe vorliegen. Fuchs (1998) umschreibt Pflegebereitschaft mit Begriffen wie „Neigung, Disposition, Interesse, Hang zur Pflege“. Bei der Definition schwingt eine gewisse Freiwilligkeit und Entscheidungsfreiheit mit. Inwieweit beides tatsächlich vorhanden ist, wird vielfach bezweifelt. Unterschiedliche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass gerade das Fehlen von Entscheidungs- und Wahlfreiheit die Übernahme von Pflege des pflegenden Angehörigen charakterisiert. Die meisten Menschen können sich der Entscheidung zur Übernahme einer Pflege nicht entziehen. Ehefrauen können die Pflege ihres älteren Ehemannes nicht verweigern, weil dies von ihnen als selbstverständlich erwartet wird. Auch Töchter sind in einem besonders hohen Maße familiärem Druck ausgesetzt, bedürftige Angehörige zu pflegen. Als konstituierende Faktoren der Pflegebereitschaft werden von Töchtern Wohnsituation, gegenseitige Hilfeleistung, emotionale Beziehung zur Mutter, internalisierte Normen, familiäre und finanzielle Situation genannt. In allen Studien wird als häufigster Grund der Pflegeübernahme von den Töchtern eine gewisse Selbstverständlichkeit geäußert. Dazu gehören anerzogene Verpflichtungen, besonders gegenüber den Müttern, vertragliche Regelungen, ökonomische Aspekte, Wiedergutmachungsimpulse für geleistete Dienste der Mütter. Weiterhin Dankbarkeit, deren Grundlage die innere Forderung ist, alles Empfangene zurückzugeben, ethisch-religiöse Motive, abgegebene Versprechen, Pflichtgefühl, Lebensstrukturierung und Sinnggebung sowie eine tiefe innere Verbundenheit und eine karitative Einstellung. So verstandene Selbstverständlichkeit kann damit als Folge gesellschaftlicher Normierung bzw. als rollenimmanentes Verhalten interpretiert werden (Kuhlmey, 2002).

Die Frage, ob eine Pflegeübernahme wirklich sinnvoll ist oder nicht, können insbesondere Mütter behinderter Kinder häufig nicht sorgfältig prüfen. Gerade hier ist der Druck auf die betroffenen Frauen oft noch größer als im Falle älterer Angehöriger.

Die Betreuung und Pflege eines behinderten Kindes innerhalb der Familie wird von den meisten Menschen als Selbstverständlichkeit betrachtet. Mütter, die sich dazu nicht in der Lage sehen, gelten – interessanterweise auch bei Professionellen – vorschnell als „Rabenmütter“. Dies führt zu der in gewisser Hinsicht paradoxen Situation, dass die professionelle Betreuung eines behinderten Kindes in einem Heim im Einzelfall für alle Beteiligten die bessere Lösung wäre. Allerdings interpretieren viele betroffene Mütter dies (auch unter dem permanenten gesellschaftlichen Druck) als persönliches Versagen (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

Überwiegend positive Motive bedeuten nicht zwangsläufig, dass die Pfl egetätigkeit leichter auszuführen ist bzw. mit weniger Belastungen einhergeht. So kann der Wunsch, den oder die Angehörige unbedingt betreuen oder unterstützen zu wollen, leicht auch zur Überforderung führen. Wurde die Pfl egetätigkeit demgegenüber allein oder überwiegend aus negativen Motiven übernommen, besteht die Gefahr einer „lieblosen“ Pflege, die mit dem Risiko von Verwahrlosung und/oder körperlicher Misshandlung einhergehen kann. Aber auch Gewalt, die von dem Pflegebedürftigen selbst ausgeht und sich gegen die pflegenden Angehörigen richtet, sind durchaus möglich, wenn die Beziehung in hohem Maße belastet ist bzw. ungünstige Motivbündel vorherrschen (Reichert und Maly-Lukas, 2002; siehe auch Kapitel 4.5).

Frauen, die vor dem Eintritt der Pflegesituation unentschlossen sind, ob sie selber pflegen oder die Heimpflege bevorzugen, sind eher bereit, einen so genannten „Pflegemix“, also die Unterstützung durch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diejenigen, die unbedingt die Pflege selbst übernehmen würden und gleichzeitig eine Pflege im Heim strikt ablehnten bzw. die, die eher selbst pflegen würden, zeigen zu 92 % bzw. 96 % Interesse an einem Pflegemix. Selbst BefürworterInnen einer Betreuung und Versorgung in Institutionen zeigen dennoch zu 27 % Interesse an professioneller Hilfe im Falle einer Pflegeübernahme. Insgesamt sind 61 % der Frauen, die selbst die Pflege einer oder eines Angehörigen übernehmen, an professioneller Hilfe interessiert (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

#### **4.13.4 Entstehung der Pflegesituation**

Grundsätzlich gibt es zwei Wege für das Zustandekommen der Pflegesituation. Sie beginnt entweder als schleichender Prozess, etwa bei chronischen Krankheitszuständen, oder sie wird durch ein plötzliches Ereignis verursacht, z.B. durch akute Krankheit oder Unfall. Da Töchter häufig schon lange vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit mit ihren Eltern in einem Haus wohnen, lässt sich oft kaum feststellen, zu welchem Zeitpunkt die Pflege genau begonnen hat. Es ist nicht verwunderlich, dass die meisten zur Pflegeperson geworden sind, ohne sich mit diesem Status identifizieren zu können (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 1993). Alle Studien machen darauf aufmerksam, dass die meisten Pflegepersonen zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen können, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familie haben. Vielfach entwickeln sich aus einer Übergangsregelung sehr pflegeintensive Jahre (Kuhlmey, 2002).

Töchter sind aus unterschiedlichen Gründen weniger dazu in Lage, Grenzen zu setzen und Aufgaben zu delegieren als andere. Ein Grund liegt darin, dass die meisten Töchter ihre Eltern zu den Menschen zählen, denen sie sich am stärksten verbunden fühlen. Barrieren, die besonders Frauen davon abhalten, professionelle Dienste in

Anspruch zu nehmen, sind Gefühle von Schuld, Ungenügen und Versagen, Wünsche, die Kontrolle über die Pflegesituation zu behalten und die Privatsphäre vor Einblicken von außen zu schützen. Weitere Gründe sind: soziale Normen, Scheu um Unterstützung zu bitten, Unkenntnis über Entlastungsangebote und auch die Sorge, dass wechselnde Helfer eines Pflegedienstes eine Zumutung für die zu Pflegenden und einen Qualitätsverlust darstellen. Dies hat für die pflegenden Frauen weitreichende Konsequenzen (Kuhlmei, 2002).

Söhne können bei der Pflege einen größeren inneren Abstand wahren. Sie sind weniger durch soziale Werte zur Pflege verpflichtet, setzen ihre Belastungsgrenzen eher, leisten deshalb seltener Schwerstpflege und fällen eher Entscheidungen für eine Heimunterbringung.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Übernahme der Pflege eines Angehörigen häufig keine bewusste Entscheidung ist. Dies gilt sicherlich vor allem dann, wenn sich die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht langsam entwickelt und somit absehbar ist, sondern wenn sie plötzlich eintritt. Dann bleibt oft keine Zeit, sich in Ruhe nach den notwendigen Vorkehrungen und den vorhandenen Hilfsangeboten zu erkundigen und sich allmählich auf die Situation vorzubereiten. Oft ist aber gerade in dieser Situation gar kein Heimplatz frei. Die Angehörigen fühlen sich nicht selten förmlich überrumpelt. Dabei fällt auf, wie gering die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen gerade seitens pflegender Frauen ist (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

#### **4.13.5 Beratungsbedarf und Beratungsinanspruchnahme**

In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass eine gezielte Pflegeberatung und daraus resultierende begleitende Hilfestellung dazu beiträgt, Überforderungen der Pflegeperson entgegen zu wirken. Bei pflegenden Angehörigen besteht sowohl in organisatorischer als auch in therapeutischer Hinsicht Beratungsbedarf. Gefragt sind Konzepte, die die Hauptpflegeperson in ihrer Funktion als ManagerIn der Pflegesituation wahrnehmen und unterstützen, aber auch Entlastung und Begleitung in schwierigen Lagen gewähren. Werden die Angehörigen nicht ausreichend informiert, beraten, unterstützt und angeleitet, so geraten sie zunehmend – insbesondere bei Intensivierung des Pflegebedarfs – in die Situation physischer und psychischer Belastung. Der gesetzliche Auftrag zur Pflegeberatung ist im Pflegeversicherungsgesetz und den Durchführungsbestimmungen der Länder festgeschrieben. Sie soll einer Sicherung der Qualität häuslicher Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung sowie der praktischen fachlichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen dienen.

NRW hat bereits seit 1996 ein eigenständiges Landespflegegesetz, das 2003 novelliert und in seiner Zielsetzung erweitert wurde. Bei Maßnahmen nach dem Landespflegegesetz ist Gender Mainstreaming jetzt als durchgängiges Prinzip zu befolgen. Die Notwendigkeit einer kosten- und trägerunabhängigen Pflegeberatung wurde bekräftigt. Es fällt in die Zuständigkeit der Kommunen dieses Angebot vorzuhalten. Sie sind darüber hinausgehend aufgefordert, bei der Weiterentwicklung ihres Angebotes auf fallbezogene Beratung (Case Management) hinzuwirken.

Untersuchungen im Themenfeld „Häusliche Pflege“ kommen zu dem Ergebnis, dass sich bereits das Fehlen an Entscheidungs- und Wahlfreiheit für oder gegen die Pflegeübernahme wie ein Leitmotiv durch die Motivation pflegender Angehöriger zieht.

Beschrieben wird weiterhin, dass die Pflegepersonen unzureichend informiert sind über Leistungsansprüche sowie konkrete Hilfs- und Entlastungsangebote, dass wichtige AnsprechpartnerInnen wie HausärztInnen, Pflegedienste und Pflegekassen nicht hinreichend beraten und Beratungskonzepte lebensweltliche Aspekte und psychotherapeutische Begleitung fast nie in Betracht ziehen.

Das Spektrum herkömmlicher Beratungsangebote berücksichtigt bislang kaum die Notwendigkeit, dass Entscheidungshilfen und Pflegevorbereitungsseminare rechtzeitig, d.h. vor Beginn der Pflege ansetzen müssen. Nur so kann eine übereinstimmende Entscheidungsfindung zwischen zukünftig Bedürftigen und möglichen Pflegepersonen zustande kommen.

Beginnt eine häusliche Pflegesituation mit einer Krankenhausentlassung, ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Überleitung, dass die AkteurInnen im Krankenhaus potenzielle Problemlagen erkennen, beraten, anleiten und adäquate Hilfsangebote vermitteln können. Der Bedarf einer bereits während des Klinikaufenthaltes beginnenden Vorbereitung auf die häusliche Pflege bleibt in den meisten Krankenhäusern weitgehend unerkannt und unberücksichtigt.

Bislang werden in der wissenschaftlichen Literatur familiensystematische Aspekte der Pflegesituation nur zögerlich und entstehende Belastungen sowie Konflikte meist ohne geschlechtsspezifische Differenzierung diskutiert. Infolgedessen reagieren bestehende Beratungs- und Hilffssysteme häufig ausschließlich funktional. Sie sind primär auf direkt pflegebezogene Fragestellungen einschließlich der Belastung der Hauptpflegeperson ausgerichtet. Der massive gesellschaftliche Druck zur Pflegeübernahme, der auf Frauen vor dem Hintergrund von Rollenerwartungen und arbeitsweltlichen Aspekten ausgeübt wird, ist selten Beratungsgegenstand. Die lebensweltliche Situation von Familien, die Bedeutung der Übernahme von Pflegeverantwortung als Einschnitt und Umbruch im familiären Gefüge und die durch die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds ausgelöste innerfamiliäre Dynamik bleiben in der Eingangs- und begleitenden Beratung weitestgehend unberücksichtigt.

Unberücksichtigt bei der Konzeption von Beratungsangeboten blieb bislang auch die Tatsache, dass pflegende Angehörige bei Professionellen im Gesundheitssystem als Gruppe gelten, die keine Hilfe annehmen kann und/oder nur bedingt will. Wissenschaftlich unklar dabei ist, ob finanzielle Gründe eine Rolle spielen oder die Angebote nicht dem Bedarf und den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen entsprechen oder eine Kombination verschiedener Aspekte eine Distanz zu ergänzenden Hilfen hervorruft. Bislang wenig erreicht werden zudem pflegende Angehörige mit geringem Bildungsstand und aus niedrigen sozialen Schichten. Für diese stellt besonders die Schwellenangst vor Institutionen ein Hindernis für die Inanspruchnahme formeller Hilfen dar.

Beratungsaktivitäten der Pflegekassen sind in der Realität auf verwaltungsbezogene, finanzielle Leistungen oder Hilfsmittelförderung beschränkt. Sie bieten zwar alternativ dazu eine Pflegeberatung im Rahmen der von ihnen empfohlenen Pflegekurse an, aber mehrere Untersuchungen verdeutlichen deren geringe Nutzung durch pflegende Angehörige.

HausärztInnen und vielleicht noch wichtiger ambulante Pflegedienste, denen im Kontakt mit pflegenden Angehörigen die eventuell wichtigste Funktion zufällt, nehmen begleitende Beratungsaufgaben nur in sehr geringem Umfang wahr. Auch wenn gut die Hälfte der ambulanten Pflegedienste Beratung als eigene Leistung anbietet, ist

der Zeit- und Leistungsaufwand hierfür sehr gering. Er beträgt für Erstbesuche 3 % und liegt bei 4 % für weitere Einsätze (4. Altenbericht – Deutscher Bundestag, 2002). Begründet wird der geringe Einsatz am gesamten Leistungsvolumen damit, dass Beratungseinsätze sich finanziell kaum rentieren. Neben den institutionalisierten Formen der Beratung finden während der regelmäßigen Pflegeeinsätze Beratungen statt, die am ehesten als „unbezahlte Zusatzangebote“ der Pflegekräfte anzusehen und von deren individuellen Kompetenzen abhängig sind.

Insgesamt scheinen herkömmliche Beratungskonzepte und -angebote noch unzureichend vom individuellen Unterstützungsbedarf in Sinne eines Case Managements auszugehen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden meist sehr unvermittelt mit Fragestellungen, die aus der Pflegebedürftigkeit resultieren konfrontiert. Bei MigrantInnen, die 1996 erstmalig als Zielgruppe im Landespflegegesetz NRW benannt sind, werden diese Probleme unter Umständen noch dadurch verstärkt, dass Sprachbarrieren zu überwinden und kulturelle Besonderheiten bei der Auswahl und Durchführung notwendiger Hilfen zu berücksichtigen sind. Eine verweisende Beratung, die lediglich Hinweise auf das örtliche Hilfeangebot gibt, reicht in diesen Fällen nicht aus. Der Unterstützungsbedarf geht vielmehr dahin, entsprechend der jeweils individuellen Bedürftigkeit ein Gesamtpaket notwendiger Unterstützungsleistungen zu entwickeln. Hierbei gilt es, die geschlechtsspezifischen Bedingungen und Bedürfnisse der Pflegenden sowie die Leistungs- und Belastungsfähigkeit des sozialen Umfeldes – insbesondere die lebensweltliche Situation der Familie – der/des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen. Gleichzeitig bedürfen die Ratsuchenden auch der Unterstützung bei der Auswahl der erforderlichen Hilfen, die aufeinander abgestimmt sein müssen. Dies bedeutet, dass bisherige Beratungsangebote im Sinne von „Case-und-CareManagement“ stärker auf die konkrete Situation des Einzelfalles ausgerichtet werden müssen, die die pflegende Angehörige als Managerin in den Mittelpunkt der Pflegesituation stellen.

#### **4.13.6 Folgen der Pflegetätigkeit**

Die zugrunde liegenden Studien zu diesem Abschnitt unterscheiden nicht zwischen männlichen und weiblichen Pflegenden. Alle vorliegenden Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass pflegende Angehörige oft einem hohen Maß an Belastungen in den unterschiedlichsten Lebensbereichen ausgesetzt sind und die Pflege häufig unter großen persönlichen Opfern und Einschränkungen bis hin zur körperlichen und emotionalen Erschöpfung erbracht wird. So fühlen sich zwischen 79 % und 85 % aller Hauptpflegepersonen eher stark bis sehr stark belastet. 80 % von ihnen stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Bei Pflegebedürftigen mit ständigem Pflegebedarf sind es ca. 92 % (Reichert und Maly-Lukas, 2002). Etwa die Hälfte der Pflegenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflegetätigkeiten unterbrechen. Zu Hause betreute DemenzpatientInnen haben insgesamt einen höheren Hilfe- und Pflegebedarf als nicht Demenzkranke. Der Wunsch, alles optimal zu erfüllen, verleitet besonders pflegende Frauen zu einer unangemessenen und übermäßigen Hilfe. Dadurch nehmen sie den Pflegebedürftigen auch das ab, was diese noch alleine leisten können.

Zu den Belastungen, mit denen Pflegende unter Umständen täglich konfrontiert werden können, gehören insbesondere (Reichert und Maly-Lukas, 2002):

- die mangelnde Freizeit sowie die Reduzierung von sozialen Kontakten,
- die mangelnde Anerkennung und Unterstützung der sozialen Umwelt,
- die Anpassung des Tagesablaufes an die Pfllegetätigkeit, die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit und die damit verbundene Gleichförmigkeit des Alltags,
- die durch die praktische Pfllegetätigkeit bedingten hohen körperlichen und psychischen Beanspruchungen und deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand,
- die permanente Konfrontation mit physischem und psychischem Abbau der/des Kranken,
- die Verhaltensauffälligkeiten und Klagen der/des Hilfe- und Pflegebedürftigen,
- die mangelnde Kommunikationsfähigkeit, insbesondere bei psychisch veränderten Erwachsenen und Kindern mit geistigen Behinderungen,
- die als konflikthaft erlebte Beziehung zur unterstützungsdürftigen Person
- und die fortwährende Sorge um die/den Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Pflegende Angehörige von Demenzkranken geben zu 84,6 % an, zu wenig Zeit für eigene Interessen zu haben, 84,1 % der Pflegenden sind der Ansicht, die Pflege koste sie sehr viel Kraft. 65,3 % fühlen sich körperlich erschöpft und 53,9 % sind mit ihrem Leben weniger zufrieden als vor der Pfllegetätigkeit.

Inwieweit und in welchem Ausmaß diese Belastungen jedoch zum Tragen kommen, ist individuell höchst unterschiedlich und von bestimmten Merkmalen abhängig (Reichert, 2002):

- Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung: Der bedeutsamste Faktor, der entscheidend das Ausmaß der erlebten Belastungen bestimmen kann. Die Betreuung von psychisch veränderten Pflegebedürftigen, wie zum Beispiel Demenzkranken wird von pflegenden Angehörigen als besonders belastend erlebt (Schneekloth und Müller, 2000).
- Alter der Pflegepersonen und verwandtschaftliches Verhältnis zur/zum Hilfe- und Pflegebedürftigen: Eine Anzahl von Untersuchungsergebnissen belegt beispielsweise, dass es Ehefrauen schwerer fällt die Pfllegetätigkeiten auszuüben als Töchtern und Schwiegertöchtern. Besonders ältere Frauen neigen dazu, selbst die Betreuung von schwerst Pflegebedürftigen ohne Unterstützung durch andere Familienmitglieder oder soziale Dienste zu leisten. Dadurch steigt das Risiko, die eigenen Belastungsgrenzen zu überschreiten und durch ständige physische und psychische Überforderung selbst frühzeitig pflegebedürftig zu werden. Auch pflegende Frauen der so genannten Sandwich-Generation (Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren), die neben der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern eine eigene Familie mit Kindern betreuen und darüber hinaus oft auch erwerbstätig sind, sind in besonderem Maße von Überlastung und gesundheitlichen Konsequenzen bedroht. Von pflegenden Töchtern wird die Veränderung der Beziehung zu den pflegebedürftigen Eltern oder Schwiegereltern als besondere emotionale Belas-

tung empfunden. Die lebenslang erlebte Rollenverteilung – auf der einen Seite die versorgenden Eltern, auf der anderen die versorgte Tochter – kehrt sich um und muss zusammen mit der neuen Pflegeverantwortung bewältigt werden.

- Geschlecht der Pflegeperson: Pflegende Männer haben sozialisationsbedingt ein anderes Pflegeverständnis als Frauen. Sie sind eher bereit Pflegeverantwortung zu delegieren, sich auf organisatorische, Pflege unterstützende Maßnahmen zurückzuziehen und externe Hilfsangebote anzunehmen, und sind entsprechend weniger durch die Pflegetätigkeit belastet.
- Frühere Beziehungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen: Bestand vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit ein schwieriges Verhältnis zwischen der Pflegeperson und der/dem Pflegebedürftigen, so kann dies die Situation ebenfalls erheblich erschweren.
- Verfügbarkeit und Unterstützung durch HelferInnen und professionelle Dienste: Pflegebelastungen können erheblich reduziert werden, wenn Pflegende Unterstützung von bedarfsgerechten praktischen Hilfeleistungen, Trost und Zuspruch sowie Anerkennung und Wertschätzung für ihre Tätigkeit erfahren.
- Sozioökonomischer Status: Angehörige der mittleren und oberen sozialen Schicht nehmen generell sehr viel häufiger ergänzende und unterstützende professionelle Dienstleistungen in Anspruch als Angehörige der unteren Sozial- und Einkommensschichten und sind dadurch weniger belastet.
- Das Vorhandensein von echter Wahlfreiheit bei der Übernahme bzw. Fortsetzung der Pflege.
- Individuelle Belastbarkeit und das Vorhandensein von entlastenden Hilfen und passiven Bewältigungsstrategien auf Seiten der Pflegenden.

### **Auswirkungen der Belastungen auf die gesundheitliche Situation der pflegenden Angehörigen**

Auch zu den Auswirkungen der Belastungen auf die gesundheitliche Situation gibt es fast keine geschlechtssensiblen Daten. Generell stellen pflegende Angehörige bezüglich physischer und psychischer Beschwerden eine Risikogruppe dar, die oftmals dazu neigt, ihre eigene Gesundheit zu vernachlässigen. Dies äußert sich u.a. darin, dass Kontroll- und Früherkennungsuntersuchungen verschoben oder vergessen und leichtere Krankheiten nicht ausreichend auskuriert oder sogar ignoriert werden (Kuhlmeier, 2002). Gelegentlich kommt es sogar zur verspäteten bzw. zur Nichtdurchführung wichtiger Operationen (Fischer et al., 1995). Tatsächlich leidet ein Drittel bis die Hälfte aller pflegenden Angehörigen unter physischen oder psychischen Problemen. Das Ausmaß der Beschwerden der Pflegepersonen steht in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Grad der Belastung. Pflegende leiden aufgrund der physischen und psychischen Belastungen viel stärker unter körperlichen Beschwerden als andere Personen ihres Alters und Geschlechts.

### **Physische Erkrankungen**

Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist von mindestens einer Krankheit betroffen. Häufig handelt es sich um Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Schilddrüsen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vor allem Schädigungen des Bewegungsappara-

tes treten vermehrt bei den Pflegepersonen auf, die einen bettlägerigen Menschen oder ein körperbehindertes Kind betreuen, das oft getragen werden muss (Scholz-Braun, 1999). Nach Fischer et al. (1995) leiden mehr als 85 % der von ihnen untersuchten über 60-jährigen pflegenden Ehefrauen an chronischen Gelenkbeschwerden. Mehr als ein Viertel leidet außerdem unter starken bis sehr starken Schmerzen. Überproportional häufig werden bei pflegenden Angehörigen Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Glieder- und Herzschmerzen, Hyperventilation und Kopfschmerzen gefunden (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

### **Psychische Erkrankungen**

Wenngleich psychische Krankheitssymptome wie Angstzustände, Schlaflosigkeit, Depressionen und Nervosität nicht zweifelsfrei auf die Pflegebelastung zurückgeführt werden können, so sind pflegende Frauen dennoch überproportional davon betroffen. Bei pflegenden Angehörigen wurden überdurchschnittlich hohe Depressionswerte und psychosomatische Beschwerden festgestellt, die mit der krankmachenden Qualität der Pflegesituation in Zusammenhang gebracht wurden. Als extrem belastend empfinden viele pflegende Angehörige die permanente Störung der Nachtruhe, die besonders von psychisch veränderten alten Menschen und von geistig behinderten Kindern hervorgerufen werden kann. Auch der ständige Zeitdruck, mangelnde Möglichkeiten der Entspannung und Erholung sowie die Verantwortung, allen Anforderungen in den Bereichen Pflege, Familie und ggf. Beruf gerecht zu werden, führen dazu, dass sich Pflegenden unter Umständen ausgelaugt und überfordert fühlen 15 % der älteren, pflegenden Frauen geben an, unter dem Gefühl der Lebensmüdigkeit zu leiden (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

Negativ beeinflusst wird der physische und psychische Gesundheitszustand von pflegenden Frauen insbesondere durch fehlende oder nur geringe emotionale und instrumentelle Unterstützung von Familienmitgliedern. Um zu funktionieren und um Symptome körperlicher und emotionaler Erschöpfung auszugleichen, missbrauchen viele pflegende Angehörige Medikamente (z.B. Schlaf-, Beruhigungs- und/oder Aufputschmittel). Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatotrope Medikamente (siehe auch Kapitel 4.1.2). Auch wird überproportional häufig Alkohol als Entspannungsmittel missbraucht (Reichert und Maly-Lukas, 2002).

Das Ausmaß der körperlichen Beschwerden der pflegenden Angehörigen steht in direktem Zusammenhang zum Ausmaß des Gefühls, durch die Pflege belastet zu sein. Bei einer Zunahme des Gefühls durch die Pflege belastet zu sein, kommt es im Verlauf eines Somatisierungsprozesses häufig zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlbefindens. Umgekehrt bewirken Krankheiten der pflegenden Personen, die mit einer Zunahme körperlichen Beschwerden einhergehen, dass die Pflegetätigkeiten als größere Belastungen wahrgenommen werden.

### **Auswirkungen auf soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten und Berufstätigkeit**

Das Erleben, nicht mehr genügend Zeit für sich selbst, für Erholung und Hobbys, für die Familie, den Beruf und/oder für sonstige soziale Aktivitäten und Kontakte zu haben, ist ebenfalls ein entscheidender Stressfaktor für Hilfe- und Pflegeleistende. Um den Zeitaufwand für die Pflege in den Alltag zu integrieren, versuchen viele pflegende Angehörige ihre Freizeit und außerfamiliäre soziale Beziehungen zu vermindern. Im weiteren Verlauf stellt jedoch die soziale Isolation oder das Gefühl von der Außenwelt abgeschnitten zu sein, besonders für pflegende Frauen einen erheblichen



Belastungsfaktor dar. Eine extreme Situation ergibt sich zudem, wenn die Pflege mit der Berufstätigkeit vereinbart wird. Bisher gibt es keine Angaben darüber, wie hoch der prozentuale Anteil der pflegenden ArbeitnehmerInnen an der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung ist. Daten für die Bundesrepublik oder das Land NRW liegen bisher nicht vor. Bekannt ist, wie erwähnt, dass in NRW die Frauen mit 78 % die Hauptpflegetätigen sind.

Entscheidungen zur Übernahme von Pflegeleistungen für Familienangehörige können zu einem Ausschluss vom Arbeitsmarkt führen, da Pflegeleistende im erwerbsfähigen Alter seltener in einem Beschäftigungsverhältnis stehen als Nichtpflegeleistende. Aus den Daten der Untersuchung von Infratest Sozialforschung zur Situation der häuslichen Pflege lässt sich entnehmen, dass die häusliche Pflege Auswirkungen auf das Ausmaß der Erwerbsbeteiligung hat: So haben 14 % der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (16–64 Jahre) ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege eingeschränkt und 16 % haben sie sogar ganz aufgegeben.

Die Beendigung der Erwerbstätigkeit kann für die Pflegenden eine große emotionale Belastung bedeuten. Das Gefühl, berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse nicht mehr nutzen zu können, berufliche Pläne zu verschieben oder eventuell ganz aufgeben zu müssen, haben gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen in physischer, psychischer und vor allem auch finanzieller und sozialer Hinsicht. Einkommenseinbußen und nicht zuletzt der fehlende Kontakt zu KollegInnen werden als äußerst belastend erlebt. Hinzu kommt, dass eine spätere berufliche Wiedereingliederung nicht immer problemlos erfolgt, sofern sie aufgrund der Arbeitsmarktlage oder des Alters der Betroffenen überhaupt noch möglich ist. Erschwerend kommt hinzu, dass bei bestehender Pflegeverpflichtung zunächst zu Hause „Ersatz“ in Form von professioneller oder informeller Hilfe organisiert werden muss, diesen gilt es wiederum zu finanzieren (Reichert, 2003).

Belastungsarten, die sich aus der Hilfe- und Pflegesituation selbst, aus familiären Konflikten sowie nicht zuletzt dem steten Bemühen, den Anforderungen im Beruf dennoch zu genügen, ergeben, bleiben nicht ohne Konsequenzen für den familiären, privaten und gesundheitlichen Bereich der pflegenden Frauen.<sup>7</sup> Welche Auswirkungen der Versuch, familiäre Aufgaben, Erwerbs-, Hilfe- und Pflegeleistungen zu vereinbaren auf den Arbeitsplatz hat, ist hingegen weniger bekannt.

Eines der größten Probleme von erwerbstätigen Frauen mit Pflegeverpflichtungen ist der Zeitdruck, denn die zur Verfügung stehende Zeit muss für die Anforderungen in Familie, Pflege und Beruf genau eingeteilt werden. Kommt es zu unvorhergesehenen Zwischenfällen oder Krisensituationen oder ist es unmöglich, Termine außerhalb der regulären Arbeitszeit wahrzunehmen, gerät die oft mühsam und auf die Minute geplante Organisation ins Wanken. Abwesenheit, verspätetes Eintreffen am Arbeitsplatz bzw. früheres Verlassen und/oder Arbeitsunterbrechungen sind die Folge. Das gleichzeitige Ausüben von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege kann sich nicht nur auf die Arbeitszeit auswirken, sondern auch die Leistungsfähigkeit, das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit der Frauen am Arbeitsplatz negativ beeinflussen. Als problematisch erweist sich zudem, dass erwerbstätige und gleichzeitig pflegende Frauen aufgrund ihrer umfangreichen Verpflichtungen häufig nur wenig freie Zeit zur Erholung und Entspannung haben. Die Betroffenen beginnen den Arbeitstag unter

<sup>7</sup> Siehe auch die Aussagen zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Pflege auf die pflegenden Frauen.

