

RUNDBRIEF

Netzwerk
Frauen/Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen

Nr. 19

Aktuelle Informationen von und für
Mitgliedsfrauen

Mai 2005

Editorial	5
Aktuelles.....	6
10 Jahre Netzwerk	6
„Mit BISS gegen häusliche Gewalt“	6
„Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte“	7
be gender - ein Projekt des Frauengesundheitszentrums, Graz, Österreich	8
Koalition gegen den Schönheitswahn	10
Gegen Schönheitsoperationen im Fernsehen	11
Präventionsgesetzentwurf unter Genderaspekten.....	11
Das Präventionsgesetz ist unvollständig.....	13
Verhütung mit Nebenwirkungen	13
Mutter und Kind-Gesundheit von Anfang an	14
Nachbarschaft gegen Gewalt	15
Mitgliedsfrauenseite.....	16
„Von der Fremdheit der Therapien und ihrer heilsamen Wirkung“	16
Veranstaltungsbericht	18
Den Wechsel gestalten	18
Schwerpunkt: Frauen und Arzneimittel - Strategien gegen den Medikamentenwahn	19
Hatten Bettine von Arnim, Rosa Luxemburg und Sissi eine Pillendose?.....	19
Eine Pille für jede Beschwerde – Strategien für ein frauengerechtes Verschreibungsverhalten	23
Wechseljahre – Was nun? Beschwerden – Was tun?	27
Ruhig gestellt im Alter - Fehlmedikation in (Alten-) Heimen.....	30
Das Projekt BKK Arzneimittelberatung	33
Mediothek.....	37
„Der andere Kuss“	37
Balance von Familie und Arbeitswelt	37
Gender Mainstreaming in zivilgesellschaftlichen Organisationen	38
Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund	38
Aktualisiert! Materialsammlung Wechseljahre und Hormontherapie	39
Neu! Materialsammlung Frauen und Medikamente.....	39
Gender in der Selbsthilfe.....	39
Filmreihe „Zu dick? Zu dünn?“	40
Atemarbeit für Demenzerkrankte.....	40
Was bewirkt Gender Mainstreaming?	40
Gender Medizin	41
Frauen- und Geschlechterforschung	41
Älter werden.....	41
Termine.....	42
Fundraising Workshop	42
EU-Fördermöglichkeiten in den Bereichen Bildung/Kultur und Frauen/Soziales	43
Ess-Störungen am Arbeitsplatz	43
Impressum	43
Termine im Überblick.....	44

Editorial

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,
der E-Mail-Verteiler, mit dem wir uns aktuell vernetzen können, ist eingerichtet. Er funktioniert so, dass jede in ihrem Emailprogramm, z.B. outlook oder outlook express, in dem Kontaktordner oder Adressbuch eine eigene Gruppe/Kategorie für die Netzwerkmailingliste mit allen Mailadressen einrichtet, so dass alle allen jederzeit direkt etwas mailen können. Wer sich eintragen lassen möchte, melde sich bitte bei ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Im nächsten Heft möchten wir gerne einen ersten Erfahrungsbericht veröffentlichen und suchen dafür eine oder mehrere Frauen, die an der Mailingliste teilnehmen und darüber berichten.

Das Netzwerk hat am 16.2.2005 in Oldenburg eine Fachtagung zum Thema Arzneimittelkonsum und Gegenstrategien gegen den Medikamentenwahn durchgeführt. Wir erstellen diesmal keine Dokumentation in Papierform. Statt dessen werden Kurzfassungen der Referate im Schwerpunktteil des Rundbriefes veröffentlicht. Deshalb wird der Rundbrief allen Tagungsteilnehmenden zugesandt.

Zum Thema Hormontherapie in den Wechseljahren zeichnete sich auf der Tagung eine recht einvernehmliche Einschätzung ab. Hingegen war das Thema Medikamente in Altenheimen sehr strittig.

Die Veranstaltung zeigte, dass zwischen den verschiedenen Interessengruppen Diskussionsbedarf besteht. Wie dringend

die Probleme in Altenheimen sind, zeigt über die Tagung hinaus die Presseberichterstattung zu diesem Thema in letzter Zeit.

Das Netzwerk wird in diesem Jahr zehn Jahre alt. Am **23.11.2005** wollen wir gemeinsam mit Ihnen zum **Jubiläum** eine Fachtagung veranstalten. Nähere Informationen finden Sie unter der Rubrik Aktuelles.

Wie auf der Mitgliederversammlung besprochen, bietet Frau Linder exklusiv ein **Fundraising Workshop** für Netzwerkmitglieder an. Die Ausschreibung ist auf S.42 zu finden. **Bitte sofort anmelden!!!**

Wir informieren in diesem Rundbrief über das Thema Schönheitsoperationen, das der Landesfrauenrat Niedersachsen mit einer Unterschriftenkampagne unterstützt hat.

Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir würden uns auch über neue Mitarbeiterinnen für die Redaktionsgruppe freuen.

Einsendeschluss ist **Ende September 2005**. Wir wünschen Ihnen Zeit für die Lektüre des Rundbriefes. Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



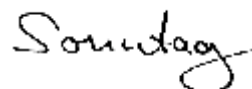
Ursula Jeß

(Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit)



Hildegard Müller

(Pro Familia LV Nds.)



Ute Sonntag

(Landesvereinigung f.Ges.
Nds.)

Aktuelles

10 Jahre Netzwerk

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit wurde 1995 gegründet. Das bedeutet, wir blicken in diesem Jahr auf zehn Jahre erfolgreiche Netzwerkarbeit zurück. Dieses Jubiläum begehen wir mit der Fachtagung „Vom Recht auf Abtreibung zur Schönheits – OP“ am **23.11.05 in Hannover**. Nach einem kurzen Rückblick in die neuere Geschichte der Frauengesundheit seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wird der Blick der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Wesentlichen nach vorn gewandt sein. In vier verschiedenen – hochkarätig besetzten – Diskussionsforen wollen wir mit Ihnen über die Themen der Frauengesundheit diskutieren, die heute (immer noch oder mehr denn je) aktuell sind. Hier machen wir aber nicht halt, sondern wagen einen Ausblick auf die Themen der Zukunft. So spannen wir einen Bogen vom Kampf für das Recht auf Abtreibung und

gegen Gewalt über Schönheits- und Jugendwahn bis zur Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace. Wir würden - wie im Rahmen unserer letzten Mitglieder-versammlung besprochen - auch zunehmend gern jüngere Frauen für unser Netzwerk gewinnen. Also unbedingt diesen Termin reservieren! Wir freuen uns zudem über aktive Werbung für diese Veranstaltung!

Wenn Sie neugierig geworden sind, können Sie über die unten genannten Ansprechpartnerinnen nähere Informationen erhalten:

Claudia Hasse, Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Tel.: 0511-1202968, E-Mail: claudia.hasse@ms.niedersachsen.de

Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V., Tel.: 0511-31188895, E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

„Mit BISS gegen häusliche Gewalt“

Am 1. Januar 2002 ist das Gesetz zum Schutz von Opfern häuslicher Gewalt - Gewaltschutzgesetz - (GewSchG) in Kraft getreten. Begleitende Maßnahmen auf Landesebene wurden in einem Niedersächsischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen zusammengefasst. Ein zentraler Bestandteil dieses Aktionsplans sind die seit Anfang 2002 eingerichteten Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt in sechs Regionen Niedersachsens mit 18 Standorten.

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) hat von Mai 2002 bis Dezember 2004 die Arbeit der BISS evaluiert. Mit der Broschüre in der Reihe „Betrifft: Häusliche Gewalt“ mit dem Titel

„Mit BISS gegen häusliche Gewalt“ werden die zentralen Ergebnisse der Studie zu dem Modellprojekt vorgestellt.

Im Unterschied zu anderen Beratungsstellen verfolgen die BISS einen proaktiven Beratungsansatz:

Sie erhalten von der Polizei Mitteilung über deren Einsätze bei häuslicher Gewalt, nehmen dann Kontakt mit den Geschädigten auf und bieten Hilfe an. Der pro-aktive Ansatz der BISS stellt eine neue Entwicklung dar. Opfer häuslicher Gewalt sollen früher erreicht werden, es werden auch solche Personen angesprochen, die über die weit verbreitete „Komm-Struktur“ bislang nicht erreicht wurden, schließlich kann die Hemmschwelle herabgesetzt werden, künftig psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Folgende Kernaussagen können getroffen werden:

- Die Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt haben sich bewährt. Die hohe Quote der durchgeführten Beratungen macht deutlich, dass das Angebot von den Betroffenen angenommen wird.
- Die BISS werden als Teil der Interventionskette Polizei – BISS – Gericht auch von den übrigen Institutionen positiv bewertet.
- Aufgabe der BISS ist die Krisenintervention. Daher zählt die gezielte Weiterleitung der Geschädigten an andere beratende Einrichtungen zu den wichtigen Aufgaben der BISS. Als „Interventionsschaltstelle“ mit der Funktion, Gewaltopfer gezielt und ihren Bedürfnissen entsprechend weiter zu vermitteln, kommt den BISS eine große Bedeutung zu. Diese Vernetzung mit anderen Hilfeeinrichtungen – besonders wichtig im Interesse des Opferschutzes – ist in den Modellregionen sehr gut gelungen.

Das KFN hat auch Empfehlungen zur Optimierung koordinierter Maßnahmen gegeben:

- Intensivere Kontrollen der Platzverweise durch die Polizei zur Verbes-

serung des Opferschutzes sind wünschenswert. Dabei sind allerdings die begrenzten personellen Ressourcen zu berücksichtigen.

- Daher sollte hiermit auch eine differenzierte Einschätzung des Gefährdungspotenzials der Täter einhergehen.
- Eine stärkere Vernetzung der BISS mit Ärztinnen und Ärzten ist notwendig. Die Kooperationsbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten wurde von den Beraterinnen als noch deutlich ausbaufähig beurteilt. Generell schilderten die Beraterinnen, dass von Seiten der Ärztinnen und Ärzten kein oder kaum Interesse an dem Thema „häusliche Gewalt“ sichtbar sei.

Die Ergebnisse der Studie können (als Kurzfassung oder Gesamtbericht) unter: www.ms.niedersachsen.de (unter: → Service → Publikationen) herunter geladen werden. Die Broschüre kann auch bestellt werden unter:

E-Mail:

postausgangsstelle@ms.niedersachsen.de

„Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte“

Mit der Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit, und Gesundheit von Frauen in Deutschland“¹ sind erstmals repräsentative Daten zur geschlechtsbezogenen Gewalt gegen Frauen veröffentlicht worden. So haben z.B. 37 Prozent aller Frauen ab dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt unterschiedlichen Ausmaßes erlitten. 42 Prozent aller Frauen erlebten psychische Gewalt, z.B. aggressives Anschreien, Verleumdungen, Drohungen,

Demütigungen (vgl. Rundbrief Nr. 18 vom November 2004).

Die Untersuchung bestätigt insgesamt, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner ist und konstatiert: „Alle Formen von Gewalt können zu erheblichen gesundheitlichen, psychischen und psychosozialen Folgen für Betroffene führen.“

Viele der betroffenen Patientinnen berichten nicht von sich aus über diese Erlebnisse, aus Scham, aus Angst vor Unverständnis, aus Angst vor dem Täter. Veranstaltungen und Befragungen in den letzten Jahren haben einen großen Informationsbedarf zum Thema deutlich aufgezeigt.

¹ Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, BMFSFJ, 2004

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine Vernetzung zwischen der Ärzteschaft und den übrigen in der Interventionskette gegen häusliche Gewalt tätigen Akteurinnen und Akteuren dringend geboten ist (s.o.).

Der Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen hat unter der Federführung der stellvertretenden Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Cornelia Goesmann, Materialien für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen der Niedersächsischen Ärztevereine entwickelt. Die Fortbildungsveranstaltungen sind für drei Stunden konzipiert und können von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen mit fünf Punkten zertifiziert werden. Die Broschüre in der Reihe „Betrifft: Häusliche Gewalt“ mit dem Titel „Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte“ umfasst 60 Seiten, bestehend aus Fortbildungsbausteinen zu unterschiedlichen Teilbereichen des Themas Häusliche Gewalt. Sie beschreibt gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt, nennt Warnzeichen für häusliche Gewalt und gibt anschauliche Beispiele dafür, was sich hinter dem Begriff

häusliche Gewalt verbirgt. Es werden Tipps zur Gesprächsführung gegeben und rechtliche Aspekte beleuchtet.

Die psychischen Folgebeschwerden von häuslicher Gewalt reichen von Schlafstörungen, erhöhten Ängsten und vermindertem Selbstwertgefühl über Depressionen bis hin zu Selbstmordgedanken. Im Rahmen der Fortbildung soll deshalb besonderes Augenmerk auf die psychische Situation der Patientinnen gelegt werden. Ziel ist die Sensibilisierung der Behandelnden für die emotionale Situation der Patientin.

Damit Ärztinnen und Ärzte betroffene Patientinnen kompetent weiter verweisen können, enthält das Fortbildungspaket eine Adressenliste der Niedersächsischen Frauenhäuser, Beratungs- und Interventionsstellen (BISS), Gewaltberatungsstellen, Gesundheits- und Therapiezentren sowie der Opferhilfebüros.

Die Broschüre kann bei der Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Alle 20, 30175 Hannover angefordert werden und steht – in Kürze – als Download unter www.aekn.de zur Verfügung.



be gender - ein Projekt des Frauengesundheitszentrums, Graz, Österreich

Menschen mit Behinderung ... sind
Frauen und Männer

Felice Gallé

Arbeit hat einen hohen Stellenwert im Leben von Frauen und Männern mit Behinderung. Dies zeigen auch die Ergebnisse von be gender. Das Grazer Frauengesundheitszentrum führte die Forschungsstudie von Mai bis Dezember 2004 im

Auftrag des Bundessozialamtes Steiermark durch. Untersucht wurden geschlechtsspezifische Charakteristika in der beruflichen Situation von Frauen und Männern mit Behinderung. Nun geht es in einem weiterführenden Modellprojekt in den Bezirken Leibnitz und Radkersburg darum, die Frauen mit Behinderung im Sinne von Empowerment zu stärken und die Forschungsergebnisse zu vertiefen.

Ziel des Projekts be gender ist, "Menschen mit Behinderung" als Frauen und Männer wahrzunehmen und aufzuzeigen, welche unterschiedlichen Bedürfnisse sich aus ihrer Geschlechtlichkeit ergeben. "be" steht für Behinderung, "gender" meint das soziale Geschlecht und damit alle Erwartungen und Vorstellungen, die eine Gesellschaft an Frauen und Männer knüpft. Dieser theoretische Ansatz wurde von Pro-

jektleiterin und Geschäftsführerin Sylvia Groth und ihren Mitarbeiterinnen Sandra Jakomini, Sonja Karel und Brigitte Steingruber in die Tat umgesetzt und mit Leben gefüllt. "Es war uns von Anfang an wichtig, Frauen und Männer mit Behinderung als ExpertInnen für ihr eigenes Leben einzubinden", betont Sylvia Groth.

Die Forschungsstudie be gender

Frauen und Männer mit Behinderung sind in be gender nicht wissenschaftliches Studienobjekte, sondern kompetente InterviewpartnerInnen oder Mitglieder des ExpertInnenbeirates. Als im Februar 2005 mit einer großen Veranstaltung die Ergebnisse der ersten be gender-Studie präsentiert wurden, saßen im Publikum ebenso wie am Podium Frauen und Männer mit und ohne Behinderung zusammen. Der Raum war rollstuhlgänglich. Die nach Leichter-Lesen-Kriterien gestalteten Vorträge wurden von einem blinden Moderator und einer Gebärdensprach-Dolmetscherin begleitet.

Der Umgang miteinander war geprägt von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung - der Ansatz ressourcenorientiert.

Be gender ist eine qualitative Studie, bestehend aus

- narrativen Interviews mit 12 Frauen und 8 Männern mit Behinderung,
- Arbeitsplatzanalysen: Interviews mit 8 Frauen mit Behinderung, die am ersten Arbeitsmarkt arbeiten, ihren unmittelbaren Kolleginnen und Vorgesetzten
- und 15 Interviews mit LeiterInnen von Behinderteneinrichtungen.

Zentrale Fragen waren der Stellenwert von Arbeit, konkrete Erfahrungen mit Arbeit und Ausbildung und Zukunftswünsche.

Ergebnisse zeigen Ungleichgewicht

"Frauen nehmen behindertenspezifische Leistungen anders und seltener in Anspruch als Männer", führt Projektkoordinatorin Sandra Jakomini aus. "Am ersten Arbeitsmarkt sind Frauen mit Behinderung bisher in viel geringerer Zahl vertreten als Männer. Das Verhältnis ist etwa vierzig zu sechzig Prozent". Vor allem die jüngeren

Interviewpartnerinnen zeigten sich froh über Begleitung und Unterstützung in der Phase der Berufswahl und während der Arbeitssuche. Dass jüngere Männer in höherem Maße betreut werden, kann daher nicht am Desinteresse der Frauen mit Behinderung liegen, sondern muss strukturell verankert sein.

Für alle befragten Frauen und Männer mit Behinderung ist Arbeit sehr wichtig. Die Arbeit gibt Selbstbewusstsein, eigenes Geld und das Gefühl, in die Gesellschaft integriert zu sein. Doch der Einstieg in die Arbeitswelt ist stets schwierig. Niedriger Lohn wird aus Angst, keine andere Anstellung zu finden, in Kauf genommen. Obwohl nur eine Interviewpartnerin in ihrem Wunschberuf arbeitet, zeigten sich die Frauen weitgehend zufrieden mit ihrer Situation. Die Männer beklagten sich häufiger. Für sie ist nur Arbeit am ersten Arbeitsmarkt "richtige" Arbeit. Frauen hingegen definieren Arbeit als Tätigkeit, die sie zusammen mit anderen durchführen und durch die sie regelmäßig beschäftigt sind - auch im Rahmen einer Beschäftigungstherapie. „Es ist für mich wichtig, weil es eine Bestätigung ist, dass ich gebraucht werde“, so eine Interviewpartnerin. Was die konkrete Berufswahl betrifft, entscheiden sich Frauen mit Behinderung für "frauentypische" Berufe, vor allem im Büro und im Dienstleistungsbereich, die Männer für typisch "männliche", vor allem im handwerklichen Bereich.

Ein Problem an der Arbeit in Geschützten Werkstätten ist, dass der Lohn tatsächlich ein Taschengeld ist und keinen Pensionsanspruch bringt. In Behindertenorganisationen arbeiten überwiegend Frauen - in Führungspositionen allerdings Männer. In den Werkstätten arbeiten die Frauen und Männer mit Behinderung vorwiegend in geschlechtstypischen Bereichen, etwa Frauen in der Wäscherei, Männer in der Tischlerei. Sensibilisierung für Genderaspekte ist daher wichtig.

Umsetzung und Forschung in dem Modellprojekt be gender

Diesem Ergebnis der Forschungsstudie be gender wird, neben weiteren, im laufenden Modellprojekt be gender Rechnung getra-

gen. In den ländlichen Bezirken Leibnitz und Radkersburg an der Grenze zu Slowenien geht es um die Umsetzung. Neben regionalen Gruppen zur Stärkung für Frauen mit Behinderung wird Gender Mainstreaming-Beratung für MitarbeiterInnen von Behindertenorganisationen angeboten.

