

4.3 Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit

4.3.1 Arbeitsbelastungen, Ressourcen und gesundheitliche Auswirkungen sind nicht geschlechtsneutral

Die Belastungen, aber auch die Ressourcen, die sich aus der Erwerbstätigkeit, der Gestaltung der Arbeit, des Arbeitsplatzes und -umfeldes ergeben, sind wesentliche Einflussfaktoren für die Gesundheit von Frauen und Männern. Die Enquetekommission hat sich daher auch der Frage gewidmet, welchen Einfluss die Frauenerwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen hat und welche Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung zu stellen sind. Dabei hat sie sich vor allem mit Faktoren und Arbeitsfeldern beschäftigt, die Frauen besonders betreffen, denn Frauenerwerbstätigkeit konzentriert sich auf andere Branchen und Berufsfelder als die der Männer. Selbst wenn Frauen im gleichen Wirtschaftszweig beschäftigt sind, üben sie überwiegend andere Tätigkeiten aus, haben in der Regel geringere Entgelte¹ und andere Arbeitszeitformen. Darüber hinaus kann die Koordination von Erwerbsarbeit und Familienarbeit eine zusätzliche Belastung für Frauen darstellen. Allerdings ist Berufstätigkeit nicht per se als Belastung zu sehen, häufig stellt sie – auch für erwerbstätige Mütter (siehe auch Kapitel 4.11 und 4.13) – eine Ressource dar. Dazu gehören Eigenorganisation und Entscheidungsspielräume, soziale Integration und die Vielseitigkeit der Beschäftigung. Umgekehrt kann die fehlende Möglichkeit, berufstätig und somit finanziell unabhängig zu sein, für arbeitslose Frauen und Männer eine gesundheitsbelastende Wirkung haben.²

4.3.2 Herausforderung an den Arbeitsschutz: Alte und neue arbeitsbedingte Belastungen betreffen Frauen und Männer anders

Das Arbeitsschutzrecht hat lange Zeit für Frauen und Männer unterschiedliche Schutznormen vorgesehen. Das erste Arbeitsschutzgesetz wurde 1839 mit dem „Preußischen Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in den Fabriken“ erlassen. Es begrenzte die Kinderarbeit auf höchstens zehn Stunden täglich. 1878 wurde die erste Mutterschutzregelung gesetzlich verankert. 1996 trat das heute gültige Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, Bundesgesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit) in Kraft.

AkteurInnen im Arbeitsschutz sind außerbetrieblich die Berufsgenossenschaften mit ihrem Technischen Aufsichtsdienst, die Staatlichen Arbeitsschutzämter (früher Gewerbeaufsicht) und seit neuerer Zeit die Krankenkassen. Darüber hinaus sind die Tarifvertragsparteien invol-

1 Laut Eurostat 2002 werden für Deutschland im europäischen Vergleich die größten Unterschiede beschrieben: Frauen erreichen im öffentlichen Sektor 77% und im privaten Sektor 73% des Einkommens der männlichen Arbeitnehmer.

2 Um im Dialog mit ExpertInnen und AkteurInnen Anforderungen für einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz insbesondere an betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung zu erarbeiten, führte die Enquetekommission ein Fachgespräch durch. Die Auswertung von Erfahrungen aus besonders frauenrelevanten Berufsfeldern und Branchen sollte dabei Handlungsbedarfe identifizieren und Ansatzpunkte für allgemeingültige Empfehlungen bieten.

viert. Innerbetrieblich erfüllen die BetriebsärztInnen und die Sicherheitsfachkräfte wesentliche Aufgaben, die Betriebsräte haben umfangreiche Mitbestimmungsrechte. Insgesamt ist festzustellen, dass das Arbeitsschutzsystem männlich dominiert ist und geschlechtersensible Konzepte so gut wie nicht vorhanden sind. In einschlägigen wissenschaftlichen Untersuchungen und Berichten über Arbeitsbedingungen, arbeitsbedingte Belastungen und Ressourcen, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten fehlen häufig geschlechtsdifferenzierte Daten und geschlechtersensible Auswertungen.

Das Belastungs- und Gefährdungsspektrum in den Betrieben hat sich in den vergangenen Jahren verändert: Nach wie vor wirken sich die klassischen körperlichen Belastungen etwa durch schweres Heben und Tragen, Gefahrstoffe, Vibration, Lärm usw. negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. Ein besonderer Anstieg ist jedoch bei den psychosozialen Belastungen zu verzeichnen, insbesondere durch die Zunahme an Arbeitsintensität und Zeitdruck. Hier zeigt eine geschlechtsdifferenzierte Analyse unterschiedliche Schwerpunkte in den Belastungsprofilen von Männern und Frauen (Spannhake, 1998).

- Die physischen Arbeitsbelastungen betreffen zwar Männer häufiger; jeder dritte gibt an, immer oder häufig schwere Lasten bewegen zu müssen. Aber auch fast jede fünfte Frau, bei den Arbeiterinnen sogar über ein Drittel, ist immer oder häufig mit dem Tragen schwerer Lasten beschäftigt. Mehr als jede vierte Arbeiterin arbeitet in gebückter Haltung und 23% unter Lärmeinflüssen.
- Nach Veränderungen bei der körperlichen Belastung in den letzten Jahren gefragt, antworten 22% der weiblichen (und 25% der männlichen) Beschäftigten, dass diese zugenommen hat. Eine Abnahme der körperlichen Belastung stellen hingegen zwar 64% der Männer aber nur 36% der Frauen fest.
- 41% der weiblichen Beschäftigten (29% der Männer) müssen sich selten oder nie in neue Aufgaben hineindenken oder einarbeiten. Fast jede zweite Frau (und fast jeder dritte Mann) ist immer oder häufig mit ein und derselben Tätigkeit beschäftigt. Besonders problematisch ist die Kombination von Leistungsdruck und einer Tätigkeit, die bis in alle Einzelheiten der Ausführung vorgeschrieben ist. Dies ist bei jeder zehnten Frau der Fall.
- Insbesondere Arbeiterinnen sind unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation, 31% sind unzufrieden mit der Ausschöpfung ihrer Fähigkeiten, 51% mit ihren Aufstiegsmöglichkeiten und 46% mit den beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten.
- 14% der Frauen leisten regelmäßig oder gelegentlich Nachtarbeit, fast jede zweite muss auch samstags arbeiten und immerhin noch 36% der weiblichen Angestellten und 23% der Arbeiterinnen müssen an Sonn- und Feiertagen arbeiten (durchschnittlich arbeiten 18% aller Beschäftigten an Sonn- und Feiertagen). Trotz hoher Arbeitslosigkeit haben die Überstunden zugenommen, bei den Frauen um 18% und bei den Männern um 24%.
- Ungeschützte Beschäftigung ist eine Frauendomäne. 82% der (alten) so genannten 325-Euro-Jobs füllen Frauen aus, 61% derjenigen, die auf Stundenbasis arbeiten, sind ebenfalls Frauen.

- Fast jeder vierte Mann und mehr als jede fünfte Frau bangen um ihren Arbeitsplatz.³

Ende des vergangenen Jahrhunderts wurden spezifische Frauenarbeitsschutzbestimmungen (bis auf die zum Mutterschutz) weitgehend aufgegeben, da sie dem Gleichbehandlungsgrundsatz widersprachen oder die Gefahr einer mittelbaren Diskriminierung gesehen wurde. Frauen hatten sich auch keinesfalls als das kränkere Geschlecht erwiesen. Berufstätige Frauen (14,1 Krankheitstage) weisen vielmehr geringere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als ihre männlichen Kollegen (15,3 Krankheitstage).⁴ Frauen fehlen allerdings nicht nur seltener wegen Krankheit sondern es sind auch andere Krankheitsschwerpunkte festzustellen. Wesentliche Ursachen für Fehlzeiten sind – abgesehen von den reproduktionsbedingten Faktoren und außerbetrieblichen Gesundheitsbelastungen (siehe hierzu auch die Kapitel 4.5, 4.11 und 4.13) – in der unterschiedlichen Arbeitssituation zu suchen. Neben Alter und Geschlecht beeinflussen die berufliche Tätigkeit und der berufliche Status die Arbeitsunfähigkeit. So haben bei den Frauen die Raum- und Haushaltsreinigerinnen mit 27,5 Arbeitsunfähigkeitstagen die höchste krankheitsbedingte Ausfallzeit, bei den Männern sind es die Fahrzeugreiniger mit 44,2 Krankheitstagen. Die durchschnittlich geringeren Arbeitsunfähigkeitszeiten von Frauen sind vor allem durch den hohen Anteil weiblicher Angestellter (mit geringen Ausfallzeiten) in den Dienstleistungsbranchen bedingt, während Arbeiterinnen mit 27,9 Krankheitstagen deutlich häufiger krank sind als Arbeiter (18,6 Tage).