Umständen schon kraftlos und emotional erschöpft. Viele Untersuchungen bestätigen übereinstimmend, dass sowohl Vorgesetzten als auch KollegInnen eine besondere Rolle zukommt, wenn es darum geht, Erwerbstätigkeit und Pflege zu vereinbaren. Im Bezug auf die Vorgesetzten werden des Öfteren mangelndes Verständnis und wenig Einfühlungsvermögen beklagt (Reichert, 2003).

Das Versäumen von Arbeitszeit, die Beeinträchtigung des Leistungsvermögens am Arbeitsplatz, das mangelnde Verständnis von Vorgesetzten, KollegInnen, die verminderten Chancen für Karriere und Weiterbildung sowie in der Konsequenz die Berufsaufgabe und Beendigung der Erwerbstätigkeit – all diese arbeitsplatzbezogenen Auswirkungen kann die Unterstützung und Pflege von Angehöriger haben. Dass die Berufsaufgabe für einen Teil der erwerbstätigen pflegenden Frauen und Männer durchaus als ein Ausweg zur Verminderung der Mehrfachbelastung gesehen wird, belegen die auf die Bundesrepublik bezogenen Daten: Danach haben ca. 16 % der weiblichen und 8 % der männlichen Hilfe- und Pflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um sich intensiver der Versorgung ihrer Angehörigen widmen zu können.

Eine Einschränkung ihrer Erwerbstätigkeit haben weitere 18 % der weiblichen und etwa 7 % der männlichen Pflegepersonen vorgenommen. Fasst man die Kategorien „Aufgabe“ und „Einschränkungen“ zusammen, dann hat die Versorgung von unterstützungsbedürftigen Älteren für ein Drittel der Frauen und für 15 % der Männer die Hilfe und Pflege leisten, einschneidende Konsequenzen für ihr Erwerbsleben.

Neben der Belastungs- und Vereinbarkeitsproblematik darf jedoch nicht der positive Aspekt einer möglichen Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegetätigkeit übersehen werden. Viele pflegende Frauen schöpfen Kraft und Reserven gerade aus der Beibehaltung ihrer beruflichen Tätigkeit.

Trotz der erheblichen Vorteile, die betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für alle Beteiligten mit sich bringen könnten, beziehen sich die wenigen in der Bundesrepublik explizit auf Pflegeverpflichtung gegenüber älteren Familienmitgliedern ausgerichteten betrieblichen und tarifvertraglichen Angebote und Regelungen meist nur auf das Maßnahmenpaket „flexible Arbeitszeit und Arbeitszeitorganisation“.

Die Verbesserung der beruflichen Situation von Pflegenden und die Verbesserung ihrer Integration im Sinne sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit bezogen auf den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft zählen zu den proklamierten Zielsetzungen aller SozialpartnerIn den EU-Mitgliedstaaten und damit auch der Bundesrepublik.

#### **4.13.7 Handlungsfelder**

Für Hauptpflegepersonen ist es von größter Wichtigkeit, ihren Tagesablauf optimal zu planen. Die Pflege des Angehörigen muss organisiert werden – und um sie herum zugleich das eigene Leben, sei es der Alltag der restlichen Familie und/oder der Beruf. Hierbei unterstützen eine Vielzahl von Angeboten die Betroffenen. Häufig sind die Pflegepersonen allerdings nicht über die gesamte Bandbreite der ihnen zur Verfügung stehenden unterstützenden Angebote unterrichtet. Dies liegt nach Einschätzung der Enquetekommission gleichermaßen an mangelnder Information wie an den teilweise fehlenden Beratungsangeboten. Wichtig ist dabei aber auch, dass dieser Zugang zu Informationen und Beratungen nicht nur für die Pflegenden selber von

großer Bedeutung ist. Auch ÄrztInnen und professionelles Pflegepersonal müssen verstärkt über den Umgang mit pflegenden Angehörigen sowie den diesen zustehenden Hilfsmöglichkeiten informiert werden.

### **Handlungsfeld Pflege und Erwerbsarbeit**

Die Alterspyramide lässt erkennen, dass künftig immer weniger jüngere Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. Dies hat zur Folge, dass immer mehr ältere Frauen und Männer – also die, die derzeit am stärksten in die häusliche Pflege eingebunden sind – auf dem Arbeitsmarkt benötigt und damit auch zunehmend mit der Vereinbarkeitsproblematik konfrontiert werden (Reichert, 2003).

Wie dargestellt, können die Entscheidungen zur Übernahme von Pfl egetätigkeiten häufig zu einem Ausschluss vom Arbeitsmarkt führen. Gleichzeitig kann die Beendigung der Erwerbstätigkeit für die Pflegenden eine große emotionale Belastung bedeuten. Die Aufgabe oder zumindest das Verschieben beruflicher Pläne können für die Betroffenen Auswirkungen in physischer, psychischer und vor allem in finanzieller sowie sozialer Hinsicht haben. In diesem Zusammenhang muss auch daran erinnert werden, dass die Aufgabe einer Erwerbstätigkeit zu einer Minderung von Rentenansprüchen führt.

Gleichzeitig ist zu beachten, dass sich auch diejenigen Hauptpflegepersonen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt sehen. Wie weiter vorne dargestellt, sind dies Belastungsarten, die sich sowohl aus der Hilfe- und Pflegesituation selbst ergeben, aber auch aus daraus resultierenden familiären Konflikten sowie nicht zuletzt aus dem Versuch, gleichzeitig auch den beruflichen Anforderungen zu genügen. Diese Belastungen bleiben nicht ohne Konsequenzen für den familiären, privaten und gesundheitlichen Bereich der pflegenden Frauen.

Ein positives Beispiel für das Bemühen, Erwerbstätigkeit und Pflege zu vereinbaren können die Vereinigten Staaten sein. Zeitgleich mit den ersten wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur „Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflege“ in der Mitte der 80er-Jahre begannen einige große Unternehmen in den USA, sich diesem Thema zuzuwenden. Vorreiter der Entwicklung war dabei die Travelers Insurance Company, die ihre ArbeitnehmerInnen 1985 hinsichtlich ihrer Pflegeverpflichtungen gegenüber älteren Menschen befragte. Wesentliche Gründe dafür sowie für das insgesamt steigende Interesse von Unternehmen an der Vereinbarkeitsproblematik waren (Reichert, 2003):

- das Altern der Gesellschaft,
- die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen,
- die Verminderung des Hilfe-/Pflegepotenzials sowie
- die Einsicht, dass Erwerbs- und Familienleben keine untrennbaren Bereiche sind und familiäre Verpflichtungen sich positiv oder negativ am Arbeitsplatz auswirken können.

Anfangs waren es also nicht die im Weiteren beschriebenen negativen Konsequenzen für den Betrieb, die die parallele Ausübung von Pflege und Erwerbstätigkeit mit sich bringen kann bzw. die dadurch entstehenden Kosten, die Unternehmen veranlassten, ihre ArbeitnehmerInnen nach Art und Umfang der Unterstützung für ihre Angehörigen zu befragen. Im Gegenteil, man war überrascht darüber, wie viele Er-

werbstätige überhaupt von der Vereinbarkeitsproblematik betroffen waren (Reichert, 2003).

Erst nach und nach entwickelte sich bei einer zunehmenden Zahl von Arbeitgebern das Bewusstsein, dass Probleme bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auch unmittelbar betriebliche Belange berühren und Folgekosten nach sich ziehen. Entsprechend haben auch spätere Studien – häufig im Auftrag von Unternehmen – ihren Fokus auf die betrieblichen Aspekte der Vereinbarkeitsproblematik gerichtet. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich aus Sicht der Betriebe vor allem folgende Nachteile feststellen lassen, wenn die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege nur ungenügend gelingt:

- erhöhte Fehlzeiten,
- verminderte Produktivität und Belastbarkeit,
- höherer Krankenstand,
- weniger Zufriedenheit am Arbeitsplatz und niedrigere Arbeitsmoral,
- Verlust von qualifizierten Arbeitskräften sowie
- Zusatzkosten für die Anwerbung und Ausbildung neuer Arbeitskräfte (Reichert 2003).

### **Handlungsfeld Empowerment**

Herkömmliche Konzepte für die häusliche Pflege orientieren sich überwiegend am Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen und stellen deren medizinisch-pflegerische Versorgung in den Mittelpunkt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen der pflegenden Angehörigen aber auch ihr Unterstützungs- und Entlastungsbedarf werden dabei nachrangig behandelt. Geschlechtsspezifische Maßnahmen zur notwendigen Stärkung und dem Erhalt der Pflegefähigkeit einer Mehrheit der pflegenden Angehörigen – der Frauen – werden im Arrangement der Pflegesituation noch zu wenig berücksichtigt. Hier bedarf es neuer Ansätze und Entwicklungen.

Wie Frauen in ihrer Rolle und Aufgabe als pflegende Angehörige auf verschiedenen Ebenen unterstützt werden können, zeigt in hervorragender Weise das österreichische Modellprojekt „Die Spinne und das Netz“<sup>8</sup> in einem ländlichen Bezirk der Steiermark. Ziel des Projekts mit einer dreijährigen Laufzeit war es, die Situation pflegender Frauen – für deren „verborgene“ Arbeit es keine Sensibilität in der Gemeinde gab – sichtbar zu machen und Möglichkeiten ihrer Entlastung aufzuzeigen. Konzeptleitend für die Durchführung der Projektangebote waren Partizipation und Interessenvertretung der pflegenden Frauen. Im Sinne einer Empowermentstrategie stand die pflegende Frau mit ihren Bedürfnissen und Stärken als Managerin im Mittelpunkt des Koordinationssystems „Häusliche Pflege“, die die Pflegestandards setzt und der unterstützende Dienst zuarbeitet.

Bereits durch die Etablierung eines frauenspezifischen Gesundheitsprojektes im ländlichen Raum, wo die Pflege von Angehörigen eine lange Tradition hat, wurde die Situation der pflegenden Frauen dort zum öffentlichen Thema. Im Rahmen neu ge-

<sup>8</sup> Anlässlich eines Besuch der Enquetekommission in Wien, wo sie Einblick in das dortige Frauengesundheitssystem erhielt, wurde das Modellprojekt von Sylvia Groth aus dem Frauengesundheitszentrum Graz vorgestellt. Weitere Informationen zum Projekt finden sich unter: <http://www.fgz.co.at>

schaffener Selbsthilfe- und Nachbarschaftshilfestrukturen sowie eines Cafés und eines Tauschringes (geldloser Austausch von Dienstleistungen und Waren der Frauen untereinander) reflektierten Frauen verstärkt ihre Lebenssituation und arbeiteten daran mit, häusliche Pflege konzeptionell neu zu organisieren. In Veranstaltungen, auch für und mit Trägern der örtlichen Pflegeeinrichtungen, traten die Frauen in die Öffentlichkeit und machten ihre Bedürfnisse und Stärken deutlich.

Auf der Basis einer umfangreichen Bestandsaufnahme der existierenden Angebote in der Hauskrankenpflege und sämtlicher regional zur Verfügung stehender sozialer mobiler Dienste wurden Informationen rund um das Thema häusliche Pflege erstellt. Diese konnten über eine Pflege-Hotline und in Informationsveranstaltungen abgefragt werden. Darüber hinaus wurden Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für pflegende Frauen geschaffen und diese zur Teilnahme ermutigt.

Das Projekt fungierte aber auch als Schnittstelle zwischen den Betroffenen, Pflegekräften und -institutionen, Politik und den Medien. Es initiierte eine Koordination und Vernetzung professioneller Trägervereine mobiler und pflegerischer Dienste, die ihre Angebote auf die Bedürfnisse der pflegenden Frauen abstellten. Stationäre und ambulante Pflege vernetzen sich in einer Arbeitsgemeinschaft „Entlastungsmanagement“. Zu Themen wie „Pflegegeld“ und „Pflegehilfsmittel“ entstanden so genannte Strukturarbeitskreise unter Beteiligung von pflegenden Frauen und Professionellen aus dem Gesundheitswesen. Veröffentlichungen in der lokalen Presse, eine eigene Zeitschrift und wissenschaftliche Publikationsorgane informierten begleitend über den Stand des Projektes. Durch die Teilnahme an drei EU-Projekten war die „Spinne“ international eingebunden.

Zu den Stärken dieses nachahmenswerten Projektes „Die Spinne und das Netz“ zählt sicherlich, dass es pflegende Frauen unmittelbar unterstützt und es aufgrund seiner Idee des Empowerment impulsgebend ist für neue Ansätze in der häuslichen Pflege.

### **Handlungsfeld Forschung**

Im Zusammenhang mit der Situation pflegender Angehöriger taucht immer wieder das Problem mangelnder, insbesondere fehlender geschlechtsspezifischer Daten auf. Dies ist ein Beleg dafür, wie sehr eine Intensivierung der Forschung in diesem Bereich vonnöten ist. Besonders wichtig ist die geschlechtsspezifische Erforschung des gesamten Spektrums der Pflege von Angehörigen. Nur dadurch kann ein bedarfsorientiertes und unterstützendes Angebot in allen relevanten Bereichen – sei es die Pflege selbst, die damit verbundenen Belastungen, die Auswirkungen auf den Arbeitsplatz etc. – entwickelt werden.

### **Handlungsfeld Pflegemix**

Nach Einführung der Pflegeversicherung war allgemein angenommen worden, dass sehr bald eine Nachfrage nach einem Pflegemix entstehen würde. Konkret bedeutet dies, die Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen durch pflegende Angehörige zu deren Unterstützung im Rahmen der Pflegearbeit. Dies kann sowohl die Unterstützung in der täglichen Pflege sein, wie auch teilstationäre Angebote, die die Pflegenden entlasten und ihnen mehr persönlichen Freiraum gestatten. Hinzu können noch stationäre Angebote kommen, in denen für einen begrenzten Zeitraum die Pflege übernommen wird. Während pflegende Männer relativ häufig auf

solche Angebote zurückgreifen, werden sie von Frauen nur begrenzt genutzt. Hier ist es erforderlich, verstärkt zu informieren und zu beraten.

#### 4.13.8 Handlungsempfehlungen

Zur Unterstützung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger/Frauen empfiehlt die Enquetekommission der **Landesregierung**:

- sich auf Bundesebene für eine Verbesserung des Leistungsangebotes und der Vergütung einzusetzen. Wichtig wäre dabei u.a. eine angemessene Dynamisierung der Höhe der Leistungen bei häuslicher, teil- und vollstationärer Pflege sowie eine Refinanzierung von Hilfen, die für eine ganzheitliche Pflege wichtig sind, bislang aber von der Pflegeversicherung in ihrem Leistungskatalog nicht angemessen berücksichtigt werden, wie z.B. die Anleitung und Beaufsichtigung von Demenzkranken;
- sich auf Bundesebene einzusetzen für die gesicherte Refinanzierung der Wohnberatung durch entsprechende Regelungen im SGB XI bezüglich der Kostenbeteiligung der Pflegekassen; eine finanzielle Anpassung dient einer Optimierung der Hilfen zur Gestaltung des Wohnbereiches und für den technischen Ablauf der Pflege u.a. über eine Wohnberatung und Wohnungsanpassung;
- sich auf Bundesebene für eine Änderung der Vergütungsrichtlinien des SGB IV zur Finanzierung von Beratungstätigkeiten einzusetzen. Die Änderung muss dahin gehen, dass für den Ausbau von Beratungstätigkeiten ambulanter Dienste ein finanzieller Anreiz besteht;
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, pflegenden Angehörigen während der Zeit der unentgeltlichen Pflege die Möglichkeit zu geben, Zahlungen in die Rentenkasse zu leisten, um so die Rentenansprüche zu erhöhen;
- durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit sowie die Entwicklung von Anreizsystemen die Pflegebereitschaft von Männern zu fördern;
- Maßnahmen und Konzepte zu entwickeln, die es Pflegenden erleichtern, Berufs- und Pfelegetätigkeit zu vereinbaren;
- eine Öffentlichkeitskampagne mit der Zielsetzung zu initiieren, dem Laienarbeitsplatz „Pflege“ gesellschaftliche Anerkennung zu verschaffen; dabei ist der hohe Anteil von Frauen in der häuslichen Pflege zu berücksichtigen;
- bei zukünftigen Planungsempfehlungen für die Kreise und kreisfreien Städte zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur für den Bereich häuslicher Pflege stärker als bisher von den Bedürfnissen von pflegenden Frauen auszugehen;
- durch Modellprojekte die soziale und gesundheitliche Situation pflegender Frauen im ländlichen Bereich zu unterstützen; konzeptleitend kann hier das österreichische Modellprojekt „Die Spinne und das Netz“ sein;
- in die Curricula der Ausbildungsfachseminare für Altenpflege den Ausbildungsinhalt „Beratung pflegender Angehöriger“ unter gendersensiblen Gesichtspunkten und Aspekten innerfamiliärer Dynamiken aufzunehmen;
- eine gendersensitive Studie in Auftrag zu geben, die den Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Behinderungen feststellt. Auf der Grundlage der Studienergebnisse sind Entlastungsmaßnahmen zu entwickeln;
- eine Studie in Auftrag zu geben, die Ressourcen von pflegenden Frauen er-

forscht (biografischer Gewinn, persönliche Befriedigung aus der Pflegeleistung etc.). Mit dem Ziel pflegende Angehörige zu stärken, sollen die Studienergebnisse Grundlage für die modellhafte Entwicklung von Bewältigungsstrategien in der häuslichen Pflege sein;

- eine Studie in Auftrag zu geben, die Hintergründe für die mangelnde Bereitschaft pflegender Frauen zur Inanspruchnahme von unterstützenden Diensten untersucht; auf der Grundlage der Ergebnisse sollen Maßnahmen entwickelt werden, die den Pflegenden – ggf. durch Veränderung der Unterstützungsangebote – die Inanspruchnahme erleichtern.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Kreisen und kreisfreien Städten**:

Die örtlichen Pflegekonferenzen mit der Situation pflegender Angehöriger zu befassen und Konzepte zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation unter dem Aspekt Entlastung und Ressourcenstärkung zu erstellen. Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles sind

- eine gendersensible Umsetzung des Beratungsauftrages für pflegende Angehörige nach Landespflegegesetz NRW § 4. Erforderlich wäre der bedarfsgerechte Ausbau eines flächendeckenden Angebotes an unabhängigen Beratungsstellen. In ländlichen Regionen bedeutet eine gendersensible Umsetzung u.a. neue Formen „zugehender“ Beratung zu entwickeln, die berücksichtigen, dass Frauen weniger mobil sind und wohnortnahe Betreuungsangebote häufig nicht zur Verfügung stehen;
- den Bekanntheitsgrad des örtlichen Beratungsangebotes zu erhöhen, ggf. Gründe für mangelnde Inanspruchnahme zu ermitteln und mit geeigneten Maßnahmen zu erhöhen;
- bisherige und neu zu schaffende Beratungsangebote im Sinne von „Case-und-Care-Management“ stärker auf die konkrete Situation des Einzelfalls auszurichten; hierbei gilt es genderspezifische und innerfamiliäre Aspekte sowie Unterschiede im Belastungserleben und die Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen weitreichender als bisher zu berücksichtigen;
- bedarfsgerechte Entwicklung und Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten für pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund und/oder aus sozial benachteiligten Schichten;
- eine Weiterentwicklung bisheriger Beratungsstrukturen in Richtung quartiersbezogener Beratungs- und Unterstützungsangebote. Vor dem Hintergrund einer Mitgestaltungskultur ist hier über Wohn- und Pflegeberatungsstellen hinaus eine Mitarbeit der Kranken- und Pflegekassen, der örtlichen Wohnungsunternehmen wie auch zielgruppenspezifischer MigrantInnen- und Sozialorganisationen wünschenswert;
- in Kooperation mit den örtliche AkteurlInnen im Bereich häuslicher Pflege Angebote zur psychosozialen Stabilisierung pflegender Angehöriger zu entwickeln (Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratung);
- durch die Verbreitung geeigneter Informationen potenziell pflegenden Angehörigen eine informierte Entscheidungsfindung für oder gegen eine Pflegeübernahme zu ermöglichen;



- das Angebot an Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege bedarfsdeckend auszubauen;
- das ehrenamtliche Engagement im Bereich der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (wie Pflegepartnerschaften, Nachbarschaftshilfe etc.) zu fördern;
- Selbsthilfeorganisationen für pflegende Angehörige zu unterstützen;
- den Ausbau, die Kooperation und Vernetzung von Betreuungsangeboten im Stadtteil und Wohnquartier unter Einbeziehung komplementärer und alternativer Hilfsdienste, ehrenamtlicher Organisationen und Selbsthilfeeinrichtungen zu unterstützen; bei der konzeptionellen Weiterentwicklung dieser Unterstützungsangebote ist vom Bedarf der pflegenden Angehörigen auszugehen;
- in Kooperation mit den Pflegekassen analog zur Gesundheitsberichtserstattung eine gendersensible Pflegeberichterstattung zu etablieren und
- die Entwicklung und Umsetzung eines Bonussystems, das pflegenden Angehörigen und Personen, die sie ehrenamtlich unterstützen, eine vergünstigte Teilnahme an kulturellen, sportlichen und sozialen Angeboten ermöglicht.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Pflegekassen**:

- bei der Umsetzung ihres gesetzlichen Beratungs- und Schulungsauftrages für pflegende Angehörige, ihre Angebote niedrig schwellig zu gestalten und genderspezifische Aspekte in der Angebotsausgestaltung zu berücksichtigen;
- bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes die Angebote möglichst niedrig schwellig auszugestalten, um eine optimale Entlastung der pflegenden Angehörigen zu erreichen (wie z.B. die Finanzierung einer stundenweise Betreuung durch Ehrenamtliche) und
- zur Unterstützung einer zukünftigen kommunalen Pflegeberichterstattung grundlegende Angaben zur Pflegeperson und zur häuslichen Pflegesituation statistisch zu erfassen. Eine solche Pflegeberichterstattung bietet gute Voraussetzungen für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Pflegenden.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Krankenkassen**:

- gezielte Maßnahmen zur Erholung und Stabilisierung pflegender Angehöriger anzubieten, für besonders belastete pflegende Angehörige sind geeignete Rehabilitationsangebote vorzuhalten und durch eine großzügige Bewilligungspraxis zugänglich zu machen. In Kooperation mit Trägern von Rehabilitationseinrichtungen und Kurkliniken sind die Angebote für pflegende Angehörige zu verbessern und insbesondere auf die Bedürfnisse pflegender Frauen zuzuschneiden (siehe auch Kapitel 4.11) und
- Schulungen für pflegende Angehörige anzubieten und zu finanzieren.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Ärztikammern und Berufsverbänden**:

- durch Veröffentlichungen in Fachartikeln auf die gesundheitlichen Folgen von häuslicher Pflege aufmerksam zu machen und so insbesondere die hausärztli-

chen Praxen für das Thema zu sensibilisieren;

- Einfluss darauf zu nehmen, dass die Themen „Gesundheitliche Belastungen von pflegenden Angehörigen“ und „Angehörigenberatung“ in der Ausbildung und Facharztweiterbildung stärker benannt und akzentuiert werden;
- Informationen bereitzustellen über Schulungen und Fortbildungen zur gesundheitlichen Entlastung pflegender Angehöriger und auch über falsche Pflege, die zu gesundheitlichen Problemen bei Pflegenden führen kann, zu informieren.

Die Enquetekommission empfiehlt allen **im Gesundheitswesen Tätigen**:

- sich zu den Themen „Beratungsbedarf pflegender Angehöriger auch unter geschlechtsspezifischen und familiendynamischen Aspekten“ und „Gesundheitliche Folgen häuslicher Pfl egetätigkeit“ fortzubilden.

Die Enquetekommission empfiehlt den AkteurInnen im **Bereich Forschung**:

- eine stärkere Gewichtung des Themas „Pflegerische Angehörige“ in der Pflegeforschung insgesamt. Untersuchungsbedürftig sind dabei folgende Problemstellungen:
  - ⊙ die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte in der häuslichen Pflege sowie Gesichtspunkte der Familiendynamik unter systemisch-analytischen Kriterien (Familienideologien, Geschlechterbilder, Familienrollen); Forschungsziel sollte die Entwicklung von Konzepten gemeinsamer Sorge sein;
  - ⊙ die Pflegebedingungen in sozial benachteiligten Schichten und in MigrantInnenfamilien. Die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Frauen, die diesen Gruppen angehören, kann in hohem Maße dazu beitragen, bedürfnisorientierte, unterstützende Angebote zu entwickeln;
  - ⊙ die Verbesserung der Rahmenbedingungen für erwerbstätige pflegende Angehörige (Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Erwerbsarbeit). Hier sind in folgenden Bereichen Grundlagendaten zu erheben:
    - im Bereich der Entwicklung von Maßnahmen, die die Vereinbarkeitsproblematik aufgreifen sowie Kooperationen zwischen kommunalen, privaten und ehrenamtlichen sozialen Diensten fördern. Gleichzeitig sollten Forschungsvorhaben vorangetrieben werden, die solche Initiativen evaluieren;
    - in der Entwicklung von staatlichen und sozialplanerischen Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Erwerbsarbeit ermöglichen;
    - die Durchführung arbeitsplatzbezogener Untersuchungen über die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Belegschaft und Ermittlung von Daten über ArbeitnehmerInnen, die neben ihrer Erwerbstätigkeit eine Pfl egetätigkeit ausüben und
    - Erhebungen darüber, welche Maßnahmen von welchen Unternehmen/Betrieben/Verwaltungen angeboten werden und wer zu ihrer Inanspruchnahme berechtigt ist.

Darüber hinaus appelliert die Enquetekommission an die **Tarifvertragsparteien:**

- durch tarifvertragliche Vereinbarungen die Situation erwerbstätiger pflegender Angehöriger zu verbessern. Wesentlich wären hier Arbeitszeitgestaltungs- und Freistellungs-optionen verbunden mit einem Benachteiligungsverbot für pflegende Angehörige, die davon Gebrauch machen.

#### 4.13.9 Literatur

Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die soziokulturelle Verankerung von Solidarität. Sozialer Fortschritt, 10, 237–245.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hrsg.), (1993): Jani-Le Bris, Hannelore, Familiäre Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Fischer, Gisela, C., Rohde, J.J., Tewes, U., Schug, S.H. (1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 49. Stuttgart.

Fuchs, Judith (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen 60, H 7, 392–398

Infratest Sozialforschung (2002): Hauptpflegepersonen in Nordrhein-Westfalen. Sekundäranalyse der Infratest-Repräsentativerhebung zu den „Wirkungen der Pflegeversicherung“, Referenzjahr Ende 1998, München

Klie, Thomas (2001): Die Zukunft der Pflege. Zwischen Mythos und Modernisierung. In: Dr. med. Mabase 130 (3/4), 51–56

Kuhlmei, Adelheid, Dräger, Dagmar, Geister, Christina (2002): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter. Forschungsbericht der Fachhochschule Braunschweig/ Wolfenbüttel

Reichert, Monika (2003): Erwerbstätigkeit und Pflege – Ein neues Konfliktfeld des demographischen Wandels? Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand, in: Goldmann, Monika, Mütterich, Birgit, Stackelbeck, Martina, Teschh, Daniel: Projektdokumentation Gender Mainstreaming und demographischer Wandel, Beiträge aus der Forschung (Bd. 132, Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund, S. 213 - 232

Reichert, Monika, Maly-Lukas, Nicole (2002): Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen pflegender Angehöriger in NRW. Gutachten für die Enquetekommission, Landtag NRW, ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)), Institut für Gerontologie an der Uni Dortmund

Schneekloth, Ulrich, Müller, U. (2000): Wirkung der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 127., Nomos-Verlag, Baden-Baden

- Scholz-Braun, Annette. (1999): Behinderte Kinder und ihre Eltern in der häuslichen Pflege, Eine Untersuchung über existentiell belastende und fördernde Faktoren. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales (Hrsg.), (2001): Frauengesundheitsbericht Bremen, Bremen 2001
- Statistisches Bundesamt (2001): 2. Kurzbericht der Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn
- Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2002): Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

### 4.14 Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen in NRW

am Beispiel des Fibromyalgie-Syndroms, der Osteoporose und der rheumatoiden Arthritis (RA).

#### 4.14.1 Einleitung

Die rheumatischen Erkrankungen gehören zu den am weitesten verbreiteten chronischen Leiden in nahezu allen Industriegesellschaften.

Rheuma ist das griechische Wort für „Strom“ oder „Fluss“ und leitet sich ab von der Vorstellung, dass krankheitserregende Substanzen im Körper fließen. Es dient schon seit weit über 2000 Jahren der Beschreibung rheumatischer Beschwerden und wird noch immer als Kurzbezeichnung für ca. 400 Krankheiten benutzt, die heute im international gültigen Krankheitsverzeichnis<sup>1</sup> der WHO (World Health Organisation) genauer aufgeführt werden. Deren Gemeinsamkeiten liegen in schmerzhaften Symptomen und Funktionsbehinderungen des Bewegungsapparates (Knochen, Muskeln, Sehnen, Knorpel, Nerven- und Bindegewebe). Oft sind weitere Organe oder Organsysteme mit unterschiedlicher Ausprägung einbezogen (siehe Tabelle 4.14-1).