Zugleich wird in einer weiterführenden qualitativen Forschungsstudie die Lebens- und Arbeitssituation von Frauen mit Behinderung in der Region untersucht. Da das Umfeld der Interviewpartnerinnen entscheidenden Einfluss auf ihre Arbeitssituation hat, wird es in Form einer Netzwerkanalyse miteinbezogen. Befragt werden Frauen mit Behinderung als Expertinnen in eigener Sache, eine Person aus ihrem privaten und eine aus ihrem beruflichen Umfeld.

Der nächste wichtige Schritt ist, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und Unterneh-

merInnen zu beraten und zu motivieren, Frauen mit Behinderung einzustellen. Auf die Frage: "Was würden Sie am Arbeitsmarkt verändern, damit Frauen mit einem Handicap leichter arbeiten gehen können?" antwortete eine Interviewpartnerin: "Die Köpfe der Menschen".

Die Ergebnisse im Internet unter www.fgz.co.at/behind.htm

Wissenschaftlicher Endbericht

LL (leichter lesen) Informationsbroschüre (8 Seiten)

LL Endbericht (30 Seiten)

Be gender ist ein von Sozialstaatssekretär Sigisbert Dolinschek unterstütztes Projekt, finanziert aus Mitteln der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung (Behindertenmilliarde) für Menschen mit Behinderungen und des Europäischen Sozialfonds.

Koalition gegen den Schönheitswahn

Im Oktober 2004 formierte sich auf Initiative der Bundesärztekammer eine breit angelegte Koalition gegen den Schönheitswahn. Neben der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung Ulla Schmidt nahmen am ersten Treffen die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, eine Vertreterin der Evangelischen Kirche in Deutschland, Vertreter zweier Vereinigungen Plastischer Chirurgen, die Barmer Ersatzkasse, der Deutsche Lehrerverband, die Kommission für Jugendmedienschutz, der Vorsitzende der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten, die Vorsitzende der Enquete-Kommission „Kultur in Deutschland“, das ZDF sowie die Deutsche Sportjugend teil. Der Koalition ist es ein Anliegen, den Trend zu sog. Schönheitsoperationen besonders bei Jugendlichen und Heranwachsenden zu stoppen. Schon jetzt würden zehn Prozent aller ästhetischplastischen Operationen an unter 20-

jährigen vorgenommen, so die Bundesärztekammer. Selbst in der Altersgruppe der 9- bis 14-jährigen seien Schönheitsoperationen ein Thema. Dieser Trend werde durch neue Fernsehformate verstärkt. Dementsprechend wird an die Medien und die Öffentlichkeit appelliert.

Das Gesundheitsministerium ist mittlerweile tätig geworden und hat Schönheitsoperationen in die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes vom April 2005 aufgenommen. Irreführende und ethisch bedenkliche Werbung wird untersagt. Irreführung liegt z.B. dann vor, wenn Verfahren und Behandlungen eine therapeutische Wirksamkeit zugesprochen wird, die sie nicht haben, oder wenn der falsche Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann.

Der 108. Deutsche Ärztetag im Mai 2005 hat beschlossen, die Facharztbezeichnung „Plastische Chirurgie“ um den Zusatz „Ästhetische“ zu erweitern, um den Wildwuchs von selbsternannten Schönheitschirurgen über die Berufsordnung beeinflussen zu können. Die Landesärztekammern müssen dies nun in den Weiterbildungsordnungen umsetzen. (us)

Gegen Schönheitsoperationen im Fernsehen

Landesfrauenrat Niedersachsen e.V.

Über 5000 Unterschriften hat der Landesfrauenrat Niedersachsen in den letzten Monaten gegen Schönheitsoperationen im Fernsehen gesammelt. Frauen aus Berufsverbänden und Parteien, Sport- und Sozialverbänden, Gewerkschaftsfrauen, Kirchenvertreterinnen und Landfrauen sind sich einig: „Schönheitsoperationen im Fernsehen – haben dort nichts zu suchen!“. Es entstehe der Eindruck, durch medizinisch nicht notwendige Schönheitsoperationen werde nicht nur das Aussehen verbessert, sondern auch die Persönlichkeit, das Selbstbewusstsein, die gesellschaftliche Akzeptanz und die Chancen für den beruflichen Erfolg gestärkt.

Parteiübergreifende Zustimmung fand die Resolution des Landesfrauenrates auch bei den Abgeordneten aus allen Landtagsfraktionen, u.a. den frauenpolitischen Sprecherinnen der Landtagsfraktionen und der Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen. Dabei wurde deutlich, dass Schönheitsoperationen nicht nur ein Thema im Fernsehen sind, sondern auch im Alltag vieler Familien. Bereits 16jährige, die vor Jugend geradezu strahlen, denken über Nasenkorrekturen und Fettabsaugen nach.

Der Landesfrauenrat hat die vielen Unterschriftenlisten an die Niedersächsische Landesmedienanstalt für privaten Rundfunk (NLM) übergeben mit der Bitte um Weiterleitung an die zuständigen Aufsichtsgremien. Die Vorsitzende des Landesfrauenrates, Ursula Thümler, weist darauf hin, dass die Programmverantwortlichen der Sender mit der Aktion dazu aufgefordert werden sollen, ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht zu werden und in Zukunft vor allem solche Sendungen zu unterbinden, die Show-Charakter haben, falsche Hoffnungen wecken und unrealistische Schönheitsideale propagieren. Neue Sendeformate und die gängige Berichterstattung in den Medien vertragen sich nicht mit der Würde des Menschen, vor allem nicht mit dem Jugendschutz. Sorgen bereite ihr außerdem, dass die Risiken medizinischer Eingriffe und Operationen verharmlost würden und auf mögliche Folgen sowie auftretende Komplikationen nicht ausreichend hingewiesen werde. Erste Erfolge zeichnen sich ab. Einige Sendeformate werden gestrichen.

*Weitere Informationen: Antje Peters,
Leiterin der Geschäftsstelle, Johannsenstr. 10, 30159 Hannover,
Tel. (0511) 321031,
Fax (0511) 321021
E-Mail: mail@landesfrauenrat-nds.de
www.landesfrauenrat-nds.de*

Präventionsgesetzentwurf unter Genderaspekten

Ute Sonntag, Frauke Koppelin

Der Bundestag und der Bundesrat verhandeln dieser Tage den ‚Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention‘ (Drucksache 15/4833 vom 15.2.2005), kurz Präventionsgesetz genannt. Angesichts der demografischen Entwicklung einer immer älter werdenden Gesellschaft mit ihren spezifischen Erkrankungsprofilen wird in einem Präventionsgesetz ein probates Mittel

gesehen, durch Aufklärung, Prävention und Gesundheitsförderung frühzeitig die Weichen für die Gesundheit der Bevölkerung neu zu stellen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen vierten Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden. Zudem sollen für die verschiedenen Akteure auf Bundes- und Länderebene Anreize gesetzt werden, sich zu vernetzen.

Genderbezug...

Ein Genderbezug ist bereits in Artikel 1, § 3 formuliert: „Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen.“ Das Nebeneinandersetzen von sozialer und geschlechtsbezogener Ungleichheit ist unglücklich gewählt, da es wie die Aneinanderreihung von Defiziten anmutet.....

In Artikel 1, § 11 wird das Geschlecht als ein Kriterium zur Ermittlung der Präventionsziele erwähnt, nämlich bzgl. der Verteilung von Risiken und Krankheiten auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, „aufgeschlüsselt insbesondere nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage“. Was die Berichterstattungen angeht (Artikel 1, § 25 zur Berichterstattung in den Ländern, §26 Präventionsbericht des Bundes), werden zwar Alter, Geschlecht und soziale Lage als wichtige Aspekte genannt, über die Geschlechtssensibilität von Daten bzw. die mögliche Notwendigkeit, je nach Geschlecht unterschiedliche Berichtsfragen zu stellen, wird leider kein Wort verloren. Bei der Gesundheitsberichterstattung, die als Leistung des Robert Koch-Institutes alle sieben Jahre in einem Bericht münden soll (Artikel 1, § 9), wird Gender zwar nicht erwähnt. Das RKI hat jedoch eigene Standards, die eine Geschlechtssensibilität gewährleisten.

... ist nicht genug

Erfreulich ist, dass im Artikel 1, § 17, in dem es um die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten geht, die Berücksichtigung der geschlechtsbezogenen unterschiedlichen Situation erwähnt wird. Wenn allerdings Gender Mainstreaming Eingang in die Umsetzung eines Präventionsgesetzes finden soll, d.h. wenn alle politischen Maßnahmen auf die Auswirkungen auf beide Geschlechter hin geprüft werden sollen, muss sich dies jedoch neben der allgemeinen Erwähnung auch strukturell in einem Gesetz niederschlagen. Das jedoch fehlt. Als Qualitäts-

sicherung könnten z.B. Instrumente wie Genderverträglichkeitsprüfungen oder Gender-Budgeting festgeschrieben werden.

Gremienbesetzungen

Für die Besetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums (auf Länderebene) ist eine gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen in Artikel 1, § 18 festgeschrieben. Bei den Organen der Stiftung (Artikel 2, § 5) wird die Beachtung des Bundesgremienbesetzungsgesetzes gefordert. D.h., dass für jeden Sitz jeweils eine Frau und ein Mann vorgeschlagen werden müssen, es bedeutet jedoch nicht die strukturelle Absicherung einer Quotierung. Zusätzlich könnte z.B. die Schaffung des Amtes einer hauptamtlichen, fachlich weisungsfreien Genderbeauftragten mit Beteiligungs-, Vorschlags- und Berichtsrecht sowie Rederecht im Stiftungsrat eine gewisse Genderanalyse in der Arbeit gewährleisten.

Evidenzbasierung als Qualitätskriterium hat im Gesetz einen hohen Stellenwert (Artikel 1, § 20). Dies ist auf den ersten Blick sehr richtig, unter Gendergesichtspunkten muss jedoch geprüft werden, ob die wissenschaftliche Forschung einen Gender-bias aufweist und die Fragestellungen, die erforscht werden, bestimmte Leistungen, die besonders Frauen abrufen würden, evtl. nicht berücksichtigt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gender in das Gesetz Eingang gefunden hat, jedoch leider nicht ganz konsequent durchdekliniert worden ist. Was nach den parlamentarischen Beratungen allerdings übrig bleibt, steht auf einem anderen Blatt.

Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Email: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Frauke Koppelin, Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen, Email: Frauke.Koppelin@fho-Emden.de

Die Inhalte dieses Artikels sind Workshop-ergebnisse einer AKF-Tagung.

Das Präventionsgesetz ist unvollständig

Schwangerschaft und Geburt in Geborgenheit und Würde wurden vergessen

Der Bund Deutscher Hebammen zeigt sich irritiert über den Entwurf des Präventionsgesetzes, denn darin bleibt der Gesetzgeber in seinem Denken in Krankheiten und Risiken verhaftet, anstatt vom physiologisch Normalen und Gesundem auszugehen. In den bisherigen Regelungen des Sozialhilfegesetzbuches wird der Lebensbeginn eines Menschen ausschließlich in Zusammenhang mit Empfängnisverhütung, künstlicher Befruchtung und Schwangerschaftsabbruch erwähnt. Der Gesetzgeber wäre gut beraten", so die Präsidentin des Bund Deutscher Hebammen, Magdalene Weiß, "mit der Gesundheitsförderung bereits in der Schwangerschaft zu beginnen."

Im Gesetzentwurf werden die unterschiedlichsten "Lebenswelten" beschrieben, in denen Gesundheitsförderung und Krankheitsverhinderung positiv beeinflusst

Verhütung mit Nebenwirkungen

Das Grazer Frauengesundheitszentrum startet eine Fragebogenaktion zur Hormonspirale

In Beratungen berichten viele Frauen von Problemen mit der Hormonspirale Mirena. Um der Stimme dieser Frauen öffentliches Gehör zu verschaffen, startet das Frauengesundheitszentrum eine österreichweit einzigartige Aktion: Mittels eines gemeinsam mit Gynäkologinnen entwickelten Fragebogens werden die Erfahrungen, die Frauen mit Mirena gemacht haben, systematisch gesammelt, anonymisiert und ausgewertet. Interessierte können den Fragebogen auf der Website unter www.fgz.co.at/mirenafragebogen05.htm abrufen und online ausfüllen oder unter 0316/83 79 98 anfordern.

werden können. Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen aber auch Stadtteile werden als mögliche Instanzen genannt, in denen Gesundheitsbewusstsein entwickelt und gefördert werden sollte. Die Hebammen kritisieren in diesem Zusammenhang, dass partnerschaftliche Liebe, Fortpflanzung, Schwangerschaft und Geburt, als natürliche, zum Menschen gehörende Möglichkeiten auch in diesem Gesetzesentwurf nicht berücksichtigt werden. Das heißt, obwohl das Thema Familie derzeit Hochkonjunktur hat, wird im Gesetzentwurf die "Lebenswelt Familie" ausgeklammert. Die Familie erfährt somit keine besondere Wertschätzung als Lernort der Achtsamkeit und des Gesundheitsbewusstseins. Deshalb fordern die Hebammen vom Gesetzgeber, dass die "Lebenswelt Familie" von Anfang an in die derzeitige Diskussion mit einbezogen wird.

Pressesprecherin des Bund Deutscher Hebammen, BDH: Dr. Edith Wolber, Bergstraße 3 in 74909 Meckesheim, Tel: 06226/8286, Email file:///o:wolberdietrich@t-online.de

Mängel in der Arzneimittelüberwachung

Bisher werden unerwünschte Wirkungen, die in der Langzeitanwendung der Hormonspirale auftreten, nicht systematisch erfasst. Das Frauengesundheitszentrum startet durch diese Dokumentation von Erfahrungen eine Postmarketing Surveillance durch Nutzerinnen. Die unabhängige Einrichtung für die gesundheitlichen Interessen von Frauen und Mädchen macht dadurch aufmerksam auf einen Mangel in der Pharmakovigilanz:

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die bereits während der klinischen Prüfung erkannt werden, finden sich in der Gebrauchsinformation, wenn ein Präparat auf den Markt kommt. Doch die Hormonspirale Mirena gilt als „Arzneimittelspezialität“, da sie von ÄrztInnen an die Frauen abgegeben wird. Beipackzettel gibt es daher keinen.

Nebenwirkungen, die aus der Langzeitanwendung resultieren oder aus Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, werden zwangsläufig erst später bekannt, vor allem durch die Meldung von ÄrztInnen. Um neue fundierte Daten zu bekommen ist die Dokumentation der Erfahrung von Nutzerinnen wichtig. Auch die so gewonnenen Erkenntnisse müssen an die AnwenderInnen weitergegeben werden - nur so ist informierte Entscheidung über die eigene Gesundheit möglich.

Meldungen aus einem Spontanerfassungssystem, wie dem neuen Online-Fragebogen des Frauengesundheitszentrums, erlauben keine Schlussfolgerungen zur absoluten Häufigkeit oder zur Inzidenz der beobachteten Risiken, also der Wahrscheinlichkeit, dass eine Nebenwirkung auftritt. Sie können aber dazu dienen, sowohl die Herstellerfirma wie auch die verantwortlichen Behörden auf Probleme aufmerksam zu machen und die Öffentlichkeit zu informieren. Dadurch wird bekannt, dass die Hormonspirale schwerwiegende Nebenwirkungen haben kann, von denen Frauen umfassend informiert werden müssen, bevor sie sich für oder gegen diese Art der Verhütung entscheiden.

Beratung zur Hormonspirale im Frauengesundheitszentrum

Die Hormonspirale Mirena wird intensiv beworben als "moderne, intelligente und sanfte" Verhütungsmethode. Die Erfahrungsberichte vieler Frauen sprechen eine andere Sprache. Seit 1997 ist die Hormonspirale auf dem österreichischen Markt. Zahlreiche Frauen haben sich seither mit Fragen und Problemen an das Frauengesundheitszentrum gewendet. Allein im Jahr 2004 betrafen von 433 an das Frauengesundheitszentrum gerichteten E-Mail-Anfragen zum Thema Verhütung 284 die Hormonspirale.

Die Frauen berichten von Schmerzen, Schmierblutungen, Gewichtszunahme, Lustlosigkeit und Zysten. Sie suchen Antwort auf die Frage: "Kann Mirena der Grund sein?" Viele fühlen sich von ihren ÄrztInnen nicht ernst genommen. Die Fragebogenaktion des Frauengesundheitszentrums gibt betroffenen Frauen eine Möglichkeit, ihre Interessen als Patientinnen auszudrücken und auf Missstände in der Arzneimittel- und Medizinprodukteüberwachung hinzuweisen..



Mutter und Kind-Gesundheit von Anfang an

Der Weltgesundheitstag, mit dem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) jeweils ein aktuelles, weltweit bedeutendes Gesundheitsproblem thematisiert, stand in diesem Jahr unter dem Motto „Mutter und Kind - Gesundheit von Anfang an“. Dabei wollte die WHO das Augenmerk auf die weite Verbreitung von Krankheit von Müttern und Kindern lenken sowie gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen. Gleichzeitig sollen Impulse zu gesamtgesellschaftlichen, gemeinsamen Bewusstsein und Handeln gesetzt werden.

Das Müttergenesungswerk (MGW) arbeitet – einzigartig in Deutschland und Europa - seit vielen Jahren sehr erfolg

reich für die Gesundheit von Müttern und Kindern. Denn das MGW setzt sich gezielt dafür ein, dass den Frauen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen im familiären Kontext in krankmachende Lebenssituationen geraten, frühzeitige und problemlose Beratung und Hilfe und gezielte frauenspezifische Gesundheitsangebote bei einer Mütter- oder Mutter-Kind-Kur erhalten.

Rund 50.000 Frauen nehmen jährlich an einer solchen Kurmaßnahme in den Einrichtungen des MGW teil. Untersuchungen belegen, wodurch sich Mütter in Deutschland am stärksten belastet fühlen: 58% ständiger Familieneinsatz, 42% Haushalt und Familienrolle, 32% die alleinige Familienverantwortung und 32% finanzielle Situation.

Die langjährigen Erfahrungen aus der direkten Arbeit der 94 MGW Einrichtungen für Mütter- oder Mutter-Kind-Kuren und aus 1500 Beratungs- und Vermittlungsstellen machen täglich deutlich, wie dringend notwendig dieses Gesundheitsangebot ist: 85% der Mütter leiden an Erkrankungen des Bewegungsapparates, 38% an Erkrankungen der Atemwege, 29% an Herz/Kreislaufkrankungen und 68% an psychosomatischen Erkrankungen. Zweidrittel aller mitkurenden Kinder

sind ebenfalls behandlungsbedürftig. Die Nachhaltigkeit, der gesundheitliche und oft auch persönliche Erfolg sind wissenschaftlich erwiesen. In 55 Jahren konnten über 4 Millionen Frauen und Kinder durch das ganzheitliche Erfolgskonzept des Müttergenesungswerkes geholfen werden. Doch zunehmende Sparmaßnahmen der Krankenkassen erschweren immer mehr Müttern den Zugang zu diesen Maßnahmen.