Tabelle 4.3-1: Rangfolge der häufigsten Diagnosegruppen bei Arbeitsunfähigkeit

Frauen	Männer
1. Atemwege	1. Muskel- und Skeletterkrankungen
2. Muskel- und Skeletterkrankungen	2. Atemwege
3. Verdauung	3. Verdauung
4. Freizeit- und Hausunfälle	4. Arbeitsunfälle
5. Psychiatrische Erkrankungen	5. Freizeit- und Hausunfälle
6. Krankheiten der Nerven- und Sinnesorgane	6. Herz- Kreislauf
7. Harn- und Geschlechtskrankheiten	7. Krankheiten der Nerven- und Sinnesorgane
8. Herz-Kreislauf	8. Psychiatrische Erkrankungen
9. Arbeitsunfälle	9. Hauterkrankungen
10. Hauterkrankungen	10. Harn- und Geschlechtskrankheiten
11. Neubildungen ⁵	11. Neubildungen
12. Stoffwechselerkrankungen	12. Stoffwechselerkrankungen

Quelle: Dr. med. Severin-Tölle, Fachgespräch „Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag, EK Protokoll Pr 13/47

Die weitgehende rechtliche Gleichstellung der Geschlechter bezogen auf den Arbeitsschutz ist zu begrüßen, sie darf aber nicht zu einer einseitigen, geschlechtsneutralen Theorie und Praxis

3 Dies hat sich seit 1998 deutlich verstärkt: Der Fehlzeitenreport 2003, herausgegeben vom WIdO spricht von mehr als 50% der ArbeitnehmerInnen, die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben (Badura, Schellschmidt und Vetter, 2003).

4 BKK Bundesverband Krankheitsartenstatistik 2000/2001

5 Neubildung bezeichnet in diesem Zusammenhang eine Tumorerkrankung.

führen. Der praktizierte Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz orientiert sich am männlichen Arbeiter und ignoriert die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, sei es bezogen auf die jeweiligen Arbeitsfelder, Berufe, Arbeitsbelastungen und ihre Auswirkungen, sei es bezogen auf Rahmenbedingungen und zusätzliche Belastungen durch Familienarbeit, auf Bewältigungsstrategien und auf notwendige Konsequenzen bei Arbeitsschutzkonzepten und Gesundheitsförderung.

4.3.2.1 Stress und Belastungsfaktoren

Das Wissenschaftszentrum Berlin wies bereits Anfang der 80er-Jahre darauf hin, dass Stress und Herzinfarkt keine Managerkrankheiten sind. Ein besonders hohes Risiko hatten demnach ältere erwerbstätige Frauen mit geringer Qualifikation. Typische Merkmale der stark infarktgefährdeten IndustriearbeiterInnen zwischen 45 und 54 waren geringe Berufsausbildung, niedriger Berufsstatus, gering qualifizierte Tätigkeit und hohe Arbeitsplatzunsicherheit. Mitte der 90er-Jahre ergab eine Auswertung der Daten von 7000 Beschäftigten aus der Whitehall-II-Studie durch EpidemiologInnen des Londoner University College, dass vor allem starre Arbeitsabläufe und geringer persönlicher Einfluss Herz und Kreislauf belasten. Das Risiko, innerhalb von fünf Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden oder an Angina pectoris zu erkranken, war in den untersten Rangstufen der Beschäftigten um 50% höher als bei leitenden Angestellten (Arbeit & Ökologie-Briefe Nr. 11, 1998). Auch andere Untersuchungen bestätigten die überdurchschnittliche Gesundheitsbelastung durch Monotonie und geringe Selbständigkeit (Arbeit & Ökologie-Briefe Nr. 22, 1998).

Die BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) befragte im Sommer 2000 zusammen mit der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten zu ihren arbeitsbedingten Stressbelastungen. Im Laufe der Untersuchung kristallisierten sich acht Berufsgruppen (Reihenfolge nach Grad der Stressbelastung) heraus, die in besonderem Maße unter Stress leiden:⁶

- AltenpflegerInnen,
- KöchInnen (56,6% Frauenanteil),
- Raum- und HaushaltsreinigerInnen (91% Frauenanteil),
- HilfsarbeiterInnen, PförtnerInnen (14,1% Frauenanteil),
- SozialarbeiterInnen (78% Frauenanteil unter Einschluss von u.a. AltenpflegerInnen),
- Büro- und Verwaltungskräfte (Frauenanteil 69,9%),
- KindergärtnerInnen/ErzieherInnen (96,5% Frauenanteil),
- Fach- und BerufsschullehrerInnen (42,8% Frauenanteil) und
- Krankenschwestern/-pfleger (83,4% Frauenanteil).

Die Gruppe der Raum- und HaushaltsreinigerInnen ist eine der besonders stark stressbelasteten Berufsgruppen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Stressbelastung wurde daher für RaumpflegerInnen gesondert ausgewertet (BGW/DAK, 2000). Danach leiden RaumpflegerInnen sehr viel stärker (+50,9%) als die Vergleichsbevölkerung unter stressbe-

6 Frauenanteil in NRW gemäß Statistik des Landesarbeitsamtes 2002

dingten psychischen und psychosomatischen Störungen. Ob arbeitsbedingte Belastungsfaktoren – auch Stressoren genannt – zu mehr oder weniger deutlichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens führen, hängt stark davon ab, welche Möglichkeiten der Stressbewältigung – oder auch Ressourcen – individuell zur Verfügung stehen. Bei den RaumpflegerInnen kamen zwei Dinge zusammen:

Bei den wichtigen Ressourcenfaktoren „Vielseitigkeit, soziale Rückendeckung, Information und Rücksprache“ schnitten sie von allen Berufsgruppen am schlechtesten ab.

Ihre Arbeitsbedingungen sind durch hohe vor allem quantitative Arbeitsbelastung, geringe Aufgabenvielfalt und engen Handlungsspielraum geprägt.

Beides zusammen bewirkt ihre hohe Stressbelastung. Hier ist – auch vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen insgesamt dramatisch zunehmen⁷ – dringender Handlungsbedarf gegeben. Einerseits gilt es, Maßnahmen zum Abbau von Stress zu entwickeln, mindestens genauso wichtig ist es aber, die Ressourcen zur Stressbewältigung zu stärken.⁸

4.3.2.2 Spezifische Gesundheitsbelastungen in frauendominierten Berufen: Raumpflegerin, Friseurin, Verkäuferin, Büroangestellte

Mangels ausreichend geschlechtsdifferenzierter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse wurden von der Enquetekommission in stark frauendominierten und für die Berufstätigkeit von Frauen besonders relevanten Berufen die Belastungen untersucht und Erfahrungen, insbesondere Good-practice-Beispiele, ausgewertet.

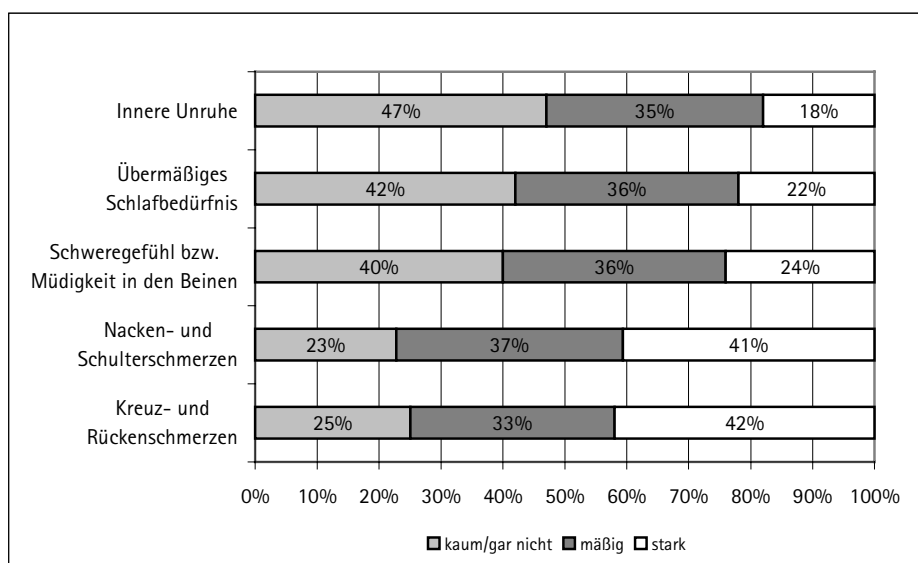
Die Arbeitsbelastung beim gewerblichen Putzen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten durch steigende Leistungsvorgaben und zunehmende psychosoziale Belastungsfaktoren um ein Vielfaches erhöht. Weitere Gesundheitsbelastungen ergeben sich durch die ergonomisch ungünstige Arbeitshaltung, das Bedienen schwerer Bohrer- und Putzmaschinen und die Hautbelastung durch dauernden Kontakt mit Wasser und aggressiven Reinigungsmitteln. Belastend für die *Reinigungskräfte* im Gebäudereinigungshandwerk sind auch die wechselnden Dienststellen. Entgegen der tariflichen Bestimmungen werden die Wegezeiten häufig nicht als Arbeitszeit anerkannt und vollzeitbeschäftigte Frauen haben so einen 12- bis 13-Studentag. Zu dieser enormen zeitlichen Belastung kommt der Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten. Pausen- oder Umkleieräume für die Frauen sind in der Regel nicht vorhanden, der Abstellraum für die Putzutensilien ist oft der einzige Raum, der Reinigungskräften zur Verfügung steht. Ein wesentlicher zusätzlicher Belastungsfaktor ist die gesellschaftliche Geringschätzung der Tätigkeit. Das schlechte Image dieses Berufs verstärkt die negativen Auswirkungen der

7 Gemäß dem GEK-Gesundheitsreport 2001 stieg der Anteil psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren um fast zwei Drittel, bei den Krankenhausaufenthalten um 40,3%. Insgesamt entfielen im Jahr 2000 11,6% aller Krankenhaustage auf psychische Störungen – mehr als auf alle Krebserkrankungen. Der psychische Gesundheitszustand der Raumpflegerinnen ist nach der BGW-DAK-Studie um gut 9% schlechter als der Vergleichswert der übrigen berufstätigen Bevölkerung.

