

RUNDBRIEF

35 August
2014

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite 8

Aktuelles

Pille danach und kein Ende – wann siegt die Vernunft?



Seite 12

Regionales

Netzwerk
»Krisen rund um
die Geburt«



Seite 13

Schwerpunkt

Gendermedizin



Rundbrief 35 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
August 2014

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion:

Ursula Jeß, Claudia Hasse, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Birgit Vahldiek, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.
Edith Ahmann, Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Edith Ahmann, Dr. Maria Beckermann, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Ursula Jeß, Karin Helke-Krüger, Dr. Ellen Kuhlmann,
Dr. Mona Motakef, Christine Müller, Lea Oesterle, Christina Sachse, Kathrin Schrader, Dr. Ute Sonntag, Regine
Wlassitschau

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

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de als PDF eingestellt.
<http://tinyurl.com/l9pvn7g>

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

in diesem Jahr ist das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen sehr medizinaffin. Das Thema unserer jährlichen Fachtagung am 27. Oktober 2014 in Hannover wird die sogenannte „prädiiktive“ Medizin sein, also Gentests und ihre Aussagekraft hinsichtlich einer zukünftigen Erkrankung. Außerdem haben wir für diesen Rundbrief das Schwerpunktthema Gendermedizin gewählt.

Zu unterscheiden, ob eine Frau oder ein Mann erkrankt und behandelt wird, ist eine Neuentwicklung in der Medizin. Erst 2004 wurde das erste Buch zu Gendermedizin im deutschen Sprachraum veröffentlicht. Gender in der Medizin ist noch nicht Routine, auch im Lehrbetrieb nicht. Es gibt jedoch Ausnahmen: So existiert an der Charité eine Arbeitsgruppe zu Gendermedizin, die dies zu einem Studienschwerpunkt gemacht hat und sie in der Lehre fest etabliert hat.

Es ist schon länger bekannt, dass Frauen und Männer Medikamente unterschiedlich verstoffwechseln. Seit 2004 ist per Gesetz festgeschrieben, dass neue Medikamente an Frauen und Männern getestet werden

müssen, bevor sie auf den Markt kommen. Was sich seither im Bereich Frauen und Medikamente tut, beschreibt Prof. Gerd Glaeske. Dass Prothesen unterschiedlich für Frauen und Männer konstruiert sein müssten, aber noch lange nicht in ausreichendem Maße vorgehalten werden, ist Thema des Beitrages von Karin Helke-Krüger. Des Weiteren befassen sich die Schwerpunktbeiträge mit Aspekten der Kommunikation zwischen ärztlichem Fachpersonal und behandelten Frauen und Männern, mit Organspenden, mit den bei Frauen häufigen Erkrankungen der Schilddrüse und mit einer Bewertung der Gendermedizin als Disziplin.

In der Rubrik „Regionales“ berichten wir gerne über das, was Sie in den Regionen zu Frauen und Gesundheit aktiv vorantreiben. Schreiben Sie uns! Lassen sie uns teilhaben! In diesem Heft geht es um Teilzeitausbildung in der Altenpflege in Göttingen und um das neu gegründete Netzwerk „Krisen rund um die Geburt“.

Wir wünschen Ihnen in dieser heißen sommerlichen Zeit ausreichend Muße und einen kühlen Kopf beim Lesen.

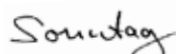
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



Birgit Vahldiek
SOVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.

Aktuelles

Ausstellung »Ohne Angst verschieden sein ...« 05

HPV-Impfung und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs:
Ausgewogene Gesundheitsinformationen unerwünscht 05

Pille danach und kein Ende – wann siegt die Vernunft? 08

Selbstbestimmung und Gesundheit von Frauen:
Vom hohen Gut zum Werbeslogan? 09

Regionales

Teilzeitausbildung in der Altenpflege 11

Netzwerk »Krisen rund um die Geburt –
Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett« 12

Schwerpunkt: Gendermedizin

Bei Frauen ist vieles anders, auch in der Arzneimittelversorgung 13

Der Kleine Unterschied –
und seine Folgen bei Knie-Endoprothesen für Frauen 16

Frauen und Schilddrüsenerkrankungen 18

Frauen spenden, Männer empfangen –
Gender und Normen bei Lebendorganspende 21

Geschlecht und Kommunikation im ärztlichen Setting 24

Sex und Gender in der Gesundheitsversorgung 28

Mediothek 33

Termine 36

Ausstellung

»Ohne Angst verschieden sein ...«

Birgit Vahldiek

Eine Ausstellung über Menschen mit Behinderungen: Von ihrer Ausgrenzung und Ermordung im Nationalsozialismus zu ihrer Integration und Inklusion heute.

Es war die gemeinsame Idee vom SoVD-Landesverband Niedersachsen und dem Volksbund Deutsche Kriegsgräberfürsorge, eine Wanderausstellung zu erarbeiten, die das Leben von Menschen mit Behinderungen und den Umgang mit ihnen im Wandel der Zeiten zeigt. Die Idee ist realisiert worden und eine

Ausstellung in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Institut für historische Regionalforschung (NIHR) erstellt worden. Schwerpunkte sind die Verfolgung und Ermordung behinderter Menschen im Nationalsozialismus sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe heute. Erstmals werden in dieser Ausstellung historische mit aktuellen gesellschaftlichen Sichtweisen verknüpft. Zu der Ausstellung ist auch eine umfangreiche pädagogische Handreichung erhältlich.

Weitere Informationen zu der Ausstellung und zum Verleih erhalten Sie bei Kathrin Schrader, Tel.: 0511 – 70 148 93, E-Mail: kathrin.schrader@sovd-nds.de oder auf der Internetseite www.ohne-angst-verschieden-sein.de

HPV-Impfung und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs: Ausgewogene Gesundheitsinformationen unerwünscht

Derzeit steht eine unabhängige und ausgewogene informierende Broschüre zu Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und HPV-Impfung unter dem Beschluss des Berufsverbandes der Frauenärzte und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Die Broschüre wird von dem interdisziplinären und multiprofessionellen „Nationalen Netzwerk

Frauen und Gesundheit“ herausgegeben. Zahlreiche Frauengesundheitsorganisationen wie der pro familia Bundesverband, der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), der Bundesverband der Frauengesundheitszentren e. V. und der Deutsche Hebammenverband e. V. sind Mitglied im Nationalen Netzwerk

Frauen und Gesundheit. Die Broschüre informiert ausführlich über Gebärmutterhalskrebs und Themen, die damit in Zusammenhang stehen, zum Beispiel über die herkömmliche zytologische Früherkennungsuntersuchung (Pap-Test), über den HPV-Test und über die HPV-Impfung. „Ziel ist es, Frauen, Mädchen und deren Eltern die höchstpersönliche Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung bzw. Impfung zu erleichtern“, so Dr. Ute Sonntag, Koordinatorin des Netzwerks. Die Broschüre erschien 2008 und wurde 2011 aktualisiert. Finanziert wurde sie von der Techniker Krankenkasse und von der BARMER GEK (www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de).

Die HPV-Impfung lässt noch Fragen offen

Der Berufsverband der Frauenärzte beklagt, dass die Broschüre kritische Informationen zur HPV-Impfung enthalte, und verlangt, diese zu entfernen und durch eine positive Bewertung der Impfung zu ersetzen. „Fakt ist, dass die Broschüre ausgewogen und auf der Basis wissenschaftlicher Studien die Vor- und Nachteile der Impfung darstellt“, betont Susanne Steppat vom Deutschen Hebammen-Verband. Glücklicherweise haben sich die anfänglichen Befürchtungen gegenüber der bei Zulassung unzureichend erforschten Impfung nicht bestätigt. Dies wurde 2011 in die Aktualisierung der Broschüre aufgenommen. Entgegen der Einschätzung des Berufsverbands der Frauenärzte sind aber längst nicht

alle Fragen im Zusammenhang mit der HPV Impfung beantwortet. So weiß man nichts über die langfristigen Auswirkungen der Impfung, wie lange der Impfschutz anhält oder ob tatsächlich weniger Frauen an Gebärmutterhalskrebs sterben, auch nicht, wie die Impfung mit der Krebsfrüherkennung verzahnt werden soll.

Die derzeitige Praxis der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung ist reformbedürftig

Expertinnen und Experten beraten derzeit in verschiedenen Gremien, welche Form der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs das beste Nutzen-Schadensverhältnis hat. In Deutschland sieht das Programm bisher vor, dass bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich ein zytologischer Abstrich (Pap-Test) durchgeführt wird. Die häufigen Pap-Tests führen besonders bei jungen Frauen zu unnötig vielen Diagnosen von verdächtigen Zellveränderungen, die sich fast immer wieder von selbst zurückbilden. Dies führt zu Übertherapien und geht mit großen psychischen Belastungen für die Frauen einher. Außerdem erhöht zum Beispiel die Entfernung des verdächtigen Gewebes durch eine Konisation (Kegelschnitt), die Wahrscheinlichkeit für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Ein Screening-Programm, das den HPV-Test einbezieht und die Untersuchungsintervalle für Frauen, bei denen der HPV-Test keinen Befund zeigte, verlängert, könnte die Zahl der

überflüssigen Diagnosen und Behandlungen erheblich reduzieren. Eine 2013 im anerkannten Wissenschaftsmagazin Lancet veröffentlichte europäische Studie mit insgesamt 180.000 Teilnehmerinnen zeigt, dass ein HPV-Test-basiertes Screening ab 30 Jahren mit Intervallen von drei bis fünf Jahren, Frauen effektiv vor Gebärmutterhalskrebs schützt (1).

Auch in Deutschland will der Gesetzgeber die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses neu regeln. Das 2013 verabschiedeten Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz (KFRG) (<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-02/kfrg-tritt-in-kraft.html>) regelt die Versorgungsstandards bei der Struktur und Qualität der Untersuchung und orientiert sich dabei an den Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung der Krebsfrüherkennung. „Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit begrüßt die Qualitätssicherung in diesem Bereich. Das war lange überfällig.“ betont Prof. Dr. Daphne Hahn, Vorsitzende des pro familia Bundesverbandes.

Wenig Verständnis hat das Netzwerk für die Haltung des Berufsverbandes der Frauenärzte, der um die Beibehaltung der bisherigen Praxis kämpft. Er kündigte zusammen mit anderen Fachverbänden (zum Beispiel Deutsche Gesellschaft für Zytologie), die daran interessiert sind, weiterhin nur den Pap-Test in jährlichen Intervallen ab dem 20. Lebensjahr durchzuführen, sogar die Mitarbeit in der Leitlinie zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebs auf.