Nachbarschaft gegen Gewalt

Im Rahmen des Verdener Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt an Frauen und Kindern hat die VIP Arbeitsgruppe Frauen einen Flyer mit dem Titel: „Nachbarschaft gegen Gewalt- Helfen, Hinsehen, Hilfe holen“ in drei Sprachen konzipiert. In russischer, türkischer und deutscher Sprache werden konkrete Informationen gegeben, wie als Nachbarschaft oder Angehörige bei Verdacht von häuslicher Gewalt vorgegangen werden kann und welche rechtlichen Möglichkeiten sich ergeben aus dem neuen Gewaltschutzgesetz, welches schon seit Anfang 2002 in Kraft getreten ist.

Das vorrangige Ziel ist es, speziell den Menschen in der Nachbarschaft konkrete Wege aufzuzeigen, was sie tun können, wenn sie körperliche oder seelische Gewalt an Frauen und Kindern ahnen oder mitbekommen. Dieser Flyer wurde in einer Auflage von 20.000 Exemplaren gedruckt

und ist großflächig im Landkreis Verden verteilt worden, z.B. in öffentlichen Einrichtungen, in Arztpraxen etc.

Die Erstellung und der Druck in einer so hohen Anzahl war nur möglich, weil die Frauenbeauftragten des Landkreises Verden eine große Summe zur Verfügung gestellt haben, sowie Frauenhaus, Diakonisches Werk und die Frauenberatungsstelle ebenfalls Kosten des Flyers übernommen haben.

Das Interventionsprojekt hofft sehr, dass dieser Nachbarschaftsflyer vielen Menschen noch mehr Mut macht im Rahmen des neuen Gewaltschutzgesetzes sich einzumischen, wenn es in der Nachbarschaft nicht zu stimmen scheint. Gewalt im privaten Rahmen wird sich erst dann reduzieren lassen, wenn sie öffentlich wird und sich Frauen und Kinder auch trauen, die Hilfe in Anspruch zu nehmen, die ihnen zusteht.

E-Mail:

frauenberatung-verden@t-online.de

Mitgliedsfrauenseite

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,

Netzwerkarbeit heißt u.a. auch, sich auszutauschen, Meinungen weiterzugeben, Kontakte zu halten oder aufzubauen. Bitte nutzen Sie diese Seite für Ihre Interessen:

Schreiben Sie uns, wenn Sie:

- ein von Ihnen geschriebenes Positionspapier vorstellen möchten,

- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen,
- einen Buchtipp weitergeben können,
- Mitstreiterinnen suchen,
- Wünsche, Kritik und Anregungen für die konkrete Netzwerkarbeit haben.

„Von der Fremdheit der Therapien und ihrer heilsamen Wirkung“

Mut zur Kur – einmal anders: Erfahrungen mit einer anthroposophisch ausgerichteten Rehabilitationsmaßnahme

Friederike Fischer

Im März 2005 kam ich zu dem „Luxus“ einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Drei Wochen Rückzug, Zeit für mich selbst zum Gesunden, so waren meine Gedanken.

Meine Kur verbrachte ich bewusst ausgesucht in einer anthroposophisch ausgerichteten Reha-Klinik. Von der Fremdheit der Einrichtung, der Therapien und ihrer heilsamen Wirkung möchte ich an dieser Stelle kurz berichten, um Mut zu machen, sich auf die anthroposophische Medizin und ihre Therapien einzulassen, die ihre Wirkung im Menschen im Physischen und Psychischem in besonderer Weise entfalten.

Mein Anliegen ist es, den Unterschied einer Kur in einer anthroposophischen Einrichtung mit ihrer Medizin und ihren besonderen Therapien in Abgrenzung zu einer schulmedizinisch durchgeführten Maßnahme – wenn auch nur in Ansätzen – zu verdeutlichen.

Die Reha-Klinik liegt mitten im Wald, einsam, von Natur umgeben. Es gibt keine Geschäfte und Lokale in näherer Umgebung. Frau lässt sich ein auf Ruhe, Stille und Naturerleben. Schon in der Klinik und

in der Begegnung beim Arztgespräch oder in den Behandlungen fällt die Ruhe auf, mit der die Handlungen ausgeführt werden. Niemand scheint in Eile zu verfallen oder Hektik zu verbreiten. Ruhe, Ausruhen, Erholen und Zeit zum Nachdenken über eigene Krankheit und das Finden der eigenen inneren Kräfte zum Gesunden sind zentrale Elemente dieser Form des Kurses – nicht Aktivität oder Sport. Hilfe dazu geben die anthroposophischen Therapien wie therapeutisches Malen, plastisches Gestalten, Sprachgestaltung sowie die Heileurythmie. Unterstützt werden diese aktiven Therapien durch „passive“ Anwendungen wie die rhythmische Massage, Ölbäder, Wickel und Auflagen. Nicht zu vergessen in diesem Heilungsprozess seien die Medikamente der anthroposophischen Medizin, Arzneimittel aus pflanzlichen Gesamtextrakten sowie Zubereitungen mineralischen oder tierischen Ursprungs. Wer nicht AnthroposophIn ist, dem/der begegnet die Fremdheit der Medizin allein schon durch die genannten Therapien. Was ist z.B. Heileurythmie? Was bewirken diese Therapien? Wo helfen sie dem Einzelnen bei seinem Gesund-Werden? Was macht ihre Wirkung aus?

Ein Reha-Teilnehmer formulierte es so: Ich habe die Welt der Anthroposophie erst einmal ohne Vorbehalte und offen angenommen. Ich habe relativ offen die Angebote der Therapien mitgemacht, das, was man wollte. Die Wirkung, vor allem der künstlerischen Therapien, wenn frau/man sie zulässt und sich ansatzweise dem Fremden öffnet, können neue Erfahrungen

und eine andere Ausrichtung in seinem individuellen Erleben der eigenen Krankheit und die Kraft der eigenen Ressourcenentwicklung beinhalten.

Ungewohnt ist sicherlich für manche, die dort ihre Kur verbringen, die fast völlige Abstinenz von Medien. Fernseher, Computer und andere elektronische Medien als auch die Vielzahl der Print-Medien verlieren ihre Bedeutung zugunsten eigener Tätigkeit beim Singen, Musizieren, gemeinsamen Tanzen, Heileurythmie in Gemeinschaft.

Auch das Essen ist ein besonderes: lactovegetabile Vollwertkost. Das Angebot ist reichhaltig an frischem Gemüse, Suppen, Salaten und Getreidegerichten. Im Haus arbeitet eine Ernährungsberaterin, die der Patientin oftmals einen individuell abgestimmten Ernährungsplan erarbeitet und Hilfestellung für die Ernährungsumstellung für zuhause – falls gewünscht – mitgeben kann.

Überwiegend Frauen, vor allem mit Krebserkrankungen, traf ich dort an. In Nachgesprächen berichteten die Frauen von der wohltuenden Wirkung dieser Reha-Maßnahme. Sie haben diese Zeit als eine geschützte, behütete Zeit mit Fürsorge und einem Versorgt-werden erfahren. Die Sorgen um den „Alltag“ konnten sie abgeben (wie z.B. die Sorge um die Arbeit, die Essenszubereitung, Familienversorgung etc.). Die Reha-Maßnahme mit ihren Therapien lässt Zeit und Möglichkeiten zur Selbstfindung und Heilungsimpulsen zu, wenn frau sie sucht und wünscht.

Was frau dort eher selten findet, sind therapeutische Gespräche oder Gesprächsangebote zur Verarbeitung der eigenen Erkrankung. Auch wird in der therapeutischen Arbeit vor Ort ein Wissen über anthroposophische Therapien und Medizin vorausgesetzt. Ohne eine kurze Einführung, Erklärung und Informationen sind die Angebote für anthroposophisch

nicht geschulte Menschen schwer verstehbar, so dass kurze Einführungen zur Heileurythmie, der Sprachgestaltung oder der Malthherapie und ihren damit verbundenen Wirkungen hilfreich wären.

Wenn ich an moderne Schlagworte in der Patientenversorgung denke wie „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“, so beziehen diese sich in der Reha-Klinik nicht darauf, bei den Therapien mitentscheiden zu können. Vielmehr liegt es in der Selbstverantwortung des/der Einzelnen, aus dem Angebot an Therapien in der Eigenbedeutung für das individuelle Leben einen Heilungsgewinn zu ziehen. Anthroposophische Therapien versuchen, den Menschen in seinem innersten Wesen zu berühren und dadurch Heilungsimpulse zu wecken.

Die Beibehaltung und Förderung besonderer Therapie(ein)richtungen basiert darauf, dass viele PatientInnen diese Therapierichtungen nachfragen. PatientInnen können dem Leistungserbringer der Heilmaßnahme gegenüber ihre Wahlfreiheit nutzen und sich gezielt eine besondere Therapierichtung und eine besondere Therapieeinrichtung aussuchen.

Wer sich einlassen mag auf die Besonderheit, die „Fremdheit“ der anthroposophischen Medizin und Therapien, kann die Heilimpulse nutzen im Sinne einer physischen und psychischen Stärkung, einer persönlichen Entwicklung und einer Integration seiner/ihrer Krankheit in die eigene Lebensgeschichte mit Wirkungen in das Alltagsleben hinein – auch nach Abschluss der Reha-Maßnahme.

Friederike Fischer, Sozialwissenschaftlerin und Mitgliedsfrau der Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Tel. 0511/ 603941

Veranstaltungsbericht



Den Wechsel gestalten

Unter diesem Motto haben das Netzwerk und die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW am Freitag, 22. April 2005 zu einer Fachtagung in das Haus der Ärzteschaft nach Düsseldorf eingeladen. Rund 200 Expertinnen und Experten aus Ärzteschaft, Krankenkassen, Gesundheitsbildung, PatientInnenorganisationen und Beratungsstellen diskutierten gemeinsam, welche Konsequenzen aus internationalen Studien zur Wirksamkeit der Hormontherapie in den Wechseljahren zu ziehen sind.

„Seit Mitte der 60er Jahre hat die Hormontherapie in den Wechseljahren vielfältige Hoffnungen genährt: Sie sollte nicht nur Beschwerden lindern, sondern darüber hinaus Krankheiten wie Osteoporose oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen. Allein zwischen 1986 und 1995 stieg die Zahl der verordneten Tagesdosen von 100 Mio. auf 1 Mrd. an. Eine Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums kommt im Jahr 2003 zu dem Ergebnis, dass etwa jede dritte Frau zwischen 45 und 60 schon einmal Wechseljahrshormone genommen hat und in der Altersgruppe der 55- bis 60jährigen dieser Anteil sogar bei 56% liegt. Eine solch breite Einnahme und Verschreibung von Hormonpräparaten lässt sich nach Meinung von Prof. Dr. Martina Dören nicht rechtfertigen. Sie fasst den internationalen Forschungsstand zusammen, der die Ergebnisse der amerikanischen Women's Health Initiative – der sogenannten WHI-Studie – einbezieht: Östrogene können Hitzewallungen, Schweißausbrüche und Trockenheit der Scheide lindern und senken das Risiko für Knochenbrüche; bei einer Östrogen-Gestagentherapie ist das Risiko mancher Formen von Darmkrebs geringer. Andererseits steigert die Einnahme von Östro-

genen und Östrogen-Gestagen-Kombinationen – in teils unterschiedlichem Ausmaß – die Risiken für Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Demenz und Harninkontinenz. Das Risiko einer Brustkrebserkrankung steigt durch Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparate. Dören: „Die Wechseljahre als solche sind nicht behandlungsbedürftig. Jede Hormontherapie bedarf einer Indikation – dies sind nur Hitzewallungen, dadurch ausgelöste Schweißausbrüche und neu aufgetretene Trockenheit im Bereich der Scheide.“ Dieses Fazit steht im Einklang mit den Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und zahlreicher Fachgesellschaften.

Seit Bekanntwerden der Forschungsergebnisse ist ein Rückgang der Verordnungszahlen zu verzeichnen, wie Prof. Dr. Petra Kolip anhand von Analysen verschiedener Krankenkassen belegt: Sie zeigen zwischen 2002 und 2004 einen Rückgang zwischen 30 und 50%. Ob aber damit wirklich die Frauen Hormone erhalten, die sie tatsächlich benötigen, sei damit nicht geklärt.

Befragungen zeigen, dass nur jede dritte bis fünfte Frau unter Beschwerden leidet, die tatsächlich behandlungsbedürftig sind. Ein Drittel der Frauen erlebt die Wechseljahre nahezu ohne Symptome.

Fazit: Die Wechseljahre sollen wieder als das wahrgenommen werden, was sie tatsächlich sind: Eine natürliche Lebensphase. Voraussetzung ist, dass Frauen sich gut und umfassend informieren können und Ärztin und Patientin sich partnerschaftlich begegnen und austauschen. Letztlich sind es die Frauen, die entscheiden, ob und welche Hilfe sie brauchen.

Ansprechpartnerin: Dr. Monika Weber, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Alte Vlothoer Str. 47-49, 32105 Bad Salzuflen, Tel. 0 52 22-63 62 94 oder 95, Fax -97, KoordinationIZFG@frauen.gesundheit-nrw.de,

Schwerpunkt: Frauen und Arzneimittel - Strategien gegen den Medikamentenwahn

Der Schwerpunkt dokumentiert die Beiträge der Tagung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 16.2.2005 in Oldenburg in gekürzter Form. Die Originalbeiträge finden Sie im Internet unter www.ms.niedersachsen.de - Gleichberechtigung - Frauen und Gesundheit - Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit.

Zu viele Hormone...

Zu häufig psychotrope Medikamente... Fehlmedikationen in Altenheimen...

Hormonpräparate sind das häufigste verordnete Arzneimittel für Frauen in der Altersgruppe 50-59 Jahre. Die Verordnungszahlen in den letzten 20 Jahren haben sich verzehnfacht.

Weitaus mehr Frauen als Männer werden mit psychotropen Medikamenten behandelt. Mindestens 1/3 der Verschreibung erfolgt nicht zur Behandlung akuter medizinischer Probleme und birgt ein erhebliches Abhängigkeitspotenzial.

Frauen in Alteinrichtungen erhalten deutlich mehr Medikamente als Männer und in der Regel mehrere Medikamente

gleichzeitig. Dies führt zu Wechselwirkungen mit teilweise schwerwiegenden Folgen.

Dies lässt auf eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung im medizinischen Versorgungssystem schließen, der wir etwas entgegensetzen müssen. Im Rahmen der 18. Netzwerktagung haben wir uns am Beispiel der Themenkomplexe

- Hormone in den Wechseljahren
- Unterschiede bei der Verschreibung von Arzneimitteln und
- Medikamentengabe an ältere Menschen in Altenheimen

mit aktuellen Untersuchungsergebnissen beschäftigen, mögliche Ursachen erörtern sowie geeignete Handlungsoptionen und Strategien für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in diesem Bereich diskutieren. Mit rund 70 Teilnehmenden war die Tagung gut besucht. Dank gebührt der Kooperationspartnerin vor Ort, dem Oldenburger Frauenbüro, für die Organisation vor Ort.

Hatten Bettine von Arnim, Rosa Luxemburg und Sissi eine Pillendose?

Angelika Voß

Geschichtsforschung hat unter anderem den Sinn, Entwicklungen zu begreifen, die zu dem gegenwärtigen Ist-Zustand geführt haben. Da Medizin sich aus vielen Quellen - sowohl naturwissenschaftlichen wie sozialen - speist, werden Wandlungen und Paradigmenwechsel erst verständlich, wenn die gesellschaftlichen und kulturellen Umwälzungen einbezogen werden.

Um unser heutiges Verständnis von Medizin zu begreifen, ist es nötig, sich die Entwicklungen der letzten 150 bis 200 Jahre

genauer anzusehen, jene Zeit also, in die Bettine von Arnim und Kaiserin Elisabeth von Österreich und schließlich auch Rosa Luxemburg hinein geboren wurden. Zur Beantwortung der Frage, ob die drei genannten Damen eine Pillendose hatten, wird sich mein Hauptaugenmerk auf die Frage konzentrieren, wie es um die Medizin des späten 18., des 19. und schließlich des frühen 20. Jahrhunderts bestellt war.

Zunächst einmal hatte die Medizin enorme Fortschritte verzeichnen können, die auf einen Paradigmenwechsel im 17. Jahrhundert zurückzuführen waren. Mit Descartes weht nicht nur ein neuer Wind durch die Studierstuben, der verkündet, man solle sich seines eigenen Verstandes bedienen. Man hatte sich vorgenommen, Krankhei-

ten wie das Pflanzenwachstum zu beobachten. Aus den Studien des englischen Gelehrten Thomas Sydenham stammen eine ganze Reihe hervorragender Beschreibungen von Krankheitsfällen, die sog. Kasuistiken. Mit der veränderten Sicht auf Erkrankungen vollzieht sich ein

Wandel im Verständnis von Diagnose, Therapie und Prognose, auch wenn die Ursache der Krankheit oft noch unklar war. Eben dieser Frage nach der Aufklärung der Entstehung von Krankheit widmet sich schließlich auf dieser Basis die wissenschaftliche Medizin des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts, in ihrem Gefolge die Entwicklung der Chemotherapie und die Pille als industrielles Massenprodukt.

Bettine von Arnim

Als Bettine von Arnim geboren wird, setzt die wissenschaftliche Medizin gerade zu ihrem Sprung an. Bettine von Arnim (1785-1859) berichtet von ihrer Begegnung mit einem etwa zwölfjährigen Mädchen, das für die Familie die finanzielle Lage dadurch zu verbessern hilft, dass es Pflanzen für die Apotheke sammelt. „Was mich am meisten ergötzt“ schreibt Bettine von Arnim an ihre Freundin „ist die Kenntnis aller Kräuter und Wurzeln, die das Kind hat, ohne doch je gelernt zu haben...“. Korrekterweise müsste es wohl heißen, dass diese Kenntnisse von Mutter auf Tochter weitergegeben wurden, denn das Kräutersammeln war traditionell Sache der Frauen. Die vorhandenen Kenntnisse waren ausreichend, um sich daraus eine eigene Hausapotheke zusammenzustellen, ebenfalls eine traditionelle Aufgabe von Frauen.

Bettine hat zu diesem Zeitpunkt noch nicht das ganze Ausmaß der Armut erkannt, mit dem die Mehrheit der Bevölkerung ihrer Zeit geschlagen ist. So kann sie kaum wissen, dass, anders als ihre Familie, sich die meisten weder die Arzneien aus der Apotheke und noch weniger den Arztbesuch leisten können. Die Hauptsorge für die Versorgung der Kranken liegt noch in den Händen der Frauen, die traditionell für verschiedenste Erkrankungen überlieferte Hausmittel anwendeten. Wie medikalisiert wurde, hing weitgehend von der individuellen Empirie der behandelnden Ärzte ab,

zumal es noch keine industriell erzeugten Präparate gab, die in den Apotheken bevorratet wurden. Aus den gesammelten Kräutern wurden entsprechende Heilmittel als Tees, Pulver, Tinkturen, Salben hergestellt, die aufgrund der Erfahrung des Arztes wie Apothekers auch bei gleichen Krankheitsbildern variieren konnten.