8 Ausführungen über besonders belastende Arbeitsbedingungen für Mütter – beispielsweise Arbeit auf Abruf – sowie Hinweise auf Berufstätigkeit als Ressource, die insbesondere bei Müttern in höher qualifizierten Tätigkeiten festzustellen ist, finden sich im Kapitel 4.11, weitere Ausführungen zu außerberuflichen Arbeitsbelastungen im Kapitel 4.13.

Stressoren: hohe Arbeitsbelastung bei geringer Aufgabenvielfalt, wenig Dispositionsspielräume und mangelnde Anerkennung im Beruf selbst. Wo es gelingt, die Reinigungskräfte in die Auswahl von Arbeits- und Arbeitsschutzmitteln und in die Arbeitsorganisation und -gestaltung mit einzubeziehen, ihnen Entscheidungsspielräume zu geben, ihre Vorschläge und Anregungen positiv aufzunehmen und sie persönlich und ihre Arbeitsleistung wert zu schätzen, wirkt sich dies positiv auf die Arbeitsmotivation und die Gesundheit aus. Die Modellprojekte „Dienstleistungspool“⁹ erweisen sich in diesem Sinne als besondere Good-practice-Beispiele.

Abbildung 4.3-1: Stress bei RaumpflegerInnen: Die fünf Einzelbeschwerden, unter denen RaumpflegerInnen am häufigsten leiden



Quelle: Fachgespräch „Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW 6.2.2003, Judith Berger

Im *FriseurInnenhandwerk* – einem der häufigsten Berufsfelder für Frauen – wurden seit Beginn der 90er-Jahre erschreckende Zunahmen von berufsbedingten allergischen Haut- und Atemwegserkrankungen und daraus resultierenden Berufsunfähigkeiten verzeichnet. In vielen Fällen konnte der Beruf nur wenige Jahre ausgeübt oder die Ausbildung musste abgebrochen werden. Als Ursachen für die Hauptprobleme, Hautallergien und Ekzeme, wurde der Umgang mit aggressiven Chemikalien wie Dauerwellen- und Färbemitteln und dauernder Kontakt der Hände mit Wasser ausgemacht (BGW 2001, Arbeit & Ökologie Briefe Nr. 6, 1996; Nr. 21,

9 Die Landesregierung NRW fördert seit mehreren Jahren modellhaft drei Dienstleistungspools für haushaltsnahe Dienstleistungen. Unabhängig vom Umfang des Dienstleistungsbedarfs im einzelnen Haushalt werden die ArbeitnehmerInnen nach einer Qualifizierung sozialversichert und zu Tarifbedingungen mindestens halbtags beschäftigt. Die Koordinierung und Begleitung durch die Leitung des Dienstleistungspools und die Arbeitsorganisation erweist sich auch unter Arbeits- und Gesundheitsschutzgesichtspunkten als sehr förderlich.

1996; Nr. 24, 2000). Hauptursache für die Atemwegserkrankungen war das häufig verwendete pulverförmige Blondiermittel. In einer konzertierten Aktion der Berufsgenossenschaft (BG) mit dem FriseurInnenhandwerk gelang es, andere Arbeitsweisen durchzusetzen – beispielsweise das Tragen von Handschuhen – und besonders gefährliche Mittel zu ersetzen, so dass mittlerweile von einer Trendwende gesprochen wird. Für das Jahr 2000 konnte die BG für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege einen Rückgang um 4,1% im Vergleich zu 1999 bei Haut- und Atemwegserkrankungen feststellen.¹⁰

Andere Gesundheitsbelastungen im FriseurInnenhandwerk sind vor allem langes Stehen und ergonomisch ungünstige Haltungen beim Schneiden und Frisieren.

Viele Frauen sind durch häufiges oder ständiges Stehen bei der Arbeit stark belastet. Allein in den häufigsten „Frauenstehberufen“ Friseurin und *Verkäuferin* arbeiten ca. 1,5 Millionen Frauen. Auch in den *Pflegeberufen*, in Labors, im Küchen- und Gastronomiebereich stehen Frauen fast den ganzen Tag (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 1998). Rückenbeschwerden, Venenerkrankungen bis hin zu Krampfadern sind die Folgen. Im Extremfall – wenn Kreuzschmerzen und Muskelverhärtungen nicht frühzeitig ernst genommen werden – kann es zu Hexenschuss und Bandscheibenvorfall kommen (BGW Pressemeldung, 1998). Ohne frühzeitiges Gegensteuern besteht die Gefahr von irreversiblen, chronischen Gesundheitsschäden. Je einseitiger das Stehen ist, je weniger Ausgleichs- und Bewegungsmöglichkeiten gegeben sind, umso größer ist die Belastung und Gesundheitsgefährdung.

An vielen Frauenarbeitsplätzen wirkt sich insbesondere die Einseitigkeit der Tätigkeit besonders negativ aus. Dies trifft auch auf die *Bürofachkräfte* zu (knapp 72% weiblich). Hier zeigt sich, dass selbst bei gleichen Aufgabenzuschnitten Frauen häufig deutlich geringere Gestaltungsspielräume haben (European trade union confederation, 2003). Auch wenn es sich um eine „relativ“ gesunde Berufsgruppe handelt, ergeben sich für Büroangestellte besondere Gesundheitsbelastungen aus einseitiger Körperhaltung und durch Stress, bedingt durch hohe Anforderungen unter Zeitdruck, die durch Rationalisierungsmaßnahmen/Personalmangel häufig verstärkt werden (Gmündner Ersatzkasse, 1998). Büroangestellte sind neben Bauarbeitern und Angehörigen der Pflegeberufe besonders stark von Rückenschmerzen betroffen (BKK-Bundesverband, 1998). Bei der Bildschirmarbeit kann die dauerhafte, einseitige Belastung der Hände zu chronischen Beschwerden führen. Zu nennen sind hier das „repetitive strain injury“ (RSI, chronisches Schmerzsyndrom) und das Carpal tunnel-Syndrom (CTS), die in anderen Staaten bereits als Berufskrankheit anerkannt sind (Arbeit & Ökologie Nr. 9, 1999)¹¹. Das Beschwerdebild RSI ist bei Frauen deutlich häufiger festzustellen. Insgesamt sind Bewältigungsstrategien bei Stress grundsätzlich geschlechtsspezifisch unterschiedlich (LafA, 2001).

Auch der betriebliche Organisationswandel durch „lean production“ hin zu flexiblen Arbeitsformen und einer Zunahme von prekären Beschäftigungsverhältnissen¹² beeinflusst Frauen negativer als Männer. Negative Auswirkungen sind für sie erhöhte Arbeitsbelastung, ver-

10 Im Jahr 2000 5.547 Meldungen insgesamt, 1999 5.786 Fälle, aus: Pressemeldung der BGW, 24.4.2001

11 Siehe hierzu auch „Frauen und Gesundheit“, Empfehlungen für die Frauengesundheit in Hamburg

12 Ungesicherte, nicht dauerhafte Arbeitsverhältnisse, zum Teil auch Arbeit auf Abruf oder (mehrere) geringfügige Beschäftigungsverhältnisse; dazu siehe auch „Frauen und Gesundheit“ – Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg

schlechtertes Leistungs-Gratifikations-Verhältnis und erhöhte Arbeitsplatzunsicherheit (Pröll, 2003). Daraus ergibt sich für viele Frauenarbeitsplätze folgendes Belastungsprofil:

- körperliche Belastungen wie schweres Heben und Tragen, langes Stehen und Zwangshaltungen,
- ungünstige Arbeitszeiten und hohes Arbeitstempo,
- stark reglementierte und standardisierte Tätigkeit,
- geringer Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum,
- geringe Gratifikation und
- unsicherer Arbeitsplatz.

4.3.2.3 Belastungsfaktoren im Callcenter

Das noch verhältnismäßig junge Arbeitsfeld Callcenter hat sich sehr schnell ausgeweitet. Bundesweit arbeiten in etwa 3.500 Callcentern 500.000 Beschäftigte. Soziale und Arbeitsschutzaspekte wurden bei der rasanten Entwicklung nur unzureichend berücksichtigt. Callcenter stellen insgesamt hohe Anforderungen an ihre Beschäftigten. Insbesondere in den psychischen Belastungen zeigen sich verglichen mit anderen Branchen höhere Belastungswerte (Ccall Report 4, 2001). Als besondere Belastungsfaktoren sind zu nennen:

- hoher Leistungsdruck (mit möglichst kurzer Gesprächsdauer höchste KundInnenzufriedenheit erreichen) verbunden mit Leistungskontrolle,
- Zwang zur Freundlichkeit („lächelnde Stimme“),
- minimale Handlungsspielräume bei hoher Arbeitskomplexität und ständigen Änderungen,
- die permanente Ungewissheit, was das nächste Telefonat bringt und nicht zuletzt
- das Verhalten der KundInnen selbst (mangelnde Vorbereitung, Unfreundlichkeit, Aggressivität bis hin zur Beleidigung und sexueller Belästigung).