**Tabelle 4.14-1: Rheumatische Erkrankungen – Übersicht der ICD-10 Codierungen**

<p><b>Weichteil- und Rückenerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertebralesyndrome</li> <li>• Ligamentosen, Tendinosen, Myosen, Panikulosen, Bursopathien, Kombination: Periarthropathien</li> <li>• Nervenkompressionssyndrome</li> <li>• Fibromyalgie</li> <li>• Algoneurodystrophie (Morbus Sudeck)</li> </ul>	<p><b>Infektionen und Infekt-Assoziierte Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektarthritis, Osteomyelitis</li> <li>• Spondylitis/Spondylodiszitis</li> <li>• rheumatisches Fieber</li> <li>• reaktive Arthritis</li> <li>• Lyme-Borreliose</li> </ul>
<p><b>degenerative Gelenkerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrosen der Wirbelsäulengelenke und Bandscheiben</li> <li>• Arthrosen der Gelenke</li> </ul>	<p><b>Kristallarthropathien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gicht (Harnsäure)</li> <li>• Pseudogicht (Kalziumpyrophosphat)</li> <li>• Hydroxyapatikkrankheit</li> </ul>
<p><b>rheumatoide Arthritis Kollagenosen (Konnektivitiden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systemischer Lupus erythematodes</li> <li>• systemische Sklerose (Sklerodermie)</li> </ul>	<p><b>andere Arthropathien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neuropathische Arthropathie</li> <li>• paraneoplastische Arthropathie</li> <li>• metabolische und endokrine Arthro-</li> </ul>

<sup>1</sup> ICD= International Classification of Diseases.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poly/Dermatomyositis</li> <li>• Sjögren-Syndrom</li> <li>• Mischkollagenosen</li> <li>• systemische Vaskulitiden</li> <li>• Polymyalgia rheumatica</li> </ul>	<p>pathie (Diabetes mellitus, Hyperparathyreoidismus, Hämochromatose, Akromegalie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• außerdem             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthropathie bei Sarkoidose</li> <li>• Arthropathie bei Hämophilie</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Spondylarthropathien und reaktive Arthritiden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)</li> <li>• bei Psoriasis</li> <li>• bei Enteropathien (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Morbus Whipple)</li> <li>• undifferenzierte Spondylarthropathien</li> <li>• Arthro-Osteitis (SAPHO-Syndrom)</li> <li>• reaktive Arthritis nach urogenitalen und enteralen Infekten</li> </ul>	<p><b>Knochenerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (DISH)</li> <li>• Osteoporose</li> <li>• Osteomalazie</li> <li>• Osteonekrose</li> <li>• Morbus Paget</li> <li>• Hämoglobinopathien</li> <li>• Tumorerkrankungen</li> </ul>

Quelle: Stucki und Häuselmann, 1999

Die Ursachen der meisten rheumatischen Erkrankungen sind weitgehend unbekannt. Die wenigen Studien, die sich systematisch mit geschlechtsspezifischen Aspekten auseinandergesetzt haben, zeigen, dass Frauen häufiger als Männer von rheumatischen Erkrankungen betroffen sind und oft schwerere Krankheitssymptome und ungünstigere Krankheitsverläufe aufweisen.

Die Enquetekommission hat deshalb entschieden, am Beispiel der drei Krankheitsbilder Fibromyalgie-Syndrom<sup>2</sup>, Osteoporose<sup>3</sup> und rheumatoide Arthritis<sup>4</sup>, – die einerseits zu den komplexen Erkrankungsformen des rheumatischen Formenkreises gehören und von denen andererseits bekannt ist, dass an ihnen häufiger Frauen erkranken, – das Thema Versorgung von chronisch rheumakranken Frauen zu bearbeiten.

Im Rahmen eines von der Enquetekommission durchgeführten ExpertInnengesprächs konnte dabei der zum Teil sehr kontroverse Stand der wissenschaftlichen Diskussion aufgezeigt werden.

<sup>2</sup> Das Fibromyalgie-Syndrom (Schmerzenerkrankung) wird in Deutschland (Diagnosethesaurus ICD-10-GM 2004 nach der internationalen Krankheitsystematik der WHO, Dt. Ärzteverlag) mit M79 verschlüsselt. Die Zu- oder Einordnung des Fibromyalgie-Syndroms in das Kapitel Psychosomatik kann mit F45 erfasst werden.

<sup>3</sup> Die Osteoporose, im Volksmund Knochenschwund genannt, wird den Knochenerkrankungen zugeordnet. In der ICD 10.3 ist die Krankheit unter M80 und M81 zu finden.

<sup>4</sup> Die rheumatoide Arthritis, früher auch primär chronische Polyarthrit genannt, bedeutet soviel wie Entzündung vieler Gelenke, dabei sind vor allem die kleinen Gelenke wie Fingergrund- und Mittelgelenke sowie die Zehengrundgelenke betroffen. In der ICD10.3 findet sich chronische Polyarthrit seropositiv und chronische Polyarthrit seronegativ unter M05 und M06.0, der Begriff rheumatoide Arthritis unter M06.99 = chronische Polyarthrit wird nicht näher bezeichnet (Systematisches Verzeichnis des ICD-10-GM 2004, Deutscher Ärzte-Verlag).

Die ausgewählten Krankheitsbilder treten im zunehmendem Lebensalter und bei Frauen (im Verhältnis 3:1 bis 7:1) häufiger als bei Männern auf. Sie führen – oft schon im mittleren Lebensalter – durch frühe Chronifizierung in großem Umfang zu Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und jahrelangem Leiden bis zum Tod. Chronisch rheumatische Erkrankungen beeinträchtigen in unterschiedlichem Ausmaß die Lebensqualität der PatientInnen. Darüber hinaus verursachen sie erhebliche medizinische und volkswirtschaftliche Langzeitkosten. Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe stehen mit 15,7 % aller Fälle an der Spitze der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Invalidität bis hin zur vorzeitigen Verrentung.

Die Enquetekommission hat deshalb ein Gutachten an Prof. Dr. Mau, Martin-Luther-Universität, Wittenberg-Halle mit dem Auftrag vergeben, die Kosten der Unterversorgung am Beispiel der RA aufzuzeigen (siehe Kapitel 4.14.2.4).

#### **4.14.2 Defizitanalyse anhand ausgewählter rheumatischer Krankheitsbilder**

Insgesamt liegen zu den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises weder bundes- noch landesweit geschlechtsspezifische Daten vor. Dies gilt insbesondere für Diagnostik- und Therapieansätze sowie für die Bereiche von Prävention, Forschung – speziell der Versorgungsforschung – und Rehabilitation (siehe Kapitel 3).

##### **4.14.2.1 Fibromyalgie-Syndrom**

Die Auswahl dieses Krankheitsbildes erfolgte aufgrund der Häufigkeit von 2–4 % dieser Erkrankung bei Frauen in Deutschland und wegen der bekannten Defizite in Diagnostik und Therapie. Die Krankheit wurde auch ausgewählt, weil das Fibromyalgie-Syndrom in beträchtlichem Umfang seelische und psychosoziale Anteile aufweist, die in besonderer Weise zu diagnostischer und therapeutischer Unsicherheit und somit zu Fehlbeurteilung und Fehlversorgung führen. Das Krankheitsbild Fibromyalgie-Syndrom wurde aus Sicht eines klinisch tätigen internistischen Rheumatologen, eines Epidemiologen und eines im Bereich der Psychosomatik tätigen Experten referiert. Dabei wurde deutlich, dass es in seiner Zuordnung zu den rheumatischen Erkrankungen unter den ExpertInnen kontrovers diskutiert wird. Nach Ansicht der WissenschaftlerInnen handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern um eine Gruppe von weiter zu differenzierenden separaten Krankheitsbildern, die mit teilweise unterschiedlicher Krankheitsentstehung, klinischem Erscheinungsbild, Verlaufsform und Prognose ein nach diesen Gesichtspunkten differenziertes Angebot verschiedener Therapien benötigen.

Bei diesem Syndrom handelt es sich um einen Symptomkomplex, der neben dem reinen Schmerzempfinden (körperlich und seelisch) auch Störungen im Allgemeinbefinden wie chronische Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, so genannte dysfunktionelle<sup>5</sup> Symptome wie das Reizdarm-, das Raynaud- (funktionelle Durchblutungsstörungen an Händen und Füßen) und das Sicca-Syndrom (Mund- und Augentrockenheit in unterschiedlichem Ausmaß) mit einschließen.<sup>6</sup> Die Prävalenz (Häufig-

<sup>5</sup> Funktionelle Störungen, z. B. eines Organs, Pschyrembel, de Gruyter, 2002.

<sup>6</sup> Nach den Kriterien der US-amerikanischen Gesellschaft für Rheumatologie (1990) gilt die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom als gesichert, wenn Schmerzen länger als drei Monate im Bereich der linken und rechten Körper-

keit)<sup>7</sup> in der Bevölkerung wird mit 0,5 % bei Männern und 3,4 % bei Frauen angegeben. Die Zahl der am Fibromyalgie-Syndrom erkrankten PatientInnen entspricht der Gesamtbevölkerung Hamburgs. Zu unterscheiden ist zwischen den PatientInnen mit primärem Fibromyalgie-Syndrom – bei denen die ÄrztInnen keine schmerzauslösende Diagnose nachweisen können –, und PatientInnen mit sekundärem Fibromyalgie-Syndrom (ca. 70–80 % der PatientInnen), das durch eine andere Erkrankung ausgelöst wird. Beim sekundären Fibromyalgie-Syndrom handelt es sich dabei aus internistisch-rheumatologischer Sicht in über 50 % der Fälle um eine rheumatische Erkrankung (Lakomek, Fachgespräch 30. Juni 2003). Sie tritt meistens zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auf, – somit in der aktivsten Lebensphase der Frauen. Die von den PatientInnen benannten Symptome wie chronische Schmerzen und Dauermüdigkeit sind rein äußerlich nicht erkennbar. Gerade deshalb werden die Frauen mit ihren Schmerzen oft in ihren Familien, in beruflichen und sonstigen sozialen Umfeldern und bei den sie behandelnden ÄrztInnen nicht ernst genommen. Nachweislich schätzen Frauen, die chronische Schmerzen haben, ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Männer mit chronischen Schmerzen.<sup>8</sup> Im Ergebnis gaben die befragten Frauen eine geringere Mobilität, eine niedrigere Funktionskapazität bezüglich ihrer Alltagsfunktionen (Mehrfachbelastungen wie Familie und Beruf) und dadurch bedingt auch mangelnde Ressourcen – z.B. keine Zeit – zur Bewältigung dieser Erkrankung an. Folgen des Fibromyalgie-Syndroms sind neben einer starken Verminderung der Lebensqualität die Einschränkung der Alltagsaktivitäten und schlechtere Partizipation am sozialen Leben. So ist z.B. die Scheidungsrate bei FibromyalgiepatientInnen viermal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt (Genth, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Weitere Folgen sind auch in der Verkürzung der Lebenserwartung zu sehen, wie eine Studie aus Nordwestengland (Genth, Fachgespräch 30. Juni 2003) ergeben hat, und in Übersterblichkeit vor allem durch Krebserkrankungen, Suizid und Gewalteinwirkungen. Ein schweres Problem sind die so genannten Fibromyalgie-Familien. Gerade die Mädchen nehmen die Schmerzgeschichte, das Schmerzerleben eines Elternteils oder eines ihnen nahestehenden Menschen in sich auf, mit dem Ergebnis, dass 20–30 Jahre später in der Entstehung des Fibromyalgie-Syndroms diese Schmerzerfahrung wieder aktiviert wird (Lakomek, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Neben den von den PatientInnen benannten Schmerzen, z.B. im muskulären Bereich fallen außerdem die somatoformen Schmerzen auf. Beim Fibromyalgie-Syndrom sind unterschiedliche Gruppen von PatientInnen mit verschiedenen Stressoren zu unterscheiden. Eine wichtige Rolle spielt hierbei z.B. die Fähigkeit zur Stressbewältigung, die sich in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld des Kleinkindes unterschiedlich entwickeln kann. Andere Stressoren entstehen z.B. durch körperliche Belastungen, sexuellen Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlungen, fehlende Beachtung oder Würdigung der Persönlichkeit eines Kindes und permanente Disharmonie und Streitigkeiten im Elternhaus. Diese Stressoren können zu einer Schädigung des Stressverarbeitungssystems in früher Kindheit führen und auf der Verhaltensebene zur Folge haben, dass die Bewältigungsstrategien für entsprechende Situationen un-

---

hälfte, der Wirbelsäule und der Thoraxwand sowie der oberen und unteren Extremitäten bestehen und mindestens elf von insgesamt 18 definierten Druckpunkten schmerzhaft erfasst werden.

<sup>7</sup> Die zu einem gegebenen Zeitpunkt oder in einem definitiven Zeitraum bestehende Häufigkeitsrate einer Erkrankung, Pschyrembel, de Gruyter 2002.

<sup>8</sup> Ergebnis einer Untersuchung von Prof. Dr. Raspe, Hannover, zur Epidemiologie von Schmerzen in der Bevölkerung in Hannover und Bad Säckingen.



zureichend entwickelt sind. Diese Anfälligkeit kann sich im Erwachsenenalter durch weitere Stressoren wie z.B. mangelnde Anerkennung in Familien und Erwerbsarbeit, Mehrfachbelastungen der Frauen, z.B. aufgrund der Vereinbarkeitsproblematiken von Beruf, Familie und/oder der Pflege von Angehörigen, sowie durch kranke, alkoholabhängige und/oder gewalttätige Partner verstärken und dadurch zur Auslösung von so genannten Somatisierungsstörungen führen.

Ein wesentlicher psychosozialer Faktor<sup>9</sup> dieser Erkrankung ist in der Neigung der PatientInnen zu sehen, sich permanent selbst zu überfordern und sich den Erwartungen anderer in besonderem Ausmaß anzupassen, um Anerkennung zu erhalten. Die PatientInnen, die in der Kindheit viel Stress erfahren haben, weisen insgesamt eine höhere Schmerzempfindlichkeit auf, nehmen mehr Schmerzmittel ein und gehen öfter zur ÄrztIn.

Häufig sind die PatientInnen zusätzlich von einer psychischen Erkrankung betroffen, 60 % von ihnen haben eine Angsterkrankung oder Depression, im Vergleich zu 12 % der Normalbevölkerung (Egle, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Das Fibromyalgie-Syndrom ist durch seine frühe Chronifizierung von erheblicher medizinischer und volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Die Diagnose wird überwiegend zu spät und erst nach der Konsultation<sup>10</sup> mehrerer ÄrztInnen gestellt. Im Durchschnitt dauert es acht Jahre vom Auftreten des ersten Schmerzes bis zur Diagnosestellung. Häufig werden aufwändige und wiederholte diagnostische Untersuchungen und verschiedene nicht wirksame Therapien durchgeführt.

Oft erfolgt eine medikamentöse Behandlung mit psychotropen Medikamenten (siehe Kapitel 4.1.2), so dass das Krankheitsbild in seiner Symptomatik verändert und unscharf wird. Solche Maßnahmen verhindern gleichzeitig die adäquate Diagnostik und Therapie (siehe Kapitel 3).

Besonders erschwerend dabei ist, dass kooperative Vernetzungsstrukturen zwischen organbezogen arbeitenden InternistInnen, internistischen RheumatologInnen und psychosomatisch orientierten MedizinerInnen und TherapeutInnen weitgehend fehlen, ein Dialog findet hier nicht statt. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen, in denen nicht-hierarchisch organisierte FachärztInnen zusammenarbeiten, gibt es in NRW erkennbar nicht. Dies verhindert eine adäquate und flächendeckende Versorgung. Es können nur ganz vereinzelt klinische Versorgungsbereiche aufgeführt werden, die im Rahmen der Akutversorgung von Patientinnen psychosomatisch orientierte Behandlungseinheiten vorhalten. Der grundsätzliche Mangel an psychosomatischen Abteilungen in NRW wird am Krankheitsbild des Fibromyalgie-Syndroms besonders deutlich. Den Kompensationsversuchen in Form von stationären Aufenthalten steht leider kein tragfähiges und krankheitsgerechtes, ambulantes und interdisziplinär koordiniertes Versorgungsnetzwerk gegenüber. Neben Schulung, intensiver Beratung und der Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen ist auch die psychosoziale Begleitung der PatientInnen und deren Familien besonders wichtig.

Übereinstimmend wurde sowohl auf Bundesebene als auch für NRW festgestellt, dass eine ausreichende geschlechtsspezifische Diagnostik und Therapie des Fibromyalgie-Syndroms in Deutschland fehlt. Im therapeutischen Bereich muss von einer

<sup>9</sup> Einflüsse aus dem Lebensumfeld der PatientInnen.

<sup>10</sup> Aufsuchung und Beratung.

hohen Unter- und Fehlversorgung ausgegangen werden. Jedoch zeigen Modellstudien, dass bei Berücksichtigung der verschiedenen PatientInnen-Subgruppen und unter Anwendung und Abstimmung der therapeutischen Möglichkeiten die oft ungünstig erscheinende Langzeitprognose manchmal positiv beeinflusst werden kann. Ein nach bisherigem Verständnis oft als unbeeinflussbar geltendes Krankheitssyndrom erscheint nach diesen Berichten teilweise sogar heilbar (Egle, Fachgespräch 30. Juni 2003).

#### **4.14.2.2 Osteoporose unter besonderer Berücksichtigung der Schenkelhals-Fraktur**

Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes charakterisiert ist. Dies führt zu erhöhter Knochenbrüchigkeit und Frakturanfälligkeit.

Schätzungen zur Folge sind ca. 5 Mio. Menschen an Osteoporose erkrankt, davon 80 % Frauen und 20 % Männer (Lakomek, Fachgespräch 30. Juni 2003). Generell haben Frauen, die älter als 50 Jahre sind, gegenüber jüngeren Frauen ein stark erhöhtes Risiko, osteoporose-bedingte Frakturen zu erleiden. Die Häufigkeit einer Wirbelkörper-Osteoporose beträgt bei Frauen, die älter als 50 Jahre sind, ca. 10 %. Die Wirbelkörper-Osteoporose kommt insbesondere bei Frauen im Alter von über 60 Jahren vor und führt bei diesen zu Verringerung der Körpergröße und Rückenschmerzen. Diese Frauen sind unter einer Langzeitcortisonbehandlung, vor allem bei entzündlichen Rheumaleiden wie der rheumatoiden Arthritis, besonders betroffen (Mau, 2004). 20–30 % der an RA erkrankten Frauen weisen als Zweitdiagnose eine Osteoporose auf.

Ein weiteres Morbiditäts-(Verhältnis der Erkrankungen zur Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum) und Mortalitätsproblem (Sterberate) stellen die Oberschenkelhalsbrüche dar, 80 % der Betroffenen sind Frauen. Durch die Schenkelhals-Fraktur wird die künftige Lebenserwartung der 60–64-jährigen Frauen ungefähr halbiert, und zwar von 24 auf 12 Jahre. Bei den 70–74-Jährigen verkürzt sie sich um fast vier Jahre, bei den 75–79-Jährigen ist sie ca. 1½ Jahre niedriger. Ebenso wichtig wie die Mortalität ist hier die sich ergebende Morbidität: Sechs Monate nach einer Schenkelhals-Fraktur ist die Hälfte der Patientinnen noch nicht in der Lage, sich alleine anzuziehen, aufzustehen, ohne Hilfsmittel zu gehen oder Treppen zu steigen. Letztes ist nur noch bei 8 % der Patientinnen möglich (Minne, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Die Schenkelhals-Fraktur führt in 20 % der Fälle zu einer Pflegebedürftigkeit. Bei vielen PatientInnen ergibt sich darüber hinaus die Notwendigkeit der Aufnahme in Pflegeheime, mit der Folge von anhaltender Einbuße an Lebensqualität und erheblichen volkswirtschaftlich-ökonomischen Belastungen (Pientka, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland ist auf diesem Gebiet mit einer erheblichen Kostensteigerung im Laufe des nächsten Jahrzehntes zu rechnen. Es ist absehbar, dass in wenigen Jahren die Kosten auf 5 Milliarden Euro pro Jahr steigen werden.

Die effektiven Kosten einer hüftgelenknahen Fraktur belaufen sich nach einer Studie in NRW auf ca. 13.000 Euro. Konservativ geschätzt bedeutet dies, dass sich die Ge-

samtkosten für Krankenhausbehandlung und Rehabilitation auf ca. 2,5–3 Milliarden Euro bundesweit belaufen. Zwar gibt es effektive Therapieformen – in der Regel teurere Medikamente, diese werden aber nur in 10 % der Fälle verordnet. Für die Folgen der Osteoporose, insbesondere die Krankenhausbehandlung, wird hingegen zehnmal so viel ausgegeben (Pientka, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Bei vielen Frauen kommt es in der Menopause zu einem Vitamin D- und Calciummangel. Die vergleichsweise preiswerte Verordnung von Vitamin D und Calcium erhält jedoch noch nicht mal ein Drittel der PatientInnen, obwohl dadurch auch das Frakturrisiko wesentlich vermindert wird, (Minne, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Eine Verordnung von Calcium und Vitamin D als Dauersubstitution für Frauen in der Menopause wird deshalb für erforderlich gehalten.

Allgemein ist festzustellen, dass bei vielen ÄrztInnen und PatientInnen die Möglichkeiten zur Vorbeugung von Osteoporose immer noch nicht hinreichend bekannt sind oder nicht genutzt werden. Die Therapie der manifesten Osteoporose mit Frakturen ist langwierig und erfolgt mit ganz unterschiedlichen Strategien. Sie besteht in einer adäquaten Schmerztherapie, die einerseits medikamentös, andererseits physikalisch ausgerichtet ist, darüber hinaus in einer Umstellung der Lebensweise mit Veränderung der Ernährungsgewohnheiten, Steigerung der Mobilisierung und Verminderung von Sturzrisiken.

Neben den Therapiemaßnahmen zu akutem und chronischem Krankheitsgeschehen gehört aber auch die eigenverantwortliche „knochengesunde Lebensführung“ der PatientInnen, wie z.B. regelmäßiger Sport, Aufenthalt im Sonnenlicht, eine ausgewogene Ernährung und die Vermeidung von Übergewicht dazu (Pfeilschifter, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Eine andere Möglichkeit im Bereich der Heil- und Hilfsmittel ist die eingenähte Plasticschale in der Hose (Hüftprotector), die nachweislich das Risiko von Brüchen beim Sturz auf die Seite sowie das Risiko von Oberschenkelhalsbrüchen drastisch senkt. Diese Hose ist jedoch in Deutschland – im Gegensatz zu Norwegen, wo es drei Hosen pro Jahr für sturzgefährdete Menschen gibt, nicht verordnungsfähig (Minne, Fachgespräch 30. Juni 2003).

Weil diagnostische Maßnahmen zur Risikoerkennung nicht zur Verfügung stehen, bzw. über die Krankenkassen nicht abgerechnet werden können, ist die Erfassung von Risiko- und HochrisikopatientInnen in NRW vor Eintritt schwerwiegender Komplikationen unzureichend.

Angeführt wurden hier die Knochendichtemessungen, die seit einiger Zeit durch die Krankenkassen nur noch dann bezahlt werden, wenn bereits eine Komplikation (z.B. Fraktur) eingetreten ist. Auch an diesem Beispiel wird deutlich, dass die Krankenkassen für Folgekosten nach eingetretenem Krankheitsfall eher aufkommen, statt durch Erstattung gezielter nachweislich präventiver Untersuchungsleistungen dazu beizutragen, die Gesamtbelastungen zu reduzieren und dadurch erhebliche Einsparungen zu erzielen.

Von den ExpertInnen wurde gefordert, die vor Jahren erfolgte Entscheidung bezüglich der eingeschränkten Finanzierung von Knochendichtemessungen als Früherkennungsmaßnahme durch die Krankenkassen rückgängig zu machen.

#### 4.14.2.3 Rheumatoide Arthritis (RA)

Bei der RA (früher primär chronische Polyarthritits) handelt es sich um die epidemiologisch bedeutsamste und zugleich folgenschwerste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung, (Langer, Fachgespräch 30. Juni 2003). Unter dem Begriff RA wird im engeren Sinne die chronische Polyarthritits verstanden, im weiteren Sinne werden eine Reihe anderer Krankheitsbilder aufgeführt<sup>11</sup>.

Führende Symptome sind Schwellungen, Überwärmungen und Funktionseinschränkungen von Gelenken, im weiteren Verlauf oft zunehmende Zerstörung der Gelenke und der gelenknahen Knochen mit der Folge von Fehlstellungen, Deformierungen und zunehmender Behinderung. Begleitend sind allgemeines Krankheitsgefühl mit Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Leistungsminderung und zeitweise erhöhte Körpertemperatur.

Schwere Verläufe sind durch eine Mitbeteiligung der verschiedenen Organsysteme gekennzeichnet, z.B. rheumatische Entzündungen an Herz, Lunge, Niere, des blutbildenden Systems, des lymphatischen Systems, des Nervensystems oder der Gefäße. Diese Organerkrankungen sind ein Zeichen für einen prognostisch ungünstigeren Verlauf und können mit lebensbedrohlichen Komplikationen einhergehen.

Die Ursache der RA ist unbekannt. Man vermutet eine ererbte Veranlagung, die in Verbindung mit einer Reihe äußerer Faktoren zu einer Fehlregulation des Immunsystems und einer so genannten Autoimmunreaktion führt.

#### **Frauen erkranken nicht nur häufiger als Männer an RA, sie sind auch anders betroffen als Männer.**

In europäischen Bevölkerungsstudien wurde auf der Basis der ACR-Kriterien von 1987<sup>12</sup> eine Häufigkeit der RA bei 0,3–1,2 % für Frauen und 0,1–0,4 % bei Männern mit einem Geschlechtsverhältnis von ca. 3:1 ermittelt (Mau und Zink, 2001). Die Raten der Neuerkrankungen pro Jahr liegen bei 13–54 pro 100.000 Frauen und 5–24 pro 100.000 Männer. Die höchsten Prävalenz- und Inzidenzraten (Rate der Neuerkrankten in einem bestimmten Zeitraum) entsprechen den aktuellsten Daten konservativer Berechnungen aus britischen Studien, die auch für Deutschland als realistisch angenommen werden können. Übertragen auf ca. 7,8 Mio. EinwohnerInnen von NRW im Alter von mindestens 15 Jahren (Daten des LDS für NRW)<sup>13</sup> ist danach bei ca. 94.000 Frauen mit einer RA und ca. 4.200 Neuerkrankungen pro Jahr zu rechnen.

<sup>11</sup> U.a. der systemische Lupus erythematodes, die Sklerodermie, die Dermatomyositis, das Sjögren-Syndrom, die Mischkollagenosen, die systemischen Vaskulitiden und die Polymyalgia rheumatica.

<sup>12</sup> Klassifikationskriterien des ACR (American College of Rheumatologie) zur Erstellung der Diagnose RA.

<sup>13</sup> LDS NRW = Landesamt für Datenverarbeitung von NRW.

**Tabelle 4.14-2: Prävalenz und Inzidenz der RA bei Frauen ab dem 15. Lebensjahr**

	relativ	NRW absolut
Prävalenz	1,2 %	94.000
minimal	0,3 %	23.000
Neuerkrankungen pro 100.000 EW/a (Inzidenz)	54	4.200
minimal	13	1.000

Die RA kann in jedem Alter auftreten, am häufigsten zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr, (EPI-Report Nr. 16, 2002). Damit erkranken überwiegend Frauen im mittleren Lebensalter an der RA. Frauen trifft diese Erkrankung besonders, wenn der Krankheitsbeginn in die Lebensperiode der Familienplanung und der Mutterschaft fällt, wo die Frauen in Folge dieser Erkrankung auf eine Schwangerschaft verzichten oder aber aufgrund erbgutschädigender Nebenwirkungen ihrer Medikation eine Schwangerschaft verhindern müssen. Oft manifestiert sich die RA unmittelbar im Anschluss an eine Schwangerschaft oder an die Geburt.

Meistens wird durch eine Geburt ein schwerer Krankheitsschub ausgelöst, was für die junge Mutter oft eine kaum zu bewältigende Mehrfachbelastung bedeutet und in vielen Fällen eine stationäre Behandlung der Patientinnen erfordert.

Die wichtigsten Folgen der RA aus Sicht der PatientInnen sind Schmerzen, vor allem der Gelenke und die Behinderung bei Alltagsaktivitäten.

Von mehr als 12.000 RA-Kranken, die in der Kerndokumentation der Deutschen Rheumazentren (Mau, 2004) erfasst sind, wurden folgende Angaben gemacht:

- 28 % starke Schmerzen,
- 37 % mittlere Schmerzen,
- 35 % leichte Schmerzen,
- 46 % deutliche Funktionseinschränkungen,
- 24 % schwere Funktionseinschränkungen im Alltag,
- 37 % regelmäßiger Hilfebedarf sowie
- 14 % Pflegebedürftigkeit (Gutachten Mau vom 18. Februar 2004).

Nach Untersuchungsbefunden aus Deutschland, (Langer, ExpertInnengespräch 30. Juni 2003) entwickeln sich innerhalb der **ersten drei Jahre bei 70 %** der PatientInnen **irreversible Schädigungen** im Bereich der knorpel- und gelenknahen Knochen,

bei **31 %** kommt es zu **Fehlstellungen** im Bereich der Handgelenke und/oder der Fingergelenke, **25 %** werden krankheitsbedingt **berentet**. Im weiteren Verlauf von acht bis zehn Jahren werden mehr als **60 %** der PatientInnen mit einer RA wegen ihrer Erkrankung **berentet** (Mau und Zeidler, 1995).

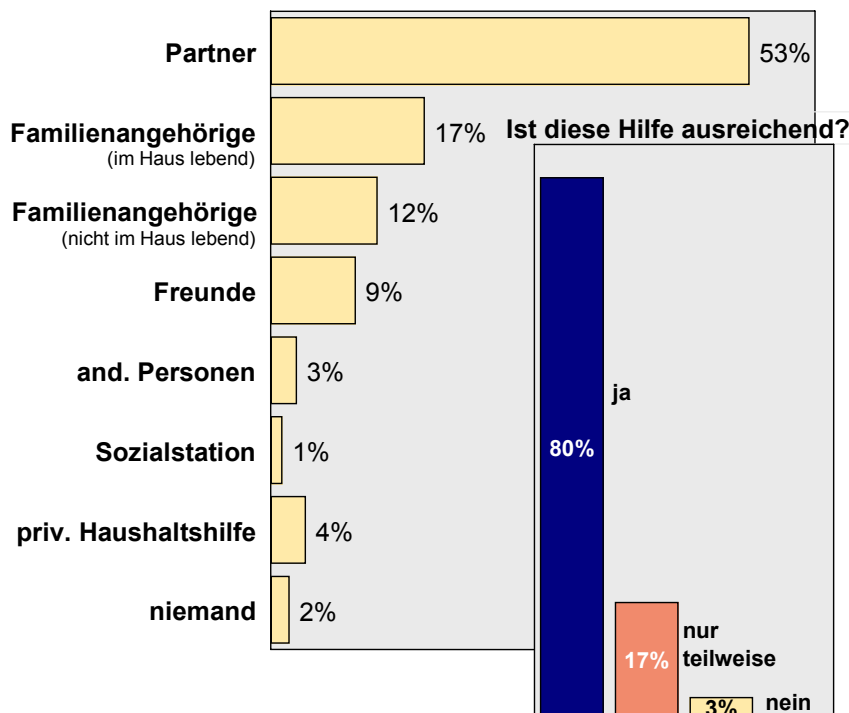
Bei der Erwerbsquote der 40–55-Jährigen liegt der Anteil der erwerbstätigen Frauen mit einer RA nur noch bei 15–20 % (Kerndokumentation 1997). Bei schweren Verläufen ist eine Verkürzung der Lebensdauer von 20-30 Jahren – insbesondere bei den jüngeren PatientInnen – nachgewiesen. Bei HochrisikopatientInnen liegt die 5-Jahres-Überlebensrate nur bei 40–60 %. Dies bedeutet, dass die Prognose der RA vergleichbar mit schweren Krebs- und Herzerkrankungen ist.