Kritische Geister wie Elisabeth von Böhmen, Anne Conway, Sophia Charlotte von Hannover oder Lady Mary Lee Chudleigh konnten sich mit ihren Ideen gegen das Decartessche Körpermodell nicht durchsetzen. Es verfestigt sich stattdessen eine Medizin, die als Regulativ des Staates immer mehr Raum einnimmt und zur systematischen Medikalisation von Frauen überleitet. Das Körperkonzept nach dem Vorbild der Maschine ist asexuell, klar strukturiert, emotionslos. Frauen konterkarieren dieses Modell sowohl durch ihren Zyklus wie wegen der ausschließlich ihnen zugeschriebenen Gefühlsbetontheit. So betrachtet ist der Frauenkörper zwar auch eine Maschine, jedoch besonders störanfällig und unvollkommen. Die Kontrolleure des Körpers, die Mediziner, müssen sich daher dieser Maschine in besonderer Weise annehmen, wenn sie einen Totalzusammenbruch verhindern wollen.

Mit der Einführung der Gynäkologie als neue Spezialität wird zunehmend die Pathologie des weiblichen Körpers von anderen Disziplinen abgetrennt und in die Hände des „Frauenarztes“ überführt. Nicht ohne Widerstand, wie man aus England zu berichten weiß: dort hatten Nachbarinnen von Gebärenden die gerufenen Geburtshelfer mit Hausabfällen beworfen, weil sie die gültigen Intimitätsschranken durch den Einbruch des männlichen Geschlechts in die weiblichen Schutzzräume zu Fall brachten. Als Bettine von Arnim innerhalb von sieben Jahren ihre sieben Kinder zur Welt brachte, hatte sich die Gynäkologie bereits weitgehend etabliert.

Sissi

Elisabeth von Österreich (Sissi) litt unter Polyarthrit (rheumatische Gelenkentzündung). Als Kaiserin standen ihr nicht nur Leibärzte und Hebammen zur Verfügung, sie konnte sich auch die teure Behandlung

mit wöchentlichen heißen Olivenölbädern sowie regelmäßige Einreibungen der Gelenke mit Vogelknötrichsalbe leisten. Die Bäder wie Salben brachten wohl eine gewisse Linderung, konnten aber den Prozess nicht stoppen. Bis weit in die Mitte des 20. Jahrhunderts konnte Rheuma nur symptomatisch behandelt werden. Traditionell diente seit der Antike dazu ein Aufguss aus Weidenrinde. Das darin enthaltene Glykosid Salicin war zwar 40 Jahre vor der Geburt von Bettine von Arnim technisch hergestellt worden und ein Jahr später an Apotheken abgegeben. Es hatte allerdings den großen Nachteil, dass als Nebenwirkungen ernsthafte Magenbeschwerden auftraten. Geforscht wurde nach anderen Zusammensetzungen, die diese Nebenwirkung ausschalteten. Doch bis zur Entwicklung zur Acetylsalicylsäure (ASS) - der bekannteste Vorläufer war 1904 unter dem Namen Aspirin als Tablette auf den Markt gekommen - vergingen noch 100 Jahre. Es war eine 28jährige junge Frau, der erstmals 1948 zur Schmerzlinderung eine Lösung injiziert wurde. Dies ermöglichte der von Schmerzen geplagten Patientin wieder das Laufen.

Rosa Luxemburg

Rosa Luxemburg (1871-1919), die „jüngste“ der drei exemplarisch genannten Frauen, wird bereits in die Hochphase der chemotherapeutischen Medizin hineingeboren: Als Kind zieht sie sich eine Verstauchung zu, die fälschlicherweise von dem gerufenen Arzt als Knochentuberkulose diagnostiziert wird. Genau um diese Zeit nimmt die Forschung auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung ihren Ausgang – 1865 war ihr Ansteckungscharakter nachgewiesen worden. 1890 wird erstmals das als Gegenmittel entwickelte Tuberkulin unter Aufsicht des Apothekers Libbertz hergestellt. So wird vorschnell der Schluss gezogen, dass es sich bei Rosas Verstauchung um die gefürchtete Krankheit handeln könnte, die schleichend zur Auszehrung führt und im allgemeinen unter dem Begriff der Schwindsucht geführt wurde. Ein Gips wird angelegt und das noch kleine Mädchen für ein ganzes Jahr in ein Bett verbannt. Als sie endlich das Bett verlassen und wieder herumlaufen darf, fällt

ihr hinkender Gang sofort auf: ein Bein ist erheblich kürzer als das andere. Allerdings ist davon auszugehen, dass sie unter einer Hüftluxation (Verrenkung, Gelenkverletzung) litt, die ihr mit zunehmendem Alter erhebliche Beschwerden bereitete. Immer wieder berichtet sie von starken Schmerzen, die sie nur durch konzentrierte Arbeit verdrängen kann. Während ihrer Gefängnisaufenthalte leidet sie teilweise unter Fieberschüben und die letzten Inhaftierungen hinterlassen als Spuren einen gelblichen Teint, was für eine Leberschädigung spricht. Migräne und Herzbeschwerden veranlassen sie, einen Arzt ihres Vertrauens zu konsultieren. Allerdings kann der sie behandelnde Arzt keine organischen Schäden feststellen und so wird ihr in erster Linie Ruhe empfohlen.

In gewisser Weise fallen aber alle drei berühmten Frauen aus dem Rahmen, weil sie die ihnen zugewiesenen Plätze in der männlichen dominierten Gesellschaft nicht oder nicht vollständig einnehmen. Bettine von Arnim, die es auch als Mutter von sieben Kindern wagt, sich mit ihrem König anzulegen, Elisabeth von Österreich, die sich nur schwer dem Diktat der strengen Protokolle anzupassen bereit ist, Rosa Luxemburg, die, wie viele andere Frauen ihrer Zeit, sich für eine grundlegende Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse stark macht. Eine Generalisierung ihrer medizinischen Versorgung für die damalige Zeit lässt sich nicht aufrecht erhalten, da sie als privilegierte Frauen Zugang zur akademischen Medizin hatten, die vielen Frauen jedoch aufgrund ihrer Armut versagt blieb oder bei Inanspruchnahme zu einer weiteren Spirale in die Armut führte.

Arme Frauen

Beispielhaft dafür stehen die Erinnerungen von Adelheid Popp, die in ihrer Jugend unter Schwindelanfällen durch Überarbeitung bei gleichzeitiger Mangelernährung litt. Adelheid Popp (1869-1939) erleidet mit etwa 14 Jahren einen ersten Ohnmachtsanfall. Durch ärztliche Bemühungen erlangt sie das Bewusstsein wieder. Der Arzt schließt auf eine Nervenerkrankung, worauf hin sie in eine Klinik gebracht wird. „...auf der Klinik, wohin mich die Mutter

führte, forschte man nach der Lebensweise meines Vaters und Großvaters und schien den übermäßigen Alkoholgenuss meines Vaters mit für die Ursache meiner Erkrankung zu halten. Man fand mich im höchsten Grade unterernährt und blutleer und riet mir, viel Bewegung an frischer Luft zu machen und mich gut zu ernähren.“

Doch angesichts ihres langen Arbeitstages von mindestens zwölf Stunden in einer Fabrik, anschließender Mithilfe im Haushalt und den äußerst begrenzten finanziellen Mitteln, stellt sie resigniert fest: „Das waren die Heilmittel, die der berühmte Kliniker empfahl. Wie sollte ich seine Anordnung befolgen?“. Gleichzeitig hatten die Ärzte erklärt, dass die Arbeit in der Bronzefabrik Gift für sie sei, so dass sie sich eine andere Arbeit suchen sollte, nachdem sich der Gesundheitszustand verbessert hatte. Doch durch den Verdienstausschlag während ihrer Krankheit bleibt ihr weniger für Lebensmittel, zumal auch der Arzt und die Apotheke bezahlt werden mussten. Ein erneuter Zusammenbruch erfolgt auf der Straße. Weil keine organischen Leiden festgestellt werden, wird sie in eine psychiatrische Klinik verlegt. Sie erlebt den Aufenthalt dort geradezu als Erleichterung, weil Ärzte, Pflegerinnen und Patienten gut zu ihr sind. „Einige Male am Tag“, so ihre Schilderung, bekommt sie „gute Nahrung, selbst gebratenes Fleisch und Kompott, das ich vorher nicht gekannt hatte, erhielt ich öfter. Ich hatte für mich allein ein Bett und immer reine Wäsche.“

Ihr Leiden tritt während des Krankenhausaufenthaltes nicht mehr auf. Doch bereits nach einer kurzen Phase der Rekonvaleszenz und erneuter Arbeit in verschiedenen Fabriken stellen sich Schwindel und Ermattung wieder ein. Endstation Armenhaus. Zu diesem Zeitpunkt ist sie gerade 14 Jahre alt. Armenhäuser galten neben Gefängnissen zu dieser Zeit als Hauptinfektionsherde für Tuberkulose und andere ansteckende Krankheiten, weil dort in großen Sälen Bett an Bett gestellt war, gefüllt mit Armen mit allen erdenklichen Erkrankungen.

Erst um die Jahrhundertwende wird den hygienischen Bedingungen in den Anstalten mehr Aufmerksamkeit gewidmet, weil

für die meisten ansteckenden Krankheiten noch wirksame Medikamente fehlen oder nur begrenzt für gut zahlende Patientinnen zur Verfügung stehen. Die Phase der chemischen Arzneimittel hatte gerade erst begonnen und Namen wie Louis Pasteur, Robert Koch, Virchow, Behring verknüpfen sich mit den ersten großen Pharmakonzernen wie Bayer, Hoechst, Behring, Merck und schließlich Schering für die Hormonforschung.

Forschung ist nicht mehr zweckfrei

Im 19. Jh. begann das Zeitalter des Kampfes gegen Seuchen, die Sternstunde der Bakteriologen und Virologen: Cholera, Thyphus, Diphtherie, Wundstarrkrampf, Syphilis, Gonorrhoe und schließlich die Tuberkulose werden von den Mikrobenjägern des 19. Jahrhunderts anvisiert. Erstmals sind die Mehrheit der Forscher keine Mediziner mehr, sondern Biochemiker, Chemiker, Biologen. Ein Zeichen der Spezialisierung des Wissens. Während dieser Forschungsphase etabliert sich zugleich eine neue Denkrichtung in der Wissenschaft: das enge Zusammengehen von Industrie und Universität. Die Forschung ist nicht nur nicht mehr zweckfrei, sondern auch direkt an Industrieinteressen gekoppelt, deren Namen bis heute für pharmazeutische Produkte stehen: Merck, Hoechst, Schering, Bayer, die Behring-Werke. Erst mit diesem Wechsel von individuell in den Apotheken zusammengestellten Heilmitteln hin zur Massenproduktion von pharmazeutischen Präparaten wird die Frau verstärkt aus der Pathologisierung über die Eierstöcke in einen Zustand der Übermedikalisierung versetzt.

Die Hormonisierung der Frauen

Noch Ende der 70er Jahre des letzten 20. Jahrhunderts sind sich die Ärzte einig, dass die Östrogene als geschlechtsspezifische Sexualhormone den ganzen Lebensprozess der Frau beherrschen – bis hin zu allen seelischen und geistigen Vorgängen im Gehirn. Deshalb, so die Behauptung, kommt es während der Wechseljahre zu körperlichen und geistigen Ausfallerscheinungen. Soll „Normalität“ hergestellt werden, bieten sich die am Ende des 19. Jahrhunderts verstärkt ins Visier genom-

menen Sexualhormone als optimales Medikament scheinbar an.

Ihre synthetische Weiterentwicklung in den 20er bis 50er Jahren des 20. Jahrhunderts leitet schließlich in eine allgemeine „Hormonisierung“ der Frauen über, wie sie Aldous Huxley in seiner „Schönen Neuen Welt“ bereits in den 30er Jahren vorausgesagt hatte. Voraussetzung für diese Hormonisierung war vor allem die Entsexualisierung der Frau ab der Mitte des 19. Jahrhunderts. Erst durch die Reduktion der Frau auf ihre reproduktiven Leistungen konnte sich die Medizin der Tabuzone weiblicher Unterleib als verwissenschaftlichtes Objekt annähern und bis zum wohl gehüteten Ei vordringen.

Das Follikelhormon wird zum Inbegriff weiblicher Biologie, weshalb auch die meisten Beschwerden durch Einsatz von Hormonen beherrschbar scheinen, sofern sie bereits zur Verfügung stehen. Irgendwelche Risiken seien mit der Gabe von Östrogenen nach der Erfahrung nicht verbunden, lautet schließlich die Devise. Weil auch der Tod in den Hormonen liegt, werden sie nicht nur substituiert, sondern es beginnt vor allem in den 40er Jahren eine systematische Entfernung aller hormonproduzierenden Organe, wenn ein bösartiges Geschehen – also eine Tumorentwicklung - vermutet wird: Schilddrüse, Eierstöcke, Hypophyse. Daraus werden wiederum die Hormone extrahiert und als synthetisierte Präparate den Patientinnen appliziert. Martialisches Verhalten wird nicht wenigen der Gynäkologen auch seitens der jüngeren Medizingeschichte nachgesagt. Mit Stolz wird auf die eigene

„Radikalität“ und den „Wagemut“ bei der Hysterektomie verwiesen.

Seelische Krisen und Traumata, die durch Kummer, Angst und gravierende Einschnitte in den Lebensbedingungen verursacht wurden, werden als funktionelle Störungen, als „harmlos“ bagatellisiert. Übellaunigkeit und andere exaltative manische Stimmungslagen sollten daher nicht als Mangel guter Erziehung, sondern als „Verrücktspielen“ der Hormone gewertet werden. Eine ärztliche Intervention gilt auch in diesem Fall als aussichtslos.

Diese Ausführungen belegen, dass die von der Frauenforschung konstatierte Manifestierung der „Krankheit Frau“, der Übergang von der Medikalisierung in die Pathologisierung, zu einem Paradox führte: Die Stigmatisierung von Frauen als „normal“ krankhaft bewirkte selbst bei den bürgerlichen Frauen zunächst eine medizinische Falsch- und Untermedikalisierung bei somatischen Beschwerden und eine Überbewertung psychischer Leiden als Ausdruck ihrer biologischen Unterschiedlichkeit zum Mann.

Der Widerspruch von Unterversorgung somatischer Beschwerden und Übermedikalisierung durch Psychopharmaka lässt sich bis in die Gegenwart feststellen. Diese Problematik wird im Rahmen der folgenden Beiträge thematisiert.

Literatur bei der Verfasserin

Angelika Voß, Resserstr. 8, 30855 Langenhagen, E-Mail: voss.angelika@mh-hannover.de

Eine Pille für jede Beschwerde – Strategien für ein frauengerechtes Verschreibungsverhalten

Gerd Glaeske

Bei Frauen ist alles anders als bei Männern: Sie gehen häufiger zu einer Ärztin oder einem Arzt, sie bekommen mehr Arzneimittel, sie klagen häufiger

über Beschwerden, sind häufiger krank und sie leiden scheinbar an ihrer Psyche mit Nervosität, Schlafstörungen oder Depressionen, Männer dagegen leiden an ihrem Körper, sie haben mehr Herzinfarkte, häufiger Lungenkrebs und Lebererkrankungen als Frauen. Frauen leben trotz allem länger, nämlich rund 7 Jahre: Männer werden im Schnitt 75 Jahre alt, Frauen 82 Jahre. So jedenfalls können Statistiken aus der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV) über die medizinische Behandlung und die Arzneimittelversorgung in Deutschland interpretiert werden.

Und man kann auch weiter differenzieren: Während in den ersten Lebensjahren Jungen tendenziell mehr Arzneimittel bekommen als Mädchen – übrigens bei den bis zu fünfjährigen in einer Menge, die ähnlich hoch ist wie bei den 40 – 45 jährigen Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) -, so kippt diese geschlechtsspezifische Verteilung im Alter von 15 Jahren deutlich: Ab diesem Zeitpunkt bekommen Frauen immer mehr Arzneimittel als Männer verordnet. Dies ist sicherlich eine Konsequenz aus der Tatsache, dass im Alter von etwa 15 Jahren mit dem Beginn der ersten Menstruation junge Frauen viel häufiger und konstanter als Jungen einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, vornehmlich GynäkologInnen, die z.B. Kontrazeptive („Pillen“) verordnen oder, besonders auffällig, Schmerztabletten gegen Menstruationsbeschwerden verordnen. Die erste Menstruation wird damit zum Beginn von medizinischen Konsultationen in unserem Gesundheitssystem, die Frauen, mehr als Männer, ihr ganzes Leben lang begleiten werden: Oftmals werden nämlich biografische Stationen von Frauen zu Krankheiten „umdefiniert“, obwohl solche Stationen mehr mit natürlichen Lebensabläufen als mit Krankheiten zu tun haben und Frauen in diesen Phasen sich nicht krank fühlen und eher eine medizinische Beratung erwarten. Dennoch werden körperliche Veränderungen aber immer wieder therapiert, obwohl die Frauen gesund sind: Menstruation mit Schmerzmitteln, die Zeit der Fruchtbarkeit mit „Pillen“, die Zeit von Schwangerschaften und Stillzeit mit Vitaminen und Eisenpräparaten, während die wichtige Folsäureversorgung, die bestimmte Fehlbildungen bei Neugeborenen verhindern soll (z.B. Spina bifida), viel zu wenig beachtet wird. Schließlich wird die Zeit der Wechseljahre mit Hormonpräparaten abgedeckt. In diesem Sinne sind Frauen daher gar nicht unbedingt häufiger krank als Männer, der häufigere Kontakt mit dem Gesundheitssystem und die allgegenwärtige Arzneimittelversorgung lässt allerdings diesen Eindruck entstehen. Auch dies drückt sich wieder in statisti-

schen Ergebnisse aus: Vergleicht man die Häufigkeit von Arztbesuchen, so wird klar, dass z.B. 14% der Männer im Jahr 3 Ärzte aufsuchen, dagegen 18% der Frauen, zu 5 Ärzten gehen 2,6% der Männer, aber 4,8% der Frauen, und über 6 Ärzte konsultieren 1,9% der Männer und 4,3% der Frauen. Und die Verordnungsmenge steigt deutlich mit dem Alter an: Während in den mittleren Jahren etwa 200 bis 400 Tagesdosierungen pro Jahr verordnet werden, sind es im höheren Alter 600 bis 1200 Tagesdosierungen, und in den meisten Altersgruppen immer zwischen 10 und 30% mehr für Frauen als für Männer.

Dabei ist interessant, und dies drückt vielleicht auch etwas über die Art der Arzneimittel und die Wertschätzung von Frauenkrankheiten aus, dass die Arzneimitteltherapie für Frauen immer kostengünstiger ist als die für Männer – pro Tagesdosierung etwa 15%. Mehr und billiger – so könnte die Gleichung lauten.