Dazu kommen die Belastungen durch die Arbeitsplatzgestaltung, die häufig nicht der Verordnung für Bildschirmarbeitsplätze entspricht und die Arbeitsumgebung (u.a. Lärmpegel, Temperatur, mangelnde Luftfeuchtigkeit).

Die Unterschiede in den Belastungsauswirkungen bei Männern und Frauen sind gegeben, allerdings nicht sehr ausgeprägt. Ein deutlicher Unterschied wurde beim „Burn-out“ festgestellt. Frauen weisen hier signifikant geringere Werte in der „emotionalen Erschöpfung“ auf, die ein zentraler Faktor im Burn-out-Konzept ist. Frauen erleben KundInnenkontakt anscheinend nicht in gleichem Maße als sozialen stressauslösenden Faktor. Psychosomatische Beschwerden sowie Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems sind dagegen bei in Callcentern beschäftigten Frauen sehr viel deutlicher ausgeprägt.

Starke Gesundheitsprobleme ergeben sich auch durch die Dauerbelastung der Stimme. 30% der Callcenter-AgentInnen (67,2% weiblich) haben Stimmstörungen. Wesentlich sind auch hier die Arbeitsbedingungen wie Arbeitsdruck, hoher Geräuschpegel, schlechte Arbeitsplatzergonomie (Arbeit & Ökologie Briefe Nr. 19, 2001). Frauen sind regelmäßig häufiger von Stimmstörungen betroffen, da die Frequenz der Stimmlippenschwingungen bei ihnen etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern. Die Ursachen sind neben biologischen Unterschieden

auch darin zu suchen, dass Frauen in geschlechtsspezifischen Stereotypen mit zusätzlich erhöhter Stimmlage, abweichend von der eigenen, mittleren Sprechstimmlage, sprechen.¹³

Insbesondere bei Callcentern zeigt sich, dass die prospektive Arbeitsgestaltung die erfolgversprechendste Form des Arbeitsschutzes ist. Unter anderem bietet die Universität Dresden eine Software an, mit deren Hilfe die Arbeitsplätze, die Abläufe und Prozesse so gestaltet werden können, dass sie arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen weitgehend gerecht werden.

4.3.3 Handlungsfelder

4.3.3.1 *Wie kann Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag für die Frauengesundheit am Arbeitsplatz leisten?*

Seit Ende der 80er-Jahre tragen die Krankenkassen durch Gesundheitsberichterstattung dazu bei, das Krankheitsgeschehen in den Betrieben genauer zu analysieren und darauf gestützt in Kooperation mit anderen AkteurlInnen (z.B. Betrieben und medizinischen Diensten) Handlungsbedarfe zu ermitteln und Präventionskonzepte zu entwickeln.¹⁴ Grundlage bilden die nach Krankheitsarten aufgeschlüsselten Arbeitsunfähigkeitsdaten, die bei den Krankenkassen durchgehend geschlechtsdifferenziert vorliegen. Um die Vergleichbarkeit der Analysen zu gewährleisten, wurden Standards für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt, die sich auf Maße und Einheiten der Berichterstattung beziehen.¹⁵

Betriebliche Gesundheitsberichte sind in ihrer Aussagekraft zunehmend begrenzt, da bedingt durch die Kassenwahlfreiheit in den Betrieben eine Vielzahl von Krankenkassen präsent ist, deren AU-Analyse sich nur auf einen kleinen, häufig nicht repräsentativen Teil der Beschäftigten beziehen kann. Darüber hinaus bilden kleine und mittlere Unternehmen die große Mehrheit der Betriebe. Gesundheitsberichte, die sich auf weniger als 50 Personen beziehen, werden aus systematischen und Datenschutzgründen abgelehnt. Daraus folgt, dass, wenn der erfasste Anteil der weiblichen Versicherten im Betrieb weniger als 50 Frauen umfasst, keine geschlechtsdifferenzierte Auswertung durchgeführt wird.

Um trotzdem Aussagen zum erwerbsarbeitsbezogenen Gesundheitsgeschehen machen zu können, entwickelten die Kassen folgende andere Berichtstypen, die teilweise geschlechtsdifferenziert sind:

13 Fachgespräch „Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW, 6.2.2003; Forum 3, Anja Sportelli, EK Protokoll 13/47

14 Mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 erhielten die Krankenkassen auch den Auftrag, bei der Aufklärung und Verhütung von betrieblichen Gesundheitsgefahren mitzuwirken und zu dem Zweck mit den Berufsgenossenschaften zusammenzuarbeiten. Im Laufe der 90er-Jahre entwickelte sich daraufhin eine weitreichende betriebliche Gesundheitsberichterstattung, die oft mit Gesundheitszirkeln und Befragungen der Beschäftigten einherging. Viele neue Erkenntnisse über Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz konnten so gewonnen werden, vielfach konnten auch die nach wie vor vorhandenen Vorurteile über „leichte Frauenarbeit“ widerlegt werden. Die 1996 vorgenommenen Einschränkungen der Aufgaben der Krankenkassen im Präventionsbereich wurden von der rot-grünen Bundesregierung wieder rückgängig gemacht und Prävention und Gesundheitsförderung als wichtige Gesamtaufgabe der Krankenkassen festgelegt.

15 Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V

- Die Krankheitsartenstatistik vom BKK Bundesverband beschreibt detailliert und weitgehend geschlechtsdifferenziert die Entwicklung von Arbeitsunfähigkeitsdaten nach Krankheitsarten, Arbeitsunfällen und Branchen bzw. Berufen.
- Branchen- oder berufsbezogene Gesundheitsberichterstattung wurde von großen Ersatzkassen entwickelt, in denen bestimmte Berufszweige besonders stark versichert sind. Insbesondere die DAK hat in frauenrelevanten Branchen und Berufen Gesundheitsberichte vorgelegt, z.B. für den Krankenpflegebereich, die Kredit- und Finanzinstitute oder auch den übergreifenden Gesundheitsreport „Berufstätige Frauen“. Von der Gmünder Ersatzkasse ist der Bericht über Bürofachkräfte zu nennen.
- Regionale Gesundheitsberichte hat beispielsweise die AOK Rheinland für ihren Zuständigkeitsbereich erarbeitet.

Da aus Sicht der Kassen die Gesundheitsberichte den Vergleich des Krankheitsgeschehens zwischen verschiedenen Betrieben, Berufen, Branchen oder Regionen ermöglichen sollen, werden sie alters- und geschlechtsstandardisiert.¹⁶ Tatsächliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen der Geschlechter werden somit herausgerechnet. Sie bieten daher keine Grundlage arbeits- und arbeitsplatzbedingte Erkrankungen geschlechtersensibel zu hinterfragen.

Auch wenn geschlechtsdifferenzierte Auswertungen beispielsweise in gewerblichen Berufen einen höheren Krankenstand von Frauen feststellen, muss dies als Chance und Auftrag gesehen werden, die arbeits- und belastungsbedingten Ursachen dieser Unterschiede zu identifizieren und Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Für das Handlungsfeld *Gesundheitsberichte* formuliert die Enquetekommission folgende Anforderungen:

- Zukünftige betriebliche, berufs- oder branchenbezogene Gesundheitsberichte stützen sich auf geschlechtsdifferenzierte Datenerfassung und werten diese gendersensibel aus.
- Gesundheitsberichte werden durch MitarbeiterInnenbefragungen und Gesundheitszirkel ergänzt, die die Arbeitssituation, das Wissen und die Erfahrungen der Beschäftigten mit den Ergebnissen der Gesundheitsberichte in Verbindung bringen und so Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsgeschehen und den arbeitsbedingten Belastungen aufdecken.
- In den Befragungen werden die Erfahrungen von Frauen und Männern getrennt erfasst und ausgewertet.
- In den Gesundheitszirkeln wird in jedem Fall eine repräsentative Beteiligung von Frauen sichergestellt. Wenn Frauen stark unterrepräsentiert sind oder wenn Grund zur Annahme besteht, dass Mobbing oder sexuelle Belästigung stattgefunden haben, sollte ein eigener Frauengesundheitszirkel oder -workshop durchgeführt werden.
- Die Gesundheitszirkel werden während der Arbeitszeit durchgeführt. Dies ist insbesondere zur Beteiligung von Müttern unerlässlich.