Es geht um viel Geld – bei der einen wie bei der anderen Methode. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist derzeit mit der Umsetzung der veränderten Screening-Praxis betraut. Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit fordert den G-BA auf, den Vorgang zu beschleunigen und die Krebsfrüherkennung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse neu zu regeln. Die finanziellen Interessen einzelner Berufs- und Lobbygruppen müssen dabei außen vor bleiben.

(1) Ronco, G. et al. (2013): Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. In: The Lancet, Nov. 3, 2013, published online. www.thelancet.com

Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., E-Mail: Ute.Sonntag@gesundheits-nds.de

Dr. Maria Beckermann, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), E-Mail: maria.beckermann@akf-info.de

Pille danach und kein Ende – wann siegt die Vernunft?

Es darf keine weiteren Verzögerungen bei der Entlassung aus der Rezeptpflicht geben, fordert pro familia.

Am 23. Mai 2014 ist die Pille danach zum wiederholten Mal Thema im Bundesrat. Dieser wird sich wie schon am 5. Juli und am 8. November 2013 für die Entlassung von Levonorgestrel aus der Rezeptpflicht aussprechen und die Bundesregierung auffordern, dies endlich umzusetzen. Eine weitere Verzögerung dieses wichtigen gesundheitspolitischen Schritts schadet massiv der Frauengesundheit, erklärt pro familia.

„Die Argumente von den Ärzteverbänden, die angeblich gegen eine rezeptfreie Vergabe von Levonorgestrel sprechen, sind längst widerlegt und täuschen niemanden mehr“, sagte Prof. Dr. Daphne Hahn, Bundesvorsitzende von pro familia.

In Publikationen und Fachartikeln, wissenschaftlichen Expertisen und Stellungnahmen internationaler Fachorganisationen ist hinreichend bewiesen, dass

- Levonorgestrel wirksam, sicher und nebenwirkungsarm ist
- die rezeptfreie Vergabe unbedenklich ist – selbst bei minderjährigen Mädchen

- Levonorgestrel auch nach der Markteinführung von Ulipristalacetat eine wichtige Methode der Nachverhütung darstellt und die Überlegenheit von Ulipristalacetat nicht gesichert ist
- Frauen verständliche Informationen, aber keine Beratung vor Einnahme der Pille danach brauchen, um sie korrekt anzuwenden
- Frauen weiterhin auf reguläre Verhütung bauen, wenn die Pille danach rezeptfrei erhältlich ist
- es dadurch nicht zu mehr Schwangerschaftsabbrüchen kommt
- und auch sexuell übertragbare Krankheiten nicht zunehmen.

„Wer Frauen die Möglichkeit verweigert, nach Verhütungspannen schnell und eigenverantwortlich tätig zu werden, handelt fahrlässig. Ärztinnen und Ärzte, die Frauen und Frauengesundheit wirklich ernst nehmen, können nicht gegen eine niedrighschwellige Versorgung mit der Pille danach sein“, erklärte Hahn.

„Es liegt doch auf der Hand, dass eine mögliche ungewollte Schwangerschaft Frauen stark belastet und schnelle und sichere Handlungsoptionen wichtig sind. Viele Situationen erfordern eine sofortige frauenärztliche Intervention. Ein gerissenes Kondom gehört nicht dazu.“

pro familia setzt sich seit Jahren dafür ein, dass endlich auch in Deutschland die Pille danach auf Levonorgestrelbasis aus der Rezeptpflicht entlassen wird. Der Verband stellt Fachinformation zur Verfügung, entlarvt Mythen und klärt über Irrtümer zur Wirkungsweise der Pille danach auf. In der neuesten Ausgabe des Verbandsmagazins zeigen Dokumentationen aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden und Spanien, dass die rezeptfreie Vergabe von Levonorgestrel dort seit über 10 Jahren problemlos und ohne Nebenwirkungen funktioniert.

21. Mai 2014

Am 02. Juli 2014 fand eine öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Rezeptfreiheit der Pille danach statt. Informationen unter www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw27_pa_gesundheit/283296

Der pro familia Bundesverband hat bei der Anhörung Stellung genommen. Die Stellungnahme ist auf der Website www.profamilia.de verfügbar.

Regine Wlassitschau, presse@profamilia.de

pro familia Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main

Selbstbestimmung und Gesundheit von Frauen: Vom hohen Gut zum Werbeslogan?

Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit feiert sein 20jähriges Bestehen mit einer Fachtagung

„Frauen wollen, was sie sollen!“ so klagte die Historikerin Barbara Duden schon vor Jahren. War Selbstbestimmung zu Beginn der Zweiten Frauenbewegung ein Kampfbegriff (Mein Bauch gehört mir!), so müssen Feministinnen heute zusehen, wie die Angebotsorientierung die Wünsche von Frauen stark beeinflusst. Ist das noch Selbstbestimmung?

Alles ist möglich, also wünschen sich Frauen auch, alles zu machen oder machen zu lassen. Möglichkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstoptimierung werden eingefordert, aber nicht kritisch hinterfragt.

Die Fachtagung zum 20jährigen Bestehen des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit, die am 03. Juli in Berlin

stattfind, griff Trends und Diskussionen im Zusammenhang mit der vielfach geforderten Selbstbestimmung auf und vertiefte sie. Nach einer Begriffsdefinition durch die Jahrhunderte von Prof. Dr. Sigrid Graumann gelang Dr. Ute Gahlings ein interessanter philosophischer Einstieg. Sie konstatierte eine Leibvergessenheit bei gleichzeitiger Körperbesserenheit. So wird beispielsweise das subjektive Befinden und Erfahren einer Gebärenden zugunsten messbarer Parameter vernachlässigt. Ihr Ausblick: „Sich einen Erfahrungsspielraum für die Leibbeziehung zu erschließen, ist heute wohl erforderlich, um jenseits von Körperkult und Intellektualkultur leibliche Integrität zu bewahren.“

Ein Schlaglicht warf Bettina Wuttig auf das Spannungsverhältnis zwischen körperlicher Selbstoptimierung bei jungen Frauen und Selbstbestimmung. Sie beschrieb den Körper als symbolisches Kapital im Kampf um die Anerkennung als Subjekt. Als neuen Trend beschrieb

sie die Labioplastik, eine Korrektur der Schamlippen, die schätzungsweise 20.000 mal pro Jahr durchgeführt wird. Die Doppelgesichtigkeit von Zwang und Selbstbestimmung wurde an diesem Beispiel konkret.

Am Beispiel des Schwangerschaftsabbruches wagte Prof. Dr. Ulrike Busch einen Rückblick und eine Standortbestimmung zum Thema. Sie beschrieb dabei die zunehmende Bedeutung der Kirchen und der Lebensschutzbewegung. Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit konkretisierte die Bedeutung von Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Frauengesundheit zu fünf politischen Forderungen: einem veränderten rechtlichen Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen, der Notwendigkeit von unabhängigen Gesundheitsinformationen, der Rezeptfreiheit für die Pille danach, dem kritischen Umgang mit dem Thema Selbstoptimierung sowie der Forderung nach barrierefreien Arztpraxen

www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de

Teilzeitausbildung in der Altenpflege

Christine Müller

Das Frauenbüro der Stadt Göttingen hat die Initiative ergriffen: Im Rahmen des Landesprogramms „älter, bunter, weiblicher – Wir gestalten Zukunft!“ wurde im Jahr 2013 eine Expertise zur „Teilzeitausbildung in der Altenpflege“ erstellt. Das Ziel: Mit gelungenen Beispielen soll die Ausbildung für Menschen mit Pflege-/Erziehungsaufgaben attraktiver gemacht werden. Durch Fachgespräche mit Expertinnen und Experten vor Ort, zum Beispiel Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen, Behörden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene konnte ein Modell entwickelt werden, wie eine Teilzeitausbildung in 3,5 Jahren zum Erfolg führen kann.

„Ziel unserer Frauenpolitik ist es, Frauen darin zu unterstützen, ein eigenständiges Leben aufzubauen und den Einstieg in das Berufsleben zu finden. Einerseits fehlen überall Pflegekräfte – andererseits können viele Frauen aufgrund ihrer persönlichen Situation keine Vollzeitausbildung absolvieren und sind damit nicht in der Lage, eine eigenständige (gelernte) Erwerbstätigkeit zu gestalten oder zu verbessern“, so die Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Göttingen.

2014 wird die praktische Umsetzung verfolgt. Die Berufsfachschule Altenpflege von ARBEIT UND LEBEN hat ein Konzept entwickelt, das von der Landesschulbe-

hörde genehmigt wurde – Pflegeeinrichtungen wie Behörden signalisieren ihre weitere Unterstützung.

Schon jetzt zeichnet sich eine große Resonanz ab – bereits zehn potenzielle Teilnehmerinnen haben ihr Interesse bekundet. Am 01. September beginnt dann die Ausbildung mit reduzierten Wochenstunden praktischer Ausbildung, mit theoretischem Unterricht im Block und begleitenden Förderangeboten bei Bedarf.

Die Ausbildung ist als „Kurs im Kurs“ angelegt: Die Theorie von 36 Wochenstunden wird gemeinsam mit den Vollzeitauszubildenden gelernt. Die festen Unterrichtszeiten stimmen mit den üblichen institutionellen Betreuungszeiten überein. Während die Prüfungsvorbereitungen für die Vollzeitauszubildenden laufen, kann der praktische Teil für die Auszubildenden Teilzeit intensiviert werden – durchaus ein Vorteil für die Praxisstellen. Und ein Vorteil für die Auszubildenden: Ein Wechsel von Vollzeit zu Teilzeit und umgekehrt ist relativ problemlos möglich.

So ist dieses Modell gerade in der Mischung der verschiedenen Lebenslagen und der daraus erworbenen Kompetenzen vielversprechend für alle Beteiligten und lädt zur Nachahmung ein.

Fragen nach flexiblen Betreuungsangeboten zum Beispiel auch bei Krankheit, finanzieller Existenzsicherung sowie gegebenenfalls schnelle Krisenintervention und -bewältigung werden das Projekt als

dauerhafte Herausforderungen begleiten. Sollten diese sich gut bewältigen lassen, eröffnen sich neue attraktive Perspektiven in und für die Altenpflege.

 Christine Müller, Frauenbüro der Stadt Göttingen, Hiroshimaplatz 1-4, 37083 Göttingen, Tel.: 05 51 / 4 00 33 05 , E-Mail: frauenbuero@goettingen.de

Netzwerk »Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett«

In der Region Hannover wurde auf Initiative der Kaiserschnittstelle, des Frauen- und Mädchen GesundheitsZentrums Region Hannover e. V. und des Familienhebammen-Zentrums Hannover das Netzwerk „Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett“ neu gegründet.

Dieses Netzwerk dient der Zusammenarbeit von Hebammen, Beratungsstellen, psychologischen Praxen und anderen Einrichtungen und Institutionen, die Angebote zur Versorgung betroffener Frauen bereitstellen.