Das Problem der Arzneimitteltherapie für Frauen liegt aber nicht nur in der Art und Menge – dieser Aspekt wird weiter unten noch einmal genauer untersucht, das Problem fängt vielmehr schon bei der Arzneimittelforschung und -zulassung an: Typischerweise werden nämlich Arzneimittel zunächst an Männern untersucht. In klinischen Studien sind vor allem Männer in den mittleren Jahren vertreten, frauenspezifische Auswertungen und Untersuchungen sind eher selten. Es fehlen Studienanlagen, die der Biologie und Physiologie von Frauen gerecht werden, und dies, obwohl Frauen, insbesondere ältere Frauen, das Hauptklientel für die Arzneimitteltherapie sind. Eine Untersuchung von 1.322 Studien aus den Jahren 1994 bis 1999, die bei der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) durchgeführt worden ist, zeigte, dass nur in 24,6% Frauen eingeschlossen waren und dass gezielte Auswertungen lediglich in 14% aller Studien durchgeführt worden sind. Wenn auf dieser eingeschränkten Informationsbasis Arzneimittel zugelassen werden, kann es nicht erstaunen, dass spezifische und notwendige Erkenntnisse für die Arzneimittelbehandlung bei Frauen kaum vorliegen. Ärztinnen und Ärzte befinden sich daher bei vielen Arzneimitteln im „Blindflug“,

wenn es um die Dosierung oder richtige Auswahl von Arzneimitteln bei Frauen geht. Hier ist ein Umdenken der pharmazeutischen Hersteller und der Zulassungsbehörden dringenden erforderlich – Anreize für eine bessere frauenorientierte Forschung sind überfällig. Einzelbefunde liegen nämlich längst vor: So gibt es bestimmte Beta-Rezeptorenblocker, die z.B. zur Prophylaxe von Migräne eingesetzt werden – und unter Migräne leiden deutlich mehr Frauen als Männer -, die trotz gleicher Dosierung bei Frauen deutlich höhere Blutspiegel (bis zu 80%) nach sich ziehen als bei Männern. Dies bedeutet aber auch: Stärkere Wirkung und höhere Quoten von unerwünschten Wirkungen. Dies müssen Ärztinnen und Ärzte wissen, wenn sie Frauen behandeln – in der Realität geschieht dies sicherlich derzeit noch viel zu wenig, wenn überhaupt.

Solche geschlechtsspezifischen Informationen sind insbesondere in solchen Indikationsbereichen unerlässlich, in denen Frauen deutlich mehr Arzneimittel als Männer verordnet bekommen. Auffällig sind dabei Schilddrüsenpräparate (pro Kopf in der GKV 240% mehr als Männer), Migränemittel (190% mehr), Mittel gegen niedrigen Blutdruck (130% mehr), Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Psychopharmaka (80 – 90% mehr); Mittel zur Blutdrucksenkung (40% mehr) und Schmerzmittel (30% mehr). Im Besonderen ist es die Menge an Psychopharmaka im weitesten Sinne, die immer wieder zu Diskussionen über die Notwendigkeit dieser Therapie führen. Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat auch mit Blick auf diese Arzneimittelgruppen die Frage nach der Über- und Fehlversorgung gestellt, insbesondere mit Blick auf die Gruppe der Benzodiazepin-Produkte, also Valium oder Librium und deren „Schwestern“ und „Enkel“ wie Adumbran und Tavor, Rohypnol und Dalmadorm. Diese Arzneimittelgruppe ist es vor allem, die im Mittelpunkt der Diskussion über eine Medikamentenabhängigkeit steht, von der vor allem Frauen betroffen sind. Die Arzneimittelsucht ist weiblich – so könnte man es verkürzt ausdrücken, wenn die vorliegende Zahlen interpretiert werden: Etwa 2/3 aller 1,4 Millionen Arzneimit-

telabhängigen sind Frauen, vor allem im höheren Lebensalter. Auch dies ist eine Folge der z.T. unkritischen Verordnungen solcher Schlaf- und Beruhigungsmittel für Frauen in der Lebensphase ab dem 45. Lebensjahr: Viele Frauen fühlen sich in diesen Jahren alleine gelassen, die Kinder sind aus dem Haus, die Männer gehen wie gewohnt zur Arbeit, orientierten sich vielleicht sogar an jüngeren und vermeintlich attraktiveren Frauen – die Ehefrauen bleiben mit einem Gefühl der Entwertung und der „Nutzlosigkeit“ zurück („empty-nest-Syndrom“). Depressionen schleichen sich ein, Nervosität und Schlafstörungen. Mit diesen Symptomen gehen dann viele Frauen zu einer Ärztin oder einem Arzt – beantwortet werden diese Symptome dann mit Tabletten oder Beruhigungsspritzen (z.B. Imap 1,5). An den Ursachen der für die Frauen belastenden Situationen wird damit allerdings gar nichts geändert – die Situation wird durch die „rosarote Brille“ der Tranquilizer allenfalls erträglicher. Ein Pharmaunternehmen hat diese „Tablettenhilfe“ übrigens mit dem Werbespruch begleitet: „Nicht Scheinlösungen für Probleme, sondern Lösungen für Scheinprobleme“ – eine weitere Entwertung der erlebten Gefühle von Frauen, die mit einem neuen Lebensabschnitt zu recht kommen müssen. In der Pop- und Rockmusik fand diese Zeit auch ihren Niederschlag: So sangen die Rolling Stones 1966 von den „Mother's little helpers“, mit denen genau diese Pillen gemeint waren.

Zur Problembewältigung des Alltags sind diese Mittel aber nie zugelassen worden, sie sind keine Dopingmittel für den Alltag, sie sind nach wie vor unverzichtbare Präparate zur Behandlung von Angst- und Panikattacken und schwere Schlafstörungen sowie zur Muskelentspannung z.B. vor Operationen, aber sie müssen richtig eingesetzt werden – über kurze Zeit, in kleiner Packung und in auf der Basis richtiger Diagnosen und Informationen. Dies scheint in den letzten Jahren mehr und mehr berücksichtigt worden zu sein, die Verordnungsmengen haben deutlich abgenommen, dennoch gibt es weiterhin Auffälligkeiten: Nur 12% aller Ärztinnen und Ärzte verordnen rund 54% der Mengen von Benzodiazepinpräparaten – eine kleine Gruppe von „Benzodiazepin-

schwerpunktpraxen“ setzt sich noch immer dem Verdacht aus, die Sucht auf Rezept mit zu verursachen.

Es muss auch beachtet werden, dass Arzneimittel schon bei den Schülerinnen eine große Rolle spielen, im Gegensatz übrigens zu Schülern: Rund 20% von repräsentativ ausgewählten Mädchen im Alter von 13 bis 16 Jahren geben an, täglich bis 1 bis 2 mal pro Woche Kopfschmerzmittel einzunehmen, von 125 Jungen im gleichen Alter nur 4%. Auch Beruhigungs- und Schlafmittel werden von Mädchen bereits geschluckt – immerhin von 5,4%, bei den Jungen spielen diese Mittel keine Rolle. Auch in diesen frühen Jahren gibt es also bereits typische geschlechtsspezifische Auffälligkeiten – Präventions- und Informationsangebote müssen auf diese Realität eingehen. Das sog. Frauensyndrom mit Kopfschmerzen, Herz-Kreislaufkrankungen, Migräne, Nervosität oder Schlafprobleme kann also schon in jungen Jahren identifiziert werden.

Ein wichtiges Beispiel für Über- und Fehlversorgung ist auch die Verordnungshäufigkeit von Hormonpräparaten in den Wechseljahren. Obwohl in den vergangenen Jahren einschlägige wissenschaftliche Studien veröffentlicht wurden, in denen gravierende Risiken wie Erhöhung der Herzinfarkt-, Schlaganfall- oder Brustkrebsraten bei langdauernder Einnahme von Hormonpräparaten festgestellt wurden (One Million Study, WHI-Studie), bekommen noch immer etwa 35% der über 55jährigen und rund 20% der über 70jährigen noch immer derartige Produkte. Kurze Zeit, niedrige Dosierung und nicht mehr zur Prävention – so die derzeitigen Verordnungsempfehlungen, und allenfalls noch bei sehr starken Wechseljahrsbeschwerden gerechtfertigt. Weiterhin auffällig ist die unterschiedliche regionale Verteilung: Es wird mehr in Städten als auf dem Land verordnet – eine Folge des Angebots der Gynäkologinnen und Gynäkologen? – und mehr im Westen und Süden, als im Osten und Westen. In den neuen Bundesländern gibt es offensichtlich keine „Geschichte“ dieser Hormontherapie – letztlich ein Schutz für die dort wohnenden Frauen.

Andererseits spricht aus den Versorgungsdaten eine Unterversorgung bei Frauen dort, wo es medizinisch notwendig wäre, z.B. bei der Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern zur Vermeidung von erneuten Gefäßverschlüssen nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall oder mit Cholesterinsenkern wie CSE-Hemmern in der Herzinfarkt- oder Schlaganfallprophylaxe. Auch Frauen mit Diabetes werden offensichtlich schlechter mit notwendigen Arzneimitteln „versorgt“ als Männer. Insgesamt also eine verwirrende Situation: Bei den psychischen Symptomen werden oftmals mit leichtfertiger Hand Arzneimittel verordnet, die zur Abhängigkeit führen und außerhalb der zugelassenen Indikation eingesetzt werden – im Ergebnis Überversorgung und Fehlversorgung. Bei somatischen Erkrankungen dagegen vielfach Unterversorgung mit notwendigen Arzneimitteln – ist da nicht die Frage berechtigt, dass die Medizin allzu sehr den Assoziationen eines angeblich schwachen und zur Hysterie neigenden Geschlechts folgt, dem die Behandlung mit psychisch dämpfenden Arzneimitteln, mit „Pharmawatte“ ganz gut tut?

Aber auch in der Selbstmedikation ist Aufmerksamkeit wichtig – die Apothekerinnen und Apotheker haben eine ähnlich große Verantwortung wie die Ärztinnen und Ärzte. Coffeinhaltige Schmerzmittel sind immer noch führend in den Verkäufen und Empfehlungen, dabei führen auch solche Mittel zur Gewöhnung, vielleicht sogar zu Abhängigkeit. Ähnliches gilt für Abführmittel oder Mittel, die als Appetitzügler eingesetzt werden. Frauen sind vor allem die „Kundinnen“ für solche Mittel – eine bessere Information über Wirkungen und Risiken erscheint dringend erforderlich. Wissen Frauen, dass Johanniskrautpräparate die Sicherheit der Pille zur Empfängnisverhütung schwächen kann? Wissen sie, dass viele Stärkungsmittel nur durch den Alkoholgehalt wirken? Frauen sind nun einmal die wichtigsten Käufer von rezeptfreien Mittel – kein Wunder, dass sie auch direkt in der Werbung angesprochen werden: „Die Familie hat Schnupfen, Mutti hat Nasivin!“ Frauen als die Verantwortlichen für die Gesundheit und die Harmonie in der Familie – gerade diese Rolle ist

es, die oftmals zur Überforderung, zu Stress und damit zur Arzneimitteleinnahme führt.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland muss stärker als bislang unter geschlechtsspezifischen Aspekten analysiert und weiterentwickelt werden. Auch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ist nicht in allen Regelungen „geschlechtsneutral“. Wenn Frauen mehr Arzneimittel bekommen, ist auch ihre Belastung im Bereich der Selbstbeteiligung größer als für die Männer. Einige Arzneimittel, die nicht mehr verordnet werden dürfen, sind für Frauen wichtig, wenn sie schwanger werden möchten, z.B. Folsäure. Insofern sollte die Politik

aufgerufen werden, bei neuen Gesetzesvorlagen immer die Auswirkungen auf das Geschlecht zu prüfen, „sex and gender“ sind wichtige Prüfsteine für die Qualität eines Gesundheitssystems. Noch gilt es aber, Entwicklungen anzustoßen, die der Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit dienen – denn: Auch in der Gesundheitsversorgung ist der kleine Unterschied noch größer als man(n) denkt!

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28209 Bremen, Tel: 0421-218-4401, E-Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

Wechseljahre – Was nun? Beschwerden – Was tun?

Frauke Gerhardt

Die Lebensmitte bedeutet für Frauen unter anderem, mit mehr oder weniger Wechseljahrsbeschwerden eine Neuorientierung und soziale Integration im Spielraum der Gesellschaft zu finden. Die Lebensphase Wechseljahre führt in den meisten Fällen zu einem Handlungsbedarf bei den betroffenen Frauen und ihren ärztlichen BeraterInnen. Vor allem die sichtbaren Beschwerden wie Hitzewallungen sind nicht gesellschaftsfähig. Erröten impliziert Unsicherheit, Schwitzen ist in der Welt der Düfte und Deodorants nicht mehr akzeptiert. In den vergangenen Jahrzehnten wurden Frauen großzügig mit Hormonen eingestellt. Um gesellschaftsfähig zu sein, versuchten Frauen somit den physiologischen Wechsel der Lebensphase zu kaschieren und zu unterbinden. Die Akzeptanz von Wechseljahrsbeschwerden wurde in Zeiten von Anti-Ageing und Beauty-Centern immer geringer (forever young).

Die Menopause kennzeichnet das Ende des Menstruationszyklus und der Fruchtbarkeit der Frau. Sie tritt gewöhnlich um das 50. Lebensjahr ein. Die Hormonausschüttung der Eierstöcke nimmt allmählich ab. Die Konsequenz ist eine Veränderung

sowohl auf organischer als auch auf psychischer Ebene, u.U. begleitet von Hitzewallungen, Schlaflosigkeit, Herz-Kreislaufproblemen, z.B. Blutdruckschwankungen, Veränderungen der Schleimhäute und der Haut sowie Gewebeveränderungen, ggf. Osteoporose sowie psychischer Unausgeglichenheit.

Hormontherapie in den Wechseljahren

Unterschieden wird zwischen Östrogen/Gestagentherapie (z.B. Progestin) und Östrogenmonotherapie oral, als Pflaster oder vaginal.

Hormonpräparate sind die am häufigsten verordneten Arzneimittel für Frauen in der Altersgruppe zwischen 50-59 Jahren. Die Verordnungszahl ist um das 10fache in den letzten zwei Jahrzehnten gestiegen. Jede 2. Frau zwischen 50-60 isst oder klebt Hormone. 1991 betrug die Zahl der Hormonanwenderinnen 1,6 Mio. Frauen; 2001: 2,9 Mio.; 2002 2,4 Mio.; Tendenz fallend (Zawinell, Dören, 2003).

Studienergebnisse zur Hormontherapie in Stichworten

WHI (Womens Health Initiative) Studie (2002/2003): Vorzeitiger Abbruch wegen des höheren Risikos bei der Östrogen – plus – Progestineinnahme für folgende Erkrankungen: Krebs/Brustkrebs und größere Knoten und mehr Lymphknoten,

Schlaganfall, Herzinfarkt, Thrombose, Lungenembolie, Demenz (bei über 65jährigen). Ebenfalls vorzeitiger Abbruch des Östrogen – Mono – Armes der o.g. Studie wegen erhöhten Schlaganfallrisikos.

Million Women Study: Im Rahmen dieser großen Verlaufsstudie wurde ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs für die Einnahme von Östrogen-plus-Progestin-Präparaten nachgewiesen (Million Women Study Collaborators, 2003).

Aus den Daten der Millionen-Frauen-Studie und einem Vergleich von Verschreibungshäufigkeiten und -dauern entwickelte Prof. Greiser eine Risikoberechnung für Hormontherapie in Deutschland. Danach wären bei Fortsetzung des Verordnungs- und Konsumverhaltens des Jahres 2003 mit mehr als 120.000 zusätzlichen Erkrankungsfällen (Brustkrebs, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs) in Folge einer Hormontherapie zu rechnen (Landtag Nordrhein-Westfalen, 2004).

Offizielle Empfehlungen

Deutsche Menopausengesellschaft:

Die Hormonsubstitution sollte vorwiegend zur Behandlung des klimakterischen Beschwerdekompleses erfolgen. Die Menopausengesellschaft weist darauf hin, dass es aus ihrer Sicht für diese Indikation zur Östrogen oder Östrogen/Gestagensubstitution keine wirksame Alternative gibt und sie zahlreiche weitere günstige Auswirkungen hat und dass bei prädisponierten Frauen jedoch auch ein - wenn auch **geringes** - zusätzliches **Risiko** für venöse thromboembolische Erkrankungen, Schlaganfälle und Brustkrebs besteht.

In Anbetracht der Studienergebnisse erscheint die Einschätzung der Menopausengesellschaft bezüglich der Hormontherapie in den Wechseljahren unverständlich.

Die häufigsten Fragen zum Umgang mit Hormonen in den Wechseljahren

- Wie kann man ausschleichen?
- Ist ein abruptes Absetzen möglich?
- Wie kann ich sinnvoll mit Hormonen umgehen?

- Hormone, ein Jungbrunnen?
- Bleibe ich ohne Hormone gesellschaftsfähig?
- Was raten Sie mir, welche Methode hat den besten Effekt und die geringste Nebenwirkung?
- Welche Alternativen gibt es?

Ein **abruptes Absetzen** der Hormone ist bei der Östrogen/ Gestagentherapie nicht empfehlenswert. Hier ist es sinnvoller, den Einnahmezyklus zu beenden. Bei einer Monotherapie kann jederzeit die Einnahme beendet werden. Parallel sollten nach meiner praktischen Erfahrung begleitend Naturheilverfahren angesetzt werden, um dem zu erwartenden Hormonentzug entgegen zu wirken.

Es gibt sehr wohl Frauen, die den **alternativen Methoden** zur Wechseljahrsbegleitung nicht offen gegenüberstehen. Hier muss eine umfangreiche Aufklärung bezüglich der Nebenwirkungen durchgeführt werden. Jede 8. Frau erkrankt in den westlichen Ländern an Brustkrebs. Zum Beispiel hat jede 4. Frau, die über viele Jahre lang Hormone eingenommen hat, ein Risiko für Brustkrebs. Thrombose, Herzinfarkt und Demenz sind ebenfalls - wie schon erwähnt - zu berücksichtigen. Wenn trotz dieser hohen Risiken eine Therapie mit Hormonen eingeleitet werden soll, dann möglichst mit einer sehr geringen Konzentration und nur für einen kurzen Zeitraum.

Die Wirkung von Hormonen als **Jungbrunnen** ist in Untersuchungen nicht bestätigt worden, da eine vorübergehende vermehrte Wassereinlagerung im Gewebe schnell wieder ausgeschieden ist. Das Risiko, an den Folgen einer langjährigen Hormontherapie zu erkranken, liegt statistisch gesehen unter Berücksichtigung aller Nebenwirkungen so hoch, dass der „Jungbrunnen“ hier wirklich keine Existenzberechtigung findet.

Bleibe ich ohne Hormone gesellschaftsfähig?

Neben der Angst vor Krebs ist dies eine der häufigsten Fragen, die Frauen im Zusammenhang mit der kritischen Betrachtung der Hormontherapie stellen.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, verlangt die Gesellschaft Makellosigkeit und Selbstsicherheit, vor allem in Bereichen der öffentlichen Tätigkeit. Hier gibt es, fern ab der Hormontherapie, sehr potente Therapien gegen Wechseljahrsbeschwerden (s. unten).

Was raten Sie mir: Welche Methode hat den **besten Effekt und die geringste Nebenwirkung**?