Frauen zeigen auch ein höheres Risiko der Gelenkzerstörung als Männer, dementsprechend werden mehr Gelenkoperationen bei Frauen als bei Männern durchgeführt. Frauen fühlen sich durch die RA stärker in der Bewältigung ihres Alltags behindert als Männer. Sie haben eine höhere Schmerzintensität und leiden häufiger als Männer unter Depressionen (Dowdy et al., 1996).

Besonders wichtig sind deshalb die psychologischen Beratungs- und Betreuungsleistungen zur Verminderung der Depression und zur Reduktion der wahrgenommenen Funktionsbehinderung und weiterer Krankheitsfolgen.

RA-PatientInnen sind oft einer Dreifachbelastung in Form von Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit und Krankheitsmanagement ausgesetzt. Unterstützung im sozialen Umfeld und die Möglichkeit der selbstständigen Arbeitseinteilung können helfen, depressive Symptome der RA-PatientInnen zu vermindern. Aus der Kerndokumentation geht hervor, dass 20 % der RA-Kranken nach eigener Einschätzung die Hilfe durch Familienangehörige und Dritte als nicht oder nur teilweise ausreichend beurteilen.

**Abbildung 4.14-1: Hilfe bei Aktivitäten im Alltag für Patientinnen mit einer RA**



Quelle: Darstellung von Daten der Kerndokumentation mit Genehmigung von Frau Prof. Zink vom Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin aus: <http://www.rheumanet.org/kd/Rheumazentren-erwachsene.ppt> (Mau, 2004).

Die RA galt über lange Zeit als nur symptomatisch therapierbar, unbeeinflussbar in ihrem Verlauf und ihren Komplikationen und somit als unheilbar. Diese Vorstellungen stehen auch heute noch bei vielen behandelnden ÄrztInnen und bei den meisten PatientInnen im Vordergrund.

Tatsächlich sind in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte auf dem Gebiet der pharmakologischen Entwicklung neuer Antirheumatika eingetreten.

Die Behandlung der RA erfolgt mit so genannten Basistherapeutika (langwirksame Antirheumatika)<sup>14</sup>. Sie sind die wesentliche Substanzgruppe, die den Krankheitsprozess grundsätzlich bis zur Remission (Rückbildung) beeinflussen und so die Gelenkzerstörung verhindern oder zumindest zeitlich verzögern.

Seit Mitte der 90er-Jahre haben sich die neu entwickelten krankheitskontrollierenden Medikamente (disease controlling antirheumatic drugs – DCARD) durchgesetzt. Mit diesen neuen Arzneimitteln werden bezogen auf Lebensqualität und -dauer der PatientInnen entscheidende Fortschritte erreicht.

Allerdings erhält ein viel zu kleiner Anteil der Betroffenen diese hochwirksamen krankheitskontrollierenden Medikamente. Mit einem Anteil von nur 1 % aller PatientInnen mit RA bildet Deutschland das Schlusslicht in der Reihe der europäischen Länder.<sup>15</sup>

Diese Präparate werden vor allem wegen ihrer hohen Therapiekosten von bis zu 20.000 Euro pro Jahr in Deutschland nur sehr zurückhaltend bei PatientInnen eingesetzt, bei denen die Standardtherapie nicht anspricht.

Außerdem werden für diese gezielten teureren Behandlungsmaßnahmen im kassenärztlichen Versorgungsbereich nicht ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen ist es möglich, mit den Medikamenten die Krankheit in ihrem Fortschreiten komplett zu stoppen oder sogar eine anhaltende vollständige klinische Remission (Rückbildung) zu erzielen. Aber entscheidend für den Erfolg ist, dass innerhalb eines schmalen Zeitkorridors von ca. 12–14 Wochen nach Ausbruch der Erkrankung, das „window of opportunity“ (kurze Zeitspanne der optimalen Beeinflussbarkeit) genutzt wird, in der die neue optimierte Therapie konsequent eingesetzt und nachfolgend angewandt werden kann. Die aktuelle Behandlungssituation in Deutschland ist jedoch dadurch charakterisiert, dass diese entscheidende Zeitspanne in der Mehrzahl der Fälle verpasst wird. Ein Grund für das Versäumnis ist im strukturellen Bereich zu finden. In NRW gibt es eine viel zu geringe Zahl ambulant und kassenärztlich tätiger spezialisierter internistischer RheumatologInnen mit entsprechenden Praxen. Bei den niedergelassenen internistischen RheumatologInnen in NRW betragen die Wartezeiten im Bereich des kassenärztlichen Versorgungssystems für eine Erstvorstellung mehr als drei Monate. Nach den Daten der Kerndokumentation der Rheumazentren vergehen bis dahin durchschnittlich 1,6 Jahre. Dies steht im starken Gegensatz zu dem engen als günstig angesehenen Zeitrahmen.

Folgen der beschriebenen Strukturdefizite sind in der Mehrzahl der Fälle eine zu späte Diagnosestellung und dementsprechend auch eine zu späte Behandlung – oft

<sup>14</sup> Basistherapeutika sind Mittel, die zwar nicht ursächlich wirken, aber die Grundlage der Behandlung der chronischen rheumatischen Krankheiten bilden, indem sie in die Krankheitserscheinungen eingreifen.

<sup>15</sup> Im Vergleich werden in Schweden ca. 12,5 % und in Großbritannien ca. 10 % der PatientInnen mit den modernen Medikamenten behandelt.

schon nach Eintreten irreversibler Schäden. Nur ein Viertel aller PatientInnen mit RA wird überhaupt von rheumatologischen FachärztInnen behandelt.

Den HausärztInnen als „Lotsen“ kommt hier eine besonders wichtige und für die PatientInnen entscheidende Rolle als Wegweiser in der rheumatologischen Versorgung zu.

Sie müssen eine RA frühzeitig erkennen und entsprechende diagnostische und therapeutische Schritte einleiten, insbesondere die Überweisung innerhalb des "window of opportunity".

Die Defizite im Bereich der ambulanten Rheumatologie führen in vielen Fällen zu einer Unterversorgung, in weiteren Fällen zu einer Fehlversorgung der betroffenen PatientInnen. Eine gesundheitsökonomisch nachteilige Folge ist die teilweise Verlagerung von eigentlich ambulant durchzuführenden Maßnahmen in den stationären Bereich. Diese kann durch stationäre Einweisung in Rheumafachkrankenhäuser oder rheumatologische Fachabteilungen im Bereich der Akutmedizin erfolgen.

Als problematisch bei der künftigen stationären Versorgung der RA-Patientinnen erweist sich die Einführung des neuen Entgeltsystems nach Fallpauschalen (Abrechnung nach den so genannten diagnosis related groups – DRG). Ein Ziel ist die weitere Abnahme der Verweildauer von PatientInnen in den Kliniken. In den laufenden DRG-Evaluationsprojekten wird jedoch u.a. die klinische Beobachtung wissenschaftlich untersucht, dass die Fallpauschalen den notwendigen Leistungsumfang der internistisch-rheumatologischen Akutkliniken nicht ausreichend abbilden.

Die nach diesem System nicht mehr mögliche angemessene Abrechenbarkeit der stationären Behandlungskosten von PatientInnen mit RA wird zur Folge haben, dass die stationären Leistungen künftig stark eingeschränkt, bzw. eingestellt werden müssen. Dies hat weiter zur Folge, dass sich die stationäre Versorgung künftig nur noch auf die Patientinnen konzentrieren wird, die besonders schwere und/oder komplizierte RA-Erkrankungen haben (Mau, 2004).

So verwundert es, dass derzeit in unserem Gesundheitssystem aktuell Krankenhausbetten, mit denen die defizitäre ambulante Versorgungssituation stationär kompensiert wird, abgebaut werden sollen. Ambulante Versorgungsstrukturen können außerdem nicht gezielt gestärkt werden, solange das Fach Rheumatologie im Ressort Internistische Fachärzte abgelegt ist, das als überversorgt gilt. Notwendig wäre vielmehr eine patientinnen-, problem- und morbiditätsbezogene evidenzbasierte Versorgungsgestaltung.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen – eigentlich als Ergänzung zur akutmedizinischen Behandlung gedacht –, die den PatientInnen oft erstmals den Eintritt in das System der spezialisierten rheumatologischen Versorgung verschafft.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Defizite der multidisziplinären Versorgung vor allem im ambulanten Sektor sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei PatientInnen mit RA von großer Bedeutung. Durchschnittlich vergehen jedoch 2,2 Jahre vom Beginn der RA bis zur ersten Rehabilitationsmaßnahme. Dadurch wird oft wertvolle Zeit verloren, die zum Erhalt und zur Verbesserung der Alltagsaktivitäten, der Schmerz- und Krankheitsbewältigung und der Erwerbsfähigkeit in der Rehabilitation zu nutzen wäre. Eine ExpertInnenkommission des Rheumazentrums in Hannover (Rheumazentrum Hannover, 2000) plädiert deshalb für frühzeitige Rehabilitati-



onsmaßnahmen innerhalb der ersten sechs Monate, z.B. wenn die RA nicht ausreichend zu kontrollieren ist oder Risikofaktoren vorliegen.

Mindestens ein Drittel der RA-Kranken nimmt niemals Leistungen zur Rehabilitation in Anspruch. Dieser Anteil gilt auch für PatientInnen, die wegen der RA berentet werden. Nach den Daten des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) haben von den im Jahr 2002 wegen entzündlicher Polyarthropathien<sup>16</sup> früh berenteten Frauen 42 % niemals an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen.

Hieraus wird deutlich, dass dem Grundsatz des Vorrangs rehabilitativer Maßnahmen vor Berentung bei den RA-Kranken in großer Zahl nicht entsprochen wird. Auch haben Frauen aufgrund geringerer Erwerbstätigkeitsquote seltener einen Rehabilitationsanspruch gegenüber der Rentenversicherung. Nach den Daten der Kerndokumentation der Rheumazentren ist die Chance auf Rehabilitationsmaßnahmen bei Hausfrauen 20 % geringer als bei Berufstätigen (Mau, 2004).

Weitere Defizite bestehen im ambulanten Bereich in der Versorgungsdichte bei der Ergotherapie<sup>17</sup>, der Physiotherapie<sup>18</sup> und im Bereich der rheumatologisch ausgerichteten schmerztherapeutisch ausgebildeten PsychologInnen/PsychotherapeutInnen /ÄrztInnen für psychosomatische Medizin.

Nach den Kerndokumentationen der Rheumazentren sind ebenfalls Defizite hinsichtlich der Versorgungsleistungen, die auf die Erhaltung und Verbesserung der Alltagsaktivitäten und der Krankheits- und Schmerzbewältigung bei den ambulant rheumatologisch betreuten PatientInnen zielen, festzustellen.

So wurden z.B. innerhalb eines Jahres nur bei 30 % der Betroffenen Krankengymnastik, bei 5 % Ergotherapie und bei 2 % PatientInnenschulungen durchgeführt (Zink und Mau, 2001).

International anerkannt ist die Bedeutung von RA-spezifischen PatientInnenschulungen für die Unterstützung der Schmerz- und Krankheitsbewältigung. Sie tragen dazu bei, den PatientInnen das notwendige Wissen über den Umgang mit ihrer Erkrankung zu vermitteln, Strategien zu deren Bewältigung aufzuzeigen und auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit hinzuwirken. In NRW nehmen jedoch nur 4 % der Erkrankten an PatientInnenschulungen teil (Mau, Gutachten 2004). Trotz langjährigem Angebot ist der Versorgungsgrad mit Schulungen in NRW nicht ausreichend. Eine Erklärung hierfür ist, dass diese Maßnahmen bisher zu 95 % an stationäre Einrichtungen gebunden sind. Bisher gelingt es in NRW nicht, eine geschlechtssensible PatientInnenschulung im ambulanten Bereich zu etablieren. Es gibt hierzu landesweit keine strukturell gesicherten Angebote.

Die ExpertInnen betonten, dass unzureichende Koordination und mangelnde Kooperation zwischen den Strukturen und den Leistungserbringern (Selbsthilfe – professionelle Hilfe, ambulant – stationär, Prävention – Versorgung, Akutmedizin – Reha) zu Schnittstellenproblemen führen.

Darüber hinaus wird versäumt, Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse aus Public Health, Sozial- und Versorgungsmedizin koordiniert zusammenzuführen.

<sup>16</sup> Die Erkrankung mehrerer Gelenke.

<sup>17</sup> Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Pschyrembel, de Gruyter 2002.

<sup>18</sup> Physikalische Therapie, Pschyrembel, de Gruyter, 2002.

Als ebenfalls defizitär wird der Bereich der klinischen Forschung von den ExpertInnen bewertet. In diesem Zusammenhang lässt sich eine strukturelle Verschlechterung der rheumatologischen Versorgungssituation insbesondere in NRW daran feststellen, dass das bevölkerungsreichste Bundesland an keiner der Universitätsklinken über einen dezidiert rheumatologischen Lehrstuhl verfügt. Auch im Bereich der Versorgungsforschung ist mehr Wissen, insbesondere auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten und über die Gründe der Versorgungsdefizite nötig, dies vor allem hinsichtlich der demografischen Entwicklung und vor dem Hintergrund der von den PatientInnen zu bewältigenden Mehrfachbelastungen.

#### **4.14.2.4 Kosten der Unterversorgung von PatientInnen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis (RA)**

Im Rahmen ihrer Arbeit hat sich die Enquetekommission am Beispiel der an RA erkrankten PatientInnen mit den ökonomischen Auswirkungen der Unterversorgung<sup>19</sup> beschäftigt und hierzu ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Das Gutachten von Professor Dr. Wilfried Mau von der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg zeigt am Beispiel der RA und ihrer Behandlungsformen und -wege die hohen Kosten der Unterversorgung im Gesundheitswesen auf.

Nach übereinstimmender ExpertInnenansicht besteht im Bereich der rheumatischen Erkrankungen, insbesondere bei der RA eine bundesweite Unterversorgung. Dies trifft auch für NRW zu.

Aus der Perspektive der Kostenträger<sup>20</sup> und der Gesellschaft haben die Krankheitsfolgen vor allem sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Konsequenzen. Bereits im ersten Krankheitsjahr tritt bei 76 % der RA-PatientInnen wenigstens einmal eine Arbeitsunfähigkeit mit einer mittleren Dauer von acht Tagen pro Monat auf.

Innerhalb der ersten drei Krankheitsjahre belaufen sich die indirekten<sup>21</sup> jährlichen Kosten durch Arbeitsausfall auf ca. 10.600 Euro pro Person.

Die direkten<sup>22</sup> Kosten pro Patientin und Jahr betragen im Mittel zwischen ca. 3.800 Euro und 5.000 Euro.

Die Krankheitskosten steigen deutlich mit zunehmender Funktionseinschränkung.

---

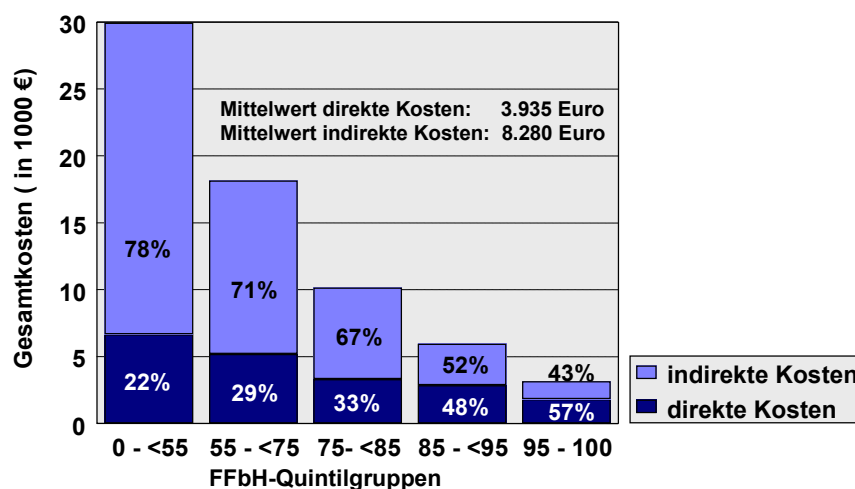
<sup>19</sup> Unter Unterversorgung sind bedarfsgerechte Leistungen zu verstehen, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, aber nicht erbracht werden, bzw. nicht in ausreichender Form zur Verfügung stehen.

<sup>20</sup> Z.B. Krankenkassen oder Rentenversicherer.

<sup>21</sup> Z. B. Kosten, die durch Arbeitsausfall beim Arbeitgeber entstehen.

<sup>22</sup> Z. B. therapiebedingten Kosten wie Medikamente.

**Abbildung 4.14-2: Krankheitskosten in Abhängigkeit vom Funktionsstatus der rheumatologisch betreuten RA-Patientinnen, Alter 30–55 Jahre**



Quelle: Darstellung von Daten der Kerndokumentation 2000 mit Genehmigung von Frau Prof. Zink vom Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin aus: <http://www.rheumanet.org/kd/Rheumazentren-erwachsene.ppt> (Mau, 2004).

Mehrere Besonderheiten der Krankheitsausprägung und -folgen sind bei Frauen, die an einer RA leiden, gegenüber Männern zu nennen. Das deutliche Überwiegen der Frauen unter den RA-Kranken ist Gegenstand intensiver Forschung, vor allem hormoneller und immungenetischer Faktoren.

**Akutklinische Unterversorgung**

Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der rheumatologisch erkrankten PatientInnen in Deutschland nicht in rheumatologischen Fachkliniken, sondern in allgemein internistischen Abteilungen betreut wird. Dadurch wird der Versorgungsbedarf nicht sichtbar.

In NRW ist die Rheumatologie Gegenstand der Planung von Teilgebieten. In den Rahmenvorgaben des laufenden Krankenhausplans NRW ist mit den Beteiligten abgestimmt, die Rheumatologie als Teilgebiet der Orthopädie zu planen und dabei einen Bettenanteil von ca. 5 % (der orthopädischen Kapazitäten) und ca. 1 % (der Inneren-Medizin-Kapazität) vorzusehen, das sind landesweit zusammen rund 660 Betten.

**Ambulante Unterversorgung**

In NRW stehen aktuell 92 internistische RheumatologInnen für die Behandlung der PatientInnen im ambulanten Umfeld zur Verfügung. Als minimales Soll wird die Zahl von 121 FachärztInnen berechnet. Bei optimaler Versorgung mit drei SpezialistInnen pro 100.000 EinwohnerInnen wären 542 FachärztInnen notwendig. Hieraus ergibt sich ein Defizit von 450 internistischen RheumatologInnen. So gibt es z.B. in der Landeshauptstadt Düsseldorf mit ca. 600.000 EinwohnerInnen und einem regionalen Einzugsgebiet derselben Größenordnung, also 1,2 Mio. Menschen, nur eine internistisch- rheumatologische Praxis.

**Tabelle 4.14-3: Gegenüberstellung vorhandener internistischer RheumatologInnen in NRW**

	Ist	Minimal Soll	Defizit 1 Min. Soll-Ist	Optimal Soll	Defizit 2 Opt. Soll-Ist
Schlüssel	1 : 196.000 Einwohner	<b>1 : 150.000</b> Einwohner	---	3 : 100.000 Einwohner	---
absolute Häufigkeit	92	<b>121</b>	<b>29</b>	542	450

Quelle: Mau, 2004

Allein durch den FachärztInnenmangel lassen sich für die weiteren Prognosen entscheidende Behandlungsdefizite erklären. Ein besonders großes Problem stellt hierbei die Chronifizierung der Erkrankung dar.

Nach den Empfehlungen der Kommission für Qualitätsicherung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie soll die Vorstellung einer Patientin bei einem/einer internistischen RheumatologIn dann erfolgen:

- wenn seitens der Primärversorgung (HausärztIn) nicht innerhalb von sechs Wochen eine sichere Zuordnung der Symptome zu einer Diagnose gelingt,
- eine sichere Einordnung in ein definiertes Krankheitsbild nicht gegeben ist oder trotz gesicherter Diagnose die Prognose schlecht ist,
- Therapieaufwand und -risiko hoch sind und
- Begutachtungsprobleme bestehen sowie die Notwendigkeit zur speziellen Schulung der PatientInnen dringend gegeben ist.

Die Kommission „Regionale Rheumatische Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie“ empfahl 1994 in Übereinstimmung mit ausländischen Vorgaben idealerweise drei RheumatologInnen pro 100.000 bis 150.000 Einwohner für die ambulante Versorgung.

Unter Zugrundelegung dieses Schlüssels ist NRW (18.076.000 EinwohnerInnen) mit 85 internistischen RheumatologInnen – was einem Schlüssel von 1:212.000 entspricht, deutlich unterversorgt. Der dargestellte Mangel an SpezialistInnen ist auch eine Erklärung dafür, dass nur ein Viertel bis ein Drittel der PatientInnen mit einer RA jemals eine/n Fachärztin erreichen. (siehe Tabelle 4.14-3)

Neben dem Mangel an SpezialistInnen führen jedoch in der Regel auch Fehldiagnosen der HausärztInnen zu den beschriebenen zeitlichen Verzögerungen hinsichtlich einer gesicherten Diagnosestellung und einem frühzeitigen Therapiebeginn.

Aus dem Ergebnis einer internationalen Studie geht hervor, dass 41 % der Überweisungsdiagnosen geändert werden mussten (Gamez-Nava et al., 1998). In Deutschland sind aus einer epidemiologischen Studie (Wasmus und Raspe, 1988) von AOK-

Versicherten Fehldiagnoseprobleme in ähnlicher Größenordnung bei der RA dokumentiert. Entsprechende Versorgungsdefizite und gesundheitsökonomische Auswirkungen sind bei der Behandlung durch NichtspezialistInnen zu erwarten. Diese Defizite lassen sich an der Verordnung der Basistherapie verdeutlichen.

Bei einer Krankheitsdauer von unter zwei Jahren waren nur 13 % der PatientInnen im Vorjahr während der Behandlung durch eine(n) HausärztIn mit einer Basistherapie versorgt worden, gegenüber 71 % der rheumatologisch betreuten PatientInnen mit gleicher Krankheitsdauer.

Selbst von neu zugewiesenen Patientinnen mit „schwerer“ oder „sehr schwerer“ länger bestehender RA waren nur 57 % im Vorjahr basistherapeutisch versorgt worden. Bei einer Nachuntersuchung drei Jahre nach dem RheumatologInnenkontakt hatten 83 % der weiterhin rheumatologisch betreuten RA-Kranken eine Basistherapie gegenüber 59 % der ausschließlich hausärztlich versorgten PatientInnen. Entsprechend dieser Differenzen sind erhebliche Unterschiede in den symptomatischen und prognostischen Aspekten der Erkrankung dokumentiert.

### **Kosten durch Unterversorgung**

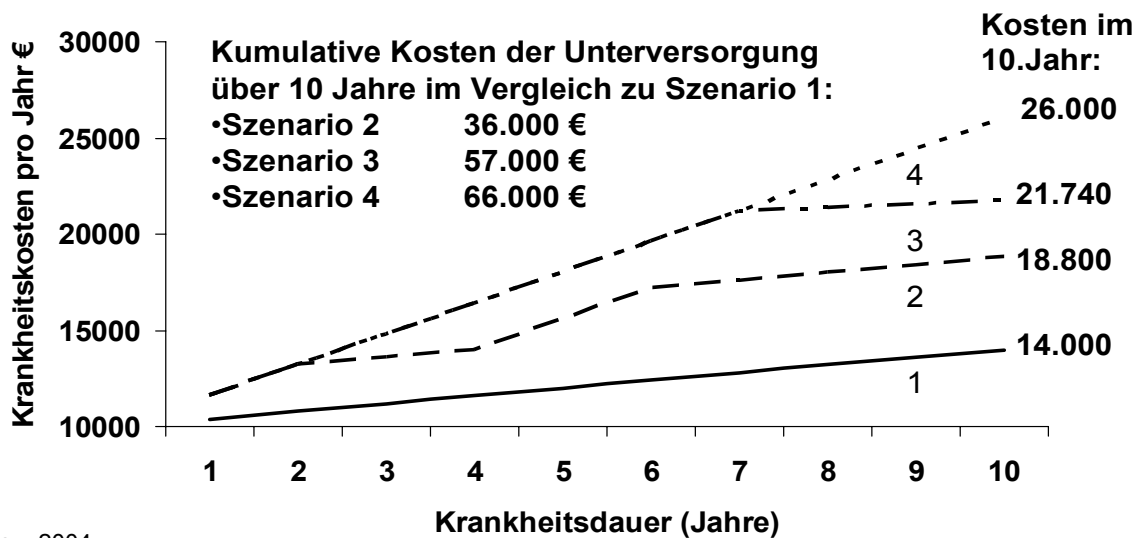
Für die dargestellten Versorgungsdefizite liegen keine zusammenfassenden gesundheitsökonomischen Analysen vor, die eine direkte Beantwortung der Fragen nach (monetären) Kosten der Unterversorgung ermöglichen. Deshalb wurden in dem Gutachten die Defizite der rheumatologischen Versorgung an konkreten Behandlungskomponenten dargestellt:

- vier Verlaufsszenarien von Behandlungsformen nach zehn Jahren,
- Kosten durch Unterversorgung mit PatientInnenschulung und
- Kosten durch frühe Erwerbsunfähigkeit.

Die Kosten der defizitären medikamentösen Basistherapie von PatientInnen mit einer RA in NRW wurden hierbei anhand der Differenzen in den FFbH (Funktionsstatus nach dem Funktionsfragebogen Hannover) und HAQ (Health Assessment Questionnaire) -Werten geschätzt.

Die Kosten werden anhand von vier verschiedenen Verlaufsszenarien ermittelt. Am Beispiel einer 48-jährigen Patientin mit einer RA werden diese Szenarien der Versorgung und die daraus abzuleitenden Kosten der Unterversorgung im zehnjährigen Verlauf modellhaft dargestellt:

**Abbildung 4.14-3; Vier Szenarien für Krankheitskosten am Beispiel einer Patientin mit RA**



Quelle: Mau, 2004

**Szenario 2** unterscheidet sich dadurch, dass die Überweisung der Patientin zum/zur internistischen RheumatologIn und die beginnende Basistherapie erst zwei Jahre nach Krankheitsbeginn erfolgen. In einem Krankheitsschub im 6. Krankheitsjahr erfolgt eine rheumatologische Wiedervorstellung, dann mit Einleitung einer optimalen Therapie.

In **Szenario 3** ist die Behandlung über die ersten sieben Jahre der Erkrankung unzureichend. Sie wird ausschließlich vom dem/der HausärztIn durchgeführt. Die PatientIn sieht den/die HausärztIn nur sporadisch. Bei erheblicher Verschlechterung nach sieben Jahren erfolgt dann die Überweisung zum/zur RheumatologIn. Es wird eine durchschnittlich teurere Therapie mit einem TNF-Alpha-Blocker eingeleitet, weil nur durch diese sehr teure Maßnahme die Krankheitsaktivität reduziert werden kann.

In **Szenario 4** erfolgt auch diese späte Intervention nicht, so dass erhebliche Kosten durch die Versorgung der Komplikationen mit Gelenkersatzoperationen entstehen.

Zehn Jahre nach Krankheitsbeginn ergeben sich jährliche Krankheitskosten in Höhe von

- in Szenario 1: 14.000 Euro jährliche Krankheitskosten
- in Szenario 2: 18.800 Euro jährliche Krankheitskosten
- in Szenario 3: 21.700 Euro jährliche Krankheitskosten
- in Szenario 4: 26.000 Euro jährliche Krankheitskosten

Somit ergeben sich folgende Kosten der konkreten Unterversorgung der Szenarien 2 bis 4 gegenüber Szenario 1 jeweils als Differenzen der kumulativen<sup>23</sup> Gesamtkosten nach zehn Jahren:

**in Szenario 2 in Höhe von 36.000 Euro**

**in Szenario 3 in Höhe von 57.000 Euro**

**in Szenario 4 in Höhe von 66.000 Euro**

Bei 26.200 unzureichend versorgten PatientInnen im Alter zwischen 20 und 59 Jahren (entsprechend einer angenommenen Häufigkeit von 1,2 %) entspricht dies Gesamtkosten von 936 Mio. Euro in Szenario 2 bis 1.729 Mio. Euro in Szenario 4, jeweils bezogen auf 10 Jahre. Es ist daher unter den beschriebenen Grundannahmen von jährlichen Kosten durch die Unterversorgung von mindestens 100 Mio. Euro allein in NRW auszugehen.

### **Kosten der Unterversorgung mit PatientInnenschulung**

Zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung und Stärkung der Eigenkompetenz sind PatientInnenschulungsprogramme als Bestandteil von Rehabilitationsmaßnahmen besonders wichtig. In einer Langzeitstudie (Mau, 2004) von RA-Kranken in der stationären medizinischen Rehabilitation konnte nachgewiesen werden, dass eine erhebliche Verzögerung der Erwerbsunfähigkeit bei den TeilnehmerInnen am standardisierten Schulungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie bestand.

Dies war verbunden mit einer Verminderung der indirekten Kosten um ca. 24.140 Euro in sieben Jahren aus gesellschaftlicher Perspektive und 11.700 Euro aus Perspektive der Rentenversicherung.

---

<sup>23</sup> Zusammengefasste Gesamtkosten.