¹⁶ In den Empfehlungen der Ersatzkassen heißt es: „Um den Betrieben eine Einordnung ihres Krankheitsgeschehens im Vergleich zu externen Kollektiven, wie z.B. die Branche, die Region oder die typischen Berufsgruppen zu ermöglichen, ist eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung unverzichtbar. Diese wird anhand einer zu definierenden Standardpopulation vorgenommen.“

4.3.3.2 Anforderungen an einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz im Handlungsfeld „Verwaltungen und Betriebe“

Frauengerechter Arbeits- und Gesundheitsschutz setzt selbstverständlich einen aktiven, innovativen allgemeinen Arbeits- und Gesundheitsschutz voraus. In Folge hoher Arbeitslosigkeit und schwacher wirtschaftlicher Entwicklung ist Arbeitsschutz in vielen Betrieben zu einem untergeordneten Thema geworden. Dies ist nicht nur bezogen auf die gesundheitlichen Interessen der Beschäftigten problematisch, sondern auch wegen der hohen Folgekosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Hier gilt es, gendersensible Konzepte, Maßnahmen und Projekte zu entwickeln, die unter Berücksichtigung der erschwerten Rahmenbedingungen den bestmöglichen frauen- (und männer-)gerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz anstreben. Besonders wichtig – auch unter ökonomischen Gesichtspunkten – wäre eine prospektive, frauengerechte Arbeitsgestaltung bereits bei der Einrichtung der Arbeitsplätze.

Die europäischen Länder verfügen über unterschiedlich weit entwickelte Konzepte für den frauengerechten Gesundheits- und Arbeitsschutz, während die bundesdeutschen Umsetzungs-bemühungen hier noch viel Nachholbedarf aufweisen. Schulungen zur Anwendung von Gender Mainstreaming im Arbeitsschutz und Gendertrainings sind daher bei allen AkteurInnen geboten.

Vor diesem Hintergrund werden für das Handlungsfeld *Verwaltungen und Betriebe* folgende Anforderungen formuliert, die sich innerbetrieblich an Management, Beschäftigte, Personal- und Betriebsräte richten und überbetrieblich an Kammern, Berufsverbände und Tarifvertragsparteien:

- Gendersensibler Arbeitsschutz wird integrierter Bestandteil betrieblicher Prozesse sowie der Unternehmensorganisation und als ganzheitliche Gesamtaufgabe verankert.
- Ein gutes Betriebsklima und eine frauensensitive Betriebskultur sind wichtige Unternehmensziele; sexuelle Belästigung und Mobbing¹⁷ werden konsequent geahndet.
- Gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse werden entwickelt und innerbetrieblich transparent gemacht.
- Die Verwaltungen und Betriebe unterstützen die Erstellung von geschlechtergerecht differenzierten Gesundheitsberichten, ermöglichen in Abstimmung mit den Betriebs- und Personalräten die Befragung der Beschäftigten und stellen ihre MitarbeiterInnen für Gesundheitszirkel frei. Sie ermutigen Frauen, sich aktiv zu beteiligen.
- Arbeitsbedingungen (Arbeitsumgebung und -organisation) werden unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse geschlechtergerecht gestaltet.
- Die Arbeit wird abwechslungsreich gestaltet. Dazu gehört, dass den Beschäftigten Entscheidungsspielräume und Möglichkeiten der Selbstorganisation eröffnet werden.
- Weibliche und männliche Betriebsangehörige werden gleichberechtigt beteiligt und zur Mitarbeit an Gesundheitszielen befähigt.
- Die Tarifvertragsparteien und innerbetrieblich die Sozialpartner werden bei Vereinbarungen zur Arbeitszeitgestaltung Arbeitszeitoptionen der Beschäftigten berücksichtigen, um so die

17 Fachgespräch „Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung“ im Landtag NRW 6.2.2003, Dr. Helmut Deden, Ministerium für Wirtschaft und Arbeit: 75% der Mobbingopfer sind weiblich!

Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit zu erleichtern und Stress entgegen zu wirken.

- Schutzmaßnahmen werden mit den Frauen beteiligungsorientiert entwickelt, um so und durch Wahlmöglichkeiten bei der Schutzkleidung die Akzeptanz zu erhöhen.

Aus Frauensicht ist es besonders relevant, der gesellschaftlichen Unterbewertung von Frauenarbeit entgegen zu wirken, ihre Planbarkeit und Vielseitigkeit zu erhöhen, Umgebungs- und Arbeitsbelastungen zu reduzieren, größere Zeitautonomie zu gewähren und durch flache Hierarchien größere Entscheidungsspielräume für die Frauen zu schaffen.

4.3.4 Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen an den *Landtag* und die *Landesregierung*:

Das Land ist zuständig für den staatlichen Arbeitsschutz. Mit der Umorganisation der Gewerbeaufsicht zu den staatlichen Ämtern für Arbeitsschutz (StAfA) – fachlich unterstützt durch die Landesanstalt für Arbeitsschutz – veränderte sich das Aufgabenprofil. Die kontrollierende und ggf. sanktionierende Aufsicht wurde weitgehend zurück gedrängt zugunsten von Beratung, Unterstützung und Motivation der Betriebe im Hinblick auf einen modernen Arbeitsschutz und eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung. Hier müssen auch zukünftig die wesentlichen Aufgabenschwerpunkte liegen. Die vorliegenden Erfahrungen aus den frauendominierten Berufen lassen allerdings den Schluss zu, dass darüber hinaus eine stärkere Überwachung der frauenrelevanten Arbeitsschutzvorschriften geboten ist.

Wesentliche Handlungsempfehlung an den staatlichen Arbeitsschutz ist es, alle Leitbilder und Konzepte gendersensibel zu formulieren und auszugestalten und die MitarbeiterInnen entsprechend zu schulen. Im Detail empfiehlt die Enquetekommission, insbesondere den für Arbeitsschutz Verantwortlichen in der Landesregierung und der Landesanstalt für Arbeitsschutz:

- die EU-Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (EU, Amtsblatt, 2002) konsequent unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive umzusetzen!
- Handlungsanleitungen zur Gefährdungsanalyse gendersensibel zu gestalten und für Ressourcenanalysen zu ergänzen (Aufgabenvielfalt, Dispositionsspielräume, Information und Anerkennung durch Vorgesetzte stellen beispielsweise wichtige stressmildernde Ressourcen dar),
- sowohl branchen- und betriebsübergreifend als auch branchen- und berufsspezifisch frauengerechte Handlungs- und Präventionskonzepte zu erarbeiten,
- gendersensible Arbeits- und Gesundheitsschutzprojekte zu initiieren und zu fördern,
- im Rahmen einer Offensive „Gesunde Stimme im Callcenter“ die Callcenter der öffentlichen Hand – insbesondere die Call NRW – zu Beispielen guter Praxis weiterzuentwickeln; dazu gehören Gefährdungsanalysen, Stimmtrainings und Initiativen zur Integration des Themas Stimmbildung in die Curricula sprechorientierter Berufe.
- good-practice-Projekte zu veröffentlichen und besser zu vernetzen,

- durch geeignete Maßnahmen die Motivation der Betriebe zu fördern, optimalen geschlechtergerechten Gesundheitsschutz zu erreichen,
- die Zusammenarbeit zwischen den AkteurInnen zu stärken, um so Win-win-Situationen zu schaffen,
- durch gezielte, auch zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit Bewusstsein für einen gendersensiblen Arbeits- und Gesundheitsschutz und für Frauen besonders relevante Themen zu schaffen und
- dem Ministerium für Wirtschaft und Arbeit wird empfohlen, in Kooperation mit den AkteurInnen im Bereich Arbeitsschutz und Gesundheit eine neue Aktion „Gesunder Betrieb“ zu entwickeln. Regional ausgewählte Betriebe, die unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive Arbeits- und Gesundheitsschutz innerbetrieblich innovativ und konsequent umsetzen, sollen im Rahmen dieser Aktion öffentlichkeitswirksam ausgezeichnet werden.

Ein weiterer für den Arbeits- und Gesundheitsschutz wichtiger Kompetenzbereich des Landes ist der Bereich Bildung, insbesondere der schulische Teil der *beruflichen Bildung und die Weiterbildung*. Auch hier sieht die Enquetekommission Handlungsbedarf und empfiehlt:

- im Rahmen der Berufswahlunterstützung der Schulen Arbeits- und Gesundheitsschutzaspekte geschlechtergerecht zu thematisieren und, unterstützt durch die um arbeitsmedizinische Aspekte ergänzten Ergebnisse gendersensibler Schulentlassuntersuchungen, Jugendliche zu befähigen, individuelle Dispositionen bei der Berufswahl zu berücksichtigen,
- die Aufnahme prüfungsrelevanter gendersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutzelemente und die Integration der notwendigen Handlungskompetenzen in die Unterrichtspläne der Berufsschulen,
- die Lehrenden durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen zu befähigen, Verhaltensprävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz geschlechtersensibel in den Unterricht zu integrieren,
- bei sprechorientierten Berufen Stimmpflege in den Berufsschulunterricht zu integrieren,
- die Erstellung gendersensibler Unterrichts-, Arbeits- und Lehrmaterialien zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (z.B. konkrete Module zur Gesundheitsgefährdung und Prävention für frauendominierte Berufe). Die Vermittlung sollte unter Einbeziehung von – nach Möglichkeit weiblichen – Arbeitsschutzfachkräften erfolgen. Zur besseren Veranschaulichung sollten die Berufsschulen mit Musterarbeitsplätzen ausgestattet werden,
- die Weiterentwicklung des Faches „Sport“ zu „Sport und Gesundheitsförderung“ unter Einbeziehung von Verhaltensprävention sowie die positive Vermittlung arbeits- und berufsbezogener Gesundheitsförderung als Lebensqualität und Wohlbefinden unterstützendes alltagstaugliches Instrument und
- den Weiterbildungsträgern Angebote der beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten, die inhaltlich und zeitlich den weiblichen Beschäftigten und ihren Interessen gerecht werden. Sie sollten individuelle, arbeitsbezogene Weiterentwicklung eröffnen – insbesondere in den frauendominierten niedrig bewerteten Berufen – und berufsübergreifend Gesundheits- und Sozialaspekte berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen an die AkteurInnen:

Die Enquetekommission empfiehlt insbesondere den institutionalisierten, nichtstaatlichen AkteurInnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:

- im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz die Landesregierung bei der geschlechtergerechten Neuausrichtung des Arbeitsgebietes zu unterstützen und zur Stärkung der Genderkompetenz ihrer Beschäftigten, des Managements und der betrieblichen Interessenvertretung geeignete Schulungsmaßnahmen anzubieten,
- den Berufsgenossenschaften die zeitnahe Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Richtlinien (z.B. zur geschlechterdifferenzierten Stimmprävention in Callcentern),
- die Entwicklung gendersensibler Rahmenleitlinien durch die Berufsgenossenschaften in Kooperation mit den Krankenkassen und betrieblichen AkteurInnen. So können für Prävention und Rehabilitation neue Qualitätsstandards erreicht werden. Bei der einzelbetrieblichen Anpassung und Umsetzung dieser Rahmenleitlinien leisten die AkteurInnen Unterstützung,
- die Mitarbeit an der Gestaltung und Umsetzung von gendersensiblen, branchen- und berufsspezifischen Handlungsanleitungen für Gefährdungs- und Ressourcenanalysen, von Präventions- und Aktionskonzepten und
- die Kammern und Innungen initiieren eine Imagekampagne zu gering geschätzten Frauenberufen um so der Minderbewertung von Frauenarbeit entgegenzuwirken.

Besondere Bedeutung für einen frauengerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz hat die Schaffung durchgehend geschlechtsdifferenzierter Informationsgrundlagen. Deshalb ist eine geschlechtergerechte Neuausrichtung der betrieblichen, branchen- oder berufsbezogenen Gesundheitsberichterstattung dringend notwendig. Die Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SBG V sind zu überarbeiten. Die Enquetekommission empfiehlt konkret:

- den Krankenkassen, Daten grundsätzlich geschlechtsdifferenziert zu erfassen und auszuwerten (soweit es der Datenschutz zulässt), um eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen. Dabei sollen die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen explizit in die Berichterstattung eingehen,
- soweit aus besonderen Gründen geschlechtsstandardisierte Gesundheitsberichte erforderlich sind, sind diese durch geschlechtsdifferenzierte Berichte zu ergänzen,
- in der neu ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung nicht nur gendersensibel arbeitsbedingte Erkrankungen zu analysieren, sondern auch die Bewältigungsstrategien und Ressourcen,
- in Ergänzung zu den Gesundheitsberichten in Abstimmung mit ArbeitgeberInnen, Betriebs- und Personalräten unter gleichberechtigter Teilhabe von Frauen MitarbeiterInnenbefragungen durchzuführen und Gesundheitszirkel einzurichten. Die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der Gesundheitszirkel soll die besonderen Belange der betroffenen Mitarbeiterinnen berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, vor allem bei sexueller Belästigung oder in stark männerdominierten Betrieben, sollen Frauengesundheitszirkel durchgeführt werden und

- die Entwicklung geeigneter Angebote zur Beteiligung von MitarbeiterInnen aus kleinen und mittleren Unternehmen bei branchen- oder berufsbezogenen bzw. regionalen Gesundheitsberichten durch die Kassen in Kooperation mit Kammern, Gewerkschaften und Berufsverbänden.

Handlungsempfehlungen an die *Forschung*:

Die Enquetekommission empfiehlt für den Bereich Forschung:

- in der arbeitswissenschaftlichen Forschung eine konsequente geschlechtsdifferenzierte Datenerfassung umzusetzen und gendersensible Fragestellungen, Auswertungen und die aktive Beteiligung von Frauen zu unverzichtbaren Qualitätsstandards zu erheben,
- geeignete frauengerechte Konzepte in praxisorientierten Forschungsprojekten zu entwickeln, um die Beteiligung und den Einfluss von Frauen bei Präventions-, Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen konzeptionell zu unterstützen und
- gestützt auf geschlechterdifferenzierte Analysen geschlechtergerechte Bewältigungsstrategien und Ressourcen stärkende Konzepte insbesondere für die frauendominierten besonders stressbelasteten Berufe zu entwickeln.

4.3.5 Literatur

- Arbeit & Ökologie-Briefe (1998): Herzinfarkt keine Managerkrankheit. Nr. 11, 3. Juni 1998, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (1998): Projekt KOPAG zeigt: Unterforderung macht krank. Nr. 22, 4. November 1998, S. 13, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (2001): Immer schön freundlich – bis die Stimme wegbleibt. Nr. 19, 26. September 2001, S. 3, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (1996): Blondiermittel steigert Atemwegempfindlichkeit. Nr. 21, 16. Oktober 1996, S. 4, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (2000): Gesundheit im Friseurhandwerk. Nr. 24, 29. November 2000, S. 13, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (1996): Besserer Gesundheitsschutz für das Friseurhandwerk. Nr. 6, 20. März 1996, S. 16, Frankfurt
- Arbeit & Ökologie-Briefe (1999): Das Carpal-tunnelsyndrom sollte als Berufskrankheit anerkannt werden: Erste Ergebnisse einer Bremer Studie. Nr. 9, 20. Mai 1999, S. 8, Frankfurt
- ArbSchG, Bundesgesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit
- Badura, Bernhard, Schellschmidt, Henner, Vetter, Christian (Hrsg.), (2003): Fehlzeitenreport. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance, Berlin, Springer
- BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pressemeldung vom 24.4.2001: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei Friseuren: Zahl der Versicherungsfälle weiter gesunken – Rekordtief seit der Wiedervereinigung
- BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pressemeldung vom 01.09.1998: "Gesundheitsrisiken bei Stehberufen"
- BGW/DAK Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/ DAK Gesundheitsmanagement (2000): Stress bei RaumpflegerInnen. Ergebnisse einer BGS-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen, Hamburg
- BKK Bundesverband, Krankheitsarten Statistik 2000/2001
- BKK-Bundesverband (1998): Bundesweite Umfrage bei niedergelassenen Orthopäden, Essen
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1997): Frauen in Stehberufen: von früh bis spät Stehen. Dortmund

EU-Amtsblatt 5.7.2002, C 161/1

European trade union confederation (2003): The gender dimension in health at work, The TUTB survey on the gender dimension in health and safety, in Vogel, Laurent: The gender workplace health gap in Europe

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2001): Frauen und Gesundheit. Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg, Perspektiven und Empfehlungen für ein Aktionsprogramm. Bericht der Expertinnenkommission, Hamburg

Gmünder Ersatzkasse (1998): Gesundheitsbericht 12, Berufsgruppe der Bürofachkräfte, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5

Lehmann, Eleftheria (2003): Statement bezogen auf die Untersuchungen des LAfA 2001, Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/47

Pröll, Ulrich, Gude, U. (2003): Gesundheitliche Auswirkungen felexibler Arbeitsformen – Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 986

Spannhake, Karen (2003): Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen von Erwerbstätigen. Repräsentative Umfrage im Auftrag des Bundesinstituts für Berufliche Bildung, Bonn, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 1998/99. Vortrag im Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/47

Sportelli, Anja (2003): Statement, Forum 3, Fachgespräch: Frauengesundheit und Erwerbsarbeit – Anforderungen an eine frauengerechte Arbeitsgestaltung, Protokoll des Fachgespräches, Landtag Düsseldorf, 6. Februar 2003, EKPr 13/47, 06.02.2003

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft Hamburg (2001): CCall Report 4, Dezember 2001

4.4 Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen: Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft

Eben sowenig wie es *den* Menschen bzw. *die* Frau mit einer geistigen Behinderung gibt, existiert *die* Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung (BZgA, 2001). Formen geistiger Behinderungen im Sinne eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten sind so verschieden, wie die sexuelle Identität eines jeden Menschen an seine persönliche Biografie geknüpft ist. Gerade die Auseinandersetzung mit Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft muss diese Verschiedenartigkeit berücksichtigen. Neuere Definitionen von „geistiger Behinderung“ betonen darüber hinaus auch soziale Aspekte von Behinderung. Gemeint sind gesellschaftliche Bedingungen, die eine Behinderung offensichtlicher machen und häufig zu weiteren Einschränkungen für die Betroffenen führen. Dazu zählen auch Normen, Erwartungen oder Vorurteile, mit denen Menschen mit Behinderungen begegnet wird – insbesondere, wenn es um Sexualität, Verhütung oder Kinderwunsch geht (Pro familia, 1998). Grenzen im Erleben einer selbstbestimmten Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft können sich durch den Schweregrad der Behinderung ergeben, dürfen aber nicht durch gesellschaftliche Bedingungen gesetzt werden.

Gemeinsam ist Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen allerdings, dass sie von der Gesellschaft benachteiligt und durch die medizinische Forschung vernachlässigt werden. Weder in der Studie „Frauen mit Behinderungen – Leben und Interessen vertreten – LIVE“ (Eiermann, Häußler und Helfferich, 1999) noch im Bundesfrauengesundheitsbericht 2001 wurden Frauen mit geistigen Behinderungen speziell berücksichtigt. Eine Gemeinsamkeit teilen sie auch darin, dass sie mehr noch als Menschen mit einer körperlichen Behinderung von den Bedingungen und Angeboten ihres Lebensraums abhängig sind.