Die Betreuung bei Wechseljahrsbeschwerden sollte individuell eingestellt werden. Da die meisten Naturheilverfahren gleichzeitig einen physisch und psychisch ausgleichenden und kurativen Effekt haben, muss in der Auswahl der Strategie zunächst die prophylaktische Strategie in den Vordergrund gerückt werden, wie Ernährung und Sport. Im weiteren sollte in Abhängigkeit zum Beschwerdebild die Auswahl der Methode eingeleitet werden. Alternative Methoden sind zumeist nebenwirkungsfrei, so dass hier die Methode der individuellen Wahl die richtige ist.

Welche **alternativen Methoden** gibt es?

Therapiemöglichkeiten bei Beschwerden in den Wechseljahren sind Sport, Joga, Thai Qi, Qi Gong, etc.; physikalische Anwendungen wie Sauna, Massage, Kneipp; Kräuterheilkunde; Akupunktur; Homöopathie; Individuelle Ernährungseinstellung; Ajurveda; Shiatsu etc

Erfahrungsbericht: alternative Methoden bei Wechseljahrsbeschwerden

Im Folgenden sind meine praktischen Erfahrungen als niedergelassene Ärztin zusammengefasst.

Bei Hitzewallungen habe ich eine Besserung der Beschwerden bei allen Patientinnen durch Akupunktur nach 3-5 Sitzungen und Phytotherapie festgestellt.

Bei Östrogen-Mangelkolpitis führt die lokale Anwendung von alternativen Ölen zur Besserung.

Psychische Beeinträchtigungen und Schlafstörungen können durch Phytotherapie, Akupunktur oder Homöopathie gebessert werden.

Bedauerlicherweise gibt es bislang erst sehr wenige und kleine Studien zu diesem Thema. Da die meisten Studien bezüglich des Hormoneinsatzes von Pharmafirmen gesponsert wurden, bedarf es der eigenen Initiative von Institutionen, hier Studien in großem Umfang hervorzubringen.

Ergebnisse insgesamt

Wechseljahrsbetreuung im Rahmen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung muss beinhalten:

- Ein Ende der generalisierten Medikalisierung von Frauen mit Hormonen in den Wechseljahren und deutliche Aufklärung über Bewegungs- und Ernährungsprophylaxe.
- Die sehr risikobelastete Hormontherapie muss noch deutlicher deklariert werden.
- Aufklärung der betroffenen Frauen an der Basis (Praxen, Frauengesundheitszentren, etc.): Hormone, ununterbrochen und über einen langen Zeitraum eingenommen, sind schädlich für die Gesundheit.
- Hormonmonotherapie zur Osteoporoseprophylaxe erhöht das Risiko eines Endometriumkarzinoms deutlich.
- Hormoneinsatz als Anti-Ageing-Therapie sollte nicht unreflektiert rezeptiert werden.
- Aufklärung und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte.
- Änderung des Verschreibungsverhalten von Ärzten und Ärztinnen
- Aufklärung über individuelle Abwägung im Rahmen der relativen Kontraindikation; Nutzen-Risiko-Verhältnis einschätzen
- Therapie: So gering wie möglich und so kurz wie nötig.
- Initiative: Expertinnen sollten sich vermehrt für alternative Methoden bei Wechseljahrsbeschwerden einsetzen.

Das Thema Wechseljahre wird aufgrund der demografischen Entwicklung mehr den je in den Mittelpunkt rücken, da in wenigen Jahren jede 3. Frau in den Wechseljahren sein wird.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Frauke Gerhardt, Martin-Müller-Str. 4, 30900 Wedemark, Tel: 05130-373730,

E-Mail: info@dr-frauke-gerhardt.de

Ruhig gestellt im Alter - Fehlmedikation in (Alten-) Heimen

Torsten Wessel

In Nordrhein-Westfalen überwachen 35 hauptamtlich bei den 54 Kreisen und kreisfreien Städten tätige AmtsapothekerInnen den Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene und inspizieren Einzelhandelsbetriebe (Apotheken, Drogerien etc.). Weiter sind sie in ihren Zuständigkeitsbereichen u.a. für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs, die Überwachung der Gefahrstoffe im Einzelhandel und die Überwachung der Ärzte/Ärztinnen im Bereich Klinische Prüfung zuständig (Butz, W., 1993). Neben den ordnungsrechtlichen Überwachungsaufgaben gibt es aber auch sozialpharmazeutische Aufgaben (§ 20 Abs. 2 ÖGDG NW v. 25. November 1997: "Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken."

Der Autor besichtigt im Rahmen der Überwachung – überwiegend zusammen mit und im Auftrag der Heimaufsicht des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt – insgesamt 66 Alten- und Pflegeheime mit insgesamt 5640 BewohnerInnen und kontrolliert die Lagerungsbedingungen und die Organisation der Arzneimittelversorgung im Heim.

In den letzten Jahren gibt es immer wieder Meldungen und Berichte in der Presse, die von zum Teil alarmierenden Mängeln in Alten- und Pflegeheimen, auch und gerade mit Arzneimitteln, handeln. So im Düsseldorfer Express vom 6. Mai 2004: „Pflegeheime: Illegale Arznei für Senioren. Düsseldorf – Rund 70 % der Medikamente, die ältere Menschen in Pflegeheimen bekommen, werden illegal ausgegeben – ohne die erforderliche Einwilligung der Patienten.“ oder die Hannoverische Allgemeine am 2. April 2004: "Skandalöse Zustände in Altenheimen – Justiz ermittelt. Hannover - In mindestens zehn Altenheimen sollen Patienten unerlaubt mit starken Medikamenten ruhig gestellt worden sein. (...) Nach den bisherigen Erkenntnissen wurden altersverwirrte Menschen ohne ihr Wissen mit zum Teil „hochwirksamen Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ ruhig gestellt. Dadurch habe eine Nachtwache wesentlich mehr HeimbewohnerInnen beaufsichtigen können, der Betreiber könne Personal sparen. Die verabreichten Beruhigungsmittel stammten offenbar von verstorbenen AltenheimbewohnerInnen und hätten eigentlich an Apotheken zurückgegeben werden müssen, teilte der AOK-Sprecher mit. „Die Medikamente wurden kistenweise in Schwesternzimmern gefunden“, sagte Altmann.(...)“.

In 2001 gab es 2.039.780 Pflegebedürftige in Deutschland, davon 1.397.899 weiblich. 604.365 dieser Menschen (30 %) lebten in Heimen. Die Zahl der Alteinrichtungen beträgt zur Zeit 8448, davon 1211 in Niedersachsen. Durchschnittlich umfasst ein Heim bundesweit etwa 85 Plätze, in Niedersachsen sind es lediglich 63, in Nordrhein-Westfalen dagegen 90 Plätze.

Das Durchschnittsalter in den Heimen beträgt etwa 81 Jahre, wobei 75 % der

Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind. In Privathaushalten dagegen liegt der Anteil der über 80-jährigen Pflegebedürftigen nur bei 45 %. Hier zeigt sich, dass auch im Falle einer eingetretenen Pflegebedürftigkeit ein Umzug in ein Heim in aller Regel erst im gehobenen Alter stattfindet. Ein Hauptgrund für die Einweisung in ein Pflegeheim stellen dabei Verhaltensstörungen dar, die im höheren Lebensalter stark mit zunehmenden Demenzerkrankungen einhergehen.

Der Großteil der HeimbewohnerInnen sind verwitwet (ca. 60 %). Dies kann massive psychische Symptome haben und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen. Auch ist die Möglichkeit der häuslichen Pflege, die zu 30 % vom Ehepartner/von der Ehepartnerin übernommen wird, eingeschränkt.

Die Geschlechterverteilung beträgt etwa 4 zu 1, das heißt, 80 % aller HeimbewohnerInnen sind Frauen. Dies hängt mit einer höheren Lebenserwartung der Frauen und mit Kriegsfolgen zusammen. Aber auch mit der Tatsache, dass Männer eher von ihren Frauen zu Hause gepflegt werden, während die später allein lebenden Frauen eher in ein Heim umziehen.

In 2002 wurde durch AmtsapothekerInnen ein sozialpharmazeutisches Projekt zum Thema „Stellen von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt (Bader A, auf dem Keller S, Puteanus U, Wessel T., 2003). Hierbei wurden in 122 Heimen (7 % aller Heime) in NRW auch Daten zur Medikation von 366 BewohnerInnen erhoben (0,24 % aller BewohnerInnen).

Durchschnittlich erhielt jede/r untersuchte PatientIn regelmäßig 6,3 Medikamente (Dauermedikation). Der größte Teil der PatientInnen (41%) erhielt 4 – 6 Medikamente als Dauermedikation, 34% erhielten 7 – 9 Medikamente, 8% 10 bis 12 Medikamente und 2% über 12 Medikamente regelmäßig. Bei 15% der untersuchten HeimbewohnerInnen kamen 1 – 3 Arzneimittel zum Einsatz. Zusätzlich zu den regelmäßig einzunehmenden Arzneimitteln wurden den PatientInnen im Durchschnitt 1,7 Bedarfsmedikamente verordnet. Davon erhielten 17% der untersuchten BewohnerInnen 3 – 4

Arzneimittel als Bedarfsarzneimittel, die also nur in bestimmten (Not-) Fällen zum Einsatz kommen; bei 7% sind es 5 – 6, bei 3% über 6 Bedarfsarzneimittel. In 28% der untersuchten Fälle wurden keine Bedarfsarzneimittel bereitgestellt, in 45% der Fälle 1 – 2 Arzneimittel.

Werden Bedarfs- und Dauermedikation zusammengezählt ergibt sich folgendes Bild:

Für 71% der untersuchten BewohnerInnen waren zwischen 1 und 8 verschiedene Medikamente im Medikamentenblatt verzeichnet, für 0,3 % (= 1 PatientIn) waren es 9 oder 10 Medikamente, für 24% waren es 10 – 14, für 4% 15 – 19 und für 0,8 – sprich 3 PatientInnen - waren 20 und mehr Medikamente vorgesehen.

Es muss festgestellt werden, dass ein großer Prozentsatz – in dieser Untersuchung 44% der untersuchten HeimbewohnerInnen, also fast jede/r zweite – mehr als sechs, und jede/r 10. BewohnerIn 10 und mehr Medikamente täglich einzunehmen hat. Untersuchungen zeigen, dass bereits bei mehr als fünf verschiedenen Arzneimitteln die Nebenwirkungsrate auf 25% (Platt D, Mutschler E., 1999) ansteigt bzw. die Prävalenz bei älteren Menschen bei sechs und mehr Medikamenten von 18 auf 80 % sprunghaft ansteigt (Caird F.J., 1989). Außerdem wird die Übersicht über die gegenseitige Beeinflussung der Arzneimittel und deren Nebenwirkungen schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Im Rahmen des angeführten Projektes war nicht vorgesehen, die beobachtete Medikation auf die Wechselwirkungsproblematik hin zu untersuchen, doch kann zumindest für einige Fälle festgestellt werden, dass diesbezüglich von Gefahren ausgegangen werden muss (Doppelterordnungen, Medikamente heben sich gegenseitig auf oder verstärken sich).

In Heimen stehen nach Stelzner (1999) Psychopharmaka neben Analgetika/Rheumatika und Diuretika ganz oben in der Verordnungshitliste, wohingegen in der Berliner Altersstudie in der Allgemeinbevölkerung diese erst an sechster Stelle rangierten. Nach Pittrow et al. (2002) bekamen HeimbewohnerInnen mit Pflege-

stufe etwa dreimal häufiger Neuroleptika verschrieben als pflegebedürftige ambulant behandelte PatientInnen.

Nach den vorliegenden Studien erhalten HeimbewohnerInnen in Deutschland zwischen 6-40 % Neuroleptika, 10-19 % Anxiolytika, 11-17 % Hypnotika/Sedativa, 3-19 % Antidepressiva, 13-36 Benzodiazepine. Insgesamt erhalten zwischen 42-62 % aller HeimbewohnerInnen Psychopharmaka.

Nach epidemiologischen Studien sind schon etwa 25-33 % der über 60-jährigen Menschen psychiatrisch behandlungsbedürftig. Bei Hochbetagten wächst der Anteil der psychisch Erkrankten dann noch weiter deutlich an. So steigt alleine die Zahl der Demenzerkrankungen exponentiell auf über 30 % bei den über 90-jährigen. Depressionen sind im Alter fast noch häufiger anzutreffen als die Demenzerkrankung. Dabei gibt es eine hohe Dunkelziffer, denn gegenwärtig werden in Deutschland nur 50 % der Depressionen überhaupt erkannt und nur ein Teil entsprechend adäquat behandelt.

Insgesamt ist für Deutschland daher im Bereich der Antidepressiva und Antidementiva immer noch eine Unterversorgung zu konstatieren.

Die bereits zitierte, reißerisch aufgemachte Schlagzeile des Düsseldorfer Express vom 6. Mai 2004 verweist im Kern auf ein reales Problem: Die Psychopharmakavergabe in Alten- und Pflegeheimen entspricht häufig nicht den rechtlichen Anforderungen, sofern freiheitseinschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen verbunden sind.

Nach Aussage einer Schweizer Studie berichteten 20% der befragten Pflegekräfte von übermäßiger Medikamentengabe zur Ruhigstellung (Schneider, H.D./Sigg, E., 1990). In einer Befragung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege bestätigten lediglich 5% der 533 antwortenden

Pflegekräfte schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Misshandlung der Pflegebedürftigen (in den letzten 12 Monaten); 12% berichteten über die Anwendung ‚funktionaler Gewalt‘ (Fixie-

rung, Gabe von Sedativa), wobei 78% der Pflegekräfte diese für notwendig hielten (Roth, Günter, 2001). Hier besteht ein Arzneimittelmissbrauch, um eine subtile Form von Gewalt durchzuführen. Hierzu werden insbesondere Sedativa und Neuroleptika nicht zum Wohl des Bewohners, sondern zur Aufrechterhaltung von Betriebsabläufen, z.B. durch Freiheitsentzug durch „Fixierung“, eingesetzt. Sofern diese Psychopharmaka im Einverständnis mit den BewohnerInnen verabreicht werden, bestehen keine Bedenken. Zu häufig wird aber von einer ausreichenden Einwilligungsfähigkeit ausgegangen. Bei näherer Untersuchung stellt sich aber oft heraus, dass die kognitiven Fähigkeiten der PatientInnen nicht ausreichend sind, so dass das Einverständnis nicht juristisch nicht abgesichert ist. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit müsste bei allen Maßnahmen ein Betreuer oder Bevollmächtigter eingeschaltet und eine vormundschaftliche Genehmigung eingeholt werden. In einer Kölner Studie (Studie, 2003) wurde bei 39 % der Maßnahmen diesen Anforderungen nicht entsprochen. Den Pflegekräften fehlt häufig das entsprechende Bewusstsein für diese Problematik. In der gleichen Studie fehlten bei 190 Bewohnern eine angemessene Diagnose für die eingesetzten Psychopharmaka. 31 % der Verordnungen wurden nach Aussage der Pflegekräfte letztmalig vor mehreren Monaten überprüft. In 17 % der Fälle lag die Überprüfung länger als ein Jahr zurück. 211 Bewohner erhielten hier zwei Psychopharmaka, was bereits freiheitseinschränkend sein kann. 75 Bewohner mit drei Psychopharmaka sind zum Teil in der Freiheit eingeschränkt und weitere 39 Bewohner mit vier und mehr Psychopharmaka sind möglicherweise gesundheitlich gefährdet.

Verschiedene Maßnahmen stehen zur Verfügung, um die beschriebenen Zustände zu verbessern (modifiziert nach Molter-Bock, 2004):

1. Verbesserung der ärztlichen Betreuung
2. Fortbildung von Ärzten und/ oder Pflegepersonal
3. Verbesserung der Personalausstattung und des Heimumfeldes

4. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen
5. Reviews der verschriebenen Maßnahmen
6. Multidisziplinäre Zusammenarbeit
7. Staatliche Regularien.

Aufgrund der seit 2003 bestehenden Verpflichtung zum Abschluss eines Versorgungsvertrages für den heimversorgenden Apotheker bestehen hier nun gute Anknüpfungspunkte, durch eine altersspezifische pharmazeutische Betreuung sich zu diesem Thema einzubringen (Winterstein A, Jopp R, Schäfer M., 2001). In einer nächsten Stufe ist auch ein geriatrisches Risikomanagement denkbar.

Literatur:

Butz, W.: Amtsapotheker in Nordrhein-Westfalen. Dt Apoth Ztg 1993; 133: 3577-3581

Bader, A., auf dem Keller, S., Puteanus, U., Wessel, T.: „Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel?“ Gesundheitswesen 2003; 65: 236-242

Caird, F.J. (Hrsg.): Drugs for the elderly. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen 1989

Molter-Bock: Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen, Diss. München, 2004

Platt, D., Mutschler, E.: Über die Gefahren durch die Verordnung im Alter. Ein Lehrbuch für Praxis und Klinik. Stuttgart: Wiss. Verlagsgesellschaft 1999, 23

Roth, Günter: Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege -- Nationale und internationale Befunde (Forschungsbericht, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Dortmund, 2001, 308 f.

Schneider, H.D.; Sigg, E., 1990: Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz (Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz), Universität Freiburg, Freiburg/Schweiz, 1990

Studie: Pflege ohne Gewalt? Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen, 2003

Winterstein, A., Jopp, R., Schäfer, M.: Ältere multimorbide Patienten in Apotheken gut betreut. Pharmazeutische Zeitung, Govi-Verlag, Eschborn, Vol. 11, 2001

*Torsten Wessel, Kreispharmazierat, Amtsapotheker, Kreis Wesel, Die Landrätin, Fachbereich Gesundheitswesen, 53-3 Pharmazeutischer Dienst, Mühlenstr. 9-11, 47441 Moers, Tel.: 02841-202-1121
E-Mail: torsten.wessel@kreis-wesel.de
Internet: www.kreis-wesel.de*

Das Projekt BKK Arzneimittelberatung

Heike Peters

Der Arzneimittelmarkt in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Industrienationen groß und unübersichtlich. Derzeit sind ca. 46.000 Präparate im Handel, jährlich kommen ungefähr 2.500 neue hinzu (<http://www.bfarm.de/de/Arzneimittel/statistik/index.php>). Der Anteil an den zugelassenen Medikamenten mit wirklich neu entwickelten Wirkstoffen nimmt sich dagegen recht bescheiden aus: im Jahre 2003 waren es gerade mal 17, im Jahr davor 28 (Fricke U, Schwabe, U., 2004).

Allerdings schließen diese Zahlen auch die so genannten Mee-too-Präparate ein. Das sind Arzneistoffe, die gegenüber den bereits bekannten Stoffen kaum Vorteile aufweisen, so genannte Schritt- oder Pseudoinnovationen. Wirkliche Neuentwicklungen mit neuen Therapieprinzipien sind dagegen eher selten. Die hohe Zahl an jährlich zugelassenen Arzneimitteln erklärt sich dadurch, dass häufig der gleiche Wirkstoff von mehreren pharmazeutischen Herstellern angeboten wird (so genannte Generika). So hat zum Beispiel ein Arzt die Auswahl unter 30 verschiedenen Präparaten mit dem Wirkstoff Atenolol. Ein Vorteil dieser Vielfalt ist

allerdings ein Preiswettbewerb zwischen den Herstellern.