Ziel des Netzwerks ist die Verbesserung der Versorgung und die Bündelung aller Informationen zu diesem Thema.

So sollen sowohl betroffene Frauen als auch Menschen, die diese Frauen begleiten, Informationen über Angebote in der Region Hannover erhalten. Fortbildungen sollen geplant und durchgeführt, Supervision und Interventionen organisiert werden. Darüber hinaus wollen die Frauen des Netzwerks für mehr Aufklärung und Sensibilisierung in diesem Bereich sorgen. Informationen zum Netzwerk gibt es zurzeit im Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V. (info@fmgz-hannover.de), in der Kaiserschnittstelle (mail@kaiserschnittstelle.de) und im Familienhebammen-Zentrum Hannover (info@fhz-hannover.de).

 Edith Ahmann, FMGZ Region Hannover e. V.

Bei Frauen ist vieles anders, auch in der Arzneimittelversorgung

Gerd Glaeske

Die Frauengesundheitsforschung hat bereits vor 30 Jahren auf das Geschlechterungleichgewicht in der Verordnung und Einnahme von Medikamenten hingewiesen, insbesondere darauf, dass Frauen deutlich mehr Arzneimittel verordnet bekommen als Männer (Vogt 1985; Ernst & Füller, 1987). Dabei ging es vor allem um die auffällig häufigeren Verordnungen von Psychopharmaka und Schlafmitteln, Migränemitteln und Venenpräparaten, Schmerzmitteln und Schilddrüsenpräparaten für Frauen, während Männer häufiger Lipidsenker, Beta-Rezeptorenblocker oder Leberpräparate bekamen. Insbesondere die häufigere Verschreibung von Antidepressiva, Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln wurde schon seinerzeit mit den Lebensbedingungen von Frauen in Verbindung gebracht – eine Begründung, die ohne Zweifel auch heute noch aktuell ist. Noch immer besteht ein gesellschaftliches Gefälle in der Anerkennung von Vielfachbelastungen und sich widersprechenden Erwartungen an Frauen. Einsamkeit und Entwertung insbesondere älterer Frauen führen häufig zu Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen, die oftmals voreilig mit der Verordnung von Arzneimitteln beantwortet werden: Tranquilizer oder Schlafmittel vom Benzodiazepintyp (z. B. Valium, Tavor, Adumbran, Dalma-dorm etc.) bzw. sog. **Z-Drugs**, zu denen

Schlafmittel wie **Zolpidem** oder **Zopiclon** gehören. Geschlechtsstereotypen zeigen sich nicht nur bei der Behandlung von Schlafstörungen oder Unruhe, sondern auch da, wo körperliche Umbruchphasen von Frauen nicht mehr als normale Veränderungsprozesse wahrgenommen, sondern medikalisiert werden (Menstruation, Fertilität, Geburt, Wechseljahre) (Kölp & Glaeske 2002). Daneben weisen Ergebnisse aus der Versorgungsforschung auch auf andere Bereiche hin, in denen geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar werden: So ist zwar die Arzneimitteltherapie nach einem Herzinfarkt in der Zwischenzeit relativ ausgeglichen bei Männern und Frauen – die einschlägigen Mittel wie Thrombozytenaggregationshemmer zur Vermeidung neuer Gefäßverschlüsse, Cholesterinsenker, oder Beta-Rezeptorenblocker oder ACE-Hemmer zur Kontrolle des Blutdrucks werden in vergleichbarer Häufigkeit verordnet –, die Sterblichkeit der Frauen bei einem Infarkt ist aber dennoch höher als bei Männern, weil die Diagnose für Frauen oft zu spät gestellt wird. Die Symptome eines akuten Infarktes sind häufig unterschiedlich: Statt Schmerzen in der Brust und im linken Arm wie bei Männern haben Frauen oftmals Magen- und Rückenbeschwerden – und diese Beschwerden werden dann nicht rechtzeitig mit einem Infarkt in Beziehung gebracht. Diese Ver-

zögerung in der Diagnostik führt dazu, dass mehr Frauen als Männer schon vor der Krankenhauseinweisung sterben – eine Benachteiligung mit tödlichen Folgen (Glaeske & Schick Tanz, 2012).

Was hat sich verändert?

Gegenüber früheren Jahren bekommen Frauen heute pro Kopf im Durchschnitt weniger Arzneimittel verordnet als Männer. Viele Mittel, die noch vor 15 Jahren besonders häufig für Frauen verordnet wurden, sind entweder wegen bekannt gewordener Risiken deutlich zurückgefallen, zum Beispiel Hormonpräparate zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden, oder auch Mittel, die nicht rezeptpflichtig sind und in ihrem Nutzen schon seit Jahren umstritten waren. Solche Mittel dürfen seit dem 01.01.2004 nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen verordnet werden, hierzu gehören etwa Venenpräparate und durchblutungsfördernde Mittel. Die Verordnungsqualität hat sich also in unterschiedlicher Weise in den letzten Jahren verändert. Einerseits muss noch immer von häufiger Über- und Fehlversorgung mit Psychopharmaka und Schlafmitteln für Frauen ausgegangen werden – 2/3 aller 1,5 Millionen Arzneimittelabhängige sind Frauen im höheren Lebensalter –, andererseits gibt es noch immer eine Unterversorgung, etwa im Bereich der Osteoporosebehandlung mit wirksamen Mitteln zur Vorbeugung von Knochenbrüchen. Dennoch ist erkennbar, dass indikationsbezogene Qualitäts-

unterschiede zwischen Männern und Frauen mehr und mehr ausgeglichen werden. Das mag auch daran liegen, dass sich die Evidenz für die Anwendung von Arzneimitteln verbessert hat, auch unter dem Aspekt der geschlechtsspezifischen Erkenntnisse. So hat offensichtlich die über Jahre wiederholte Forderung, dass auch Frauen gleichermaßen wie Männer in klinische Studien einbezogen werden müssen, seit der 12. Neufassung des Arzneimittelgesetzes im Jahre 2004 (§ 42) gewisse Erfolge gezeigt. Danach müssen die in die klinischen Studien eingeschlossenen Patientinnen und Patienten repräsentativ für die von der jeweiligen Erkrankung betroffene Population inklusive der Alters- und Geschlechtsverteilung sein. Wenn dies in den Prüfplänen für die klinischen Studien nicht berücksichtigt wurde, können die mit der Genehmigung der Studien befassten Ethikkommissionen den Antrag der pharmazeutischen Hersteller zurückweisen. Es gibt auch Beispiele dafür, dass diese Anforderung umgesetzt wird: So hat zum Beispiel das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Zulassung eines Arzneimittels zur Behandlung von ADHS bei Erwachsenen deshalb abgelehnt, weil geschlechtsspezifische Unterschiede nicht ausreichend berücksichtigt waren. Allerdings: Die Regelungen des Arzneimittelgesetzes gelten ausschließlich für die in Deutschland durchgeführten Studien. Und da die meisten Arzneimittel auf europäischer Ebene zugelassen werden und die europäischen gesetzlichen

Rahmenbedingungen die Berücksichtigung von gender- und geschlechtsspezifischen Aspekten nicht in gleicher Weise fordern, könnte es immer noch entsprechende Mängel und Defizite in der Durchführung von klinischen Studien geben. Eine Untersuchung in Österreich kam 2007 zwar zu dem Ergebnis, dass bei der Auswertung von 250 Studien auf europäischer Ebene keine generelle und klinisch relevante Benachteiligung von Frauen zu erkennen sei. Untersucht wurden 110 klinische Studien, die zwischen den Jahren 2000 und 2003 eingereicht wurden. In den Indikationen akutes Koronarsyndrom, Bluthochdruck, Diabetes und Hepatitis B waren aber Frauen im Bezug auf die Prävalenz der Erkrankung leicht bis auffällig unterrepräsentiert, in den Indikationen rheumatoide Arthritis und Allergien überrepräsentiert (<http://www.ages.at/ages/presse/presse-archiv/2007/wien-10102007-ages-studie-erhebt-genderaspekt-in-der-arzneimittel-zulassung/>).

Die Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen (BT Drucksache 17/6418) vom 20.07.2011 enthält neuere Daten und Fakten. Ein Ausschluss von Männern oder Frauen in klinischen Studien sei zumeist indikationsbedingt begründet (zum Beispiel Prostatamittel bzw. Mittel bei Brustkrebs). Zunehmend mehr Studien gäben Hinweise auf geschlechtsspezifische Einflüsse bezüglich Wirksamkeit und Unbedenklichkeit; die Sensibilität habe sich für dieses Thema auf Grund der Novellierung des Arzneimittelgesetzes im

Jahre 2004 deutlich erhöht. Unklar bleibt, ob der Einschluss von Frauen in klinische Studien auch zu einer ausreichend differenzierten Auswertung der Studien bezüglich des Alters von Männern und Frauen führt – hier werden nach wie vor Defizite vermutet, nur etwa 20-30% der Studien mit Frauenbeteiligung bieten genauere Daten an, wenn es zum Beispiel bei Blutdrucksenkern um die Frage geht, wie Frauen im Alter von 70 Jahren mit dem geprüften Mittel behandelt werden sollten und welche Dosisreduktionen notwendig sind, wenn die Nierenfunktion nachlässt oder das Körpergewicht unterschiedlich vom Gewicht der Patientinnen in der Studie ist.

Defizite bei der qualitativen Bewertung von Studien

Es fehlen gute und belastbare Ergebnisse darüber, wie die Anforderungen im Arzneimittelgesetz nach einer geschlechts- und altersspezifischen Prüfung umgesetzt werden, ob sich die Kenntnislage darüber verbessert hat, wie eine nach dem Geschlecht differierende Dosierungsempfehlung bzw. Therapieüberwachung erfolgen sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen, von denen Frauen häufiger betroffen sind als Männer, verhindert werden können. Die quantitative Berücksichtigung von Frauen in Studien sagt also noch wenig aus – wir brauchen Analysen zu qualitativen Aussagen in Studien, um zu mehr Sicherheit in der Therapie beitragen können.

Eine Aussage in der Antwort der Bun-

desregierung vom 20.07.2011 muss in diesem Zusammenhang besonders nachdenklich machen: „Die nationale Vorgabe einer geschlechtsspezifischen Auswertung von (Neben-)Wirkungen bei klinischen Arzneimittelstudien (kann) nur eingeschränkt greifen und könnte unter Umständen auch zu einer Meidung des Studienstandortes Deutschland führen.“

Wenn man die Vorgabe des Arzneimittelgesetzes dann doch aus wirtschaftlichen Gründen nicht so ernst nehmen sollte wie sie formuliert ist, würde sich dies einmal mehr zu Ungunsten der Behandelten auswirken, und da vor allem für die Frauen!

Literaturnachweise bei der Rb-Redaktion



Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen.