**Tabelle 4.14-4: Basisanalyse (1.1 A) und Sensitivitätsanalyse zu indirekten Kosten durch frühere Erwerbsunfähigkeit von pflichtversicherten RA-Patientinnen in der Rentenversicherung, die nicht am Schulungsprogramm (SP) teilnehmen**

		<b>Perspektive</b>	
		<b>A</b>	<b>B</b>
		<b>Gesellschaft</b>	<b>Rentenversicherung</b>
1.	RA-Prävalenz 1,2 %: 23.400 Frauen mit Rehabilitationsbedarf		
1.1	Rehabilitation 30 %/davon SP 31 %		
	- mit SP (N = 2.900)		
	- ohne SP (N = 20.500)	<b>70.520.000 €/a</b>	34.235.000 €/a
1.2	Rehabilitation 30 %/davon SP 100 %		
	- mit SP (N = 9.400)		
	- ohne SP (N = 14.000)	48.160.000 €/a	23.380.000 €/a
2.	RA-Prävalenz 0,3 %: 7.800 Frauen mit Rehabilitationsbedarf		
2.1	Rehabilitation 30 %/davon SP 31 %		
	- mit SP (N = 725)		
	- ohne SP (N = 7.075)	24.340.000 €/a	11.815.000 €/a
2.1	Rehabilitation 30 %/davon SP 31 %		
	- mit SP (N = 2.340)		
	- ohne SP (N = 5.460)	18.780.000 €/a	9.118.000 €/a

Quelle: Mau, 2004

### **Kosten durch frühe Erwerbsunfähigkeit**

Weitere ungünstige Kostenbelastungen ergeben sich, wenn frühe Erwerbsunfähigkeit bei den RA-PatientInnen auftritt, so dass langfristige Rentenleistungen erforderlich sind. Die Kosten für die Gesellschaft mit 70.520.000 Euro pro Jahr, bzw. für die Rentenversicherungen mit 34.235.000 Euro, könnten auf 48.160.000 Euro pro Jahr bzw. 23.380.000 Euro reduziert werden, wenn bei einer Rehabilitationsquote von 30 % eine konsequente Ausbildung der PatientInnen durch Schulungsprogramme zu 100 % (gegenüber aktuell 31 %) sichergestellt würde.

### **Fazit**

Das vorgestellte Gutachten über die Kosten, die allein durch die Unterversorgung der an RA erkrankten PatientInnen in NRW entstehen, zeigt beispielhaft für viele andere Krankheiten auf, dass die derzeitigen Behandlungsformen und -wege in unserem Gesundheitssystem überdacht und neu geordnet werden müssen. Frauen erkranken nicht nur anders als Männer, sie benötigen auch eine andere gesundheitliche Versorgung als Männer. Die Ergebnisse des Fachgespräches vom 30. Juni 2003 und insbesondere das gesundheitsökonomische Gutachten zeigen erstmalig, in welchem finanziellen Ausmaß Kosten für die Gesellschaft durch Unter- aber auch Über- und Fehlversorgung in unserem Gesundheitssystem entstehen.



So stellte das gesundheitsökonomische Gutachten fest, dass allein die Unterversorgung hinsichtlich der medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis – bei einer angenommenen Häufigkeit von 1,2 % – jährliche Mehrkosten von mehr als 100 Mio. Euro in NRW verursacht.

Die aktuelle Diskussion über die hohen finanziellen Belastungen unseres Gesundheitssystems fokussiert jedoch überwiegend auf Rechtfertigungen hinsichtlich der Beitragserhöhungen- und Zuzahlungen der BürgerInnen an die Kranken- und Pflegekassen, Zuzahlungen zu Rezeptgebühren und den zusätzlichen medizinischen Leistungen wie z.B. Physiotherapie.

In den Hintergrund geraten bei dieser Diskussion die Einsparungsmöglichkeiten, die sich durch Prävention, adäquate fachärztliche und integrierte Versorgung in hohem Ausmaß erzielen lassen.

#### **4.14.3 Handlungsfelder am Beispiel der drei ausgewählten Krankheiten**

Die Analyse zeigt, dass es im Bereich der rheumatischen Erkrankungen in NRW großen Handlungsbedarf sowohl hinsichtlich einer gezielten Versorgung der PatientInnen insgesamt als auch hinsichtlich der Forschung unter Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden gibt.

##### **Fibromyalgie-Syndrom**

Die ExpertInnen der verschiedenen Fachschwerpunkte (internistische Rheumatologie, Psychosomatik) gehen übereinstimmend davon aus, dass massiver Stress in der frühen Kindheit vor allem auch durch Gewaltanwendung zu einer lebenslangen Schädigung des Stress-Verarbeitungssystems führen kann und damit die Basis für eine Vielzahl von Erkrankungen, darunter auch das Fibromyalgie-Syndrom legt (Egle, Fachgespräch vom 30. Juni 2003).

Unter diesem Aspekt muss Prävention hier vor allem bedeuten, dass die gesamtgesellschaftliche Strategie gegenüber Kindern im Sinne eines kinderfreundlichen und kinder- und familiengerechten Klimas in der Gesellschaft nachhaltig beeinflusst und verändert wird.

Prävention bedeutet darüber hinaus aber auch, dass in PatientInnen-Subgruppen Angsterkrankungen, Depressionen, generell Somatisierungsstörungen frühzeitig erkannt werden müssen, so dass dann einsetzende Interventionen die Chronifizierung des Fibromyalgie-Syndroms verhindern. Hierzu ist es erforderlich, dass frühzeitig Diagnosen erstellt werden. Das dazu erforderliche Umfeld fehlt in NRW weitgehend. Es scheinen gerade diese fehlenden Versorgungsstrukturen zu sein, die eine Chronifizierung zum Regelverlauf werden lassen. Nur durch frühzeitige Diagnostik und Einleitung einer Therapie ist eine Chronifizierung dieser Erkrankung zu verhindern.

Bei chronischer Ausprägung des Krankheitsbildes fehlen im Gesundheitssystem stringente Strukturen, die geeignet sind, PatientInnen aufzunehmen und effizient zu behandeln. Das Fibromyalgie-Syndrom sollte daher in ein integriertes<sup>24</sup> ambulant-

---

<sup>24</sup> Am 1. Januar 2000 hat der Bundesgesetzgeber durch die Einführung des § 140ff. SGB V (5. Sozialgesetzbuch des Bundes) die Vorgabe für eine leistungssektorenübergreifende Versorgung, die so genannte Integrierte Versorgung geschaffen, die eine neue Versorgungs- und Finanzierungsform beschreibt und ermöglicht.

stationäres Behandlungskonzept einbezogen werden, anstatt weiterhin hauptsächlich im rheumatologischen Bereich angesiedelt zu werden.

Dementsprechend ist zu fordern, dass sich Diagnose- und Behandlungsgruppen ambulant und stationär bilden, die sich aus verschiedenen FachärztInnen – InternistInnen, RheumatologInnen, OrthopädInnen, ÄrztInnen für psychosomatische Medizin, PsychiaterInnen – zusammensetzen und die gemeinsam eine Gruppenzuordnung und nachfolgend einen Therapieplan für PatientInnen erstellen.

Für den stationären Bereich in NRW wurde als wesentliche Forderung erhoben, die psychosomatische Medizin zu integrieren. Die überwiegende Zuordnung der Psychosomatik im Rehabilitationsbereich und in wenigen Fällen in den Ambulanzen der Universitätskliniken ist nicht ausreichend. Im derzeit laufenden Verfahren für den Krankenhausplanerstellung des Landes NRW wird deshalb zurzeit vorrangig geprüft, für welche Disziplinen Kooperationen mit der Psychosomatik geplant werden können. Ob und unter ggf. welchen Prämissen psychosomatische Hauptfachabteilungen im Krankenhausplan anerkannt werden, ist Gegenstand der gerade angelaufenen Eckwerteentwicklung für die Psychiatrie und Psychosomatik. Grundsätzlich sollen nur an wenigen, besonders geeigneten Krankenhäusern solche eigenständigen Angebote etabliert werden.

Die Enquetekommission empfiehlt dringend, Kriterien zur Bedarfserhebung zu entwickeln, um der Unterversorgung entgegenzuwirken.

### **Osteoporose**

Auch für das Krankheitsbild der Osteoporose ist es dringend geboten, die bestehende Unterversorgung abzubauen. Dies gilt insbesondere auch für die Berücksichtigung der Diagnose Osteoporose im Sinne der DRG.

Um das Fachwissen, die Aufmerksamkeit und die Aufnahmebereitschaft in der Wahrnehmung von Symptomen, die auf eine Osteoporose hinweisen, zu erhöhen, wird neben der Vergabe von Forschungsaufträgen auch die Neueinrichtung und der Ausbau vorhandener Forschungseinrichtungen mit mittel- bis langfristigen Planungen und Zielsetzungen sowie die/der Fachärztin/Facharzt für Osteologie gefordert.

In diesem Zusammenhang begrüßt die Enquetekommission die unter Beteiligung der Selbsthilfe erarbeiteten Leitlinien des Dachverbandes der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaften für Osteologie, die 2003 publiziert wurden und derzeit aktualisiert werden.<sup>25</sup>

Damit das leitliniengerechte Vorgehen auf breiter Basis umgesetzt werden kann, ist es außerdem notwendig, die beteiligten ÄrztInnen und FachärztInnenengruppen auf diesem Gebiet zu motivieren und entsprechend zu qualifizieren.

Auch im Bereich der medizinischen Geräteausstattung besteht noch Handlungsbedarf. Derzeit verfügen nur wenige ÄrztInnen über Geräte zur Knochendichtemessung, die dem neuesten Stand der Technik entsprechen.

---

Die integrierte Versorgung fordert neben der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen patientenorientierte Kooperationsmodelle, auf die PatientInnen abgestimmte Behandlungskonzepte, transparente Versorgungsstrukturen sowie die Einbindung der PatientInnen in die Entscheidungsprozesse.

<sup>25</sup> Der Dachverband der Osteologie der deutschsprachigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ([www.dv-osteologie.org](http://www.dv-osteologie.org).) hat evidenzbasierte Konsensusleitlinien der Stufe 3 nach den Kriterien der Ärztlichen Zentralstelle entwickelt, siehe auch [www.bergmannsheil.de/leitlinien-dvo](http://www.bergmannsheil.de/leitlinien-dvo).

Um einen rechtzeitigen Behandlungsbeginn vor Eintritt von Komplikationen sicherzustellen, sind auch Aufklärungsmaßnahmen bei der Bevölkerung über einen besseren Informationsstand zum Krankheitsbild Osteoporose nötig.

Handlungsbedarf besteht im Bereich der Rehabilitation, insbesondere hinsichtlich der Erweiterung der Indikationsfelder und Genehmigungen von rehabilitativen Maßnahmen durch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Auch im Bereich der Basisversorgung der Osteoporoseerkrankungen, z.B. bei den medikamentösen Therapien und Hilfsmitteln ist Handlungsbedarf geboten.

Hinsichtlich der Versorgungsdichte sind die regionalen Defizite aufzuzeigen und abzubauen. Die PatientInnenschulung in den Programmen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie sollte im ambulanten Bereich etabliert und gendersensitiv gestaltet werden. Ein weiterer Gesichtspunkt ist der flächendeckende Ausbau der vernetzten Selbsthilfeorganisationen, wie z.B. der Rheuma-Liga und der Unterstützung der durch sie veranlassten Initiativen im Bereich von PatientInneninformation, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit usw., um die Selbstverantwortung der PatientInnen zu stärken.

### **Rheumatoide Arthritis (RA)**

Die Versorgungsdefizite der RA liegen einerseits im Bereich der Versorgungsstrukturen, andererseits bei den Versorgungsprozessen und -abläufen innerhalb eines komplexen, multidisziplinär und interdisziplinär angelegten rheumatischen Versorgungs-Netzwerkes. Hinzu kommt eine unzureichende finanzielle Ausstattung für die Erbringung der Versorgungsleistungen.

Der Krankenhausbedarfsplan für NRW und die Versorgungsdichte mit FachärztInnen für Rheumatologie muss überprüft, den tatsächlichen Anforderungen angepasst und miteinander abgestimmt werden. Dieser Abstimmungsprozess muss auf Datenbasis durch eine interessenneutrale bzw. patienten- und gesellschaftsorientierte Instanz begleitet werden, die über ausreichende soziale, epidemiologische und organisationssoziologische Kompetenz verfügt. Dies bedeutet, dass Einrichtungen der stationären Versorgung in Akutkrankenhäusern zu prüfen sind und gemäß dem Krankenhausbedarfsplan Schwerpunkteinrichtungen gebildet werden müssen.

Hinsichtlich der künftigen stationären Versorgungsleistungen (nach Einführung der Fallpauschalen DRGs) ist darauf zu achten, dass die begründete Ausnutzung des in den G-AEP-Kriterien<sup>26</sup> gegebenen Spielraum für soziale Faktoren als Grund für eine stationäre Aufnahme von RA-PatientInnen ausgenutzt wird.

Gegenwärtig ist unklar, in welchem Ausmaß und in welcher Geschwindigkeit die akutklinischen rheumatologischen Versorgungsstrukturen tatsächlich reduziert werden. Deshalb wird die Beteiligung von Kliniken an (integrierten) Konzepten an den Schnittstellen zu anderen Versorgungssektoren, insbesondere zur ambulanten Versorgung von großer Bedeutung sein. Die Enquetekommission empfiehlt daher dringend die Umsetzung der vom GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) geförderten notwendigen Flexibilisierung der Vertragstrukturen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern (§140 a-d, §116 b Abs.1 SGB V, § 116 b Abs. 2–5 SGB V).

<sup>26</sup> Im Dezember 2003 haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren gem. § 17 c Abs. 4 Satz 9 KHG verständigt ([www.dkge.de](http://www.dkge.de)).

Gemäß dem Prinzip ambulant vor stationär muss darüber hinaus die Anzahl der KassenärztInnensitze in NRW wesentlich erhöht werden. Im Sinne einer integrierten Versorgung ist es denkbar, dass Niederlassungen auch im Klinikbereich vorgehalten werden können, bzw. die KlinikärztInnen für Rheumatologie Ambulanzermächtigungen erhalten. Bei konkreten Planungen muss die jeweilige regionale Struktur analysiert und für weitere Entwicklungen bestmöglich genutzt werden.

Um eine Behandlungskontinuität der PatientInnen sicherzustellen sollte im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt eine stationäre oder ambulante Anschlussrehabilitation/AHB im gleichen Haus oder einer anderen Einrichtung durchgeführt werden.

Da eine rein hausärztliche Versorgung in Diagnostik und Therapie eine langfristig ungünstigere Prognose für die PatientInnen zur Folge hat, ist die frühzeitige Überweisung aller PatientInnen mit RA in fachärztliche Behandlung von großer Bedeutung.

Die/der durchschnittlich vertragsärztliche ÄrztIn betreut etwa fünf PatientInnen mit einer RA pro Quartal – zu wenig, um für dieses Krankheitsbild hinreichend eigene Erfahrung sammeln und neuere Entwicklungen in Diagnostik und Therapie verfolgen zu können. Deshalb wird von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie das Konzept der rheumatologischen Mitbetreuung propagiert. Es umfasst die fachgerechte Diagnostik und Therapieeinleitung durch die/den SpezialistIn und die langfristige Krankheitsbegleitung durch die/den HausärztIn.

Hierfür ist es zwingend nötig, dass die HausärztInnen ihre Kenntnisse im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung aktualisieren. Chancen liegen in der besseren Schnittstellengestaltung HausärztIn – FachärztIn.

Für die Gesamtprognose der Erkrankung ist entscheidend, dass eine frühzeitige Identifizierung Neu-Erkrankter (d.h. innerhalb von 12–14 Wochen nach Auftreten der Erkrankung) erfolgt und dann – soweit indiziert und möglich – neuartige krankheitskontrollierende Pharmakotherapien eingesetzt werden. Zurzeit findet eine ausreichend frühzeitige Identifizierung Neu-Erkrankter nur ausnahmsweise statt, so dass die Prognose beeinflussenden Therapiemöglichkeiten nicht genutzt werden.

Ein flächendeckender Ausbau von Rheumazentren (ambulante Versorgungseinrichtungen) in NRW ist zu fordern. Hierbei müssen internistisch, orthopädisch und chirurgisch ausgebildete und für diese Erkrankungen spezialisierte ÄrztInnen zusammen mit TherapeutInnen aus dem nichtärztlichen Bereich (z.B. Ergotherapie, Krankengymnastik) sowie mit im schmerztherapeutischen Bereich ausgebildeten PsychologInnen und ÄrztInnen für Psychosomatik zusammenarbeiten und in einer Netzstruktur mit ambulant tätigen Fach- und HausärztInnen verbunden werden. Die Versorgungsdichte im Bereich der Ergotherapie und der rheumatologisch ausgerichteten, schmerztherapeutisch ausgebildeten PsychologInnen/PsychotherapeutInnen /ÄrztInnen für Psychosomatik wird ebenfalls von den Expertinnen als unzureichend beurteilt. Die entsprechenden Defizite sind regional zu konkretisieren und abzubauen. Eine bedarfsgerechte Finanzierung ist sicherzustellen.

In NRW besteht ein großes Defizit bei der rheumatologischen PatientInnenschulung in den Programmen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Bisher gelingt es nicht, die PatientInnenschulung im ambulanten Bereich zu etablieren und gendersensitiv zu gestalten. Die Angebote für PatientInnenschulungen müssen landesweit strukturell abgesichert werden.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist der flächendeckende Ausbau der vernetzten Selbsthilforganisationen, in erster Linie der Rheuma-Liga und der Unterstützung der durch sie veranlassten Initiativen im Bereich von PatientInneninformation, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit usw. zur Stärkung der Selbstverantwortung der PatientInnen.

Wichtig ist es jedoch auch, den PatientInnen, die sich nicht der Rheuma-Liga anschließen wollen, ebenfalls qualifizierten Zugang zu Information und Strategien der Krankheitsbewältigung durch Selbsthilfe- und andere professionelle Einrichtungen zu ermöglichen.

#### 4.14.4 Handlungsempfehlungen

Wegen der sehr ähnlichen Ergebnisse aus den Defizitanalysen und Handlungsfeldern werden die nachstehenden Handlungsempfehlungen für die drei beschriebenen Krankheitsbilder zusammengefasst dargestellt.

Die Enquetekommission empfiehlt der **Landesregierung**:

- Rheumatische Erkrankungen zu einem Schwerpunkt bei der Fortschreibung der geschlechtsdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung zu machen.
- Den Aufbau einer integrierten Versorgung für rheumatisch Erkrankte in NRW zu unterstützen. Dabei sind sowohl Maßnahmen zur vertikalen Integration (Spezialkliniken, FachärztInnen, HausärztInnen, PatientInnen mit und ohne Selbsthilfeorganisation usw.) als auch insbesondere zur horizontalen Integration (flächendeckende Versorgung) zu organisieren: d.h. primäre Versorgung auf HausärztInnen-Ebene, sekundäre Schwerpunkt-Versorgung durch FachärztInnen und speziell fachärztliche tertiäre Versorgung, z.B. Vernetzung der Rheumazentren zu fördern.
- In Kooperation mit den Rheumazentren eine Versorgungslandkarte zu erstellen, die KrankengymnastInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und SchmerztherapeutInnen erfasst, die für die Behandlung von RA-PatientInnen qualifiziert sind.
- Kombinierte rheumatologisch/psychosomatisch orientierte Behandlungseinheiten in Akutkrankenhäusern einzurichten.
- Rheumatologische Schwerpunkteinrichtungen an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung zur Sicherstellung der spezialisierten ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung als Basis für eine landesweite Versorgung zu schaffen.
- Öffentlichkeitskampagnen als Präventivmaßnahmen gegen das Fibromyalgiesyndrom durchzuführen, z.B. Kampagnen zur Reduzierung von Stressbelastungen im Kindesalter.<sup>27</sup>
- Informationsmaterial über die Krankheitsbilder und die Möglichkeit zur Antragstellung auf Rehabilitation sowie über Angebote der Selbsthilfe bei den PatientInnenbeauftragten der Kommunen zu erstellen.
- Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die Eigeninitiative der PatientInnen zu Ernährung und Bewegung durch landesweite Aufklärung auszubauen und weiterzuentwickeln.
- Die drei Krankheitsbilder bei den Landesgesundheitskonferenzen zu thematisieren und anzuregen, die Versorgungssituation zu den drei Krankheitsbildern in den kommunalen Gesundheitskonferenzen zu diskutieren.

Die Enquetekommission empfiehlt im Bereich der **Forschung und Lehre, klinische Forschung**:

- Die akademische Präsenz der rheumatologischen Wissenschaften, z.B. durch

<sup>27</sup> Vgl. dazu Milchtüten-Kampagne in Schweden auf [www.annette-wilmes.de/skripte/gewalt.htm](http://www.annette-wilmes.de/skripte/gewalt.htm)

Lehrstuhleinrichtungen in NRW zu verbessern.

- Die drei Krankheitsbilder Fibromyalgie-Syndrom, Osteoporose und rheumatoide Arthritis in Konzepten der klinischen Forschung ausreichend und gendersensitiv zu berücksichtigen. Dies trifft sowohl für Grundlagenforschung als auch für den Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung zu.
- Auch in Zusammenarbeit mit Ausbildungseinrichtungen der Pflege Ausbildungsinhalte unter Beachtung von Genderaspekten in Bezug auf gezielte Diagnostik, Therapie und Versorgung zu aktualisieren.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Ärztetkammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen**:

- Qualitätszirkel zur Erarbeitung und Umsetzung von Leitlinien in der Behandlung und Prävention von rheumatologischen Erkrankungen zu entwickeln.
- Informationsmaterial für ÄrztInnen zur frühzeitigen Initiierung von Rehabilitationsmaßnahmen zu entwickeln.
- Eine Vernetzungsstruktur zwischen RheumatologInnen und ÄrztInnen für Psychosomatik sowie qualifizierten ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutenInnen zu entwickeln.
- Im Rahmen der verpflichtenden Fortbildung rheumatologische Erkrankungen zu integrieren.
- Ausreichende Mittel für den Einsatz der neuen hochwirksamen krankheitskontrollierenden Pharmaka bereit zu stellen.
- Zusammen mit den Krankenkassen ein Informationssystem für Prävention/Diagnostik und Therapie/Rehabilitation für ÄrztInnen und PatientInnen aufzubauen.
- Die Versorgungsdichte im ärztlichen Bereich zu verbessern und Niederlassungen an den Krankenhäusern zu unterstützen.
- Den Ausbau ambulant durchzuführender Rehabilitationsmaßnahmen zu verstärken.
- Inhalte der Weiter- und Fortbildungsverordnung unter Beachtung von Genderaspekten in Bezug auf gezielte Diagnostik, Therapie und vernetzte Versorgung von Rheumakranken zu verankern.
- In allen Punkten differenziert auf Basis regionaler Vorstrukturen zu arbeiten und die Arbeit mit Betroffenen und Krankenkassen abzustimmen.

Die Enquetekommission empfiehlt dem **Zulassungsausschuss (VertreterInnen der KV und der Krankenkassen)**:

- Sonderbedarfs-Zulassungen für FachärztInnen für Rheumatologie und Psychosomatik zu ermöglichen und KlinikärztInnen Ambulanzermächtigungen zu erteilen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Krankenkassen**:

- Die Einführung der integrierten Versorgung für Rheumakranke aktiv umzusetzen und zu fördern.
- Initiativen zu ergreifen, dass auf Bundesebene auch für chronisch Kranke geschlechtssensible Disease-Management-Programme entwickelt werden.
- Stationäre Rehamaßnahmen im notwendigen Umfang zu befürworten.
- Tagesklinische Versorgungsstrukturen auszubauen.
- Ausreichende Mittel für Präventionssysteme einzuführen.
- Die Versorgungsdichte im nichtärztlichen Bereich (Ergotherapie, Rehabilitation usw.) zu verbessern.
- Ausreichende Mittel für krankengymnastische und physikalische Behandlungsmaßnahmen auch in Chronikerprogrammen auszuweisen.
- PatientInnenschulungen bedarfsgerecht zu bewilligen und zu finanzieren.
- Die Arbeit der Rheumaselbsthilfegruppen zu finanzieren.
- In allen Punkten differenziert auf der Basis bestehender regionaler Versorgungsstrukturen und Versorgungsdaten zu arbeiten und die Arbeit mit Betroffenen und den Institutionen, die ambulante und stationäre Versorgung regulieren, koordiniert abzustimmen.

Die Enquetekommission empfiehlt den **Rentenversicherungsträgern**:

- Geschlechtssensibles Informationsmaterial zu den genannten Krankheitsbildern zu entwickeln und vorzuhalten.
- Ausreichende Mittel für ambulante/bzw. stationäre rheumatologische Rehamaßnahmen bereit zu stellen.
- Präventive Aktivitäten und Maßnahmen (z.B. die der Selbsthilfegruppen) zu unterstützen.
- Rehabilitationsangebote zu flexibilisieren.
- In allen Punkten differenziert auf der Basis regionaler Versorgungsstrukturen und -daten zu arbeiten und die Arbeit mit Betroffenen und den Institutionen, die ambulante und stationäre Versorgung regulieren, koordiniert abzustimmen.

#### 4.14.5 Literatur

Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin (o.J.):

<http://www.rheumanet.org/kd/Rheumazentren-erwachsene.ppt>

Dowdy, S.W., Dwyer, K.A., Smith, C.A., Wallston, K.A. (1996): Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996, 9(6), 449-456



- Fachgespräch (2003): „Versorgung von chronisch rheumatisch-kranken Frauen in NRW, Fachgespräch der Enquetekommission. Landtag NRW“, 30. Juni 2003; Protokoll (EKPr 13/66).
- Gamez-Nava, J.L., Gonzalez-Lopes, L., Davis, P., Suarez-Almazor, M.E. (1998): Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol* 1998, 39(4), 16-622
- Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren, ([http://www.drfs.de/pages/forschung/epi/epi\\_1.htm](http://www.drfs.de/pages/forschung/epi/epi_1.htm))
- Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. zur medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritiden oder Spondylarthritiden (2000), *Orthopädie* 2000; 20, 994-998
- Larsen, E.R., Mosekilde, L., Foldspang, A. (2004): Vitamin D and Calcium supplementation prevents osteoporotic fractures in elderly community dwelling residents: a pragmatic population-based 3-years intervention study. *J. Bone Miner Res* 2004, 19, 370-378
- Mau, Wilfried (2004): Bereiche und Kosten der Fehl-, Unter- und Überversorgung von Patientinnen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis. Wissenschaftliches Gutachten für die Enquetekommission, Landtag NRW
- Mau, Wilfried, Zink, Angela (2001): Epidemiologie und Sozialmedizin. in: Zeidler, H., Zacher, J. und Hiepe, F. (Hrsg.), *Interdisziplinäre klinische Rheumatologie*, Berlin, 103-111.
- Mau, Wilfried, Zeidler, Henning (1999): Verlauf und Prognose der chronischen Polyarthritiden, *Versicherungsmedizin* 1999 Sep, 51(3), 115-21.
- Stucki, Gerold, Häuselmann, H.J. (1999) In: *TIM, Thiemes Innere Medizin*, Stuttgart, ThiemeVerlag, S. 1611
- Zink, Angela, Huscher, Dörte, Listing, Joachim (2003): Die Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren als Instrument der klinischen Epidemiologie und der Qualitätssicherung der rheumatologischen Versorgung, in: *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2003, 97 (6), 399-405.
- Wasmus Armin, Raspe Heiner (1988): Analyse der Verschlüsselung von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen mit der ICD Nr. 714 anhand einer rheumatologischen Nachuntersuchung, *Oeff. Gesundheitswes* 1988; 50:2-8.



---

## **5. Ergebnisse orientiert an Leitfragen**

## 5 Ergebnisse, orientiert an Leitfragen

Die Arbeit der Enquetekommission orientierte sich weitgehend an den im Kapitel 1.4 vorgestellten und in den Arbeitsfeldern teilweise konkretisierten Leitfragen. Ergebnisse des Berichtes werden in diesem Kapitel orientiert an den Leitfragen zusammengefasst.

### 1) Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung hat?<sup>1</sup>

Ein vielseitiges **Angebot in der Regelversorgung**, eingestellt auf unterschiedliche Zielgruppen, transparent in der Wahrnehmung und flächendeckend regional strukturiert, ist für den Zugang ausschlaggebend. Weitere Voraussetzungen sind – im Sinne von Gender Mainstreaming – eine durchgängige **Geschlechtersensibilität aller Angebote**: der qualitätsgesicherten Information und Beratung sowie der Gesundheitsbildung, der -förderung und Prävention. Ein **niedrigschwelliger** Zugang und eine **Vernetzung** der Angebote aus der Regelversorgung mit beispielsweise Frauenberatungsstellen und mit der Selbsthilfe, die in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen sind, ist sinnvoll.

### 2) Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von Frauen bei der gesundheitlichen Versorgung angemessen berücksichtigt sind?<sup>2</sup>

Nur ein Interesse an der "ganzen Frau", das sich auch an ihren Lebenslagen orientiert, kann eine angemessene Versorgung gewährleisten. Dies umfasst sowohl die Wahrnehmung der **biologischen** wie der **gesellschaftlichen und kulturellen Realität** der Frauen, um die Ursachen von gesundheitlichen Störungen zu erkennen. Die unterschiedlichen **Lebensphasen** von Frauen bringen natürliche körperliche Veränderungen mit sich. Es ist unangemessen, diese zu pathologisieren und zu medikalisieren.

### 3) Welche Maßnahmen sind im Bereich der Forschung notwendig und an welchen Kriterien muss sich Forschung ausrichten, damit allen Beteiligten alle notwendigen Erkenntnisse für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen?<sup>3</sup>

Notwendige Erkenntnisse für eine frauengerechte und somit exzellente medizinische Versorgung basieren darauf, dass in allen Bereichen der medizinischen Forschung am Menschen **Sex und Gender** berücksichtigt werden. **Daten** sind geschlechtsspezifisch zu erheben, auszuwerten und zu publizieren. Klinische **Studienkonzepte** haben internationalen Standards<sup>4</sup> gemäß Frauen in die Untersuchungen einzubeziehen. Erkenntnisse geschlechtsspezifischer und -differenzierter Forschung sollten beschleunigt in die Standardversorgung einfließen und Kenntnisse über notwendige Änderungen in der Versorgung sind unverzüglich **umzusetzen**.

<sup>1</sup> Zugang thematisiert in den Kapiteln 4.1,4.2, 4.4, 4.5–4.14.