Erst seit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes (AMG) im Jahr 1978 müssen alle Medikamente, die neu auf den Markt kommen, von der Zulassungsbehörde auf ihre Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit hin geprüft werden, unter anderem eine Konsequenz des Contergan-Skandals. Bis zum Ende des Jahres 2005, also 27 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, wird die Prüfung und Nachzulassung der vor 1978 auf dem Markt befindlichen Arzneimittel (sog. Altarzneimittel) abgeschlossen sein. VerbraucherInnen oder PatientInnen müssen also nach wie vor damit rechnen, Arzneimittel zu bekommen, die noch nicht abschließend von der Zulassungsbehörde geprüft sind. Das Ergebnis einer immer wieder verschleppten Umsetzung der Anforderungen im Arzneimittelgesetz.

Doch die Masse garantiert keine Klasse. Über-, Unter- oder Fehlversorgung in der Pharmakotherapie (Hasford J, Schubert I, Garbe E, Dietlein G, Glaeske G., 2004) belasten nicht nur die Gesundheit der PatientInnen, sondern auch die gesetzliche Krankenversicherung. Beispiele dafür sind die häufigen Verordnungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Altenheimen, die immer noch zu hohen Verschreibungen von Sexualhormonen für Frauen in den Wechseljahren oder die Behandlung cerebraler Durchblutungsstörungen mit Medikamenten zweifelhafter Wirksamkeit. Ein anderes Problem ist die als einseitig zu kritisierende Information der pharmazeutischen Hersteller an die verordnenden Ärzte/Ärztinnen. So hat das kritische Fachblatt *arznei-telegramm* im Jahr 2004 festgestellt, dass 94% der Aussagen in den Werbeunterlagen einer wissenschaftlichen Prüfung nicht standhalten (Kaiser T, Ewers H, Waltering H, Beckwermert D, Jennen C, Sawicki, P., 2004).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) oder Wechselwirkungen verschiedener Medikamente sind für 300.000 Krankenhauseinweisungen jährlich und Tausende von Todesfällen verantwortlich (Schneeweiss, S., Hasford, J. et al., 2002; Ebbesen, J. et al., 2001). Nach Hochrech-

nungen belaufen sich die Kosten auf 400 Mio. Euro (Arzneimittelbrief, 2002). Nicht mitgerechnet sind hier Komplikationen, die entstehen, wenn ärztlich verordnete Medikamente nicht vorschriftsmäßig eingenommen werden, also eine ängstliche oder schlecht informierte Patientin ihre Tabletten über- oder unterdosiert oder überhaupt nicht einnimmt.

Verschreibt ein Arzt/eine Ärztin einem/einer Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) Arzneimittel, so hat er/sie sich auch an die Vorgaben des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) zu halten. §2 des SGB V fordert, dass „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen...“ (dazu zählt auch die Arzneimitteltherapie)...dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben. Dabei sollen die Leistungen gleichzeitig „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein (§§2,12, 70). Im Sinne einer wirtschaftlichen Therapie sollte eine Arzneverordnung nicht nur medizinisch notwendig, sondern auch effektiv sein. Angesichts der Arzneimittelvielfalt ist die Auswahl der optimalen Therapie nicht immer einfach.

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) sind für Versicherte über 12 Jahren nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch in Ausnahmefällen ordnungsfähig. Zudem wurden durch das GMG bestimmte „Lifestyle“-Medikamente, also Arzneimittel wie Viagra, von der Leistungspflicht der GKV gesetzlich ausgeschlossen. Sowohl bei PatientInnen, als auch bei Ärzten/Ärztinnen und Mitarbeitenden der Krankenkassen bestehen nicht selten Unsicherheiten, wie die gesetzlichen Anordnungen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in die Praxis umzusetzen sind.

Das Projekt BKK Arzneimittelberatung

Der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen und das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen starteten im Oktober 2001 das Projekt der BKK Arzneimittelberatung. Die wissenschaftliche Leitung hat Professor Dr. Gerd Glaeske. Drei ApothekerInnen mit jeweils einer halben Stelle liefern das fachliche Know-how.

Sieben Betriebskrankenkassen beteiligen sich zurzeit daran.

Ziele und Aufgaben des Projektes

Ziel des Projektes ist die Verbesserung von Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der projektbeteiligten Betriebskrankenkassen (BKK). Die pharmazeutische Beratung von BKK-Versicherten, Ärzten/Ärztinnen und auch BKK-MitarbeiterInnen orientiert sich an den Kriterien der sog. Evidenzbasierten Medizin (EbM). Beratungsinstrumente sind Informationen aus Datenbanken (z.B. ABDA-Artikelstamm, Medline, DIMDI, Cochrane), Fachliteratur und Zeitschriften (z.B. arzneitelegramm, Arzneiverordnungen in der Praxis AVP) oder Leitlinien von Fachgesellschaften. Die BKK erhalten die Möglichkeit, sich ihren Versicherten gegenüber als Partner und kompetenter Gesprächspartner im Arzneimittelbereich zu präsentieren. Die kritisch informierte Patientin wird in die Lage versetzt, eine effektive Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Gerade im Bereich Arzneimitteltherapie wird das deutlich: schlecht informierte PatientInnen neigen sehr häufig dazu, die verordneten Arzneimittel nicht den Vorschriften entsprechend einzunehmen. Diese mangelnde „Compliance“ ist häufig der Grund für die Wirkungslosigkeit einer Therapie und bedeutet letztlich Verschwendung wertvoller Ressourcen. Das Projekt versteht sich daher als aktiver Beitrag zur Unterstützung des Arzt-Patientenverhältnisses, damit vor allem im Sinne einer partnerschaftlichen Beziehung eine optimale Therapieentscheidung getroffen werden kann.

Projektbausteine: Die Hotline

Ein wichtiger Baustein des Projektes ist die telefonische, gebührenfreie Beratung für alle Versicherten der beteiligten BKK, aber auch für deren Ärzte/Ärztinnen und ApothekerInnen. Über die Hotline ist montags bis donnerstags von 9:00 - 17:00 Uhr und freitags von 8:00 - 13:00 Uhr ein Apotheker bzw. eine Apothekerin erreichbar. Es werden vorwiegend Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, Informationen über Neben- und Wechselwirkungen, Internetapotheken oder neuen Wirkstoffen beantwortet. PatientInnen

nutzen auch die Möglichkeit, eine zweite kritische Meinung zu einer von Arzt oder Apothekerin vorgeschlagenen Arzneimitteltherapie einzuholen. Diese Fragen betreffen z.B. die Anwendung von Vitaminpräparaten, Zusatzbehandlungen bei Krebsleiden oder z.B. die Behandlung einer Gonarthrose mit Hyaluronsäure („Gelenkschmiere“). Solche Behandlungen sind häufig keine GKV-Leistung und müssen privat gezahlt werden (so genannte IGEL-Leistungen). Informationen finden Interessierte auch auf der Homepage des Projektes www.bkk-arzneimittelberatung.de oder in Artikeln ihrer Versichertenzeitschrift, die das Projekt den Kassen regelmäßig zur Verfügung stellt.

Auch MitarbeiterInnen der BKK haben die Möglichkeit, das Projekt als „Back-Office“ zu nutzen. Hier geht es z.B. um Fragen bei sog. off-label-use (Anwendung eines Arzneimittels außerhalb seines Indikationsgebietes) oder Kostenerstattung bei ausländischen Arzneimitteln.

Das Arzneimittelbulletin

Versicherte der beteiligten Betriebskrankenkassen haben auch die Möglichkeit, ihre pseudonymisierten Verordnungsdaten freizugeben. Damit nutzen sie einen weiteren Vorteil des Projekts: Sie erhalten eine Übersicht der für sie verordneten Arzneimittel des zurückliegenden Jahreszeitraums. Anhand der Übersicht werden die BKK-Versicherten in einem individuellen Beratungsgespräch auf mögliche Wechselwirkungen, Nebenwirkungen oder Überdosierungen hingewiesen. Auf Wunsch der Versicherten wird auch der behandelnde Arzt/die Ärztin kontaktiert. Die Versicherten erhalten Tipps, wie sie ihre Arzneimittel optimal einnehmen können, z.B. besser morgens oder abends, welche Nahrungsmittel die Arzneistoffaufnahme beeinflussen können oder Tipps zur nicht-medikamentösen Therapie.

Datenauswertung

Da die BKK die Verordnungsdaten in pseudonymisierter Form zur Verfügung stellen, sind weitergehende Analysen des Ordnungsverhaltens von ÄrztInnen möglich. So führt das Projekt in Koope-

ration mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) Auswertungen zu bestimmten Indikationsgebieten, wie z.B. Schmerztherapie durch. Die ÄrztInnen erhalten dann schriftliche Hinweise, die die Verordnungsweise der Arztpraxis reflektieren und möglicherweise optimieren sollen. Auch die BKK erhalten Auswertungen in Form von Übersichtstabellen, die für mehr Transparenz im Arzneimittel-sektor sorgen. Damit erhält die BKK die Möglichkeit, z.B. bei Auffälligkeiten die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Therapie zu verbessern.

Ausblick

Auch in Zukunft wird die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie ein wichtiges Thema sein. Allein die stetig steigenden Ausgaben im Arzneimittel-sektor machen einen rationalen Einsatz der vorhandenen Mittel erforderlicher denn je. Die Verordnung von unnötigen Medikamenten mit zweifelhaftem Therapieprinzip sollte ebenso der Vergangenheit angehören wie die undifferenzierte Verschreibung von vergleichsweise teuren Original- oder Nachahmerpräparaten. Eine Arzneimittelberatung, die von den Gesetzlichen Krankenkassen gefördert wird, kann hier ein Gegengewicht zum massiven Werbeeinsatz der Pharmaindustrie bilden. Sinnvoll eingesparte Mittel bieten Raum für die Kostenübernahme wirklich neuer innovativer Spezialtherapien (z.B. in der Behandlung von MS- oder KrebspatientInnen), die oft sehr teuer sein können.

Heike Peters, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, AG Arzneimittel-anwendungsforschung, Außer der Schleifmühle 35-37, 28203 Bremen, E-Mail: hpeters@zes.uni-bremen.de

Literatur:

Fricke, U., Schwabe, U. (2004). Neue Arzneimittel. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2004. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S.37-75

Hasford, J., Schubert, I., Garbe, E., Dietlein, G., Glaeske, G. (2004): Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. GEK-Edition, Bd.33, Asgard-Verlag, Sankt-Augustin.

Kaiser, T., Ewers, H., Waltering, H., Beckwermer, D., Jennen, C., Sawicki, P. (2004): Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? *arznei-telegramm* 35, 2/2004: 21-23

Schneeweiss, S., Hasford, J. et al. (2002): Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population based study. *Eur J Clin Pharmacol.* 58 (4): 285-291

Ebbesen, J. et al. (2001): drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Int Med* 161: 2317-2323

Arzneimittelbrief (2002): Unerwünschte Arzneimittelwirkungen als Grund für eine Krankenhausaufnahme, 36, 94.

Mediothek

„Der andere Kuss“

*Zur Klärung der Beziehungskrise bei
Alkoholabhängigkeit des Partners*

Eine Handreichung

Wir wissen es alle: Die von der Alkoholabhängigkeit eines Mannes am meisten Betroffenen sind seine Partnerin und seine Kinder. Während es für alkoholranke Männer inzwischen vielfältige auch von den Kassen getragene Therapieangebote gibt, ist es für die Familie immer noch schwer, Hilfe zu bekommen.

Unterstützung bei der Suche von Lösungen für dieses Problem will das Buch des Therapeuten Karl Lask geben. Er war bis 1990 Leiter einer Fachklinik für alkoholranke Männer und entwickelte mit seinem Team ein Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft unter Einbeziehung der Familien und weiterer strategisch wichtiger Personen in die systemisch orientierte Therapie. Seit 1982 führte er Seminare für Frauen von ehemals Alkoholabhängigen durch, um sie bei der Bildung von Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Zehn Jahre später haben Frauen aus seinen Seminaren den Förderkreis „Frauen helfen Frauen e.V.“ mit Sitz in Schwetzingen gegründet, der diese Handreichung herausgegeben hat.

„Der andere Kuss“ gibt Hilfestellung bei der Organisation und inhaltlichen Arbeit von Selbsthilfegruppen. Die Handreichung zeigt den Betroffenen den Zusammenhang auf zwischen der Beziehung zu ihrem alkoholabhängigen Partner und ihrer eigenen Gesundheit. Dabei kommen die

Frauen aus einer von ihm selbst betreuten Selbsthilfegruppe ausführlich zu Wort. Der Verfasser hebt ab auf die Beziehungsabhängigkeit als eine der Ursachen für die Verstrickung in die Lebensgeschichte des alkoholabhängigen Partners. Das Buch soll Mut machen, sich aus dem Kreislauf des Helfen Wollens, Nicht Loslassen Könnens zu befreien und damit auch dem

Mann den Weg frei zu machen, an seinem Problem zu arbeiten.

Neben den selbst erzählten Fallbeispielen sind auch die von Lask verfassten Textpassagen in für die Laien verständlicher Sprache geschrieben und mit anschaulichen Grafiken und Zeichnungen ergänzt. Die christliche Basis des Buches wird zwar deutlich („Frauen helfen Frauen e.V.“ ist Mitglied im Diakonischen Werk), ist aber frei von missionarischem Eifer.

Die Handreichung setzt neben der Freiwilligkeit der Bemühungen auf die Erkenntnis, dass wir Situationen nur ändern können, wenn wir uns selber ändern. (ch)

„Der andere Kuss“ ist für 12,80 € nur im Direktversand bei der Blaukreuz - Versandbuchhandlung, Postfach 20 02 52, 42202 Wuppertal zu beziehen, E-Mail: www.blaukreuz.de, oder über den Förderkreis „Frauen helfen Frauen“, E-Mail: W-Strohalm@gmx.de

Balance von Familie und Arbeitswelt

Von einer besseren Balance von Familie und Arbeitswelt profitieren die Familien, der Staat und die Unternehmen. Das Buch belegt in Beiträgen von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens wie z.B. Jutta Limbach, Michael Sommer, Peter Hartz, Roland Berger und Bert Rürup diese Thesen. Sein Anliegen ist, eine familienorientierte Personalpolitik in Unternehmen zu fördern.

In einem Serviceteil sind Untersuchungsergebnisse, Adressen und Literatur zum Thema aufbereitet. Initiativen wie die Allianz für die Familie oder das Audit Beruf und Familie werden vorgestellt. (us)

Renate Schmidt, Liz Mohn (Hrsg.): Familie bringt Gewinn. Innovation durch Balance von Familie und Arbeitswelt. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2004, 201 Seiten, ISBN 3-89204-778-2, 25,- Euro

Gender Mainstreaming in zivilgesellschaftlichen Organisationen

Die vorliegende Expertise gibt Argumentationshilfen zur Einführung von Gender Mainstreaming in Organisationen und stellt Ansätze und Implementierungskonzepte von zivilgesellschaftlichen Organisationen aus den Bereichen Soziales, Bildung, Jugend und Sport vor. Zudem werden idealtypische Elemente und Instrumente zur Gestaltung von Prozessverläufen skizziert. Umsetzungsfragen und grundsätzliche Fragen werden erörtert. Damit gibt das Buch wertvolle Anstöße und Anregungen zu Gender Mainstreaming. (us)

Marianne Weg: Going Gender für die BürgerInnengesellschaft. Gender Mainstreaming in zivilgesellschaftlichen Organisationen. Studie für den Arbeitskreis "Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat" der Friedrich-Ebert-Stiftung. 2005, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, 95 Seiten, ISBN 3-89892-314-2, kostenlos zu beziehen über E-Mail: svetlana.rodewald@fes.de Viele Welten leben.

Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund

In den Städten und Gemeinden der Bundesrepublik Deutschland haben schon bis zu 30 % aller weiblichen Jugendlichen einen Migrationshintergrund. Dennoch gab es bislang kaum fundierte Daten über diese Zielgruppe. Eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene empirische Untersuchung beschäftigt sich nun systematisch mit dieser Lücke: Im Winter 2001/2002 wurden insgesamt 950 Mädchen und unverheiratete junge Frauen im Alter von 15 - 21 Jahren in persönlichen Interviews anhand eines vollstandardisierten Fragebogens zu ihrer Lebenssituation und ihren Lebenseinstellungen befragt. Zu Wort kamen dabei weiblichen Jugendliche mit griechischem, italienischem, ehemals

jugoslawischem, türkischem Hintergrund und aus Familien aus der ehemaligen Sowjetunion.

Die - nun über das Internet kostenlos beziehbare - Berichterstattung vermittelt vielfältige Fakten und Einsichten zu folgenden Themenbereichen:

- Woher sie kamen: Verschiedenheit in den Migrationsbiografien
- Wie sie leben: Soziale Bedingungen und räumliches Umfeld
- Familienbande: Rolle und Bedeutung der Familie
- Nicht nur allein zu Hause: Freizeit und Freundschaften
- Bildung, der goldene Armreif: Bildung und Ausbildung
- Zuhause in zwei Sprachen: Mehrsprachigkeit und Sprachmilieu
- Selbstverständlich gleichberechtigt: Partnerschaft und Geschlechterrollen
- Körperlust: Körperbewußtsein und Sexualität
- Herkunft zählt: Ethnizität und psychische Stabilität
- Wie hältst Du's mit der Religion: Religiöse Einstellungen
- Beratung: Muss das sein ? Organisierte Freizeit und Hilfen in Krisen.

Dabei werden sämtliche Daten auch nach nationaler Herkunft differenziert ausgewiesen und interpretiert.

Die Darlegungen der beiden Autorinnen (Ursula Boos-Nünning und Yasemin Karakaçoğlu) sind zu umfangreich, um sie in diesem Literaturhinweis auch nur ansatzweise skizzieren zu können. Sichtbar wird insbesondere eine große Pluralität an Orientierungen und Einstellungen innerhalb der einzelnen Migrationshintergründe. Dementsprechend warnen die Autorinnen davor, die Zielgruppe „in erster Linie als Zugehörige zu einer bestimmten Ethnie, Religion oder nationalen Herkunftsgruppe zu betrachten und damit scheinbar eindeutig zuzuordnen“. Wichtig sei vielmehr die Offenheit „für individuelle oder gruppenspezifische Orientierungen, die im Zusammenhang mit dem Alter, dem Bildungsstand, dem sozialen Status der

Familie und vielen anderen Variablen stehen.“ Abgerundet ist die Lebensweltstudie durch Empfehlungen an Politik und Pädagogik, die mit Blick auf die je spezifischen Ressourcen und Kompetenzen der Beteiligten Möglichkeiten kultursensibler und respektvoller Unterstützung aufzeigen. (ih)

*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): **V i e l e W e l t e n l e b e n**. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund.*

PDF-Datei: www.bmfsfj.de (→ Forschungsnetz, Forschungsberichte) Als Kurzbericht (ca. 50 ausgedruckte Seiten) und Langfassung (3.666 KB) erhältlich.