UNICOM, Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen, E-Mail: gklaeske@zes.uni-bremen.de

Der Kleine Unterschied – und seine Folgen bei Knie-Endoprothesen für Frauen

Karin Helke-Krüger

Es gibt ihn noch, den „kleinen Unterschied“. Rund 69 Prozent aller Patienten, die heute ein künstliches Kniegelenk bekommen sind Frauen, über 55000 Frauen werden jährlich am Knie mit einem neuen Gelenk versorgt.

Frauen haben bekanntermaßen (das sollte man zumindest meinen) eine andere Anatomie als Männer: Frauen haben ein breiteres Becken, Hüftgelenke und Oberschenkelmuskulatur stehen also in einem anderen Winkel zueinander. Durch diese weibliche Anordnung sind die Beine im Vergleich zu männlichen Gliedmaßen eher x-förmig. Auch das Kniegelenk

selbst ist bei Frauen in aller Regel anders geformt als bei Männern. Die Furche, in der die Kniescheibe läuft, ist größer und das Knie ist insgesamt flacher, trapezförmig und weniger breit gebaut. Die seitliche Ausdehnung des unteren Endes des Oberschenkelknochens ist seitlich nicht so ausladend. Außerdem sind bei Frauen Bänder und Muskeln meistens weniger kräftig. Daraus resultiert wiederum ein anderes Belastungsmuster des Knies mit höherem Verschleiß bei gleicher Belastung.

Bis vor wenigen Jahren gab es nur fünf Einheitsgrößen bei Knieprothesen. Bei

allen wurden die Prothesengrößen ermittelt, indem Mann beim Mann Maß genommen hat: die Rekruten der US-Armee wurden vermessen und als Standardnorm vorgegeben! Geschlechtsspezifische und geschlechtsabhängige anatomische Unterschiede wurden nicht beachtet, das heißt, der männliche Körper setzte sich als Standardnorm in den Köpfen (nicht nur) der Medizinerinnen und Mediziner fest und hat so über lange Zeit zu einer Schiefelage der Wahrnehmung geführt.

Dies hatte und hat leider immer noch zur Folge, dass es bei einer entsprechenden Operation am weiblichen Knie zu Passungenauigkeiten kommen kann. Die Oberschenkelkomponente der Knieprothese steht dann etwas über. Als Resultat dieser Geschlechtsunsensibilität leiden zwischen 15 und 20 Prozent der Patientinnen nach dem Eingriff unter vorderen Knieschmerzen, was sich besonders bemerkbar macht beim Treppensteigen, in die Hocke gehen und anderen die Knie stark belastenden Bewegungen. Ein Beugen und Strecken des Knies ist nach der Operation nur eingeschränkt möglich. Dadurch haben Frauen deutlich mehr Beschwerden als Männer nach einer Knie-OP!

Wen kann das eigentlich wundern? Uns Frauen nun bestimmt nicht. Sogar in computertomografischen Untersuchungen, bei den Frauen - und Männerknie miteinander verglichen wurden, konnten anatomische Unterschiede zwischen den Geschlechtern gezeigt werden, die diese Beschwerden erklärten.

Das Genderknie

Seit 2006 gibt es nun das sogenannte Gender- oder Frauenknie in der Prothesenherstellung. Vorreiter auf diesem Gebiet der Gendermedizin waren die USA. Diese neue Prothese ist im vorderen Bereich etwas schmaler als die herkömmlichen. Zudem ist sie im Durchmesser etwas kleiner und besitzt eine größere Mulde für die Kniescheibe. Der Bewegungsumfang ist acht Grad höher als bei einem herkömmlichen Modell.

Nun hat sich durch das Genderknie die Auswahl an Prothesen erhöht. Es kann individueller entschieden werden welche Prothese zu welchem Knie passt. Aktuell gibt es meines Wissens in Deutschland aber nur einen Hersteller für das Frauenknie. Die Kosten sind im Vergleich etwa 10 Prozent höher als die der herkömmlichen Varianten. Bei einer gleichbleibenden Fixsumme der Krankenkasse pro Knie-OP bedeutet dies für die Krankenhäuser einen höheren Kostenanteil für diese Art der Prothese und schmälert so den Gewinn der die Operation durchführenden Einrichtung.

In Fachkreisen wird davon ausgegangen, dass drei von vier Frauen mit der neuen speziellen Frauenknieprothese besser zurechtkommen als mit den bisherigen Standardmodellen. Allerdings wird die neue Frauenknieprothese nur in ca. acht Prozent aller Knieoperationen eingesetzt. Die Entscheidung für oder gegen das "Genderknie" erfolgt immer erst zum

Ende eines Eingriffs, wenn definitiv mit Hilfe von Probeprothesen und verschiedenen Messgeräten ermittelt worden ist, welches Modell am besten passt. So zumindest die offiziellen Verlautbarungen. Individuelle anatomische Variationen sind unzweifelhaft vorhanden. Es ist möglich, dass einige Frauen mit herkömmlichen Prothesen unter Umständen besser zu recht kommen. Umgekehrt ist es auch bei einigen Männern möglich, dass sie mit einem Genderknie besser versorgt sind.

Jetzt wird den anatomischen Besonderheiten der Frau endlich auch in der Prothesentechnik Rechnung getragen. Das lässt doch hoffen! Wäre schön wenn sich das auch in der Ärzteschaft rumspricht. Übrigens: Ob Frauenknie, Genderknie oder Kniegelenksendoprothese für Frauen mit speziellem Femuranteil, der offizielle Name lautet Gender Solutions High-Flex-Knie.

Literatur bei der Verfasserin

Karin Helke-Krüger, E-Mail: karin.helke-krueger@web.de

Frauen und Schilddrüsenerkrankungen

Christina Sachse

Laut Statistischem Bundesamt müssen sich in Deutschland Frauen dreimal häufiger als Männer stationär wegen einer Schilddrüsenerkrankung im Krankenhaus behandeln lassen.

Die Gründe, warum Frauen häufiger mit der Schilddrüse zu tun haben, werden vor allem in den hormonellen Umstellungen, die ein Frauenleben mit sich bringt, gesehen. Außerdem ist die Schilddrüse als Energiedrüse in fordernden Lebenssituationen besonders beansprucht. Das sind zum Beispiel neben Geburt und Pubertät, die Frauen und Männer gleichermaßen erleben, der monatliche Zyklus, Schwangerschaft, Stillzeit und die Wechseljahre.

Eingriff in den Hormonhaushalt – nicht ohne Folgen für die Schilddrüse

In den natürlichen Hormonhaushalt von Frauen wird häufig durch Medikamente wie die Pille, die Hormonspirale, Wechseljahreshormone, Hormone zur Provokation von Eisprüngen etc. eingegriffen. Dies beeinflusst ebenfalls die Schilddrüsenfunktion. Von daher muss bei der Einnahme von Schilddrüsenhormon-Tabletten eventuell herunter dosiert werden, um Überfunktionssymptome zu vermeiden. Auf der anderen Seite bringt die Einnahme der Pille oder von Hormonen in den Wechseljahren etc. einen höheren Bedarf an Schilddrüsenhormonen mit sich,

und es kann notwendig werden, Schilddrüsenhormone zu nehmen oder ihre Dosierung zu erhöhen.

Schwangerschaft – eine besondere Herausforderung

Insbesondere während der Schwangerschaft kommt es zu erheblichen hormonellen Veränderungen und der Schilddrüsenhormonbedarf steigt an. Mit dem damit verbundenen erhöhten Jodbedarf sollte sensibel umgegangen werden. Generell ist eine Abklärung der Schilddrüsenfunktion bei Schwangeren und Stillenden wünschenswert, bevor ihnen ganz allgemein Jodtabletten empfohlen werden. Eine zu hohe Jod-Aufnahme kann bei der Schwangeren eine Überfunktion und bei den Neugeborenen eine angeborene Unterfunktion verursachen. Frauen, die schon einmal einen heißen Knoten oder andere Schilddrüsenprobleme hatten, reagieren besonders sensibel. Zur optimalen Versorgung sollte ihre Schwangerschaft in engem Kontakt zwischen Gynäkologie und Schilddrüsenfachärztin begleitet werden. Die so genannte Wochenbettdepression geht nicht selten auf eine (zum Teil vorübergehende) Schilddrüsenfunktionsstörung zurück.

Depressionen und Schilddrüse

Frauen leiden doppelt so häufig an Depressionen wie Männer. 15-20 % aller Depressionen haben eine Schilddrüsenfunktionsstörung als Ursache oder werden

durch diese in Gang gehalten. Der Facharzt kennt die Leitlinien, dem Hausarzt ist dies nicht immer klar: Vor einer Therapie mit Psychopharmaka ist eine genaue Schilddrüsendiagnostik durchzuführen.

Schilddrüse überprüfen bei ungewollter Kinderlosigkeit

Frauen, die ungewollt kinderlos sind, sollten ihre Schilddrüse überprüfen lassen. Etwa 25 % der Frauen mit Empfängnisstörungen weisen eine Fehlfunktion der Schilddrüse auf.

Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse – hauptsächlich Frauensache

Autoimmunerkrankungen sind bei Frauen deutlich häufiger anzutreffen als bei Männern. Von der Hashimoto Thyreoiditis, einer chronischen Entzündung der Schilddrüse, sind sie 8 - 10-mal häufiger betroffen. Da die Hashimoto anfänglich kaum Krankheitszeichen verursacht, ist eine gute Diagnostik erforderlich. Autoimmunerkrankungen können in jedem Lebensalter auftreten, häufig nach Schwangerschaften, in besonderen Stressphasen und immer öfter mal auch schon in der Pubertät.

Da die Veranlagung, eine Hashimoto Thyreoiditis oder einen Morbus Basedow (einer Autoimmunerkrankung, die eine Überfunktion der Schilddrüse verursacht) zu entwickeln, bis zu 50 % an die Kinder weitergegeben werden kann, sollten gerade Kinder von Eltern mit Schilddrü-

senerkrankungen in der Pubertät bei Auffälligkeiten genauer untersucht werden, um eine adäquate Unterstützung der Schilddrüse vornehmen zu können. Mit einer Hashimoto Thyreoiditis bzw. einem Morbus Basedow können zu 25 % auch andere Autoimmunerkrankungen einhergehen, wie Psoriasis, Morbus Crohn, Rheumatoide Arthritis, Diabetes I etc.

Gute Diagnostik erforderlich

Wie oft sagen Frauen in der Beratung, ihre Schilddrüsenwerte seien normal, doch die Indizien weisen auf eine Störung hin. Zu einer genauen Abklärung gehören alle Symptome, die Frauen äußern, eine (Familien-) Anamnese und auch bestimmte Laborwerte (neben TSH fT3, fT4, Antikörper etc.), die Sonographie und eine körperliche Untersuchung. Falls keine eindeutigen Ergebnisse herauskommen und die auf die Schilddrüse deutende Symptomatik anhält, ist eine wiederholte Abklärung nach einem halben bzw. einem Jahr anzuraten.