<sup>2</sup> Das Thema Lebensumstände wird in allen Kapiteln thematisiert.

<sup>3</sup> Forschung themenorientiert behandelt in den Kapiteln 4.1, 4.2, 4.3, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9, 4.11–4.14.

<sup>4</sup> Siehe Kapitel 3.3.3.1

#### 4) Wie wird eine angemessene qualitätsgesicherte, gendersensitive Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erreicht, die soziale, psychosoziale und biologische Aspekte berücksichtigt?<sup>5</sup>

Eine frauengesundheitlichen Aspekten gerecht werdende Gesundheitsversorgung ist anspruchsvoll. Wünschenswert ist eine **interdisziplinär** arbeitende Regelversorgung, die auf international anerkannten, evidenzbasierten Leitlinien beruht und mit vielseitigen unterstützenden Angeboten vernetzt ist. Die behandelnden Teams sind **multi-professionell**, den Anforderungen der Leitlinien entsprechend qualifiziert und so zusammengestellt, dass sie gemeinsam die beste, an den Bedürfnissen der Frauen orientierte Versorgung erarbeiten und gewährleisten. Psyche, Physis und die sozialen Lebensumstände werden auf allen Ebenen der Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung oder Krankheitsbewältigung berücksichtigt.

#### 5) Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein und wo können diese verwirklicht werden, damit sie Frauen und Mädchen in ihren jeweiligen Lebensphasen und Lebenswelten gerecht werden?<sup>6</sup>

Ein interdisziplinärer Ansatz und Querschnittsdenken ermöglichen eine angemessene Gestaltung von Konzepten. Diese umfassen bei einer geschlechtergerechten Herangehensweise **Bildungskonzepte** für die **Aus-, Weiter und Fortbildung** der AkteurInnen im Gesundheitswesen sowie für die allgemeine Gesundheitsbildung. Sie beinhalten zusätzlich **Kommunikationskonzepte** und die **Öffnung des Gesundheitswesens** in einen unterstützenden komplementären Bereich wie zum Beispiel Frauenberatungsstellen. Orte der Verwirklichung sind Kliniken ebenso wie Frauenhäuser, Kommunen, Stadtteile sowie die „Innen-“ (Köpfe) und „Außenwelten“ (Rahmenbedingungen) der Frauen und der Handelnden im Gesundheitswesen.

#### 6) Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau in alle ihre Gesundheit betreffenden Prozesse und Entscheidungen einbezogen ist?<sup>7</sup>

Um die Beteiligung von Frauen an allen Prozessen und Entscheidungen sicherzustellen, sind zum einen der Zugang zu unabhängiger und qualitätsgesicherter **Information** und die Eröffnung von Entscheidungsspielräumen notwendig. Die so entstandene Transparenz bildet die Grundlage für die Möglichkeit, eine unabhängige und informierte Entscheidung treffen zu können. Hierfür bedarf es zum anderen auch der **Unterstützung** und **Beratung** im Prozess der Entscheidungsfindung. Eigene **Gestaltungsmöglichkeiten**, die Einbeziehung in die **Definition von Indikatoren** zum Beispiel für die Gesundheitsberichterstattung und in den **Entwurf von Konzepten** etwa für die regionale Versorgungsstruktur sind weitere Elemente für eine angemessene Partizipation. Um diese zu unterstützen, sind im Gesundheitswesen vermehrt **Partizipationsstrukturen** zu schaffen. Die weitere Integration der Selbsthilfe in die gesundheitliche Versorgung und die Beteiligung frauenparteiischer Instanzen wie Patientinnenorganisationen erweitern das unterstützende Spektrum.

<sup>5</sup> Versorgung wird themenorientiert behandelt in den Kapiteln 4.1, 4.2–4.8, 4.10–4.14.

<sup>6</sup> Frauenförderliche Konzepte wurden in allen Themengebieten angesprochen, in aller Deutlichkeit durch Beispiele guter Praxis in den Kapiteln 4.2, 4.3, 4.9, 4.12.

<sup>7</sup> Lebensphasen und Lebenswelten werden in allen Themengebieten angesprochen.

## 7) Wie können persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien von Frauen zum Erhalt von Gesundheit und im Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?<sup>8</sup>

Eine gesundheitsförderliche **Lebenswelt** und persönliche **Anerkennung** unterstützen Frauen, ihre individuellen, gesund erhaltenden Potenziale zu nutzen. Förderlich sind positive Rückmeldungen, der Austausch **erlebter Kompetenz** und soziale, familiäre sowie institutionelle **Unterstützung**. Frauen brauchen persönliche (Handlungs-) Spielräume, die nicht durch an überholten Rollenbildern wie fürsorglich und sanft ausgerichteten Erwartungen eingeschränkt werden. Nützlich sind **Eigenorganisation** und **Medienkompetenz**. Ressourcen können auch durch Gesundheitsbildung entstehen und gefördert werden.

Weitere Faktoren zur Realisierung des unabdingbaren **Rechtes** auf Selbstbestimmung und Gerechtigkeit sind die Unterstützung vorhandener Fähigkeiten und der Teilhabe, sowie der Abbau strukturell benachteiligender Faktoren.

### Das bedeutet für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in NRW:

- Frauengesundheit braucht Selbstverständlichkeit
- Frauengesundheit geht auf's Ganze
- Frauengesundheit braucht qualitätsgesichertes Wissen
- Frauengesundheit braucht Multiprofessionalität
- Frauengesundheit braucht integriertes und vernetztes Denken
- Frauengesundheit braucht Teilhabe und Befähigung
- Frauengesundheit braucht Empowerment

---

<sup>8</sup> Die Ressourcen der Frauen werden ebenfalls in allen Kapiteln angesprochen, mit einem größeren Schwerpunkt in 4.2, 4.3, 4.5, 4.9, 4.10, 4.11 und 4.13.



**Landtag Nordrhein-Westfalen**  
**FDP-Fraktion**

06.07.2004

## **Sondervotum**

zum Abschlussbericht der Enquetekommission "Zukunft eine frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW"

von Mitgliedern der Enquetekommission aus der FDP-Fraktion:

Brigitte Capune-Kitka, MdL, (Mitglied), Dr. Jana Pavlik, MdL, (stv. Mitglied).

### **1. Vorbemerkung:**

#### **Frauengerechte Gesundheitsversorgung in Zeiten des Gender Mainstreaming**

Durch die Einsetzung der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" hat der Landtag der Tatsache Rechnung getragen, dass bei Entscheidungen in allen Politikbereichen u.a. der Aspekt des Geschlechtes Eingang finden soll, um den unterschiedlichen Lebenswelten und Bedürfnissen von Männern und Frauen gerecht zu werden.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird nun zunehmend auch die Bedeutung weiterer, rein biologischer Unterschiede erkannt, die sich jenseits der Geschlechtsorgane und der Reproduktionsfunktionen manifestieren. Als Beispiele seien genannt

- die unterschiedliche Aufnahme und Verstoffwechselung von manchen Medikamenten, was zu unterschiedlichen Wirkungen und Nebenwirkungen führen kann oder
- unterschiedliche Symptome bei einem Herzinfarkt, was zu fehlgeleiteter Diagnostik und zu verzögerter Behandlung führen kann.

Die Unterschiede im psychosozialen Bereich, die wesentlich mit Rollenverteilung und -zuschreibung zusammenhängen, betreffen wiederum beide Geschlechter. So ist z.B. unbestritten, dass Präventionsprogramme Männer und Frauen unterschiedlich erreichen.

Insofern setzt sich die FDP-Fraktion nachhaltig für eine Politikgestaltung im Sinne des Gender Mainstreaming und der Geschlechtergerechtigkeit auch in der Gesundheitsversorgung ein.

## **2. Zur Entstehung des Sondervotums**

Zu Beginn war die Arbeit der Enquetekommission sehr konsensorientiert, die meisten Berichtsteile enthalten Analysen und Empfehlungen, die im Kompromiss formuliert wurden.

Da es sich primär um Empfehlungen handelt, deren Umsetzung und Gewichtung dem Landesparlament vorbehalten bleiben, wird eine Priorisierung der einzelnen Punkte in der politischen Diskussion an anderer Stelle erfolgen. Insofern konnten wir den meisten Handlungsempfehlungen per se zustimmen, während wir einige eigene Vorstellungen zurückgestellt haben.

Auch wenn wir in vielen Teilen dem Bericht zustimmen, gibt es doch Aussagen, die wir nicht mittragen, und auch Handlungsempfehlungen, die unserer Meinung nach unangemessen in das Handeln von freien Berufen oder in das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn eingreifen (z.B. Kap. 4.14 zum Verhältnis Haus- FachärztInnen, Kap. 4.1.3.7 Empfehlung bzw. Appelle zur Hormontherapie in den Wechseljahren).

Zum Ende der Arbeit entstand ein enormer Zeitdruck bei der Erstellung des Berichtes, so dass einzelne Kapitel nicht mehr eingehend und ausreichend diskutiert werden konnten. Insbesondere große Teile des Kapitel 3 (Hinderungsgründe) sowie einzelne Passagen in den Kapiteln 4.14 (Rheuma) und 4.6 (Herz-Kreislauf) lehnen wir ab und bringen dieses Sondervotum entsprechend ein.

## **3. Das deutsche Gesundheitswesen hat einen hohen Standard und ist dringend reformbedürftig, um diesen zu halten!**

Unser Gesundheitswesen ist eines der besten, nicht umsonst kommt jeder im Ausland erkrankte Deutsche zur Behandlung gerne in die Bundesrepublik zurück. Neben flächendeckender Versorgung zeichnet es sich auch durch geringe Wartezeiten gerade auch im internationalen Vergleich aus. Bei allen beklagten Mängeln sind einseitige - vom politischen Weltbild geprägte – Interpretationen und Anschuldigungen wenig hilfreich. Grundlegende Struktur- und Finanzierungsreformen sind dringend notwendig!

### **3.1 Das deutsche Gesundheitswesen ist international hoch angesehen** zur These I "Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Krankheitswesen" (Kap. 3.1.1)

Seit Bismarck hat sich nicht nur im System der Krankenversicherung, die als Absicherung im Krankheitsfalle und nicht als Versicherung für Gesundheit konzipiert war, sehr viel verändert. Unabhängig von einer Wertung der Strukturen der Sozialversicherung muss festgehalten werden, dass die Entwicklung der Medizin und der Gesundheitsversorgung in Deutschland in den letzten 100 Jahren riesige Erfolge zu verzeichnen hat: Es wurde Gesundheit geschaffen, indem Krankheiten auf sehr beeindruckende Weise zunehmend erfolgreich bekämpft wurden und zwar durch Behandlung derselben (Antibiotika, operative Möglichkeiten, etc.) und durch Vermei-



dung und Vorbeugung, sowie Früherkennung (Impfungen, hygienische Maßnahmen, diagnostische Techniken, etc.). So sind z.B. die Lebenserwartung stark gestiegen, manche Infektionskrankheiten mehr oder weniger ausgerottet worden, die Säuglingssterblichkeit deutlich gesunken oder die Heilungschancen und Überlebenszeiten von Krebserkrankungen enorm gestiegen.

Mit zunehmendem Wohlstand entstanden in der Gesundheitsversorgung nicht nur andere Ansprüche und Wünsche sondern auch Möglichkeiten – zu Bismarcks Zeiten wäre eine Diskussion um Rooming-in oder Wochenbettgymnastik sicherlich unpassend gewesen –. Ebenfalls haben sich die gesundheitlichen Probleme verlagert:

- So sind heute z.B. die Folgeerkrankungen von Übergewicht bedeutender als die früher so gefürchteten Infektionskrankheiten (Polio, Masern, etc.).
- Auch die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hat sich verändert: einerseits gibt es PatientInnen, die mitentscheiden und teilhaben wollen, andererseits gibt es aber auch solche, die lieber den ÄrztInnen die Therapieentscheidungen überlassen möchten.
- Der Wunsch nach Wohlbefinden im Sinne des Lifestyle vermischt sich mit (vermeintlichen) Ansprüchen an die gesundheitliche Versorgung.
- Zunehmender psychosozialer Stress kann krank machen und hier ist die Vorbeugung und Heilung nicht alleine mit Mitteln der Medizin möglich, gefordert sind auch Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Integrationspolitik, Familienpolitik, etc.
- Gesellschaftliche Problemlagen, wie z.B. Vereinsamung, werden über psychische oder psychosomatische Symptome oder Erkrankungen in die medizinische Versorgung verlagert, die wiederum nicht die Instrumente und Mittel zur Ursachenbekämpfung hat.

Eine salutogenetische Sichtweise kann und will die pathogenetische nicht ersetzen. Gerade in Bereichen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin und insbesondere der psychosozialen Versorgung und Rehabilitation hat sie längst als ergänzender Blickwinkel Eingang gefunden. Für eine breitere Umsetzung müssen nicht nur die anderen Fachbereiche im Gesundheitswesen sensibilisiert und v.a. ausgestattet, sondern insbesondere auch das Selbstbild und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen bezüglich seiner Gesundwerdung und -erhaltung angesprochen werden.

Die sich ständig wandelnden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung machen permanente Anpassungen erforderlich, zum Beispiel die zunehmende Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung. Trotz einiger verbesserungswürdiger Bereiche ist das Problem unseres Gesundheitswesens heute nicht der international hochangesehene Standard unserer medizinischen Versorgung, sondern dessen Finanzierung.

### **3.2 Modelle für Integrierte Versorgungsformen müssen die freie Arztwahl gewährleisten!**

zu These II: „Das deutsche Gesundheitswesen bietet zu wenig integrierte Versorgung“ (Kap. 3.1.2)

Hier wie auch dann aber besonders in den Kapiteln 4.14 (Rheuma) und 4.6 (Herz-Kreislauf) wird der Begriff der Integrierten Versorgung als Heilmittel per se beschrie-

ben, ohne zu berücksichtigen, dass es „die“ Integrierte Versorgung gar nicht gibt, sondern in Deutschland zur Zeit diesbezüglich verschiedene Modelle umgesetzt werden, deren ausreichende Evaluation bislang nicht vorliegt. Die Enquetekommission hat sich nur am Rande mit Strukturen und Versorgungsformen des Gesundheitswesens beschäftigt. Eine fehlende tiefergehende Auseinandersetzung mit verschiedenen Modellen der Integrierten Versorgung lässt unseres Erachtens diesbezüglich keine qualifizierte und - auf Landesebene - politisch abgestimmte Aussage zu.

Es ist unser ausdrückliches Anliegen, Schnittstellenprobleme in der bestehenden sektoralen Versorgung zu bewältigen, so dass betroffene PatientInnen angemessen behandelt und ohne Brüche in den verschiedenen Versorgungsformen unseres Systems gesund werden können. In diesem Sinne einer „Integrierten Versorgung“ unterstützen wir auch eine hausarztzentrierte Versorgung. Wir kritisieren jedoch die diesbezügliche derzeitige Politikgestaltung in den Punkten, wo die DMP's (Disease Management Programme) an dem Risikostrukturausgleich gekoppelt und mit hohem bürokratischem Aufwand belastet werden oder wo die zur Zeit geplanten Programme die freie Arztwahl nicht mehr gewährleisten. Aus diesen Gründen lehnen wir sämtliche Passagen ab, wo die „Integrierte Versorgung“ z.T. offen, z.T. verdeckt bestimmte Modelle der rot-grünen Gesundheitsreform anpreist. Ganz explizit distanzieren wir uns von der Aussage zu dieser Reform selbst, die wir im übrigen in diesem Enquetebericht vollkommen deplaziert finden. (Kap. 4.14.3 )

### **3.3 Verantwortungsbewusster Umgang mit Ressourcen im Spannungsfeld zwischen Grundversorgung und Eigenverantwortung.** zu These III: „Das deutsche Gesundheitswesen spart an der falschen Stelle“ (Kap. 3.1.2) und zu Kap. 3.1.3.

Die beklagte „organisatorische Zersplitterung mit verschiedenen Zuständigkeiten“ des deutschen Gesundheitswesens ist historisch gewachsen und in mehreren Sozialgesetzbüchern verankert. Besonders problematisch sind hierbei nicht nur die sektorale Finanzierung und die Budgetierungen für die jeweiligen Leistungserbringer innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch die Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger wie Rentenversicherung, (gesetzliche) Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften, Pflegeversicherung, Arbeitsamt, Sozialamt, etc. (s. Grafik Kap. 2.2)

Ein gutes Beispiel findet sich im Kapitel 4.14 (Rheuma) in einer kurzschlüssigen Schuldzuweisung: Aus der Tatsache, dass 42% der 2002 wegen entzündlicher Polyarthropathien früh berenteten Frauen niemals an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, wird geschlossen, „dass dem Grundsatz des Vorrangs rehabilitativer Maßnahmen vor Berentung bei den RA-Kranken in großer Zahl nicht entsprochen wird“. Die Frage nach dem Grundsatz Reha vor Rente stellt sich aber erst in dem Augenblick, wo die Erkrankung zu einer erheblichen Gefährdung oder zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt hat und der Rentenversicherungsträger eingeschaltet wird. Des Weiteren müssen für einen Anspruch auf Rehabilitation seitens des Rentenversicherungsträgers weitere Voraussetzungen geprüft werden: z.B. wenn mit der Rehabilitation keine Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann, ist nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches auch kein Anspruch auf Rehabilitation gegeben. In diesem Falle sind z.B. dann die Krankenkassen als Leistungsträger zuständig. Medizinische Rehabilitation der

Rentenversicherungsträger ist nach geltendem Recht keinesfalls Ersatz für fehlende Akutversorgung und wird aus den Beiträgen zur Rentenversicherung finanziert, um primär vorzeitige Erwerbsunfähigkeit zu verhindern. Wenn also frühberentete Frauen selten an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben, kann dies mehrere Gründe haben und müsste im Vergleich zu anderen Frührentnerinnen betrachtet werden.

Im schwelenden Konflikt zwischen Haus- und FachärztInnen – von der derzeitigen Gesundheitspolitik im Sinne des „divide et impera“ gerne geschürt – sollten ebenfalls keine unpassenden Schuldzuweisungen für Fehlversorgung vorgenommen werden. So findet sich in Kap. 4.14 (Rheuma) einerseits die Aussage, dass „es eine viel zu geringe Zahl ambulant und kassenärztlich tätiger spezialisierter internistischer RheumatologInnen mit entsprechenden Praxen“ gibt, dass „(B)bei den niedergelassenen internistischen RheumatologInnen in NRW ... die Wartezeiten im Bereich des kassenärztlichen Versorgungssystems für eine Erstvorstellung mehr als drei Monate“ betragen.

Zwei Absätze weiter wird die „unzureichende(r) Weiterbildung der HausärztInnen im Fachgebiet der Rheumatologie“ als Grund dafür angeführt, dass die Patientinnen „zu oft ... zu lange im System der hausärztlichen Primärversorgung verbleiben und ... dadurch gerade in der entscheidenden Phase der Krankheitsentstehung und -ausweitung unwiderruflich bestehende therapeutische Chancen“ versäumen.

Im gesamten Kontext werden immer Kommunikations-Kompetenzen und das Empowerment von Frauen und Patientinnen gefordert. Kommunikation ist mindestens zweidimensional, das heißt, dass im ÄrztIn-Patientinnen-Kontakt nicht nur eine/r Verantwortung trägt. Von Eigenverantwortung der PatientInnen ist aber im gesamten Bericht kaum die Rede, als Adressatinnen für Handlungsempfehlungen kommen sie nicht vor!

#### **4. Fazit**

##### **4.1. Verantwortung für Gesundheit ruht auf mehr als einer Schulter**

Aus der Verantwortung des Staates für Daseinsvorsorge schafft die Politik Rahmenbedingungen, auch in den für eine Gesundheit im umfassenden Sinne bedeutsamen Bereichen wie Familienpolitik, Bildungspolitik, etc.

Die Leistungserbringer und/ oder deren Selbstverwaltung erfüllen ihre Aufgaben entsprechend dem politisch gewollten und gesetzlich verankerten Auftrag. Vor dem Hintergrund bestimmter parteipolitischer Interessen, bestehende Strukturen zu schwächen, war es sehr ermüdend, in den Diskussionen der Enquetekommission immer wieder darauf hinzuwirken, dass im Zusammenhang mit Zulassung und Bedarfsplanung nicht primär jedes Mal die KV'en im Rampenlicht der Defizitanalysen und Handlungsempfehlungen standen. Die Tatsache, dass die Landesausschüsse paritätisch, also mit ebenso vielen Vertretern der Krankenkassen besetzt sind, war bis zum Schluss nicht selbstverständlich.

Vollkommen unerwähnt bleibt die Eigenverantwortung von PatientInnen und Versicherten. Ganz am Anfang des SGB V steht in §1, Satz 2: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu vermindern.“

Selbstverständlich ist an die Fürsorgepflicht des Staates zu appellieren, selbstverständlich muss Empowerment der PatientInnen gefördert werden. Bei zunehmend Lebensstil-bedingten Erkrankungen ist aber dringend auch die Übernahme von Eigenverantwortung für Gesundheit einzufordern. Ebenso besteht eine Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft und eine Verantwortung des Einzelnen wie der Gesellschaft für ein gesundes soziales Klima.

#### **4.2. Verantwortung braucht Vertrauen**

Information und Wissen schaffen Selbstvertrauen und die Möglichkeit, (Eigen-) Verantwortung zu übernehmen. So ist im Sinne der informierten Entscheidung (informed consent) oder der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) die PatientIn mündig und selbstbewusst.

Die hohe Verantwortung der Leistungserbringer braucht Vertrauen statt Kontrolle und Bürokratie: Qualitätssicherung und Fortbildung muss in den Händen der Selbstverwaltung verbleiben, die medizinischen Tätigkeiten müssen dringend von bürokratischem Ballast befreit werden.

Das Vertrauen im ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis darf von der Politik nicht gestört und reglementiert werden. Nur so können beide ihrer jeweiligen Verantwortung gerecht werden.

#### **4.3. Verantwortung braucht (Entscheidungs-) Freiheit**

Eine freie Arztwahl des Patienten und Produkt-Wahl des Versicherten sind Grundvoraussetzungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen. Ebenso braucht die freie Therapiewahl des Arztes allenfalls Entscheidungs-Korridore im Sinne von Leitlinien anstelle von Reglementierungen.

Durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen schafft die Politik Möglichkeiten, ein gesundheitsbewusstes und risikoarmes Leben zu führen. BürgerInnen übernehmen in Eigenverantwortung die konkrete individuelle Ausgestaltung.

Entscheidungsfreiheit bedeutet auch bezüglich der Versicherung eine Wahl darüber, was ein Bürger selbst tragen und was er über die Solidargemeinschaft abgesichert haben möchte.

## 5. Schluss

Bezüglich geschlechtergerechter Aspekte in der Gesundheitsversorgung ist zu unterstützen, dass Männer und Frauen eine sowohl nach biologischen Gegebenheiten als auch nach Lebenslagen differenzierte Behandlung erfahren müssen. Hierzu sind Defizite an geschlechtsdifferenzierenden Ansätzen in der medizinischen und der Versorgungsforschung zu beheben. Die für unseren Sozialstaat selbstverständlichen Empfehlungen im Sinne der Fürsorge müssen um den Aspekt der Eigenverantwortung erweitert werden.

In der derzeitigen Diskussion um die Finanzierung unseres Gesundheitswesens wird der Begriff Gerechtigkeit je nach politischer Couleur inhaltlich verschieden belegt und inflationär gebraucht. Auch vor diesem Hintergrund ist schwer zu beurteilen, inwieweit eine Gesundheitsversorgung gerecht sein kann. Frauenzentriert bedeutet nicht zwangsläufig frauenförderlich, und was bedeutet frauengerecht?

Bei der Beurteilung von Gerechtigkeitsaspekten muss neben der Verteilungsgerechtigkeit (gleiche Zugangschancen) auch die Beitragsgerechtigkeit betrachtet werden, also inwieweit die Finanzierung all dieser Leistungen „gerecht“ erfolgt. Hier hat das Modell der FDP zum privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle eine zukunftsweisende Bedeutung.



---

## **6. Anhang**

- 6.1 Einsetzungsbeschluss**
- 6.2 AkteurInnen in NRW**
- 6.3 Glossar**
- 6.4 öffentlich zugängliche Kommissionsdrucksachen**
- 6.5 Chronologie der Arbeit**

## 6.1 Einsetzungsbeschluss

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN  
13. Wahlperiode

Drucksache 13/458

30. November 2000

**NEUDRUCK**

### Antrag

der Fraktion der SPD und  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### Einrichtung einer Enquete-Kommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW

Der Landtag möge beschließen:

1. **Zusammensetzung**  
Der Landtag setzt eine Enquete-Kommission nach § 33 der Geschäftsordnung des Landtags ein, in der die Fraktionen nach Maßgabe des § 33 Abs. 2 Geschäftsordnung vertreten sind.
2. **Allgemeine Aufgabenstellung**  
Eine gleichberechtigte und beiden Geschlechtern mit ihren Besonderheiten Rechnung tragende Gesundheitsversorgung ist unverzichtbare Voraussetzung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem in Nordrhein-Westfalen. Obwohl die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Differenzierung bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit, bei Gesundheitsverhalten und dem Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für eine - sachgerechte - medizinische Forschung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge unbestritten ist, wird diesem Ansatz im herkömmlichen medizinischen System immer noch nicht hinreichend Rechnung getragen. Frauen sowie ihre Lebensbedingungen, Interessen und Bedürfnisse werden im Gesundheitswesen unzureichend berücksichtigt.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Defizite in der Gesundheitsversorgung von Frauen nicht nur aufzuzeigen und näher zu erforschen, sondern auch gezielte Beiträge zu ihrer Beseitigung zu leisten. Die Landesgesundheitskonferenz will geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit machen. Die Umsetzung daraus folgender Beschlüsse wird durch die Einsetzung der Enquete-Kommission nicht berührt. Die Kommission erhält den Auftrag, konkrete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Förderung einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung im Land Nordrhein-Westfalen zu erarbeiten. Grundlage dafür bilden Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung gegenwärtiger Unzulänglichkeiten in der Gesundheitsversorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen. Dabei sind auch die entsprechenden Vorgaben und Erfahrungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltfrauenkonferenz, der Europäischen Union, anderer ausgewählter Länder, des Bundes und anderer Bundesländer zu berücksichtigen, soweit diese für Nordrhein-Westfalen relevant und übertragbar sind sowie die einschlägigen Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz. Die Bestandsaufnahme und die zu erarbeitenden konkreten politischen Umsetzungsstrategien sollen zielorientierte Handlungsmöglichkeiten für den Landtag und die Landesregierung aufzeigen, Ergebnisse bisheriger



und zukünftiger Frauengesundheitsforschung und -praxis in sämtliche Sektoren des Gesundheitssystems von NRW sinnvoll zu integrieren. Zur Vorbereitung von Entscheidungen des Landtags sind die Ergebnisse der Kommission in einem Bericht vorzulegen.

### 3. Bestandsaufnahme

In einer Bestandsaufnahme soll die Kommission die gegenwärtige Situation der Gesundheitsversorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen hinsichtlich bestehender Defizite erfassen, ihre Ursachen analysieren und bewerten. Unter Berücksichtigung folgender Aspekte soll die Bestandsaufnahme in Empfehlungen an die Landesregierung und den Landtag münden und dazu beitragen die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zu motivieren, zukünftig geschlechtergerechte Gesundheitsforschung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge vorzunehmen:

#### **Zugang zum Gesundheitswesen**

Fehlende Transparenz und mangelnde Verknüpfung verschiedener Leistungsangebote prägen das derzeitige Gesundheitswesen. Frauen stellen auf Grund ihrer spezifischen Bedürfnisse andere Erwartungen an das Gesundheitswesen als Männer und finden in der bestehenden Beratungs- und Angebotsstruktur schwerer Zugang. Die Enquete-Kommission soll der Frage nachgehen, wie dem Wunsch von Frauen, ihre eigene Kompetenz zu stärken, entsprochen werden kann. Ziel soll es sein, Frauen durch unabhängige und qualitätsgesicherte Informationen über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit die Grundlage für eigene Entscheidungen zu bieten.

Zu berücksichtigen sind hier vor allem die Aspekte:

- geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit, Stärkung der Selbsthilfe (Empowerment, Erfahrungstransfer),
- verstärkter Transfer der Erkenntnisse und Erfahrungen der Selbsthilfe in den Gesundheitsbereich,
- spezifische Anforderungen und Bedürfnisse von Migrantinnen,
- Berücksichtigung regionaler und sozialer Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung
- Berücksichtigung der demografischen Entwicklung

#### **Prävention, Diagnostik und Behandlung**

Es fehlen geschlechtsspezifische differenzierende Kriterien zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Frauen und Männern. Auch die Unterschiede im Kontakt zwischen Ärztin / Arzt auf der einen Seite und Patientin / Patient auf der anderen Seite werden nicht genügend berücksichtigt: Weiblichkeits- und Männlichkeitsstereotype sind hier noch weitgehend unreflektiert. Welche Konzepte, Strategien und Modelle braucht das Gesundheitssystem in Nordrhein-Westfalen um die Defizite in Diagnose- und Behandlungsverfahren zu beheben?

Zu berücksichtigen sind hier vor allem die Aspekte:

- spezifischer Versorgungsbedürfnisse von Frauen bei Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen,
- Medikalisierung von körperlichen Umbruchphasen im Leben von Frauen und Mädchen,
- Berücksichtigung somatischer und psychischer Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen in den verschiedenen fachärztlichen Anamnese- und Diagnoseverfahren sowie in der Therapie,

- spezifische Anforderungen an die Beratung zur Pränataldiagnostik, künstlichen Befruchtung und den verschiedenen Möglichkeiten des Umgangs mit ungewollter Kinderlosigkeit,
- pränatale Versorgung
- frauenspezifische HIV/Aids-Präventionsangebote
- frauenspezifische Versorgungsangebote bei somatischen und psychischen Begleiterscheinungen bei HIV/Aids-Erkrankungen

### **Klinische, medizinsoziologische und epidemiologische Forschung**

Trotz umfangreicher Kenntnisse über Forschungsdefizite im Hinblick auf Frauen werden sie von der medizinischen Forschung immer noch unzureichend berücksichtigt. Der männliche Körper und männliches Verhalten wird zur Norm erhoben, von der Frauen "abweichen". Welche Ursachen liegen dieser Betrachtungsweise zu Grunde und wie kann ihr begegnet werden?