Ungeachtet dessen haben sie dieselben Rechte auf körperliche Unversehrtheit, auf Menschenwürde und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dies beinhaltet – insbesondere unter Berücksichtigung des umfassenden Gesundheitsbegriffs, den die Enquetekommission ihrer Arbeit zugrunde legte – eben auch das Recht, ihre sexuelle Identität und ihre sexuellen Beziehungen frei zu wählen. Sie haben einen Anspruch auf Lebensbedingungen, die Raum für sexuelles Wohlergehen bieten. Das Recht auf Information und Beratung über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Elternschaft gilt auch für Frauen mit geistiger Behinderung. Sie haben das grundlegende Menschenrecht, sich für eigene Kinder und ein eigene Familie zu entscheiden. Ebenso haben sie Anspruch auf Schutz vor sexueller Diskriminierung und Gewalt.¹

Vor dem Hintergrund, dass Frauen mit geistigen Behinderungen in unserer Gesellschaft die oben genannten Rechte kaum realisieren können, hat die Enquetekommission das Thema in einem Fachgespräch („Geschlecht: behindert“, 2003) aufgegriffen. Bezogen auf Frauen mit

1 Auf der internationalen Konferenz der Vereinten Nationen zu Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde ein Aktionsprogramm zur weltweiten Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Rechte verabschiedet. Damit werden erstmals Reproduktion, Sexualität und Gesundheit mit den allgemeinen Menschenrechten verknüpft und konkrete Maßnahmen wie z.B. weltweiter Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung, sexueller Gesundheit, HIV-Prävention und Sexualerziehung gefordert.

geistigen Behinderungen und ihre sexuelle Selbstbestimmung wurden unter den Aspekten Rechtsfragen, Aufklärung, Erfahrung in Einrichtungen, gynäkologische Versorgung und Kinderwunsch/Elternschaft insbesondere folgende Leitfragen bearbeitet:

- Wie kann sichergestellt werden, dass die Lebensumstände von Frauen mit geistigen Behinderungen bei der gesundheitlichen Versorgung angemessen berücksichtigt werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau mit einer geistigen Behinderung in alle ihre Gesundheit betreffenden Prozesse und Entscheidungen einbezogen ist?
- Wie müssen Konzepte für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestaltet sein und wo können diese verwirklicht werden, damit sie Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in ihrer jeweiligen Lebensphase und Lebenswelt gerecht werden?

4.4.1 Jeder Mensch hat Sexualität

Sexualität ist ein bedeutsamer Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und eine grundlegende Lebenskraft. Die sexuelle Entwicklung ist für Menschen mit geistiger Behinderung ebenso bedeutungsvoll wie für jeden anderen Menschen (Pro familia, 1998). Das Spektrum sexueller Grundbedürfnisse und Äußerungsformen ist für die Gruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen so umfangreich wie für Menschen ohne Behinderungen. Das „Besondere“ bei Menschen mit geistiger Behinderung liegt allerdings oftmals in der Ungleichzeitigkeit bzw. Differenz von körperlicher und psychisch-intellektueller Entwicklung. So unterscheidet sich die körperlich-sexuelle Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung – bis auf wenige Ausnahmen – nicht von derjenigen nichtbehinderter Menschen. Die psychische und intellektuelle Entwicklung kann jedoch oft nicht Schritt halten, und sexuelle Äußerungen von Erwachsenen mit geistigen Behinderungen können Nichtbehinderten „unangemessen“ erscheinen (BZgA, 2001; Pro familia Köln, 2003).

Die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen hat sich in den letzten Jahrzehnten positiv verändert. Dafür spricht auch ein Paradigmenwechsel vom einstigen Konzept der Betreuung hin zur Assistenz von Menschen mit Behinderungen, die ein selbstbestimmtes Leben, auch bezüglich der Sexualität ermöglichen soll. Gleichwohl ist die Vorstellung, dass sie Sexualität leben und Kinder haben für große Teile der Gesellschaft immer noch unbehaglich oder schlicht nicht existent. Wird sie doch wahrgenommen, erfahren Männer mit geistigen Behinderungen entsprechend dem allgemeinen gesellschaftlichen Bild eine höhere Akzeptanz und Toleranz bezüglich ihrer sexuellen Aktivitäten. Männern wird eher ein Leiden unter nicht erfüllter Sexualität zugebilligt als Frauen. Ihre sexuellen Aktivitäten werden als förderungswürdig betrachtet und der Besuch von Prostitutionsdiensten durchaus erörtert. Frauen mit geistigen Behinderungen, die sexuelle Kontakte suchen, werden in einer Mischung aus Schutz- und Bevormundungsbedürfnissen eher daran gehindert (Pixa-Kettner, 2003). Ihnen wird das Frausein weitgehend abgesprochen. Einerseits werden sie gesellschaftlich diskriminiert, weil sie nicht dem gängigen Schönheitsideal entsprechen, andererseits werden sie in Bezug auf Sexualität häufig mit unmündigen Kindern gleichgesetzt.

4.4.2 Rechtliche Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung versus Praxis

In unserer Verfassung wird jedem Menschen die Freiheit garantiert, selbstbestimmt das eigene Leben entsprechend der individuellen Persönlichkeit zu gestalten, ungeachtet des Geschlechts, der Religion, ethnischen Herkunft oder einer Behinderung (Art. 3 GG). Weiterhin hat der Deutsche Bundestag 2001 in einem überfraktionellen Antrag betont, dass nicht mehr die Versorgung und Fürsorge für Menschen mit Behinderungen, sondern die Förderung ihrer Selbstbestimmung und Gleichheit zukünftig im Mittelpunkt aller staatlichen Bemühungen stehen soll.² Auch das SGB IX und das Betreuungsrecht verpflichten die Sozialleistungsträger und -erbringer sowie die gesetzlichen BetreuerInnen, die Achtung und Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Behinderungen gleichermaßen zum Ausgangspunkt als auch zum Ziel jeder Leistung und Maßnahme zu machen. In diesem Zusammenhang sind auch ihre Privat- und Intimsphäre und ihre sexuelle Selbstbestimmung zu achten, zu wahren und zu schützen (Zinsmeister, 2003).

Walter (2004) hat aus den rechtlichen Rahmenbedingungen Kriterien und Standards abgeleitet, deren Verwirklichung zur Beurteilung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung dienen:

- das Recht auf ein individuelles Sexualleben und die eigene Intimsphäre,
- das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und Schutz vor sexuellen Übergriffen,
- das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung,
- das Recht auf Sexualassistenz,
- das Recht auf eigene Kinder und
- das Recht auf Eigen-Sinn (gemeint ist die Akzeptanz von Abweichungen vom so genannten Normalen).

Wie diskrepant garantierte Selbstbestimmungsrechte und die tatsächliche Rechtssituation von Frauen mit geistigen Behinderungen sein können, wird im Zusammenhang mit gesundheitlicher Versorgung und Sexualität ebenso deutlich an Fragen der Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit wie an den institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen sie leben. Der Gesetzgeber sieht vor, dass private Lebensentscheidungen und -handlungen von Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung, die nicht mit der Gefahr einer Fremd- oder Selbstgefährdung verbunden sind, nicht eingeschränkt oder unterbunden werden dürfen, auch wenn sie aus Sicht Dritter, z.B. der gesetzlichen BetreuerIn, möglicherweise falsch oder unvernünftig erscheinen.

4.4.2.1 „Verhinderte“ Sexualität in Einrichtungen und Elternhaus

Häufig sind Menschen mit – insbesondere geistigen – Behinderungen sehr viel weniger aufgeklärt oder leben in mehr oder weniger abhängigen Verhältnissen. Ihre Fähigkeit zu eigenver-

2 Interfraktioneller Entschließungsantrag des Bundestages vom 19.5.2000: Die Integration behinderter Menschen ist eine dringende politische und gesellschaftliche Aufgabe, BT-DS 14/2913.

antwortlicher Sexualität und Verhütung hängt aber im hohen Maße vom Aufklärungsstand und der unterstützenden Begleitung in Fragen der Sexualität ab. Nur wenn sie über ihren Körper und ihre Bedürfnisse Kenntnisse haben, sich auszudrücken vermögen und hier Selbstbewusstsein erlangen, sind sie in der Lage, eigene Bedürfnisse zu formulieren und Verantwortung im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu leben. Eine lebensbegleitende und liebevolle Sexualaufklärung ist auch eine gute (Gewalt-)Prävention, um die eigenen Bedürfnisse von denen anderer Menschen zu unterscheiden und sich so gegen ungewollte Berührungen oder sexuelle Übergriffe besser schützen oder wehren zu können (Pro familia Köln, 2003). Aufklärungsmaterialien für Menschen mit geistiger Behinderung sind bisher allerdings nur vereinzelt erhältlich.