Immer noch werden Schilddrüsen- fehlfunktionen zu spät erkannt mit Folgen für den Körper

Vor allem bei Unterfunktionen der Schilddrüse, deren Hauptursache bei Frauen die Hashimoto Thyreoiditis ist, werden allgemeine Befindlichkeitsstörungen, Leistungsabfall, Müdigkeit, depressive Verstimmungen und Konzentrationschwäche oft nicht als Schilddrüsen-sym-

ptom erkannt oder vermeintlichen Wechseljahresbeschwerden zugeordnet. Diese Symptome sind jedoch im Verbund mit erhöhter Infektanfälligkeit, Gewichtszunahme, Unregelmäßigkeiten im Zyklus und erhöhtem Cholesterin sowie erniedrigtem Eisen starke Indizien für eine Schilddrüsenstörung. Erhöhte Cholesterinwerte können durch Einregulierung der Schilddrüse gesenkt, Arteriosklerose, frühe Wechseljahre etc. verhindert werden. Die Schilddrüsenliga fordert seit langem, dass die Tastuntersuchung der Schilddrüse und die TSH-Wert-Bestimmung selbstverständlicher Bestandteil des Check-up 35 werden.

Die richtige Einstellung – manchmal langwierig, aber wichtig

Auch eine richtige, individuelle Einstellung der Schilddrüsenhormone ist wichtig und sollte mindestens einmal im Jahr überprüft werden.

Ein durch die Rabattverträge der Krankenkassen vorgeschlagener Präparatwechsel kann eine neue Einstellung erforderlich machen, was nicht hingenommen werden muss! Das aut idem Kreuz vor dem gewünschten Präparat wird von allen Krankenkassen akzeptiert.

Die Häufigkeit der Schilddrüsener- krankungen nimmt mit dem Alter zu ...

.. bei Frauen ab 45 Jahren zu 55 % bei Männern zu 33 %. Die Symptome bei älteren Menschen können dabei abge-

schwächer und auch anders sein als bei jüngeren. Eine Überfunktion (Hyperthyreose) etwa ist bei jeder zweiten Person mit Vorhofflimmern nachweisbar. Bei älteren Frauen tritt bei einer Überfunktion auch öfter Übelkeit auf, die weder mit Störungen am Herzen noch am Magen erklärt werden kann. Eine Unterfunktion kann durch Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, Langsamkeit im Denken, Antriebsschwäche etc. einer Demenz sehr ähneln.

Obwohl **Schilddrüsenkrebs** nur 0,5 % aller Krebserkrankungen ausmacht, sei zum Schluss noch erwähnt, dass auch von dieser Schilddrüsenerkrankung Frauen viermal häufiger betroffen sind als Männer.

Zum Weiterlesen: s. Mediothek S. 34

 Christina Sachse, Diplom-Biologin, Apothekerin, langjährige Mitarbeiterin des FFGZs Berlin. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin, Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel.: 030 - 213 95 97, Fax: 030 - 214 19 27, www.ffgz.de, www.facebook.com/ffgzberlin

Frauen spenden, Männer empfangen

Gender und Normen bei Lebendorganspende

Mona Motakef

Das Thema Organspende ist in den vergangenen Jahren im öffentlichen Raum wieder präsent geworden. In jüngster Zeit dominierten vor allem Skandale um manipulierte Krankenakten die öffentliche Berichterstattung. Darüber hinaus wird auf öffentlichen Plätzen, auf Plakatewänden, in Bushaltestellen, in Arztpraxen, im Fernsehen, in der Bahn und im Briefkasten für eine befürwortende Haltung gegenüber der Organspende geworben. So unterschiedlich diese Kampagnen auch ausfallen, in der Regel werden Organspenden hier als altruistische und somit als gute moralische Handlungen ein-

geführt. Fast wird der Eindruck erweckt, Organspende sei eine neue biologische Bürgerpflicht. Hintergrund der Kampagnen ist, dass die Anzahl an Transplantationen ausgeweitet werden soll, so dass mehr Menschen als bisher ein Spenderorgan erhalten können. Der sogenannte Organmangel soll überwunden werden. Im Zentrum stehen hierbei die Schicksale von Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan warten.

Weitaus weniger Beachtung finden in der Regel die Spenderinnen und Spender von Organen. Hier ist die postmortale

Spende, also die Organentnahme nach dem Hirntod, von der Lebendorganspende zu unterscheiden. Bei der Lebendorganspende können nahe Angehörige unter dem Nachweis ihrer Freiwilligkeit zum Beispiel eine Niere spenden. Lebendorganspenden sollen im Folgenden im Zentrum stehen. Sie sind umstritten, da gesunden Menschen Teile ihres Körpers entnommen werden. Da also zu therapeutischen Zwecken Anderer mit dem medizinischen Gebot des Nicht-Schadens gebrochen wird, sieht die deutsche Gesetzgebung vor, dass sie nur nachweislich freiwillig, selbstbestimmt und unter nahen Angehörigen erfolgen dürfen.

Geschlechterspezifische Aspekte

Bei der Lebendorganspende gibt es über einen langen Zeitraum und nahezu weltweit den Befund, dass Frauen häufiger spenden, während Männer häufiger Organe empfangen. In Deutschland kamen im Jahr 2011 58,8 % aller Lebendnierenspenden von Frauen, während Männer zu 64,4% Nieren erhielten. Ein ähnliches Verhältnis findet sich in weiteren westlichen Industrieländern: In den USA beträgt das Spenderin-Empfänger-Verhältnis 62,5 % zu 62,3 %, in Norwegen 58 % zu 64,2 %, in Schweden 67,5 % zu 68,8 % und in der Schweiz 62 % zu 60 %. In Indien spendet mit 66,1 % ein ähnlich hoher Anteil an Frauen wie in den eben genannten westlichen Industrieländern, dafür ist die Rate der männlichen Empfänger mit 88,9 % deutlich höher. Der

Iran ist das einzige Land, in dem ein Organhandel legalisiert wurde. Einzig im Iran veräußern mit 78 % mehr Männer als Frauen ihre Organe. Bei der Rate der Empfänger zeigen sich im Vergleich zu den anderen Ländern keine Unterschiede. Auch hier erhalten mit 67 % mehr Männer als Frauen Spendernieren.

Wie lassen sich diese großen Unterschiede erklären? Und was bedeuten sie geschlechterpolitisch? Die wenigen zum Organhandel vorliegenden Studien belegen deutlich, dass ausschließlich absolut arme Menschen im Iran ihre Organe verkaufen. Deswegen soll hier kein Plädoyer für die Legalisierung eines Handels mit Organen entfaltet werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Organhandel bestehende Ausbeutungsstrukturen verschärfen würde. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Bereitschaft von Männern auch in anderen Ländern steigen würde, wenn Lebendorganspenden nicht mehr als altruistische Handlungen vermittelt würden.

Dass Männer aus medizinischen Gründen seltener als Spender in Betracht kommen, konnte bisher nicht bestätigt werden. Es gibt aber Hinweise auf eine höhere Prävalenzrate von Männern bei Nierenversagen. Ob und wenn ja, wie sich diese höhere Prävalenzrate wiederum mit sozialen und kulturellen Faktoren erklären lässt, ist eine offene Frage.

Hilfsbereitschaft und Zusammenhalt als Familiennorm

Qualitative Studien zeigten, dass normative Vorstellungen über eine gelingende Familienpraxis in der Entscheidungsfindung für eine Spende eine große Rolle spielen können. So kann die Entscheidung zur Spende mit einem Familienbild in Verbindung gebracht werden, das auf dem Ideal gegenseitiger Hilfe in der Familie beruht. Bei der Bearbeitung der Frage, warum Frauen häufiger als Männer spenden, ist also ein vertiefender Blick in die Familien hilfreich. Hier zeigt sich, dass die häufigste Gruppe an Spenderinnen Ehefrauen bilden, die an ihre Partner spenden (28,2%), gefolgt von Müttern an ihre Kinder (19%). An dritter Stelle folgen Väter (12,3%) und schließlich Ehemänner (11,9%). Hier lässt sich vermuten, dass traditionelle Rollenverständnisse wirksam sind, zu denen gehört, dass Frauen sich stärker als Männer für die Gesundheit der Familienangehörigen verantwortlich zeigen. Des Weiteren können sozioökonomische Gründe eine Rolle spielen, so dass aus Vorsicht vor Komplikationen in Familien eher die wenig oder zuverdienenden Frauen spenden als die Familienernährer. Die hohe weibliche Spendebereitschaft resultiert also aus

der modernen Trennung in eine Sphäre der männlich dominierten, entlohnten Produktion und der weiblichen, unentlohnten Reproduktion. Frauen waren und sind in dieser Logik auch weiterhin stärker als Männer für Fürsorge und die familiäre Gesundheit verantwortlich.

Wie deutlich geworden ist, sind bei der Frage, wer in einer Familie eine Organspende unternimmt, Geschlechternormen wirksam. In der gesellschaftlichen Vermittlung von Organspenden wird aber in der Regel der Fokus lediglich auf den Gewinn für die empfangende Seite gerichtet. Es wäre wünschenswert, wenn Organspenden nicht einseitig als segensreich vermittelt würden. Dann könnten ausgehend von der Wirksamkeit von Geschlechter- und Familiennormen auch die Ambivalenzen von Organspenden in den Blick gerückt werden. Um es auf eine Formel zu bringen: Weniger Werbung, mehr Aufklärung.

(Nachdruck aus: impulse für Gesundheitsförderung, Zeitschrift der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Nr. 81, Dezember 2013, S.9-10)

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Mona Motakef, Universität Duisburg-Essen, Institut für Soziologie, Lotharstr. 65, 47057 Duisburg, Tel.: (02 03) 3 79 37 10, E-Mail: mona.motakef@uni-due.de

Geschlecht und Kommunikation im ärztlichen Setting

Lea Oesterle

Einer bevorstehenden ärztlichen Konsultation begegnen die meisten Frauen und Männer mit gemischten Gefühlen, zum Beispiel mit Angst vor einer besorgniserregenden Diagnose, vor falscher Diagnosestellung und Behandlungsfehlern, Angst nicht verstanden zu werden oder die Ärztin, den Arzt nicht zu verstehen. Auf der anderen Seite besteht Hoffnung auf Heilung oder Linderung der Beschwerden, auf Verständnis und empathische Zuwendung. Sie befinden sich also häufig in einer sehr angespannten Situation und es ist gut vorstellbar, dass ein vertrauensvolles Verhältnis zur Ärztin oder zum Arzt sehr hilfreich sein kann, um sich näher mit der eigenen Krankheit und Gesundheit auseinanderzusetzen.