Folgende Aspekte sind in die Analyse der Defizite in der medizinischen Forschung mit einzubeziehen:

- aktuelle Diskussionen zur Krebsprävention, -früherkennung, -betreuung und -nachsorge, insbesondere bei Brustkrebs und weiteren gynäkologischen Krebserkrankungen,
- psychische Erkrankungen bei Frauen, insbesondere Depressionen,
- Entwicklung der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Konsumtrends, Abhängigkeitsentwicklungen bei Frauen),
- gesundheitsbezogene Differenzen zwischen Frauen in verschiedenen sozialen und psychosozialen Lagen (Schichtzugehörigkeit, Frauen in Erwerbsarbeit und/oder Hausarbeit, Lesben/Heteras, Migrantinnen, Frauen mit und ohne Behinderung, Frauen im Alter),
- frauenspezifische Anforderungen an die Forschung zur Fortplantungsmedizin Handlungsempfehlungen

Unter Berücksichtigung der Landeskompetenzen soll die Enquete-Kommission auf der Grundlage der Bestandsaufnahme politische Handlungsempfehlungen für eine Gesundheitspolitik erarbeiten, die zukünftig zu verbesserten Rahmenbedingungen für eine frauen- und schließlich geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung in NRW führen kann, in dem sie:

- Instrumente erarbeitet, die zu einer geschlechtergerechten Forschung in jenen Bereichen führen, die Einfluss auf den Gesundheitssektor nehmen,
- Empfehlungen an die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen formuliert, die zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung beitragen,
- Handlungsempfehlungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt, die zur Aufhebung von Defiziten in der Gesundheitsversorgung von Frauen führen,
- unter Aufzeigung der Kompetenzen des Landes Handlungsempfehlungen für den Landtag und die Landesregierung für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung in NRW erarbeitet.

5. Der Enquete-Kommission werden für die Dauer ihrer Tätigkeit sowie für ihre Vor- und Nacharbeiten bis zur Entscheidung des Parlaments jeweils zwei Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des höheren **oder** des gehobenen Dienstes und zwei Schreibkräfte zur Verfügung gestellt. Den Fraktionen werden die Kosten für eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des höheren Dienstes und die Kosten in halber Höhe für eine Schreibkraft erstattet und entsprechende technische Ausstattungen sowie Büroräume bereitgestellt.

Die Enquete-Kommission kann Expertinnen und Experten anhören, Forschungsaufträge erteilen, öffentliche Veranstaltungen, Studienfahrten/Ortsbesichtigungen oder Projektforschungen durchführen. Die haushaltsrechtlichen Voraussetzungen sind im Haushalt zu schaffen.

Edgar Moron  
Carina Gödecke  
Renate Drewke  
Michael Scheffler

und Fraktion

Sylvia Löhrmann  
Marianne Hürten

und Fraktion

## 6.2 AnsprechpartnerInnen der Enquetekommission

Institutionen	Kontaktpersonen
agisra, Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung e.V., Köln	Jae-Soon Joo-Schauen
AIDS-Hilfe, Köln	Klaus Kwaschnik
AKF Regionalgruppe, Münster	
AOK Rheinland, Düsseldorf	
AOK Westfalen-Lippe, Dortmund	
AOK-Bundesverband , Berlin	Prof. Dr. Norbert Schmacke
Apothekerkammer Nordrhein, Düsseldorf	Elisabeth Thesing-Bleck
Apothekerkammer Westfalen-Lippe	
Arbeiterersatzkassenverband e.V.	
Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Mittelrhein e.V., Köln	Klaus-Ingo Giercke
Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Niederrhein e.V., Essen	
Arbeitsgemeinschaft der freien Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW	Heinz-Josef Kessmann
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände	
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW	
Arbeitsmedizinischer Dienst der Bau-Berufsgenossenschaft Rheinland und Westfalen, Wuppertal	Dr. Martina Serverin-Tölle Dr. Claudia Waldinger
Ärztchamber Nordrhein, Düsseldorf	Dr. Robert Schäfer Dr. Günter Hopf
Ärztchamber Westfalen-Lippe, Münster	Dr. Anne Bunte
Barmer Ersatzkasse Landesgeschäftsstelle Nordrhein	
Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirkstelle Köln	Dr. Hardy Mannheims
Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland-Hausärzteverband, Köln	Dr. Jörn Linden

Institutionen	Kontaktpersonen
Berufsverband der deutschen Privatkrankeanstalten e.V.	Peter Enders
Berufsverband der Frauenärzte NRW	Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Verband Nordrhein	Dr. med. Thomas Fischbach
Berufsvereinigung Deutscher Ärzteverbände e.V., Köln	
Bezirksregierungen in NRW (Arnsberg, Detmold, Düsseldorf, Köln, Münster)	
BKK Landesverband Nordrhein Westfalen	
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD, Bochum	Patricia Krause
Bundesagentur für Arbeit	Dr. Ulrike Worringer
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund	Dr. Karl Kuhn
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose, Landesverband NRW, Paderborn	Karin Mertel
Bundesverband der Betriebskrankenkassen KdÖR	Andreas Großmann
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste	Dr. Frank Zische
Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände e.V.	
Caritasverband NRW, Aachen, Essen, Köln, Münster, Paderborn	
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Kornelia Schönfeld
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	Karin Mohr, Christa Merfert Diete
Deutsche Rheuma-Liga NRW	Helga Germakowski
Deutscher Ärztinnenbund	Dr. Ute Otten
Deutscher Pflegerat-Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen, Berlin	
Deutsches Müttergenesungswerk, Stein	
DGB Bundesvorstand, Berlin	Marina Schröder
Distel e.V., Psychologische Beratungsstelle für Frauen, Essen	
Fachärztlicher Qualitätszirkel Rheumatologie, Bielefeld	Dr. Carla Bonnemann
Fachausschuss für Müttergenesung in NRW	

Institutionen	Kontaktpersonen
Familienplanungszentrum Hamburg	Helga Seyler
FFGZ Hagazussa e.V. (Feministisches FrauenGesundheitsZentrum)	
Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover	Dr. Jürgen Collatz
Frauengesundheitszentrum Ruhrgebiet e. V.	
Frauennotruf e.V., Wuppertal	
Frauzentrum "Courage"	Wiltrud Evers
FUMA Landesfachstelle Mädchenarbeit NRW	
Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe	
Geschäftsstelle der Landesseniorenvertretung, NRW	Dr. Uta Renn
Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW	Lisa Schwermer, Essen
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.	
GESUNDE STÄDTE BÜRO, Essen	
Gesundheitszentrum für MigrantInnen, Köln	Arif Ünal
Gleichstellungsstelle der Stadt Köln	Christine Kronenberg
Gleichstellungsstellen in NRW	Dagmar Becker, Solingen Andrea Strulik, Minden-Lübbecke Anni Lütke Brinkhaus, Steinfurt Anne Rengers, Ochtrup
Gmünder Ersatzkasse GEK	
Hebammennetzwerk Köln	
IG Bau, Bezirksverband Düsseldorf	Brigitte Pripsini
Initiative Frau und Gesundheit, c/o Gesundheitsamt Mönchengladbach	
INKA e.V., München	Gudrun Bruns
Innungskrankenkasse IKK Nordrhein	
Innungskrankenkasse IKK Westfalen-Lippe	

Institutionen	Kontaktpersonen
Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GMBH/AOK Rheinland, Köln	Petra Meisel
Institut für Gerontologie, Dortmund	Nicole Maly-Lukas
Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES)	Judith Berger
Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin	Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Institut für Innovative Gesundheitskonzepte, Kassel	Dipl.-Psych. Christa Diegelmann Dipl.-Psych. Margarete Isermann
Internationales Zentrum für Frauengesundheit, Bad Salzuflen, IZFG	Dr. Barbara Ehret-Wagner
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe	Dr. Claudia Kramer
Katholische Fachhochschule NW, Aachen	Prof. Dr. Barbara Krause
Klinik "Der Fürstenhof", Bad Pyrmont	Prof. Dr. Helmut Minne
Klinik am Osterbach, Bad Oeynhausen	Barbara Legeler
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Traumatherapie Bielefeld	Veronika Engl
Klinik für Rheumatologie, Vogelsang	Prof. Dr. Jörn Keckow
Klinikum Minden	Prof. Dr. H.-J. Lakomek
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit, Köln und Bad Salzuflen	Dr. Monika Weber, Gabriele Klärs, Carola Lehmann
KOSKON NRW, Koordination für Selbsthilfe	
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	Gottfried Wiechert
Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums Münsterland e.V.	Gudrun Bruns
Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln	Bettina Ellerbrock Heiko Fillibeck
Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW, Düsseldorf	Dr. Eleftheria Lehmann
Landesarbeitsgemeinschaft autonome Mädchenhäuser	

Institutionen	Kontaktpersonen
Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauenberatungsstellen NRW e.V.	
Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauenhäuser NRW	Marion Steffens
Landesarbeitsgemeinschaft der autonomen Frauenberatungsstellen	
Landesarbeitsgemeinschaft Frauen helfen Frauen e.V.	
Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und AIDS, c/o AIDS-Hilfe Aachen	
Landesarbeitsgemeinschaft Frauenselbsthilfe nach Krebs NRW	
Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW	Carmen Faber
Landesarbeitsgemeinschaft Lesben in NRW	
Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit NRW e. V.	
Landesarbeitsgemeinschaft Notrufe NRW c/o Frauenberatungsstelle, Düsseldorf	Etta Hallenga
Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e.V. NRW	
Landesarbeitsgemeinschaft Wildwasser, Verein gegen sexuellen Missbrauch und Gewalt	
Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW BELLA DONNA	
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	Dr. Udo Puteanus, Prof. Dr. Doris Bardehle
Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker NRW	
Landesverband der Hebammen NRW	Angelika Josten
Landesverband der Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V., Dormagen	
Landesverband Mütterzentren in NRW e.V.	Eva Sowa Anne Gockel-Werner Christiane Rischer
Landesverband Rheinland-Westfalen der Berufsgenossenschaften	
Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände NRW e.V.	
Landesversicherungsanstalt, Düsseldorf	Dr. Petra Model
Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse	



Institutionen	Kontaktpersonen
Landschaftsverband Rheinland	Dr. Leidinger Anne Peters
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	
LVA Rheinprovinz Abteilung Rehabilitationsgrundsätze und –einrichtungen - Beschwerdestelle	
LVA Rheinprovinz Ruhlandklinik Patientenberatungs- und beschwerdestelle	
LVA Westfalen Service- und Beratungsstelle	
Mädchenhaus Bielefeld	Ellen Solavi
Madonna e.V. - Beratung und Hilfe für Prostituierte , Bochum	
Malteser Werke gGmbH, Köln	Dr. Ursula Sottong
Mamazone Rheinland	Ulla Ohlms
Medizinische Hochschule Hannover	Prof. Dr. Gisela Fischer
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Berlin	Dr. Rainer Zischè
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Nordrhein	Dr. Wolfgang Müller-Held Dr. Schwegler
Medusana Stiftung, Gesellschaft für Gesundheitsförderung mbH	Dr. Claudia Czerwinski
MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V., Dortmund	Ulla Riesberg
MUT e.V. – Frauen und Männer gegen Brustkrebs	
Mütter-Kind-Kurzentrums Nazareth, Norddeich	Dr. Michel Lavanchy
Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderungen NRW	Ulrike Scheen Claudia Seipelt-Holtmann Gertrud Servos Renate Bernards
NRW Vernetzung C/O Dortmunder Mitternachtsmission (Frauenhandel)	
Paritätisches Altenwohnheim Hermann Keiner-Haus-Dortmund e.V.	Margitta Bieker
Patientenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.	

Institutionen	Kontaktpersonen
Patientenstelle im Gesundheitsladen Köln e.V.	
PatientInnen-Netzwerk NRW	
Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Helios Kliniken Wuppertal	Prof. Dr. Petra Thürmann
Pro Familia, Landesverband NRW	Bernd Niemann
Projektentwicklungs- und Forschungsstelle für Chancengleichheit des Kreises Düren	
Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Schmallenberg	Dr. Barbara Glier
Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge, Köln	Hamidiye Ünal
Psychotherapeutenkammer NRW	Ferdinand von Boxberg Monika Konitzer
Rheinische Kliniken, Köln	Ali Kemal Gün
Rheumaklinik Aachen	Prof. Dr. Ekkehard Genth
Ruhr-Universität Bochum	Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter Prof. Dr. Ludger Pientka
Runder Tisch Friseurinnen, Dortmund	Petra Naeve
S.I.G.N.A.L e.V., Berlin	Angelika May
Schlosspark-Klinik, Berlin	Dr. Rieke Alten
Schwerpunktberatungsstelle f. Essstörungen Anna Conda e. V.	
Sozialverband Deutschland SoVD, Landesverband NRW	Daniel Kreutz
St. Marien Hospital, Eickel, Herne	Dr. Sylvia Lenz
Stadt Gelsenkirchen, Referat Gesundheit	
Städtische Schule für Geistigbehinderte, Düsseldorf	Andreas Rupieper
Technische Fachhochschule Berlin	Prof. Dr. Antje Ducki
TekoMedia GmbH, Bochum	Anja Sportelli
Universität Amsterdam, Division Public Health, Academic Medical Center	Dr. Claudia Moermann

Institutionen	Kontaktpersonen
Universität Bremen	Prof. Dr. Ursula Pixa-Kettner Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (BIPS)	Dr. Bernhard Braun
Universität Dortmund, Netzwerk Frauenforschung NRW	Dr. Beate Kortendiek
Universität Düsseldorf, HIV-Ambulanz der Neurologischen Klinik des	Prof. Gabriele Arendt
Universität Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,	Prof. Dr. Matthias Franz
Universität Hamburg	Dr. Ursula Brucks
Universität Mainz	Prof. Dr. Ulrich Egle
Universität Mainz, Klinikum	Karin Spannhake
Universität Osnabrück	Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Universität Tübingen, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften,	Dr. Ilhan Ilkilic
Universitätsklinikum Bonn/Pro Familia	Dr. Andrea Hocke
Universitätsklinikum Charité, Berlin	Dr. Theda Borde
Unteren Gesundheitsbehörden in NRW	Dr. Cornelia Groschopp, Heinsberg Dr. Ulrike Horacek, Recklinghausen Gudrun Henneke, Hamm Dr. Dagmar Starke, Mülheim Dr. Dagmar Schwarte, Oberhausen Dr. Ulrike Horacek, Recklinghausen Birgit Sagenmüller, Köln
VdAK/AEV Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe	
VdAK/AEV-Landesbereichsvertretung Nordrhein	
ver.di Landesbezirk NRW	Monika Schwarz Sabine Morgenroth
Verband der allein erziehenden Mütter und Väter e.V., Landesverband NRW	Edith Weiser

Institutionen	Kontaktpersonen
Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.	Dr. Elke Herz
Verband für unabhängige Gesundheitsberatung e.V.	
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, BV Dresden	Dr. Ralf Schweer
Volkshochschule Münster	Mechthild Bedenbecker-Busch
Westfalenfleiß gGmbH/Lebenshilfe e.V., Münster	Martina Fehnker
Wir alle - Frauen gegen Brustkrebs	
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, WIAD e.V. Bonn	Dr. Caren Weilandt
Wittener Kreis Landesverbände Gesundheitsselbsthilfe NRW	
Wohnprojektberatung Jung und Alt e.V., Bielefeld	Theresia Brechmann
Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim	Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Zentrum für Senioren und Behinderte der Stadt Köln	Dr. Hans Joachim Schirmer Otto Ludorff
Zukunftswerkstatt Düsseldorf GmbH	Birgit Dahlmann

### 6.3 Glossar<sup>1</sup> und Abkürzungen

#### Glossar

Zusammengefasst wurden in diesem Glossar Fachbegriffe, deren Relevanz über die einzelnen Kapitel hinausgeht

Adhärenz (Adhäsion)	bedeutet insgesamt "das Haftenbleiben", etwa das Anheften von Immunzellen an erkrankte Körperzellen. Es bedeutet aber auch die "Verbundenheit" von PatientInnen an die therapeutischen Notwendigkeiten, denen sie unterliegen.
Adjuvante Chemotherapie	ist die (ein operatives Verfahren) unterstützende Chemotherapie, im Gegensatz zur Chemotherapie, die als Hauptbestandteil einer Behandlung eingesetzt wird
Adoleszenz	ist das Jugendalter
Aggravation	ist eine im Verhältnis zum objektiven Befund übertriebene (eventuell zweckgerichtete) Präsentation von Symptomen durch den/die PatientIn. Im Gegensatz zur Simulation liegt ein pathologischer Befund vor
Antiretrovirales Medikament	ist ein Medikament, das gegen Retroviren (Virenform mit einer charakteristischen Art der Vermehrung) wirksam ist.
Audit	ist eine dokumentierte Handlung, die anhand objektiver Nachweise untersucht und beurteilt, ob festgelegte Verfahren, Anweisungen, Normen o.ä. sich zur Einhaltung eines vorgegebenen Sollzustandes eignen, eingehalten werden und wirksam sind. Die Vergabe eines Audits ist eine Auszeichnung
Biopsie	ist eine kleine Gewebeprobe zur Untersuchung der Zelleigenschaften
Casemanagement	bedeutete die Koordination und Steuerung der Betreuung und Behandlung eines Patienten/einer Patientin durch eine Person oder Institution. Dies spielt insbesondere dann eine Rolle, wenn in einem Gesamtkonzept die Behandlung

<sup>1</sup> Quellen: Pschyrebel "Klinisches Wörterbuch", 259. Auflage, 2002; Roche Lexikon Medizin, online-Ausgabe, [www.gesundheit.de/roche](http://www.gesundheit.de/roche); Wörterbuch Medizin, 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, 2000, Urban & Fischer/dtv; Health-promotion Glossary, WHO ([www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))

	unter mehreren Aspekten durch verschiedene Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen durchgeführt wird.
Compliance	ist die Bereitschaft einer Patientin/eines Patienten zur Mit- und Zusammenarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen.
Coping-Strategie	ist jeder – sowohl adäquate als auch inadäquate – Versuch der Bewältigung eines Problems.
Der BMI = Body Mass Index	ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) zu Körpergröße zum Quadrat (m <sup>2</sup> ).
Endemische Krankheiten	sind Krankheiten, die ständig in einer Bevölkerung auftreten, wobei die Krankheitsursache dauerhaft präsent ist
Epidemiologie	ist die Lehre von der Häufigkeit (□ Prävalenz u. □ Inzidenz) und Verteilung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen sowie von deren Ursachen und Risikofaktoren in Bevölkerungsgruppen (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung oder mit anderen Gruppen), und von deren Verlauf und den damit verbundenen sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen. Sie umfasst auch Untersuchungen über den Wert von diagnostischer Methoden, Prävention und Präventivmedizin
Ergotherapie	ist die zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Sie findet Anwendung bei der Therapie von Störungen der Motorik, der Sinnesorgane und der geistigen und psychischen Fähigkeiten. Eingesetzt werden praktische oder kreativ-handwerkliche Tätigkeiten, oder es wird der Umgang mit anderen Menschen geübt. Ziel ist die weitestgehend mögliche Selbständigkeit.
Evaluation; Evaluationsstudie	Eine an Kriterien orientierte Bewertung die auf begründeter □ Evidenz beruht; Bewertungsstudie
Evidenz	bedeutet umgangssprachlich "offenkundig", "klar". In der Medizin ist etwas evident, wenn es „durch Fakten belegt“ ist.
Exposition	bedeutet, etwas ausgesetzt sein. So bedeutet z.B. Strahlenexposition einer Strahlung ausgesetzt (gewesen) zu sein
Hang-over-Effekt.	bezeichnen unangenehme Nachwirkungen von Arzneimitteln insbesondere von

	Schlafmitteln.
Helferzellen, CD4-Zellen, T4-Zellen	sind eine bestimmte Subklasse der T-Zellen (in der Thymusdrüse "gereifte" Zellen) des Immunsystems mit definierten Markerproteinen (CD4) auf ihrer Oberfläche. Sie sind bei einer Infektion mit dem HI-Virus eine der betroffenen T-Zellsubklassen.
Herzinsuffizienz	beschreibt die unzureichende Funktion des Herzens
Histologie	ist eine feingewebliche Untersuchung
Homöostase	ist die Selbstregulation eines biologischen Systems im dynamischen Gleichgewicht
Iatrogen	bedeutet durch den Arzt/die Ärztin verursacht z.B. infolge diagnostischer oder therapeutischer Einwirkungen.
Intervention	ist eine therapeutische oder vorbeugenden (ärztliche) Maßnahme
Inzidenz	ist die Anzahl neuer Erkrankungsfälle in einer bestimmten Zeiteinheit
Ischämie; ischämisch	ist die Unterbrechung der Durchblutung eines Organes, Organteiles oder Gewebes infolge mangelnder arterieller Blutzufuhr
Katamnese	ist die Überprüfung der Therapieeffekte nach einem längeren Zeitraum
Komorbidität	ist das gleichzeitige Vorkommen von mindestens zwei diagnostisch unterscheidbaren Erkrankungen bei einer Person
Konsildienst	ist eine zusätzliche fachärztliche Beurteilung durch eine andere Disziplin im Auftrag des/der behandelnden ÄrztIn
Konsultation	ist eine ärztliche Beratung
Liasionsdienst	ist eine fachärztliche Mitbetreuung
Low-dose-Abhängigkeit	kennzeichnet eine Abhängigkeit ohne Dosissteigerung. Häufig werden Medikamente zur Behandlung von Befindlichkeitsstörungen über lange Zeiträume hin verordnet oder in eigener Regie weiter eingenommen. Bei geringer Dosierung entstehen unbemerkt innerhalb weniger Wochen psychische und physische Abhängigkeit
Lumpektomie	nennt sich die brusterhaltene Operation bei Brustkrebs unter Entfernung lediglich der Tumoranteile und des umgebenden

	Gewebes.
Mastektomie	ist die chirurgische Entfernung der Brustdrüse
Meta-Analyse.	ist eine Zusammenfassung von Primär-Untersuchungen/Studien, die mit quantitativen statistischen Mitteln arbeitet
Metabolismus	bezeichnet zum einen allgemein den Stoffwechsel, aber auch die Umsetzungen einzelner Substanzen im Körper (Alkoholmetabolismus)
Morbidität	ist die Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population (ausgedrückt in <input type="checkbox"/> Inzidenz und <input type="checkbox"/> Prävalenz)
Mortalität	ist die Sterberate, Sterblichkeit
Neubildung	bezeichnet die Neubildung von Körpergeweben mit fehlreguliertem, enthemmtem und autonomem Wachstum.
Nichtinvasive Karzinome oder Carcinoma in situ	sind nichtdurchdringende Tumore, die nicht oder nur langsam wachsen und keine Metastasen bilden
Pathobiochemie	ist ein Zweig der Biochemie, der sich mit den genetisch bedingten und erworbenen Störungen biochemischer Vorgänge und den Abweichungen der chemischen Struktur von Körperbausteinen befasst.
Pathophysiologie	ist die Lehre von den krankhaften Lebensvorgängen und gestörten Funktionen des Organismus
Perzentile.	bezieht sich auf Prozentangaben. Bei den Gewichtsangaben bedeutet ein Perzentil von 97, dass 97% aller anderen Kinder einer Altersklasse unter dem angegebenen Gewicht bleiben (100% = alle Kinder)
Physiotherapie	oder auch physikalische Therapie, durchgeführt zur Anregung oder gezielten Behandlung gestörter physiologischer Funktionen mit physikalischen, naturgegebenen Mitteln. Umfasst die Anwendung von Massagen und Heilbädern, Lichttherapie etc.
postpartal	bedeutet "nach der Geburt"
Prädiktiv	bedeutet die Wahrscheinlichkeit, bei einem positiven (bzw. negativen) Testergebnis an einer bestimmten Krankheit zu leiden (bzw. nicht zu leiden); abhängig von der Spezifität (die Eignung einer Methode, bei Gesunden keine falsch positiven Werte zu erhalten; errechnet als An-



	teil der richtig negativen Ergebnisse geteilt durch die – mit Vergleichsmethoden ermittelte – Gesamtzahl der Gesunden unter den Probanden) und Sensitivität (der Anteil der Kranken mit positivem Test, bezogen auf alle getesteten Personen) des Tests sowie von der □Prävalenz der Krankheit
Prähospitalphase	ist nach Auftreten einer schwerwiegenden Erkrankung (Herzinfarkt), die Phase vor der Einlieferung in ein Krankenhaus
Prävalenz	ist die Häufigkeit (etwa von Erkrankungen oder Drogenkonsum) in einer Bevölkerung zum Zeitpunkt der Untersuchung. Stichworte: Lebenszeitprävalenz; 12-Wochen-Prävalenz etc.
Prospektive Studie	ist eine epidemiologische Langzeitstudie, zur Erfassung der Auswirkung von Risikofaktoren. Es ist eine über längere Zeit angelegte statistische Untersuchung in einer möglichst repräsentativen Population
psychosoziale Faktoren	sind Einflüsse aus dem Lebensumfeld der PatientInnen
Randomisierung	ist eine Zufallszuteilung als Grundlage für eine gültige statistische Auswertung z.B. von Forschungsergebnissen
Reflexive Koedukation	ist die gemeinsame Unterrichtung der Geschlechter unter gleichberechtigter Berücksichtigung der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse, Vorstellungen, Ressourcen und Defizite etc. bedeutet
Remission	ist das Zurückgehen von Krankheitsercheinungen, allerdings nicht mit Heilung gleichzusetzen.
Rezidiv	bedeutet den Rückfall einer Erkrankung nach vorheriger □Remission
Sequentielle Traumatisierung	bedeutet fortgesetzte Traumatisierung.
Somatisierung	bedeutet, dass ein seelischer Konflikt einen körperlichen Ausdruck findet. Unter Somatisierung sind die in Stresssituationen empfundenen körperlichen Symptome wie z.B. Kopfschmerzen, Herzrasen, Magenschmerzen zu verstehen
Subjektive Theorien	auch Alltagstheorien genannt. Darunter werden die Theorien verstanden, die Laien von einem Gegenstand haben.
Symptomatologie	ist die Lehre von den Krankheitszeichen
Tumorexstirpation	ist die Entfernung des Tumors samt umliegendem gesunden Gewebe

Ubiquitär	ist überall vorkommend
Validiert	bedeutet auf Tauglichkeit geprüft
Vulnerabilität	ist eine durch unterschiedliche Ursachen (genetische, biochemische, psychische oder soziale Faktoren) bedingte Disposition, auf Belastungen überproportional stark mit Spannungen, Ängsten bis hin zu psychotischen Dekompensation zu reagieren. Gelegentlich auch allgemein Anfälligkeit oder Verletzbarkeit
Zerebrovaskulär	bedeutet die Hirnblutgefäße betreffend

### Abkürzungen

AkdÄ <a href="http://www.akdae.de">www.akdae.de</a>	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
BfA <a href="http://www.bfa-berlin.de">www.bfa-berlin.de</a>	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
GKV <a href="http://www.g-k-v.com">www.g-k-v.com</a> (Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung)	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG <a href="http://www.bmgs.bund.de">www.bmgs.bund.de</a> (Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung.)	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
ICD <a href="http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10">www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10</a>	bedeutet: "International statistical Classification of Diseases and Related health problems". Die Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die angehängte Ziffer (ICD-10) steht für die jeweilige Überarbeitung.
KKS <a href="http://www.kks-info.de">www.kks-info.de</a>	Koordinierungszentren für klinische Studien
LVA <a href="http://www.lva.de">www.lva.de</a>	Landesversicherungsanstalt
MDK <a href="http://www.mdk.de">www.mdk.de</a>	Medizinischer Dienst der Krankenkassen. Der MDK ist eine Gemeinschaftseinrichtung der Krankenkassen und in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert.
VDR <a href="http://www.vdr.de">www.vdr.de</a>	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
VfA <a href="http://www.vfa.de">www.vfa.de</a>	Verband forschender Arzneimittelhersteller

### 6.4 Verzeichnis der Kommissionsdrucksachen

Nicht alle Dokumente werden bis zur Fertigstellung des Berichtes archiviert und somit systematisch zugänglich sein. Im Laufe der nächsten Wochen wird aber sichergestellt, dass über die Internetseite des Landtages ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)) mit Hilfe der Stichwortsuche der Aufruf möglichst aller im Bericht erwähnten Dokumente möglich ist.