Aktualisiert! Materialsammlung Wechseljahre und Hormontherapie

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW hat anlässlich ihrer Fachtagung vom 22.4.05 “Den Wechsel gestalten“ in Düsseldorf ihre umfangreiche Materialsammlung zum Thema Wechseljahre und Hormontherapie umfassend aktualisiert. www.frauengesundheit-nrw.de > Gesundheitsthemen

Ansprechpartnerin: Dr. Monika Weber, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW/ Bad Salzuflen, Fon: 05222-63 62 94/-95,

koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

www.frauengesundheit-nrw.de

Neu! Materialsammlung Frauen und Medikamente

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW hat ihre neue Materialsammlung zum Thema Frauen und Medikamente auf ihre Homepage gestellt. Unter www.frauengesundheit-nrw.de > Gesundheitsthemen finden Sie Hintergrundartikel, Berichte und Materialien (mit

einem Schwerpunkt auf Materialien aus NRW) sowie eine Auswahl an Literaturhinweisen und Links. Die Materialien sind gegliedert nach den Unterthemen:

- Frauen und Medikamentenabhängigkeit
- Die Berücksichtigung von Frauen in der Pharmaforschung
- Medikamenteneinnahme in Altenheimen.

Ansprechpartnerin: Carola Lehmann, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW/ Köln, Fon: 0221-801 77 78, koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

www.frauengesundheit-nrw.de

Gender in der Selbsthilfe

Genderfragen waren bis vor einigen Jahren in der Selbsthilfe weder innerverbandlich noch fachlich von Interesse. Das ändert sich allmählich. Die Gender-Ag der deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) hat einen ersten Reader zum Thema vorgelegt. Darin wird u.a. über eine Untersuchung berichtet, die die DAG SHG mit der Ev. Fachhochschule Darmstadt und dem Tübinger Institut für Frauenpolitische Sozialforschung zur Verfestigung und Verflüssigung von Geschlechterrollen in der Selbsthilfe durchgeführt haben. Interessant ist zudem neben Grundsatzartikeln der Beitrag zu Gender-Kompetenz als fachlichem Bestandteil professioneller Selbsthilfeunterstützung. Zudem werden einige Zahlen zum Geschlechterverhältnis in der Selbsthilfe berichtet. (us)

*Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: **Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe**, Giessen, ISBN 3-00-015571-6, 2005.*

Filmreihe „Zu dick? Zu dünn?“

Diese von der BZgA herausgegebene Filmreihe stellt das Thema „Ess-Störungen“, eingebettet in den Lebenszusammenhang von Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren vor. In den vier Filmfolgen à 15 Minuten kommen vor allem nicht akut betroffene Jugendliche zu den Themen Körper und Wohlbefinden, Ernährung, Ess-Störungen sowie Therapie- und Selbsthilfemöglichkeiten zu Wort. Die dazugehörige Begleitbroschüre richtet sich besonders an Pädagoginnen und Pädagogen in der schulischen und außerschulischen Jugendarbeit, die mit dem Problem Ess-Störungen konfrontiert sind. Sie gibt im ersten Teil präventiv orientierte Hintergrundinformationen zu Ess-Störungen und Hinweise für die pädagogische Praxis. Der zweite Teil enthält konkrete und praxisnahe Vorschläge für die Arbeit mit den Filmfolgen, während im dritten Teil Texte aus den Filmen sowie Hinweise auf Beratung, Materialien und Literatur zusammengestellt sind. (ib)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Zu dick? Zu dünn? Ess-Störungen bei Jugendlichen, Videokassette mit Begleitmaterialien zur Filmreihe. Köln, 2002/2004, Bestell-Nr. 99 860 000, 8 Euro incl. Versand, Bezugsadresse: BZgA, 51101 Köln, Fax-Nr. (0221) 8992-257

Atemarbeit für Demenzerkrankte

Die Demenz ist durch vergessen, Kontrollverlust und Ängste gekennzeichnet. Damit gehen Störungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einher. Im Langzeitgedächtnis werden das Körpergefühl und die Automatisierung von Bewegungsabläufen gespeichert. Somit wird bei Demenz auch das Körpergefühl gestört und geht schließlich verloren. All dies führt zu Stress und

Blockaden. Hier setzt die Methode des Erfahrbaren Atems nach Prof. Ilse Middendorf an. Die Eigenwahrnehmung wird gestärkt, durch Bewegung und Atem werden dem/der Übenden Körper Räume aufgezeigt.

Der Motivationsfilm mit Begleitbuch richtet sich an Pflegende, AtemtherapeutInnen und betroffene Angehörige. Es sollen Anregungen für die positive Personarbeit gegeben werden. (us)

Edda Groenhagen, Hildegard Krüger: Atemarbeit für Demenzerkrankte, Selbstverlag, Emden, 2004, E-Mail: hkmemmo29@web.de, www.atem-ist-leben.de

Was bewirkt Gender Mainstreaming?

Noch stehen Implementationen von Gender Mainstreaming am Anfang. Der vorliegende Sammelband will aus politikwissenschaftlicher Sicht die Wirkungsweise des Instrumentes Gender Mainstreaming beleuchten. Neben Debatten um das Instrument werden Ansätze einer gendersensiblen politikwissenschaftlichen Begleitforschung dargestellt. U.a. geht es um institutionalistische Ansätze, um Policy-Learning, um vergleichende Wohlfahrtsstaatsanalyse. Erste Befunde werden zu den Themen Gleichstellungspotenzial der neuen EU-Verfassung, Gender-Kompetenz in der Städtebaupolitik, Gender Mainstreaming in Städten und Kommunen sowie zum Geschlechterwissen von AkteurInnen der Verwaltungsreform. (us)

Ute Behning, Birgit Sauer (Hrsg.): Was bewirkt Gender Mainstreaming? Evaluation durch Policy-Analysen, Campusverlag, Frankfurt a.M., 2005, ISBN 3-593-37608-3, 240 Seiten, 29,90 Euro.

Gender Medizin

Endlich ist das erste Buch zum Thema „Gender Medizin“ im deutschsprachigen Raum erschienen. Im Duktus wie andere Medizinbücher angelegt, hat es gute Chancen, Eingang in den Mainstream zu finden. Klassische medizinische Fächer wie Allgemeinmedizin, Onkologie, Neurologie, Chirurgie, Kardiologie werden unter geschlechtsspezifischen Aspekten behandelt. Zudem wird Grundsätzliches zur Gender Sensitivität vermittelt. Weitere Themen sind z.B. die alternde Bevölkerung oder Gender-Aspekte bei Routinedaten von Krankenkassen. Die Kapitel sind in ihrer Qualität sehr unterschiedlich. Auch wenn es einige Ungenauigkeiten hier und dort gibt, ist diesem Buch eine große Resonanz in der Medizin zu wünschen. Es richtet sich sowohl an praktizierende MedizinerInnen als auch an Studierende der Medizin. (us)

Anita Rieder, Brigitte Lohff (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, Springer, Wien, New York, 2004, 443 Seiten, ISBN 3-211-00766-0, 59,80 Euro

Frauen- und Geschlechterforschung

Das Handbuch bietet mit Beiträgen zu 90 Stichworten einen fundierten Überblick über die Entwicklung und den aktuellen Stand der deutschsprachigen und internationalen Frauen- und Geschlechterforschung. Im ersten Teil werden zentrale Fragestellungen wie Doing Gender, Subsistenzansatz oder weibliche Moral und Theoriekonzepte wie Modernisierungstheorien, Poststrukturalismus oder Habitus und sozialer Raum behandelt. Im zweiten Teil finden sich Methoden wie Netzwerkforschung, Oral History und Diskursanalyse. Der umfangreichste Teil präsentiert Forschungsergebnisse und Arbeitsfelder zu den Themenbereichen Lebensphasen

und -lagen, Arbeit, Politik und Ökonomie, Körper und Gesundheit, Bildung und Kultur sowie Frauenbewegungen und Gleichstellungspolitiken. Die Beiträge sind einheitlich gegliedert. Zentralen Definitionen, grundlegenden Studien und Debatten folgen aktuelle (Forschungs-) Ergebnisse und ein Ausblick auf Forschungsfragen und Zukunftsvisionen. (us)

Ruth Becker, Beate Kortendiek (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004, 736 Seiten, ISBN 3-8100-3926-8, 34,90 Euro

Älter werden...

In der neuen CLIO werden frauengesundheitsspezifische Aspekte des Älterwerdens aufgegriffen: Neben dem Wunsch nach Aufhebung oder Umkehrung des Alterungsprozesses mit Medikamenten und plastischer Chirurgie gewinnt die Idee des Pro-Ageings - die Betonung der gesundheitsfördernden Faktoren im Alterungsprozess - an Bedeutung. Weitere Themen sind Sexualität im Alter und Wege zum erholsamen Schlaf. Befindlichkeitsstörungen können im Alter zunehmen, depressive Verstimmungen und Depressionen belastender werden. Die CLIO zeigt Möglichkeiten der Hilfe und Selbsthilfe auf. Zudem wird u.a. über ein Forschungsprojekt zum Thema „Pflege als Chance. Erkenntnisse pflegender Angehöriger“ berichtet. (us)

Clio - die Zeitschrift für Frauengesundheit Nr. 60, ist für 3,60 Euro zu beziehen über den Buchhandel unter der ISSN-Nummer 0933-0747 oder über das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Bamberger Str.51, 10777 Berlin, Tel: 030-213 95 97, E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de (zzgl. 1,20 Euro Versandkosten)

Termine

Fundraising Workshop

Zauberformel oder praktische Hilfe für das Erschließen neuer Quellen!?

„Ohne Moos nichts los“, über die Auswirkungen dieser Redewendung hören und lesen wir täglich in den Medien. Auch Sie können ein Lied davon singen! Auf dem Hintergrund reduzierter öffentlicher Förderung müssen mit zunehmender Dringlichkeit zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden, um den Fortbestand Gemeinwesen orientierter Arbeit zu sichern.

Aus unserer langjährigen Berufserfahrung im Fundraising-Bereich wissen wir, dass dies ein kontinuierliches Thema insbesondere in Frauen- und Mädchenprojekten ist und viel Zeit bindet, die für die Erfüllung der wesentlichen Aufgaben nicht zur Verfügung stehen kann. Die Lieder, die hier gesungen werden, sind viel zu oft Klagelieder, die den Mangel beschreiben und wenig Raum für kreative Ideen lassen.

Wir möchten Sie ermutigen, sich dieser kreativen Kraft wieder bewusst zu werden. Werden Sie erfolgreiche Fundraiserin für Ihre Einrichtung, Ihren Verband oder Ihren Verein und aktivieren Sie durch attraktive Aktivitäten bereits versiegte Quellen.

Anhand von praktischen Beispielen erfahren die Teilnehmenden, unter welchen Voraussetzungen Fundraising zum Erfolg führen kann. Wir legen den roten Faden aus, der Ihnen den Weg zeigen wird alt Bekanntes neu zu strukturieren, zu planen und erfolgreich umzusetzen.

Inhalte sind folgende Themen: Voraussetzungen für den optimalen Einsatz von Fundraising-Instrumenten; unentdeckte Instrumente in der SpenderInnen-Akquise; lohnende Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen; Vernetzung heißt Kräfte bündeln; Erfahrungen anderer Organisationen.

Zielgruppe sind Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen in gemeinnützigen Einrichtungen, die sich intensiver mit dem Thema Fundraising beschäftigen und denen viel Fragen unter den Nägeln brennen.

Zeit: 15. Juli 2005, 9.30 Uhr bis 17.00 Uhr

Die Fundraising-Trainerinnen stehen den Teilnehmerinnen in einer anschließenden Fragestunde zur Verfügung.

Seminarort: Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen e.V. (VNB), Ilse-Ter-Meer-Weg 6, 30449 Hannover

Kosten: 70,00 Euro (inkl. Seminarunterlagen, Getränke und Gebäck)

Anmeldeschluss: 15. Juni 2005

Dozentinnen

Heidi Linder, Jg. 1955, Diplom Sozialpädagogin, berät und begleitet als begeisterte und erfahrene Fundraiserin Non-Profit-Organisationen, auf neuen Wegen der alternativen Mittelbeschaffung. „Gemeinsam zum Erfolg“, ist ihr Motto, mit dem sie Hilfe zur Selbsthilfe anbietet und Unterstützung für das professionelle Einwerben von Spenden und anderen Förderquellen gibt. Sie ist Mitglied im Deutschen Fundraising Verband, dessen ethische Grundregeln sie sich verpflichtet hat.

Andrea Othmer, Jg. 1961, Diplom Sozialwissenschaftlerin. Als engagierte Fundraiserin unterstützt sie Non-Profit-Organisationen und Kommunen bei der Akquise „neuer Quellen“. Ihr Steckenpferd ist das Sozial-Sponsoring. Von ihr initiierte Partnerschaften zwischen Unternehmen und NPO's führten zur Verwirklichung kreativer Ideen und wichtiger Projekte. Gemeinsam mit Heidi Linder konzipiert sie Fundraising-Kampagnen, die auf die individuellen Bedarfe der Einrichtungen zugeschnitten sind.

HEIDI LINDER Fundraising, Beratung und Begleitung für Non-Profit-Organisationen, Godehardstr. 7, 31137 Hildesheim Tel.: 05121-284 94 55, E-Mail: heidi-linder@gmx.de

Optima², Veranstaltungsmanagement & Fundraising GbR, Andrea Othmer, Christine Kociol, Hohe Straße 9, 30449 Hannover, Tel.: 0511-92 40 01 54, E-Mail: Optima2@gmx.de

EU-Fördermöglichkeiten in den Bereichen Bildung/Kultur und Frauen/Soziales

Seminar für Frauen am 30. Juni. - 1. Juli 2005 in Hamburg

In diesem Seminar erhalten Sie zunächst einen Überblick über den Europäischen Förderdschungel. Sie lernen die Programmstrukturen, die verschiedenen Finanzierungsinstrumente und diverse Förderprogramme der EU kennen und erhalten somit konkrete Anhaltspunkte für ihre individuelle Fördermittelrecherche.

Darüber hinaus werden Sie mit den Vergabemodalitäten und den Antragsverfahren vertraut gemacht, so dass Ihr Projektantrag nicht schon an formalen Förderkriterien scheitert. Der zweite inhaltliche Schwerpunkt des Seminars befasst sich mit Aufbau und Inhalten eines Projektantrages und den Eckdaten zur Erstellung eines Kosten- und Finanzierungsplanes. Es besteht die Möglichkeit mitgebrachte Projektideen weiterzuentwickeln bzw. zu modifizieren, so dass diese als förderfähig betrachtet werden können. Unterstützung bei konkreten Fragen der Antragstellung wird selbstverständlich auch geleistet.

Zielgruppe / TeilnehmerInnenzahl

MitarbeiterInnen aus Projekten und Initiativen, EU-Anfängerinnen und Fortgeschrittene, max. 14 Teilnehmende

Termine / Anmeldung

2 Tage, 30.6. - 1.7.2005, Anmeldung per Post bitte bis zum 24. Juni 05

Kosten: 260,00 EURO je Teilnehmerin (incl. MwSt.)

Nähere Auskünfte: Beatrix Herkströter, Graf-Spee-Str. 44, 24105 Kiel, Tel. 0431-8008752

Ess-Störungen am Arbeitsplatz

Seminar vom 28.-29. September 2005 in Hannover

Am Arbeitsplatz werden Personen mit Ess-Störungen auffällig und benötigen Unterstützung. Das Fortbildungsangebot hat zum Ziel, eine Praxishilfe für Führungskräfte, Frauenbeauftragte, Personalräte und Suchtbeauftragte am Arbeitsplatz anzubieten.

Nähere Auskünfte erteilen: Dr. Kathrin Beyer, Tel. 0511 - 1626066 oder Ute Pegel-Rimpl, E-Mail: pegel.rimpl@t-online.de

Impressum

Rundbrief 19 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Mai 2005, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/3500052, Fax 0511/3505595, Email: ute.sonntag@gesundheitsnds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Ute Sonntag, Hildegard Müller

Beiträge: Iris Bunzendahl, Friederike Fischer, Felice Gallé, Dr. med. Frauke Gerhardt, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Dr. Ingrid Helbrecht, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Heike Peters, Angelika Voß, Torsten Wessel

Die Arbeit des Netzwerkes kann durch eine Spende auf das Konto 103330 bei der Stadtsparkasse Hannover, BLZ 25050180, unterstützt werden. Stichwort „Netzwerk“ vermerken. Kontoinhaberin ist die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Eine Spendenquittung kann ausgestellt werden.

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Herbst 2005. Redaktionsschluss ist Ende September 2005.

Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
20./ 21. Mai 2005, 24./ 25. Juni 2005, 09./10. September 2005, Göttingen	Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als Folge von Gewalterleben bei Frauen und Mädchen Erkennen - beraten - weitervermitteln Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialarbeit, Beratung und Gesundheitswesen	Therapeutische Frauenberatung e.V. Göttingen Groner Str. 32/33 37073 Göttingen Tel: 0551-45615 E-mail: therapeutische-frauenberatung@w4w.de www.therapeutische-frauenberatung.de
02. - 05. Juni 2005 Heidelberg	Anthropologie und Psychologie von Schwangerschaft und Geburt 16. Internationaler Kongress der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM)	Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) Sekretariat, Herr und Frau Bischoff Friedhofsweg 8, 69118 Heidelberg E-Mail: secretary@isppm.de www-isspm.de
3.-4. Juni 2005 Bremen	Arzneimittelanwendungsforschung: Qualitätssicherung und Verbraucherschutz Tagung	Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Elke Anna Eberhard, Tel.: 0421-218-7269, Fax: -7455 E-Mail: eberhard@zes.uni-bremen.de
6.-7. Juni 2005 Hannover	Gewaltprävention im sozialen Nahraum, offenes Forum auf dem 10. Deutschen Präventionstag	Online-Anmeldung: www.praeventionstag.de Fax: 0511-2354950
19. September 2005 Fachhochschule Frankfurt a.M.	Alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder Tagung	FH Frankfurt, Institut für Suchtforschung (ISFF), Kontakt: Jana Fritz, Tel. 069-1533-3152, E-Mail: fritz@fb4.fh-frankfurt.de
29. September - 2. Oktober 2005 Berlin	Oh Schmerz, lass nach! Geschlechtsspezifische Aspekte von Schmerzen; wiss. Kongress	Deutscher Ärztinnenbund e.V., Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel: 030-400 456 540, Fax: -541, www.aerztinnenbund.de
21./22. Oktober 2005 bis Oktober 2006	Trauma-Arbeit Fortbildungsreihe in sechs aufeinander aufbauenden Seminaren	FrauenTherapieZentrum München e.V., Fortbildung und Supervision, Alexandra Wochinger, Güllstr. 3, 80336 München, E-Mail: alexandra.wochinger@ftz-muenchen.de
05.– 06. November 2005 Leipzig	Linientreu? - Frauen-Leben und Gesundheit im Wandel Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF e.V.) Neues Rathaus / Universität, Leipzig	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., Knochenhauerstr. 20/25 28195 Bremen Tel: 04 21/4 34 93 40 Fax: 04 21/1 60 49 60 E-Mail: buero@akf-info.de www.akf-info.de
17.-18. November 2005 Berlin	Health Care and Quality: Challenges of Gender Equality and Consumer Involvement Internationaler Kongress	Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Elke Anna Eberhard, Tel.: 0421-218-7269, Fax: -7455 E-Mail: eberhard@zes.uni-bremen.de