Eine wesentliche Grundlage für die Vertrauensbildung entsteht – neben der Professionalität der Ärztin oder des Arztes – durch erfolgreiche Kommunikation zwischen Patientin oder Patient und Medizinerin oder Mediziner. Diese kann die Patientenzufriedenheit, das subjektive Gesundheitsgefühl und den gesamten Behandlungsverlauf beeinflussen. Nicht nur behandlungsorientierte Aspekte hängen mit einer gelungenen Kommunikation zusammen sondern auch ökonomische, wirtschaftliche und die Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten.

Patientinnen oder Patienten erwarten neben mehr verständlichen Informationen oft ein höheres Maß an Beteiligung bei Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung, eine größere Berücksichtigung ihrer emotionalen Situation und eine Begegnung auf Augenhöhe.

Der Focus dieses Artikels liegt auf der Kommunikation im ärztlichen Setting in Bezug auf das Geschlecht, wobei wir uns hier auf Frauen und Männer beziehen und - aufgrund von fehlenden Forschungsergebnissen – die Vielfältigkeit der Geschlechter nicht einbeziehen.

Generell kann man geschlechterbezogene Unterschiede in der Art sich auszudrücken beobachten. So unterscheidet Ayaß (2008) die Beziehungssprache bei Frauen von der Berichtssprache bei Männern. Die Sprachart beinhaltet hiernach bei Frauen einen supportiven, emotionalen und kooperativen Gesprächsstil und bei Männern einen dominanten, sachlichen, hierarchischen Stil, bei dem das Gegenüber häufiger unterbrochen und das Thema in die vom Mann gewünschte Richtung gelenkt wird. Allerdings sind diese Forschungsergebnisse nicht pauschal zu betrachten. Die in Ayaß genannten Forscher mussten zum Teil Kritik für ihre Stereotypisierung und auch für die Messmethoden entgegen nehmen.

Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

In Bezug auf die reinen medizinischen Fakten sind Gesprächsumfang und Inhalt bei Ärztinnen und Ärzten nahezu identisch (wobei es auch an dieser Stelle einzelne Studien gibt, die belegen, dass Ärztinnen mehr biomedizinische Informationen mitteilen). Was sich deutlich unterscheidet, ist die Art der Gesprächsführung. So kommunizieren Ärztinnen vermehrt mit Empathie, berücksichtigen die Folgen einer Erkrankung für die individuelle Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten stärker und geben ihnen ein größeres Mitspracherecht in Behandlungsprozessen (Schmid Mast, Kindlimann & Hornung, 2004). Im Detail unterscheiden sich auch die Frageweise und Fragelänge während eines Arztbesuchs (Zemp Stutz & Ceschi, 2007). Klöckner Cronauer & Schmid Mast (2010) belegen ein weniger dominantes Auftreten von Ärztinnen. So werden Ärztinnen in einer partnerschaftlichen Kommunikation mehr Informationen offenbart. Auch die nonverbale Kommunikation mittels Mimik, Gestik, Körperhaltung und Stimmmodulation unterscheidet sich nach Geschlecht. Ärztinnen lächeln und nicken häufiger, haben eine ruhigere Handhaltung und sind sensibler für nonverbale Kommunikation der Patientinnen und Patienten. Daher schätzen sie daraus resultierende Gefühlslagen exakter ein. Dies wirkt auf die zu Behandelnden freundlicher, wärmer und ermutigt oder beruhigt sie stärker. In manchen Fällen

kann dieser Stil aber auch als besorgt und unterwürfig verstanden werden. Eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten (51) sowie Medizinstudentinnen und Medizinstudenten (150) sollte hervorbringen, inwiefern die Probanden geschlechtsspezifische Unterschiede in Gesprächen wahrnehmen bzw. unbewusst integrieren (zit. n. Löffler-Stastka, 2012). Auch bei dieser Befragung gingen Ärztinnen näher auf das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten ein und befassten sich länger sowie über einen größeren Informationsfluss in einem eher partnerschaftlichen Gespräch mit den zu Behandelnden. Medizinstudentinnen bewerteten die Notwendigkeit von Lehre zum Thema Kommunikation als wichtiger im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen.

Obwohl Patientinnen und Patienten die von Ärztinnen vermehrt verwendete Kommunikationsart (patienten- und lebensweltorientiert, empathisch, teilhabend) in Behandlungen als zufriedenstellender benennen, kann kein signifikanter Unterschied in der Behandlungszufriedenheit zwischen Ärztinnen und Ärzten festgestellt werden (Schmid Mast, Kindlimann & Hornung, 2004).

Unterschiede im Patientinnen/Patienten-Verhalten

Nicht nur das Verhalten der Behandelnden ist genderspezifisch, auch Patientinnen unterscheiden sich in der Kommunikation im Vergleich zu Patienten. So schildern sie Symptome ausführlicher

und mit vielfältigeren Bezeichnungen, berichten bereitwilliger über gewisse Problematiken und nehmen ihren Gesundheitszustand anders wahr als Männer (Zemp Stutz & Ceschi, 2007). Patientinnen werden häufiger in partnerschaftliche Gespräche eingebunden und erhalten mehr Informationen als Patienten (Klößner Cronauer & Schmid Mast, 2010). Bezüglich der Mimik und Gestik findet sich bei Patientinnen eine höhere Übereinstimmung mit dem subjektiv wahrgenommenen Schmerz, sodass Einschätzungen zum Schmerzverhalten leichter zu analysieren sind. Patienten hingegen kommunizieren bevorzugt auf der Basis von Fakten und suchen nach technikgestützten Lösungsansätzen. Frauen unterscheiden sich – wie mittlerweile vielseitig beforscht – auch in ihrem generellen Gesundheitsverhalten im Sinne der Arztkontakte pro Jahr (im Vergleich zu Männern im Jahr 2007 20 zu 14)(zit. n. Sieverding & Kendl, 2012). Dies kann damit zusammenhängen, dass Männer erst mit schwerwiegenden Symptomen zum Arzt/ zur Ärztin gehen und zu einem größeren Teil als bei Frauen eine gewisse Skepsis gegenüber dieser Profession besteht. Außerdem nehmen Frauen Symptome schneller wahr und suchen auch häufiger präventiv Arztpraxen auf.

Interaktion Ärztin/Arzt – Patientin/Patient

Generell kommen Klößner Cronauer & Schmid Mast (2010) zu dem Schluss, dass gleichgeschlechtliche Dyaden (Behandlungskonstellation) günstiger für eine reibungslose Interaktion seien als gegengeschlechtliche. Hierbei muss es natürlich Differenzierungen bezüglich der einzelnen Fachgebiete und Individuen geben. In der Arzt-Patientinnen-Kommunikation findet ein größerer Informationsaustausch statt, es wird aktiv zugehört und auch vermehrt psychosoziale Aspekte erfragt. Interessant ist außerdem, dass mehr Fachtermini gebraucht werden als in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ärztinnen werden hingegen von Patienten öfter unterbrochen und zum Teil findet ein gewisser Kampf um die Dominanz statt, wobei die Autorität der Ärztin von dem Patienten nicht komplett anerkannt wird. Diese Konstellation könnte auch ein Grund für einen verstärkten Gebrauch von Fachbegriffen sein, der die infrage gestellte Fachkompetenz untermauern soll. Bessere Ergebnisse in der Patientenzufriedenheit erzielen Ärztinnen, wenn sie gemäß „ihres Geschlechtsstereotyps“ agieren, also emotional und partizipativ. Ärzte hingegen werden nicht nach diesen Maßstäben bewertet, somit tendenziell wie oben beschrieben subjektiv beurteilt und haben gemäß dem Bild der „Götter in Weiß“ mehr Handlungsfreiheiten.

Je nach Fachbereich gibt es gewisse Zuspitzungen beziehungsweise Aufweichungen dieser gemessenen Verhaltensweisen: In der Gynäkologie fällt auf, dass besonders Ärzte sich im Vergleich zu ihren Kolleginnen mehr Zeit für die Patientinnen nehmen und verstärkt auf psychosoziale Aspekte eingehen (Klöckner Cronauer & Schmid Mast, 2010). In der Psychiatrie führt bei Frauen eine unterstützende und interaktive Behandlungsform zu besseren Ergebnissen, bei Männern eher eine Einsicht bewirkende und selbstanalysierende Behandlungsform (zit. n. Löffler-Stastka, 2012). Im psychosomatischen Behandlungsfeld lassen sich die Auswirkungen der unterschiedlichen Kommunikationsform von Ärztinnen und Ärzten auch in deutlichen Zahlen festhalten: Kruse et al. (2004) belegte eine doppelt so lange Sprechstundenzeit von Ärztinnen, sodass in der Folge eine annähernd doppelt sichere Diagnose gestellt werden konnte. Die Relevanz für das gesamte System lässt sich in der psychosomatischen Krankheitsbeeinflussung aller Krankheiten begründen. In der Onkologie hingegen stellte Butow et al. (2002) fest, dass trotz gehäufte Forderungen von Patientinnen zu emotionaler Unterstützung weder von Ärztinnen noch von Ärzten auf dieser Ebene kommuniziert wurde. Eine Untersuchung von Neises & Ploeger (2003) legt die Schwierigkeiten der Kommunikation in der (psychosomatischen) Gynäkologie dar. Speziell in diesem Fachgebiet muss bedacht werden, dass es in der gegengeschlechtlichen Behandlungs- bzw. Beratungssi-

tuation auch unbewusst um intime und sexuelle Aspekte gehen kann. Ärztinnen können an dieser Stelle feinfühler auf zum Beispiel Störungen des Selbstbildes der Frau durch Operationen eingehen. Ärzte hingegen werden bevorzugt dann aufgesucht, wenn die Patientinnen nicht über soziale und emotionale Erscheinungen berichten möchten. Auch früh geprägte Rollenbilder oder Assoziationen und Erfahrungen mit dem jeweiligen Geschlecht (zum Beispiel durch das Verhalten von Vater und Mutter) beeinflussen das Kommunikationsgeschehen.

Fazit und Ausblick

Es lässt sich festhalten, dass durch eine Vielzahl von aktuellen Studien Unterschiede in der Kommunikation festgestellt wurden, die auch Auswirkungen auf die Behandlung zu haben scheinen. Wichtig ist – ohne die Ergebnisse zu generalisieren – angemessene Kommunikationskompetenzen für Ärztinnen oder Ärzte zu fördern. Im Zuge der Feminisierung des Berufes (60% der Medizin-Studierenden sind weiblich) bleibt es spannend, wie sich das ärztliche Rollenbild weiter entwickeln wird und welche Auswirkungen dies auf die Behandlungssituation haben wird.