<p><b>Stellungnahme zum Gutachten</b></p> <p>"Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW"</p>	<p>Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer, Medizinische Hochschule Hannover;</p> <p>Landessenorenvertretung NRW e.V.;</p> <p>Netzwerk von Frauen und Mädchen mit Behinderungen;</p> <p>Sozialverband Deutschland SoVD;</p> <p>Dr. Jorg Steinhausen, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen;</p>
<p><b>Fragen- und Sachverständigenkatalog</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 25. November 2002, Thema: "Anforderungen an Mütter und gesundheitliche Versorgung von Müttern"</p>	
<p><b>Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 25. November 2002, Thema: "Anforderungen an Mütter und gesundheitliche Versorgung von Müttern"</p>	<p>Jürgen Collatz, Sonja Arnhold-Kerri, Stefanie Sperlich, Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover,</p> <p>"Spezifische Belastungen und Ressourcen von Müttern, die eine Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen";</p> <p>Wolfgang Erler, Deutsches Jugendinstitut, "Alltagswissen und -kompetenzen von Familien (-Frauen) als Ressource für Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention";</p> <p>Prof. Dr. Matthias Franz, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Düsseldorf;</p> <p>Heinz-Josef Kessman, Vorsitzender des Fachausschusses MGW in Nordrhein-Westfalen; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen;</p>

	<p>Beate Kortendiek, Netzwerk Frauenforschung NRW, Universität Dortmund, "Mutterschaft als Ressource: Zum Verhältnis von Ambivalenz, Selbsthilfe und Gesundheit";</p> <p>Silvia Lenz, St. Marien Hospital, Eickel, "psychische Erkrankungen bei Frauen, geschlechtsspezifische Therapien: Chancen und Grenzen berichten";</p> <p>Margarete Seilling, Frauenrat NW;</p> <p>Dr. Eva Sowa, Landesverband der Mütterzentren NRW e.V., Mütterbüro, "Mutter werden - Mutter sein Traum und Wirklichkeit";</p> <p>Edith Weiser, VAMV Landesverband NRW e.V., "Allein erziehende Mütter/Väter - Ressourcen nutzen, Strukturen verändern";</p>
<p><b>Fragenkatalog</b></p> <p>für das öffentliches Fachgespräch am 13. Januar 2003, Thema: "Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind"</p>	
<p><b>Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliches Fachgespräch am 13. Januar 2003, Thema: "Anforderungen an die psychosoziale Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind"</p>	<p>Gudrun Bruns, Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums Münsterland e.V.;</p> <p>Ulla Ohlms, Mamazone Rheinland;</p>
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen und Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 06. Februar 2003, Thema: "Frauen und Erwerbsarbeit - Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung"</p>	<p>Judith Berger, Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES);</p> <p>Dr. Bernhard Braun, BEK/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, "Welchen Beitrag zur Frauengesundheit am Arbeitsplatz können betriebliche, branchen- bzw. berufsbezogene Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung leisten?";</p> <p>Birgit Dahlmann, Zukunftswerkstatt Düsseldorf GmbH "Das bisschen Putzen...";</p>

	<p>Dr. Helmut Deden, Landesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Düsseldorf;</p> <p>Marie-Theres Illner, Berufsschule Köln, "Erfahrungen, Gesundheitsbelastungen und Bewältigungsmöglichkeiten in besonders frauenrelevanten Beschäftigungsfeldern";</p> <p>Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin;</p> <p>Dr. Elefteria Lehmann, Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW;</p> <p>Dr. Hardy Mannheims, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Köln, "Belastungen, Präventionsstrategien und Entwicklungen im Friseurberuf";</p> <p>Petra Meisel, Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH/AOK Rheinland, "Welchen Beitrag zur Frauengesundheit am Arbeitsplatz können betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung leisten?";</p> <p>Sabine Morgenroth, Gewerkschaft ver.di, "Immer schön freundliche - bis die Stimme weg bleibt! Belastungsfaktoren der Arbeit in Callcentern";</p> <p>Petra Naeve, Runder Tisch Friseurinnen Dortmund;</p> <p>Dr. Gottfried Richenhagen, Landesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Düsseldorf;</p> <p>Dr. Ralf Schweer, Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, BV Dresden;</p> <p>Dr. Martina Serverin-Tölle, Dr. Waldinger Arbeitsmedizinischer Dienst, Bau-Berufsgenossenschaft Rheinland und Westfalen, Wuppertal;</p> <p>Karin Spannhake, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität, Mainz, "Anforderungen an eine frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz";</p> <p>Anja Sportelli, TekoMedia GmbH, "Erfahrungen, Gesundheitsbelastungen und Bewältigungsmöglichkeiten in besonders frauenrelevanten Beschäftigungsfeldern";</p> <p>Dr. Waldinger, Bau-Berufsgenossenschaft Rheinland und Westfalen, "Hautgefährdungen bei Feuchtarbeit durch geeignete</p>
--	--

	Schutzmaßnahmen minimieren";
<p><b>Fragenkatalog</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 19. Mai 2003 zum Thema: "Gewalt gegen Frauen: Eine interdisziplinäre Herausforderung an das Gesundheitswesen"</p>	
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen und Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 19. Mai 2001, Thema: "Gewalt gegen Frauen: Eine interdisziplinäre Herausforderung an das Gesundheitswesen"</p>	<p>Dr. med. Maria J. Beckermann, Frauenärztin, Psychotherapeutin;</p> <p>Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann, Berufsverband der Frauenärzte NRW;</p> <p>Marina Böhmer, Referentin und Beraterin in der Altenhilfe;</p> <p>Veronika Engl, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Traumatherapie Bielefeld;</p> <p>Wiltrud Evers, Dachverband autonomer Frauenberatungsstellen;</p> <p>Etta Hallenga, LAG Notrufe NRW, Düsseldorf;</p> <p>Angelika Josten, Landesverband der Hebammen e.V.;</p> <p>Gabriele Klärs, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW;</p> <p>Monika Konitzer, Psychotherapeutenkammer NRW;</p> <p>Dr. Claudia Kramer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe;</p> <p>Barbara Legeler, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Klinik Am Osterbach;</p> <p>Angelika May, S.I.G.N.A.L e.V., Berlin;</p> <p>Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderungen "Gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen nach (sexualisierter Gewalterfahrung)";</p> <p>Dr. Kornelia Schönfeld, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe;</p> <p>Marion Steffens, LAG autonome Frauenhäuser;</p>

	<p>Gottfried Wiechert, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen;</p>
<p><b>Fragenkatalog</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 02. Juni 2003, Thema: "Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen"</p>	
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen und Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 2. Juni 2003, Thema: "Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen"</p>	<p>Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW;</p> <p>Dr. Theha Borde, Universitätsklinikum Charité, Berlin;</p> <p>Dr. Ursula Brucks, Universität Hamburg;</p> <p>Dipl.-Psych. Sergülay Citlak;</p> <p>Ingrid Katharina Geiger, "Stellungnahme zum Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW";</p> <p>Gesundheitszentrum für MigrantInnen, Köln;</p> <p>Dr. Barbara Glier, Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Schmallenberg;</p> <p>Dr. Ilhan Ilkilic, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen, "Die Bedeutung des muslimischen Krankheitsverständnisses in der psychotherapeutischen, psychosozialen und psychiatrischen Versorgung der muslimischen Patientinnen";</p> <p>Prof. Dr. Barbara Krause, Katholische Fachhochschule NW, Aachen;</p> <p>Dr. Michel Lavanchy, Mütter-Kind-Kurzentrums Nazareth, Norddeich;</p> <p>Dr. Azra Pourgholam-Ernst;</p>
<p><b>Fragenkatalog</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 30. Juni 2003, Thema: "Versorgung von chro-</p>	

<p>nisch-rheumatisch-kranken Frauen in NRW"</p>	
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen und Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das Fachgespräch am 30. Juni 2003, Thema: "Versorgung von chronisch-rheumatisch-kranken Frauen in NRW"</p>	<p>Dr. Rieke Alten, Schlosspark-Klinik Berlin, "Integrierte Versorgung Rheumakrankter";</p> <p>Dr. Carla Bonnemann, Ärztin für innere Medizin und Rheumatologie, Bielefeld;</p> <p>Prof. Dr. Ekkehard Genth, Rheumaklinik Aachen;</p> <p>Helga Germakowski, Deutsche Rheuma-Liga NRW;</p> <p>Prof. Dr. F.-W. Hagena, Auguste-Viktoria-Klinik;</p> <p>Prof. Dr. H.-J. Lakomek, Klinikum Minden;</p> <p>Illona Ihme, Zusammenschluss freier Selbsthilfegruppen und Ansprechpartner für Fibromyalgie-Betroffene;</p> <p>Prof. Dr. Jörn Kekow, Klinik für Rheumatologie, Vogel-sang;</p> <p>Dr. Hans-Eckhard Langer, Facharzt für Rheumatologie, Düsseldorf;</p> <p>Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter, Ruhr-Universität Bochum, "Versorgung in NRW von Frauen in den Wechseljahren mit einer Osteoporose";</p> <p>Prof. Dr. Ludger Pientka, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>Prof. Dr. Helmut Minne, Klinik "Der Fürstenhof", Bad Pyrmont, "Osteoporose";</p> <p>Jürgen Stier, AOK Rheinland;</p> <p>Dr. Rainer Zischè, Medizinischer Dienst der Kranken-versicherung, Berlin;</p>
<p><b>Fragenkatalog</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 17. Oktober 2003 Thema: "Geschlecht behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen"</p>	
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen und Stellungnahmen der Sachverständigen</b></p> <p>für das öffentliche Fachgespräch am 17. Oktober 2003, Thema: "Geschlecht behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von</p>	<p>Dr. med. Andreas Ahlmeyer, Frauenarzt;</p> <p>Martina Fehnker, Westfalenfleiß gGmbH/Lebenshilfe e.V.;</p> <p>Bernd Niemann, Pro Familia;</p> <p>pro familia, Landesverband NRW e.V.;</p>



<p>Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen"</p>	<p>Prof. Dr. Ursula Pixa-Kettner, Universität Bremen,  Ulla Riesberg, MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V.;</p> <p>Andreas Rupieper, Städtische Schule für Geistigbehinderte, Düsseldorf;</p> <p>Julia Zinsmeister;</p>
<p><b>Vortragsbegleitende Unterlagen der Sachverständigen</b>  für das öffentliche Fachgespräch am 15. Dezember 2003; Thema: "Frauengesundheit in NRW Kommunen"</p>	<p>Anni Lütke Brinkhaus, Gleichstellungsbeauftragte Kreisverwaltung Steinfurt, "Good Practice Beispiel, Frauengesundheitsbericht Erfahrungen aus dem Kreis Steinfurt";</p> <p>Dr. Ulrike Horacek, Gesundheitsamt Recklinghausen;</p> <p>Andrea Strulik, Gleichstellungsbeauftragte Kreis Minden-Lübbecke;</p> <p>Dr. Monika Weber, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Bad Salzuflen, "Frauengesundheit strukturell verankern";</p>

## 6.5 Chronologie der Arbeit

### 6.5.1 Anhörungen

Die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" hat seit ihrer Konstituierung am 08. Mai 2001 bis zum 06. Juli 2004 insgesamt 43 Sitzungen durchgeführt. Darunter 8 öffentliche Fachgespräche und 10 nichtöffentliche Anhörungen.

Unterlagen zu den Kommissionssitzungen sind ebenfalls im Internet verfügbar unter [http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EK2/aktuelles.htm](http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB_I/I.1/EK/EK2/aktuelles.htm).

		Protokollnr.
31. Mai 2001	<p><b>"Gender-Mainstreaming in der Gesundheitsversorgung"</b></p> <p>Referat von Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider (Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin)</p> <p><b>"Ansätze für die Etablierung des Gender-Mainstreaming in der Förderungspolitik"</b></p> <p>Referat von Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bremen)</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
4. September 2001	<p><b>"Burn-out-Syndrom und diesbezügliche Aktivitäten des Müttergenesungswerkes"</b></p> <p>Referat von Prof. Dr. Gisela Fischer, Direktorin der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
23. Oktober 2001	<p><b>"Ergebnisse der Hamburger Expertinnen-Kommission "Frauen und Gesundheit""</b></p> <p>Referat von Eva Rühmkorf Ministerin a.D.</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
18. Dezember 2001	<p><b>"Gesundheitsprojekte des Landesministeriums"</b></p> <p>Referat von Dr. Birgit Weihrauch, Landesministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
28. Mai 2002	<p><b>"Initiative der Ministerin Birgit Fischer zu Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Brustkrebs"</b></p> <p>Referat von StS'in Prüfer-Storcks und Dr. Birgit Weih-</p>	

	<p>rauch, Landesministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
20. Juni 2002	<p><b>"Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln"</b></p> <p>Referat von Prof. Dr. med. Petra Thürmann, Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
5. September 2002	<p><b>"Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahmen in Altenheimen"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Zentralinstitut für seelische Gesundheit</p> <p>Prof. Dr. Petra Thürmann, Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke</p> <p>Margitta Bieker, Pflegedienstleitung Paritätisches Altenwohnheim Hermann-Keiner-Haus Dortmund e.V.</p> <p>Elisabeth Thesing-Bleck, Apothekenkammer Nordrhein</p> <p>Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW</p> <p>Dr. Uta Renn, Geschäftsstelle der Landesseniorenvertretung</p> <p>Andreas Großmann, Bundesverband der Betriebskrankenkassen KdÖR</p> <p>Dr. Robert Schäfer, Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein</p> <p>Dr. Elke Herz, Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.</p> <p>Ferdinand von Boxberg, Monika Konitzer, Psychotherapeutenkammer</p> <p>Dr. Hans Joachim Schirmer, Otto Ludorff, Zentrum für Senioren und Behinderte der Stadt Köln</p> <p>Theresia Brechmann, Wohnprojektberatung Jung und Alt e.V.</p> <p>Klaus-Ingo Giercke, Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Mittelrhein e.V.</p> <p>Dr. Barbara Höft, Landschaftsverband Rheinland</p> <p>Dr. Barbara Marnach, AOK Bundesverband KdÖR</p> <p>Renate Krämer, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe</p> <p>(öffentliches Fachgespräch)</p>	<p><b>EKPr</b></p> <p><b>13/29</b></p>
11. September 2002	<p><b>"Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW"</b></p>	<p><b>EKPr</b></p> <p><b>13/30</b></p>

	<p><i>Geladene Sachverständige</i></p> <p>Prof. Dr. Gisela Fischer, Medizinische Hochschule Hannover                  Carmen Faber, Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW                  Daniel Kreutz, Sozialverband Deutschland SoVD, Landesverband NRW                  Ruth Hunecke, Landesseniorenbund, NRW                  Renate Bernards, Netzwerkbüro Frauen u. Mädchen mit Behinderungen NRW                  Dr. Schwegler, Medizinischer Dienst Nordrhein                  Bettina Ellerbrock, Heiko Fillibeck, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln                  Dr. Höft, Landschaftsverband Westfalen Lippe, Münster                  Dr. Frank Ziesche, Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste                  Nicole Maly-Lukas, Institut für Gerontologie, Dortmund                  (öffentliches Fachgespräch)</p>	
25. November 2002	<p><b>"Anforderungen an Mütter und gesundheitliche Versorgung von Müttern"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Dr. Sylvia Lenz, St. Marien Hospital, Eickel                  Dr. Jürgen Collatz, Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover                  Prof. Dr. Matthias Franz, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Düsseldorf                  Dr. Beate Kortendiek, Netzwerk Frauenforschung NRW, Universität Dortmund                  Claudia Seipelt-Holtmann, Gertrud Servos, Netzwerk von Frauen und Mädchen mit Behinderungen NRW                  Angelika Josten, Landesverband der Hebammen NRW                  Edith Weiser, Verband allein erziehender Mütter und Väter e.V., Ortsverband Oberhausen                  Heinz-Josef Kessmann, Arbeitsgemeinschaft der freien Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW                  Eva Sowa, Anne Gockel-Werner, Christiane Rischer, Landesverband der Mütterzentren in NRW e.V.                  Birgit Sagenmüller, Gesundheitsamt Köln                  Dr. Ulrike Horacek, Kreisgesundheitsamt Recklinghausen                  Dr. Ursula Sottong, Malteser Werke gGmbH, Köln                  (öffentliches Fachgespräch)</p>	<p><b>EKPr</b> <b>13/38</b></p>
13. Januar 2003	<p><b>"Anforderungen an die psychosoziale Versorgung"</b></p>	<p><b>EKPr</b></p>

	<p><b>von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Dr. Barbara Ehret-Wagener, Internationales Zentrum für Frauengesundheit, Bad Salzuflen, IZFG                  Gudrun Bruns, Gesundheitshaus Münster                  Katrin Beck, INKA e.V.                  Ulla Ohlms, Mamazone Rheinland                  Dipl.-Psych. Christa Diegelmann, Dipl.-Psych. Margarete Isermann, Institut für Innovative Gesundheitskonzepte</p> <p>(öffentliches Fachgespräch)</p>	<p><b>13/44</b></p>
06. Februar 2003	<p><b>"Frauen und Erwerbsarbeit - Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Dr. Martina Serverin-Tölle, Dr. Waldinger Arbeitsmedizinischer Dienst, Bau-Berufsgenossenschaft Rheinland und Westfalen, Wuppertal                  Dr. Bernhard Braun, BEK/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen                  Dr. Hardy Mannheims, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Köln                  Prof. Dr. Antje Ducki, Technische Fachhochschule Berlin                  Marie-Theres Illner, Berufsschule Köln                  Dr. Karl Kuhn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund                  Marina Schröder, DGB Bundesvorstand, Berlin                  Sabine Morgenroth, Gewerkschaft ver.di, Essen                  Brigitte Pripisni, IG Bau, Bezirksverband Düsseldorf                  Petra Meisel, Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH/AOK Rheinland                  Judith Berger, Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES)                  Karin Spannhake, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität, Mainz                  Dr. Elefteria Lehmann, Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW                  Dr. Helmut Deden, Dr. Gottfried Richenhagen Landesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Düsseldorf                  Petra Naeve, Runder Tisch Friseurinnen Dortmund                  Anja Sportelli, TekoMedia GmbH                  Monika Schwarz, ver.di Landesbezirk NRW                  Dr. Ralf Schweer, Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, BV Dresden                  Birgit Dahlmann, Zukunftswerkstatt Düsseldorf GmbH</p> <p>(öffentliches Fachgespräch)</p>	<p><b>EKPr 13/47</b></p>
06. Mai 2003	<p><b>"Gesundheitlichen Versorgung von Aidspatientin-</b></p>	

	<p><b>nen in NRW"</b>                  Referat von Dr. Birgit Weihrauch, Landesministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie                  (nicht öffentliche Anhörung)</p>	
<p>19. Mai 2003</p>	<p><b>"Gewalt gegen Frauen: Eine interdisziplinäre Herausforderung an das Gesundheitswesen"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p><b>Thematische Einführung:</b>                  Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück                  Angelika May, S.I.G.N.A.L e.V., Berlin</p> <p><b>Forum 1: ambulante Versorgung</b>                  Angelika Josten, Landesverband der Hebammen Nordrheinwestfalen e.V.                  Etta Hallenga, Landesarbeitsgemeinschaft Notrufe NRW, Düsseldorf                  Wiltrud Evers, Dachverband autonomer Frauenberatungsstellen, Frauenzentrum "Courage", Bottrop                  Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann, Berufsverband der Frauenärzte NRW                  Dr. Jörn Linden, Hausärzterverband Westfalen                  Monika Konitzer, Psychotherapeutenkammer NRW                  Dr. Kornelia Schönfeld, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p><b>Forum 2: stationäre Versorgung</b>                  Veronika Engl, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Traumatherapie Bielefeld                  Barbara Legeler, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Klinik Am Osterbach, Bad Oeynhausen                  Marion Steffens, Landesarbeitsgemeinschaft autonome Frauenhäuser                  Gottfried Wiechert, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen                  Peter Enders, Berufsverband der deutschen Privatkrankeanstalten e.V.                  Dr. Wolfgang Müller-Held, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein</p> <p><b>Forum 3: Versorgung besonderer Zielgruppen</b>                  Ulrike Scheen, Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderungen, NRW                  Jae-Soon Joo-Schauen, agisra, Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung e.V., Köln                  Marina Böhmer, Referentin und Beraterin in der Altenhilfe, Köln                  Ellen Solavi, Mädchenhaus Bielefeld e.V.</p> <p><b>Forum 4: Transfer in den Strukturen - Versorgungskette - Ausbildungserfordernisse</b></p>	<p><b>EKPr 13/61</b></p>

	<p>Dr. Anne Bunte, Ärztekammer Westfalen-Lippe                  Dr. Claudia Kramer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe                  Prof. Dr. Norbert Schmacke, AOK-Bundesverband                  Dr. Manfred Zieger, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Abteilung Gesundheit                  Gabriele Klärs, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW                  Dr. Ulrike Worringen, Bundesanstalt für Arbeit, Berlin                  Dr. Petra Model, Landesversicherungsanstalt, Düsseldorf</p> <p>(öffentliches Fachgespräch)</p>	
23. Mai 2003	<p><b>"Frauen in klinischen Studien" Fachgespräch mit der Koordinierungsstelle für Klinische Studien (KKS)</b></p> <p><i>Sachverständige:</i></p> <p>Frau Prof. Dr. Petra Thürmann, Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke                  Frau S. Emeklibas, Frau Deimling, Koordinierungsstelle für Klinische Studien (KKS)                  Herr Prof. Dr. Ohmann, Koordinierungsstelle für Klinische Studien (KKS) Prof. Dr. Gabriele Arendt, HIV-Ambulanz der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf</p>	
02. Juni 2003	<p><b>"Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Prof. Dr. Barbara Krause, Katholische Fachhochschule NW, Aachen                  Ali Kemal Gün, Rheinische Kliniken, Köln                  Dr. Azra Pourgholam-Ernst, Münster                  Dr. Ursula Brucks, Universität Hamburg                  Dr. Sema Eren, Frauenärztin, Köln                  Dipl.-Psych. Sergülay Citlak, Recklinghausen                  Dr. Leidinger, Landschaftsverband Rheinland                  Dr. Ilhan Ilkilic, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen                  Dr. Theha Borde, Universitätsklinikum Charité, Berlin                  Dr. Barbara Glier, Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Schmalleberg                  Dr. Michel Lavanchy, Mütter-Kind-Kurzentrums Nazareth, Norddeich                  Hamidiye Ünal, Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge, Köln                  Arif Ünal, Gesundheitszentrum für MigrantInnen, Köln</p>	<p><b>EKPr 13/62</b></p>

	(öffentliches Fachgespräch)	
10. Juni 2003	<p><b>"Genderkriterien in der Forschung"</b></p> <p>Referat von Dr. Clara Moerman, Division Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam: How do to gender-sensitiv epidemiological Research</p> <p>(nicht öffentliche Anhörung)</p>	
30. Juni 2003	<p><b>"Versorgung von chronisch rheumatisch-kranken Frauen in NRW"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Prof. Dr. H.-J. Lakomek, Klinikum Minden          Prof. Dr. Ekkehard Genth, Rheumaklinik Aachen          Dr. Ulrich Egle, Universität Mainz          Prof. Dr. Helmut Minne, Klinik "Der Fürstenhof", Bad Pyrmont          Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter, Prof. Dr. Ludger Pientka, Ruhr-Universität Bochum          Dr. Hans-Eckhard Langer, Facharzt für Rheumatologie, Düsseldorf          Helga Germakowski, Deutsche Rheuma-Liga NRW          Karin Mertel, Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose, Landeverband NRW, Paderborn          Dr. Rieke Alten, Schlosspark-Klinik Berlin          Dr. Carla Bonnemann, Ärztin für innere Medizin und Rheumatologie, Bielefeld          Dr. Rainer Zischè, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Berlin          Prof. Dr. Jörn Kekow, Klinik für Rheumatologie, Vogelsang          Illona Ihme, Zusammenschluss freier Selbsthilfegruppen und Ansprechpartner für Fibromyalgie-Betroffene          Prof. Dr. F.-W. Hagen, Auguste-Viktoria-Klinik</p> <p>(nicht öffentliches Fachgespräch)</p>	
17. Oktober 2003	<p><b>"Geschlecht behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p><b>Thematische Einführung:</b>          Prof. Dr. Ursula Pixa-Kettner, Universität Bremen          Julia Zinsmeister, Rechtsanwältin, Nürnberg</p> <p><b>Forum 1: Aufklärung</b>          Bernd Niemann, Pro Familia, Landesverband NRW          Klaus Kwaschnik, AIDS-Hilfe Köln</p> <p><b>Forum 2: Erfahrungen in Einrichtungen</b></p>	<b>EKPr 13/74</b>



	<p>Anne Peters, Landschaftsverband Rheinland                  Andreas Rupieper, Städtische Schule für Geistigbehinderte, Düsseldorf                  Martina Fehnker, Westfalenfleiß gGmbH/Lebenshilfe e.V.</p> <p><b>Forum 3: Gynäkologische Praxis</b>                  Dr. Andrea Hocke, Universitätsklinikum Bonn/Pro Familia                  Dr. Ute Otten, Deutscher Ärztinnenbund</p> <p><b>Forum 4: Mutterschaft</b>                  Prof. Dr. Ursula Pixa-Kettner, Universität Bremen                  Angelika Josten, Hebammenverband NRW e.V.                  Ulla Riesberg, MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V., Dortmund                  (Öffentliches Fachgespräch)</p>	
<p>09. Dezember 2003</p>	<p><b>"psychosozialen Versorgung von Brustkrebspatientinnen in NRW"</b></p> <p>Referat von Dr. Birgit Weihrauch, Landesministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie                  (nicht öffentliche Anhörung)</p>	
<p>15. Dezember 2003</p>	<p><b>"Frauengesundheit in Kommunen und Kreisen in Nordrhein-Westfalen"</b></p> <p><i>Geladene Sachverständige:</i></p> <p>Anni Lütke Brinkhaus, Gleichstellungsbeauftragte Kreisverwaltung Steinfurt                  Anne Rengers, Gleichstellungsbeauftragte Stadt Ochtrup                  Dr. Cornelia Groschopp, Kreis Heinsberg, Gesundheitsamt                  Roswitha Bocklage, Gleichstellungsstelle Wuppertal                  Frau Kromarek-Jaeschock, Stadt Oberhausen, Bereich Gesundheitswesen                  Gudrun Henneke, Stadt Hamm, Gesundheitsamt                  Andrea Strulik, Gleichstellungsbeauftragte Kreis Minden-Lübbecke                  Dr. Dagmar Starke, Gesundheitsamt Mülheim                  Lisa Schwermer, Stadt Essen, Geschäftsstelle der kommunalen Gesundheitskonferenz                  Dagmar Becker, Gleichstellungsbüro Solingen                  Christine Kronenberg, Amt für Gleichstellung der Stadt Köln                  Dr. Monika Weber, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Bad Salzuflen                  Dr. Ulrike Horacek, Gesundheitsamt Recklinghausen                  Elisabeth Wilfart, Lüdenscheid                  Dr. Dagmar Schwarte, Gesundheitsamt Münster                  Mechthild Bedenbecker-Busch, Volkshochschule</p>	<p><b>EKPr 13/80</b></p>

	<p>Münster                  Gabriele Sonnenberg, lögd, Gleichstellungsstelle Bielefeld                  (Öffentliches Fachgespräch)</p>	
10. Februar 2004	<p><b>"Lesben, die unsichtbaren Patientinnen"</b>                  Referat von Helga Seyler, Frauenärztin im Familienplanungszentrum Hamburg</p> <p><b>"HIV-1-assoziierte Problemen bei Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Migrantinnen"</b>                  Referat von Prof. Dr. Gabriele Arendt, HIV-Ambulanz der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf                  (nicht öffentliche Anhörung)</p>	

### 6.5.2 Reisen der Enquetekommission

Die Enquetekommission informierte sich vor Ort über Arbeitsweisen, Beispiele guter Praxis und Vernetzungsstrukturen in der Frauengesundheitsversorgung

Unterlagen zu den einzelnen Reisen sind ebenfalls unter <http://www.landtag.nrw.de> abrufbar

<p>21. Januar 2002</p>	<p><b>Goch, Marianne van den Bosch Haus, Kurhaus für Mutter und Kind</b> Gesundheitsverbesserung von Schwangeren und Müttern</p>
<p>09. - 12. April 2002</p>	<p><b>Wien</b> Umsetzung des Wiener Frauengesundheitsprogramms, nationale und europäische Impulse für eine frauengerechte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung</p>
<p>23. April 2002</p>	<p><b>Bethesda Klinik Duisburg, Brustzentrum</b> Konzept zur patientinnengerechten Gesundheitsversorgung von Brustkrebspatientinnen</p>
<p>09. Januar 2003</p>	<p><b>Münster</b> Vorstellung der Vielfalt von lokalen Angeboten zu Frauengesundheit, seitens des ÖGD und seitens der unterschiedlichsten Initiativen und Träger. Chancen und Schwierigkeiten von Vernetzung, Kooperation und Konkurrenz, sowie der Kontinuität insbesondere bezüglich der Finanzierung.</p>
<p>14. Februar 2003</p>	<p><b>Bad Salzuflen, Internationales Zentrum für Frauengesundheit (IZFG)</b> Modellregion Ostwestfalen bietet "best-practice" Beispiele für Frauengesundheit und Gesundheitsförderung</p>
<p>24.-27. März 2003</p>	<p><b>Glasgow</b> Women´s Health policy for Glasgow“ Konzept einer kommunalen, interdisziplinären und organisationsübergreifenden Frauengesundheitspolitik, das die Inhalte der Frauengesundheitsbewegung mit den WHO-Prinzipien der „Gesundheit für alle“, d. h. mit dem sozialen Konzept von Gesundheit verbindet.</p>
<p>24. Juli 2003</p>	<p><b>Hattingen, Klinik Blankenstein</b> Modellabteilung für Naturheilkunde (Rheumatologie)</p>

### 6.5.3 Gutachten der Enquetekommission

Juli 2002	<p>Prof. Dr. Monika Reichert Nicole Maly-Lukas Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund</p> <p><b>"Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW"</b></p>	<p><b>Zuschrift</b> <b>13/1910</b></p>
November 2002	<p>Dr. Ursula Härtel</p> <p><b>"Ist-Analyse Prävalenz der Herz - Kreislauferkrankungen bei Frauen in NRW"</b></p>	<p><b>Information</b> <b>13/830</b></p>
Februar 2003	<p>Dr. Caren Weilandt Alexander Rommel Dr. Uwe Raven</p> <p><b>"Gutachten zur psychischen, psychosozialen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW"</b></p>	<p><b>Zuschrift</b> <b>13/2719</b></p>
Februar 2003	<p>Prof. Dr. Carol Hagemann-White Dipl. Päd. Sabine Bohne (Universität Osnabrück)</p> <p><b>"Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen"</b></p>	<p><b>Zuschrift</b> <b>13/2697</b></p>
Mai 2003	<p>Dr. Susanne Moebus Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen</p> <p><b>"Analyse und Bewertung der Ursachen für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen für die Herz - Kreislauferkrankungen in NRW durch Frauen"</b></p>	<p><b>Information</b> <b>13/0829</b></p>
Mai 2003	<p>Dr. Ingeborg Jahn Prof. Dr. Petra Kolip Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)</p> <p><b>"Hinderungsgründe für eine Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW - Identifizierung von Faktoren, die gegenwärtig eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in NRW erschweren am Beispiel gynäkologischer Unterleibserkrankungen/ Hysterektomie"</b></p>	<p><b>Information</b> <b>13/800</b></p>

August 2003	Prof. Dr. med. Eberhard Greiser Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Zentrum für Public Health der Universität Bremen  <b>"Gutachten zur Anwendung der postmenopausalen Hormontherapie in Deutschland"</b>	<b>Information 13/873</b>
September 2003	Regina Stolzenberg Christina Sachse  <b>"Hormongaben vor, während und nach den Wechsel- jahren: Soziale Faktoren und Alternativen"</b>	<b>Information 13/926</b>
Februar 2004	Prof. Dr. med. Wilfried Mau Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin Medizinische Fakultät der Martin Luther-Universität Halle- Wittenberg  <b>"Ökonomische Auswirkungen von Unter- und Fehlver- sorgung am Beispiel der rheumatoiden Arthritis"</b>	<b>Information 13/968</b>