Wichtig ist außerdem, Kommunikationsschulung vermehrt mit in das Medizinstudium einzubringen und auch dort genderspezifisch in die Curricula zu integrieren. Bisher setzt dies lediglich die Charité-Universitätsmedizin Berlin in einem medizinischen Modellstudien-

gang um. Ziel ist, eine Entwicklung von Geschlechtervorurteilen zu Geschlechtersensibilität zu vollziehen und somit den Umgang mit genderspezifischen Kommunikationsschwierigkeiten zu üben sowie die Unterschiede zu reflektieren. Auch die GMS –Zeitschrift für Medizinische Ausbildung – stellte in Anlehnung an die neue Approbationsordnung die

Evaluation des Kurses „ärztliche Basisfähigkeiten“ vor. Diese soll das Thema Gender und Kommunikation aus der aktuellen Problemlage heraus und aufbauend auf Erfahrungen aus dem Ausland (dort sind Kurse dieser Art bereits etabliert) fokussieren. Eine generelle Aufnahme in die Curricula wäre wünschenswert.



Lea Oesterle, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V., E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Sex und Gender in der Gesundheitsversorgung

Ellen Kuhlmann

Gender ist längst kein Fremdwort mehr in der Gesundheitsversorgung und mit der „Gendermedizin“ etabliert sich nunmehr auch eine spezifisch medizinische Perspektive auf Geschlechterfragen. Internationale Organisationen und medizinische Fachzeitschriften leisten hierbei wichtige Dienste. So berichtete zum Beispiel das renommierte Journal Nature, dass Frauen weniger evidenzbasierte Therapien erhalten als Männer; ein solches Statement war noch vor wenigen Jahren kaum denkbar gewesen.

Nach fast einem halben Jahrhundert Frauengesundheitsbewegung ist der geschlechterspezifische Blick auf die Versorgung, so scheint es, im Mainstream des Gesundheitssystems angekommen.

Doch sind damit auch die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung erfüllt? Dieser Beitrag wirft einen Blick hinter die Kulissen der neuen Genderdiskurse in Medizin und Gesundheitsversorgung und macht Chancen ebenso wie die Fallstricke der aktuellen Entwicklungen sichtbar.

Die neue Bedeutung der „sex und gender“ Unterscheidung

Die Unterscheidung zwischen „sex“ als der biologischen Dimension und „gender“ als der sozialen Dimension von Geschlecht wurde schon vor etwa 50 Jahren eingeführt und zwar zunächst in der Psychologie! Das ist sicher kein Zufall, denn es ging vor allem darum, den

Machtanspruch der Medizin als alleinige Instanz für Fragen von Gesundheit und Krankheit in Frage zu stellen. Kaum verwunderlich also, dass die sex-gender Unterscheidung von Feministinnen aufgegriffen und sodann wegweisend für die Frauen- und Geschlechterforschung wurde.

Zugleich wurden von Beginn an immer wieder kritische Stimmen laut, die aus unterschiedlichen Perspektiven für die sozialen Konstruktionen scheinbar „natürlicher Tatsachen“ (sex) sensibilisiert haben. Zunehmend wird nun jedoch der Abschied von der sex-gender Differenzierung eingeleitet und neuere feministische Konzepte stellen den Masterstatus der Genderkategorie grundsätzlich in Frage.

Die neue Flexibilität der Genderkategorie ist allerdings mehr als riskant, und dies gilt insbesondere für die Gesundheitsversorgung, wie nachfolgend gezeigt wird.

Die Mainstreaming-Politik hat zusammen mit der Gendermedizin zu Umdeutungen von „sex“ und „gender“ und zu Begriffsverwirrung geführt. So reduziert sich das Vordringen von Gender in den Mainstream häufig auf eine simple statistische Übung: Klinische und epidemiologische Daten werden nach Frauen und Männern aufgeschlüsselt, ohne die Unterschiede in den Lebensbedingungen und im Versorgungssystem zu berücksichtigen. Die Ergebnisse werden dann als „Genderforschung“ oder als

„gendersensible Versorgung“ präsentiert. Das Novum ist allerdings, dass die Sexkategorie nunmehr sogar auf eine starre biologistische Unterfütterung verzichten und bis zu einem gewissen Grad auch über Geschlechterrollen und soziale Positionierungen von Frauen und Männern hergestellt werden kann. Das passiert beispielsweise, wenn soziale Unterschiede zwischen Frauen und Männern als Variable in Forschungsdesigns eingeführt werden und Ergebnisse dann auf dieser Folie als gesundheitliche Differenzen interpretiert werden. Auf der Strecke bleiben dabei die Fragen, wie es zu diesen Unterschieden kommt und wie sie sozial (und eben nicht primär durch medizinische Interventionen) zu verringern wären.

Die sex-gender Unterscheidung ist also aktueller denn je und weiterhin notwendig, um die Probleme eines diffusen Genderbegriffs sichtbar zu machen. So macht sich gegenwärtig nicht nur in der Medizin, ein auf die biologischen Dimensionen reduziertes Verständnis von Geschlecht durch die Hintertür wieder breit. Sind komplexe soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit erst mal biologisch reduziert, dann sind medizinische Lösungen nicht mehr weit entfernt. So werden Public Health-Ansätze und psychosoziale Versorgungsangebote in den Hintergrund gedrängt und Medikalisierungsprozesse unterstützt; die Impfung gegen Human-Papillom-Viren (HPV) ist nur eines der neueren Beispiele dafür.

Wie „gendersensibel“ und „frauengerecht“ ist die Gesundheitsversorgung?

Die „neue Offenheit“ für Genderfragen in der Gesundheitsversorgung führt zu Umdeutungen der Genderkategorie, deren Effekte nicht pauschal als Chance oder Risiko für eine gendersensible und frauengerechte Versorgung zu identifizieren sind. Vielmehr sind fallspezifische Analysen notwendig.

Ein Beispiel für Innovationspotenziale von Gender Mainstreaming und Gendermedizin bietet die Forschung zu koronaren Herzkrankheiten (KHK). Ausgehend von den USA bringt eine wachsende Zahl grundlagen- und anwendungsorientierter Studien erhebliche Defizite einer bisher an Männern orientierten KHK-Forschung und -Versorgung in den Blick und bietet hierdurch eine Basis für die Entwicklung frauenspezifischer Therapien. Obschon die Umsetzung in die Praxis weit weniger überzeugend ist, haben diese Forschungen zusammen mit Public Health-Aktivitäten für die Risiken der KHK bei Frauen sensibilisiert und einen Veränderungsprozess eingeleitet. Beispiele dafür sind eine frauenspezifische Leitlinie für die KHK-Prävention und die Berücksichtigung geschlechterspezifischer Unterschiede in klinischen Leitlinien sowie eher auf Frauen zugeschnittene Informationsangebote der Krankenkassen.

Zugleich setzt sich eine Ignoranz gegenüber frauen- und geschlechterspezifischen Bedarfslagen fort, für die allerdings neue Begründungsmuster zur Verfügung stehen. Während traditionell die vermeintliche Neutralität der Medizin zur Unsichtbarkeit frauenspezifischer Bedarfslagen führte, finden sich nunmehr auch differenziertere Muster. Dies wurde beispielsweise deutlich in der Antwort der Bundesregierung auf die „Kleine Anfrage“ der Grünen zu geschlechterspezifischen Auswertungen der Disease Management-Programme (DMPs). Darin heißt es: „Grundgedanke der DMP ist die Ausrichtung der Behandlung auf jede einzelne Patientin bzw. jeden einzelnen Patienten. Die Aussage, dass die Programme bisher nicht geschlechtersensibel ausgerichtet seien, trifft in dieser Form daher nicht zu. Bei den DMP stehen insbesondere die Versicherten im Mittelpunkt...“ Hier zeigt sich, wie frauenspezifische Bedarfslagen und Bedürfnisse weiterhin unter einer undifferenzierten Kategorie „Patienten“ subsumiert werden. Diese Idee ist zwar weder neu noch originell, sie erhält aber durch die gesundheitspolitische Innovationsrhetorik der „Versicherten im Mittelpunkt“ und dem Hinweis auf die „individuelle Therapie“ einen neuen Charme, hinter dem kollektive frauenspezifische Bedarfslagen erneut verblassen und so unsichtbar bleiben (können).

Das Beispiel der KHK-Versorgung bringt grundlegende Probleme der neuen Gendermedizin in den Blick. So wird einerseits die eklatante Unter- und Fehlversorgung von Frauen mit KHK zunehmend deutlich – was ein kaum zu überschätzender Erfolg ist! Zugleich hat Gender im Mainstream der Medizin die kritische Reflexion des biomedizinischen Wissenssystems und der darin eingelagerten Machtverhältnisse eher verdrängt als gefördert. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Tatsache, dass Genderforschung zunächst in den USA als methodologische Forderung in die Medizin eingeführt wurde. Somit stehen die Integration von Frauen in klinische Studien und geschlechterdifferenzierte Datenanalysen im Vordergrund. Was als Gendermedizin diskutiert wird, geht demzufolge nicht unbedingt über die Sexkategorie, die Aufschlüsselung der Daten nach Frauen und Männern, hinaus. In dieser Variante ist Gendermedizin vor allem Methodenkritik und somit integrationsfähig für die Medizin.

Die Tücken der „Integration“: Das Verschwinden frauenzentrierter und feministischer Perspektiven in der Gesundheitsversorgung

Aus der Geschichte der Medizin und der Professionsforschung können wir lernen, dass neue soziale Anforderungen in medizinische Konzepte integriert und hierdurch so umgedeutet werden, dass sie mit professionellen Interessen kompatibel sind. Aktuelle Beispiele dafür sind

neue Managementkonzepte und evidenzbasierte klinische Leitlinien ebenso wie die zunehmende Integration alternativer und komplementärmedizinischer Therapien in die Medizin. Wir sollten also nicht davon ausgehen, dass eine größere Offenheit der Medizin für Geschlechterfragen automatisch zu grundsätzlichen und nachhaltigen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung führt.

Der Preis für die neue Offenheit für Genderfragen in der Gesundheitsversorgung ist die Abkoppelung von den Inhalten der Frauengesundheitsbewegung und dem kritischen Potenzial feministischer Ansätze, die vor allem die Machtverhältnisse des medizinischen Systems und die zunehmende Medikalisierung sozialer Probleme anprangerten. Die wachsende Akzeptanz der Genderkategorie im medizinischen (Mainstream-) Diskurs beruht paradoxerweise auch auf der Auflösung einer starren sex-gender Unterscheidung, wie sie die feministische Debatte gefordert hat. Doch anstelle flexibler und multidimensionaler Definitionen von sex und gender setzt sich in der Gesundheitsversorgung ein eher eindimensionaler Genderbegriff durch, der – wie gezeigt wurde – die sozialen Dimensionen erneut in den Hintergrund drängt. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen scheint ein Insistieren auf der (zweifellos nicht unproblematischen) sex-gender Differenzierung das kleinere Übel zu sein.

Zukunftsperspektiven

Der Überblick über aktuelle Entwicklungen hat gezeigt, dass sich die Bedingungen für gendersensible Versorgungskonzepte zwar zum Teil erheblich verbessert haben, aber zugleich werden auch die blinden Flecken der Gendermedizin und Mainstreaming-Politik sichtbar. Die Gendermedizin würde es ohne die Frauengesundheitsbewegung heute gar nicht geben und sie braucht auch zukünftig frauenzentrierte und feministische Perspektiven, um nachhaltige Veränderungen in der Gesundheitsversorgung zu erzielen. Hierzu ist es allerdings auch notwendig, die Gesundheitsversorgung und -politik wieder stärker mit der feministischen Theoriedebatte zu verknüpfen.

Nicht zuletzt geht es auch darum, eine der zentralen Erkenntnisse der Frauengesundheitsbewegung wieder in Erinnerung zu rufen: dass nämlich eine frauengerechte Gesundheitsversorgung nicht allein medizinisch zu erreichen ist und vielmehr grundlegende Veränderungen im Versorgungssystem erfordert! So betrachtet könnte die Gendermedizin ein wichtiger Baustein, aber eben nicht der Rahmen für die Entwicklung von Zukunftsvisionen für eine gendersensible und frauengerechte Versorgung sein.

Dies ist der gekürzte Nachdruck des Artikel, der in der Clio Zeitung des Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin – 74, Mai 2012 unter dem Titel „Gendermedizin – neue Antworten auf alte Fragen?“ erschienen ist.

 Dr. Ellen Kuhlmann, Vertretungsprofessur Rehabilitationssoziologie, Fakultät für Rehabilitationswissenschaften, TU Dortmund, Emil-Figge-Str. 50, 44227 Dortmund, E-Mail: e.kuhlmann@em.uni-frankfurt.de

Medizin und Geschlecht

Der geschlechterdifferenzierte Blick in der Gesundheitsförderung ist noch lange nicht im Mainstream angekommen. Häufig noch stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: Geschlechterforscherinnen und -forscher, die in der herkömmlichen Gesundheitsversorgung eine Benachteiligung – meist des weiblichen Geschlechts sehen – und auf der anderen Seite Ärztinnen und Ärzte, die überzeugt sind, unabhängig von Geschlecht, Herkunft und Alter bestmöglich zu behandeln. Um den Dialog voranzutreiben und auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, hat die Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover einen Band mit Beiträgen zur geschlechterspezifischen Medizin he-

rausgegeben – entstanden im Rahmen der Projektarbeit des Modellstudienganges Medizin „Hannibal“ (Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre). So werden wir zum Beispiel informiert über Geschlechtsunterschiede in der Toxikologie und Pharmakologie und erfahren etwas über väterlich und mütterlich geprägte Gene. In einem Kapitel zur klinischen Medizin werden unter anderem geschlechtsspezifische Aspekte der Schmerzmedizin und Epilepsie bei Frauen angesprochen. Um Diagnostik und Intervention bei Gewaltopfern geht es erwartungsgemäß im Abschnitt Rechtsmedizin. Der Band enthält insgesamt 30 lesenswerte Vorträge. (uj)

 Bärbel Miemietz (Hrsg.) unter Mitarbeit von Nino Polikashvili: *Medizin und Geschlecht. Perspektiven für Lehre, Forschung & Krankenversorgung*. Pabst Science Publishers, Lenigerich, 2013, 182 Seiten, ISBN 978-3-89967-787-4, 20,00 Euro

Ärztliches Praxishandbuch Gewalt

Das Handbuch enthält wissenschaftlich fundierte und multidisziplinär erarbeitete Instrumentarien zur Intervention und Prävention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen. Es richtet sich zunächst an Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Beschäftigte des Gesundheitswesens und soll darin bestärken, aktiv zur Gewaltprävention beizutragen.

In der Einführung werden Formen der Gewalt beschrieben, Gründe benannt, warum Frauen an gewalttätigen Beziehungen festhalten, der Kreislauf der Gewalt dargestellt. Breiten Raum nimmt die Beschreibung der gesundheitlichen Folgen ein bis hin zu einem Ablaufschema in der akutmedizinischen Versorgung. Die Bedeutung von ärztlicher Diagnostik und gerichtsfester Dokumentation wird

hervorgehoben. Das Handbuch stellt rechtliche Aspekte dar und geht der Frage nach, wie für die Sicherheit von Patientinnen gesorgt werden kann. Erfreulicherweise werden Hinweise und konkrete Beispiele für die Gesprächsführung in der ärztlichen Praxis und Empfehlungen für eine gelingende Kommunikation gegeben. Verschiedene Szenarien und Möglichkeiten des Gesprächsverlaufs werden vorgestellt. In den (nicht neuen) Handlungsempfehlungen der DGGG und der DGPFG werden die Aspekte aus der Einführung detaillierter und breiter dargestellt.

Ein weiteres Kapitel widmet sich der zahnärztlichen Betreuung. Schließlich werden vertieft bestimmte Formen der Gewalt gegen Mädchen und Frauen angesprochen: Weibliche Genitalverstümmelung, Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Gewalt gegen Pflegebedürftige.

Das Praxishandbuch ist eine gut strukturierte und anschauliche Arbeitshilfe auch für nichtärztliche Berufe. (uj)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): *Ärztliches Praxishandbuch Gewalt*. Verlag S. Kramarz, Berlin, 288 Seiten, ISBN 978-3-941130-128, 29,90 Euro

Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung

Gut informiert können Sie sich besser für eine genaue Diagnostik und Versorgung von Schilddrüsenerkrankungen einsetzen. Einen ersten Überblick gibt der Artikel ab Seite 18. Wenn Sie mehr wissen möchten: Die Broschüre des Feministischen Frauengesundheitszentrums (FFGZ) Berlin „Schilddrüse – kleines


Organ mit großer Wirkung“ ist eine leicht verständliche, ganzheitliche und umfassende Informationsquelle. Sie enthält darüber hinaus Tipps für weiterführende Literatur und Links zu interessanten Internetseiten, wie dem Netzwerk Frauengesundheit und der Schilddrüsenliga.

Die Broschüre umfasst 64 Seiten, kostet 6 € plus Versandkosten und ist direkt beim FFGZ oder über den Buchhandel mit der ISBN-Nummer 978-3-930766-20-8 zu bestellen.

Beratung schwangerer Frauen

Schwangere Frauen sehen sich einer Vielzahl von Untersuchungsmöglichkeiten gegenüber. Spätestens wenn bei dieser Pränataldiagnostik Auffälligkeiten festgestellt werden, ist mehr als nur eine ärztliche Betreuung vorgesehen, um eine den Bedürfnissen der Schwangeren angepasste Beratung sicherzustellen.

Damit diese Beratung bei den Frauen ankommt, ist eine bessere Zusammenarbeit von ärztlicher Schwangerenbetreuung und psychosozialer Beratung notwendig. In dem Buch sind Erfahrungen und Erkenntnisse gesammelt, die helfen, interdisziplinäre Netzwerke in der Schwangerenberatung aufzubauen. (us)

 Christa Wewetzer, Marlis Winkler (Hrsg.): Beratung schwangerer Frauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2013, 29,90 Euro, ISBN 978-3-17-022253-3, 29,90 Euro

Gebären und geboren werden in Hannover

Schwangerschaft und junge Elternschaft sind mit persönlichen Veränderungen verbunden. Zudem müssen viele Entscheidungen getroffen werden. Wie meistere ich die Schwangerschaft? Wo und wie soll das Kind geboren werden? Wie gestalte ich die Zeit danach?

Herzstück des „Schwangeren-Info“ sind 13 persönliche Berichte von Eltern über ihre Geburtserlebnisse. Werdende Eltern werden durch diesen Wegweiser befähigt, eigene und selbstbestimmte Entscheidungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu treffen.

Die Autorinnen und Autoren dieses Buches begleiten kompetent, behutsam und lebensnah durch das Wirrwarr möglicher Untersuchungen, stellen Entbindungsorte und Arten von Geburten vor, geben Tipps für soziale und rechtliche Hilfen und ermutigen zu eigenen Wegen, die Lebensumstellung zu bewältigen.

Eine reiche Informationsquelle für alle Menschen in Hannover und der Region, die sich – ob beruflich oder privat – mit den Themen Schwangerschaft und Geburt beschäftigen.

 Kaiserschnittstelle e. V. (Hrsg.): Gebären und geboren werden in Hannover. Schwangeren-Info, 10 Euro, zu beziehen über die Kaiserschnittstelle, E-Mail: mail@kaiserschnittstelle.de

Datum / Ort	Titel	Information
26.09.2014, Wien	Resilienz im Fokus: Was stärkt Frauen? Fachkonferenz	Wiener Programm für Frauengesundheit www.frauengesundheit-wien.at/konferenz/Resilienz_im_Fokus/Programm.html
01.10.2014, Berlin	Frauengesundheit 2014 – aktiv, bewegt, informiert BZgA-Frauengesundheitskongress 2014	http://tinyurl.com/q3tzvla
08.10.2014, Potsdam	Gewalt – Trauma – Sucht Tagung	http://tinyurl.com/obe9646
15.10.2014, Berlin	Frauengesundheit in Zeiten zunehmender sozialer Ungleichheit Fachveranstaltung zum 40. Jubiläum des Feministischen FrauenGesundheitszentrums Berlin	Das vollständige Programm findet sich ab September auf der Website des FFGZ.
27.10.2014, Hannover	Genests– Viele Fragen, noch mehr Antworten!	Informationen zeitnah unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de
08. und 09.11.2014, Köln	21. Jahrestagung des Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) Selbstopтимierung bis zur Erschöpfung ... Widerstandskraft und psychische Gesundheit von Frauen	jahrestagung2014.akf-info.de
14.11.2014, Köln	„Bin ich richtig?“ Mädchen heute zwischen SelbstBestimmt und FremdBewusst, Fachtagung des Modellprojektes 5+1= Meins (c in Kringel), interkulturelle Mädchenarbeit in NRW	www.profamilia.de/angebote-vorort/nordrhein-westfalen/koeln-sued/abschlusskongress.html
09.12.2014, Hannover	Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett (Arbeitstitel) Fachtagung der AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover und des Netzwerkes „Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett“	Informationen zeitnah unter www.gesundheit-nds.de und www.fmgz-hannover.de

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Birgit Vahldiek
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e.V.
Herschelstr. 31
30159 Hannover

birgit.vahldiek@sovd-nds.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen
Lange Laube 14
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de