Die Lebenswelt von Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen ist oft lebenslang geprägt durch „Sonder“einrichtungen. Bei aller Verbesserung und Verschiedenheit der Betreuungsformen bestimmen immer noch restriktive Momente die Wohn- und Lebenssituation (BZgA, 2001). In Deutschland ist eine Unterbringung in Einzelzimmern nicht Standard, wie beispielsweise in Dänemark. Dieser Umstand kann als „sekundäre, strukturelle Behinderung“ gesehen werden (Walter, 2004). Sexualität ist in den Wohneinrichtungen und Werkstätten als Lebensäußerung selten vorgesehen, wird häufig reglementiert oder unterbunden. Eine Unterbringung in Mehrbettzimmern und die daraus folgende fehlende Intimsphäre verhindert bzw. schränkt das Sexualleben der BewohnerInnen gravierend ein. Walter (2004) fordert eine Festschreibung der zur Verfügungstellung von Einzelzimmern im Heimgesetz. Weitere Einschränkungen erfahren HeimbewohnerInnen durch Pflege bei offenen Türen, fehlende Duschvorhänge, wenig bis gar keinen Privatraum, verwaltetes Taschengeld, Besuche, die angemeldet und „genehmigt“ werden müssen und nicht zuletzt eine pauschale Empfängnisverhütung bei Frauen (BZgA, 2001; Walter, 2004).

Auch die Tatsache, dass Frauen (und Männer) mit geistigen Behinderungen, die bei ihren Eltern leben, selbst als Erwachsene oft noch im elterlichen Schlafzimmer übernachten, trägt nicht zu ihrer selbstbestimmten sexuellen Entwicklung bei (Walter, 2004).

Es lässt sich immer wieder feststellen, dass ein wesentliches Hindernis für den freieren Umgang mit Sexualität nicht in den behinderten Menschen selbst liegt, sondern in den Problemen, die ihre direkte Umgebung – Angehörige, Eltern und andere Bezugspersonen – damit hat. Betreuende in den Einrichtungen erleben häufig, dass ihr sexualpädagogisches Engagement gebremst wird, z.B. durch die Haltung der Eltern oder durch fehlende Konzepte zur sexualpädagogischen Betreuung. Oder sie fühlen sich durch mangelnden Rückhalt in der Leitung alleingelassen. Aufklärung wird dann in einer Grauzone betrieben und die BetreuerInnen haben das Gefühl „mit einem Bein im Knast zu stehen“ (Pro-familia-Stellungnahme, 2003). Eltern haben Ängste, dass mit Aufklärung die Sexualität ihrer Kinder überhaupt erst geweckt wird. Darüber hinaus besteht die berechtigte Angst, dass ihre Töchter sexuell missbraucht werden könnten oder eben einfach nicht wissen, worauf sie sich einlassen. Aus diesem Schutzbedürfnis werden vor allem Frauen mit geistigen Behinderungen oft noch mehr von dem Thema Sexualität abgeschirmt als Männer. Die meisten Eltern fühlen sich mit der Sexualerziehung überfordert und verdrängen sie (Fehnker, 2003). Im Verhältnis zu den Betreuenden in den Einrichtungen fühlen sich Eltern oft nicht Ernst genommen oder entmündigt.

Allerdings gibt es inzwischen auch differenzierte Überlegungen darüber, wie eine selbstbestimmte Sexualität der BewohnerInnen in Wohneinrichtungen verwirklicht werden kann. Pro familia Niedersachsen beispielsweise hat Empfehlungen zur sexualpädagogischen Konzeption für den Umgang mit Sexualität in Einrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen erstellt (Pro familia Niedersachsen, 2000). Eine Auseinandersetzung mit dem Thema war auch Ziel einer Fachtagung „Sexualität und geistige Behinderung“ des Pro-familia-Landesverbandes NRW im April 2004. Geplant sind Folgeveranstaltungen mit den Betroffenen und mit Angehörigen.

4.4.2.2 Empfängnisverhütung einschließlich Sterilisation

Nach gesetzlichen Vorgaben muss die Entscheidung einer einwilligungsfähigen Frau, ob und welches Verhütungsmittel sie nach einer ausführlichen Beratung anwenden möchte, bei ihr selbst liegen. Die Einwilligungsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit, rechtlich wirksam in die Verletzung höchstpersönlicher Rechtsgüter einzuwilligen, z.B. in Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sei es durch die medikamentöse Therapie oder eine Operation. Für die Einwilligung ist alleine die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit einer Person entscheidend und diese ist immer im Einzelfall – z.B. durch die behandelnde Ärztin/Arzt zu prüfen (Zinsmeister, 2003). Wird die Patientin in verständlicher Form über Chancen und Risiken des ärztlichen Heileingriffes, die Art der Durchführung und über mögliche Alternativen informiert und kann sie anhand dieser Informationen die Tragweite ihrer Entscheidung für oder gegen den Eingriff oder die Therapie erfassen, ist sie einwilligungsfähig. Erst wenn die/der behandelnde Ärztin/Arzt belegt, dass die Frau einwilligungsunfähig ist, darf ihre gesetzliche BetreuerIn entscheiden, ob und welches Verhütungsmittel das Beste für die Frau ist. Diese rechtlichen Voraussetzungen werden oft außer Acht gelassen. In der Realität wird dann über den Kopf der Frauen hinweg eine Entscheidung über die Verordnung eines Verhütungsmittels getroffen. Dies bedeutet, dass entweder die Frau als nicht einwilligungsfähig erklärt wird oder die Beratung einseitig und nicht, wie gesetzlich festgelegt, umfassend und verständlich für die Patientin vorgenommen wurde.

Darüber hinaus machen Ärztinnen von Pro familia häufig die Erfahrung, dass z.B. bei der Dreimonatsspritze gesundheitlichen Bedenken weniger nachgegeben und Vorerkrankungen sowie Gegenanzeigen weniger sorgfältig untersucht werden als bei anderen Frauen (Pro familia, 2003).

Eine medizinisch nicht indizierte *Sterilisation* Minderjähriger ist nach § 1631 c BGB grundsätzlich verboten, unabhängig von einer Einwilligung der Betroffenen oder der Sorgeberechtigten. Volljährige Frauen und Männer haben dagegen grundsätzlich das Recht, sich freiwillig sterilisieren zu lassen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie einwilligungsfähig sind, d.h. über den Zusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft und Verhütungsmöglichkeiten, über den Sterilisationseingriff, seine Risiken und Folgen umfassend aufgeklärt wurden und selbst in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung zu erfassen. Die Entscheidung kann aus Sicht Dritter (z.B. der behandelnden ÄrztInnen) durchaus unvernünftig erscheinen. Ebenso wie eine schwerkranke Person sich weigern kann, eine lebensnotwendige Operation durchführen zu lassen, steht es einer geistig behinderten Frau mit Kinderwunsch frei, sich in Kenntnis der Tragweite ihrer Entscheidung gegen eine Verhütung oder Sterilisati-

on zu entscheiden. Wiederholt berichten allerdings Frauen mit Behinderungen, dass sie in ihre Sterilisation nur eingewilligt haben, weil ihnen von klein auf vermittelt wurde, sie könnten bzw. dürften auf Grund ihrer Behinderung keine Kinder bekommen (Zinsmeister, 2003).

Eine Sterilisation einwilligungsunfähiger Erwachsener ist in § 1905 BGB geregelt. Hier hat der Gesetzgeber deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Unfruchtbarmachung als schwerer Eingriff in die körperliche und seelische Integrität der Betroffenen grundsätzlich nur als letztmögliches Mittel in Betracht kommt. Sie darf nur vorgenommen werden, wenn sie dem Willen der betreuten Person nicht widerspricht, sie auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird, anzunehmen ist, dass es ohne Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde und infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden kann. Außerdem ist stets einer Methode der Vorzug zu geben, die eine Refertilisation zulässt (Zinsmeister, 2003). Die bloße Möglichkeit, eine einwilligungsunfähige Frau könnte irgendwann Geschlechtsverkehr haben, reicht für eine Sterilisation somit bei Weitem nicht aus. Demnach dürfte es also kaum noch Sterilisationen an nicht einwilligungsfähigen Personen geben. Dennoch wurden mit relativ gleich bleibendem jährlichem Trend auch 2001 immer noch 61 von 81 beantragten Sterilisationen durchgeführt (Zinsmeister, 2003). Allerdings liegen keinerlei Erkenntnisse darüber vor, in welcher Situation sich die betroffenen Frauen und Männer befanden, aus welchen Gründen der Eingriff genehmigt wurde und welche individuellen Auswirkungen er auf die seelische Gesundheit und die soziale Situation der Betroffenen hatte. Über die Zahl der Sterilisationen bei einwilligungsfähigen Frauen ist nichts bekannt, da es keine Berichtspflicht über diese Gruppe gibt.

In Elternfortbildungen zum Thema wird immer wieder deutlich, dass die Angehörigen geistig behinderter Frauen und Männer – die mit 80% gleichzeitig die Mehrzahl der ehrenamtlichen gesetzlichen BetreuerInnen stellen – aus Angst und Sorge vor der Sexualität ihrer Kinder, der Gefahr des sexuellen Missbrauchs und einer Schwangerschaft zum Teil erheblichen psychischen Druck ausüben, um ihre erwachsenen Kinder zur Sterilisation zu bewegen. Ob und in welchem Umfang Frauen tatsächlich unter diesen Bedingungen zu einer Sterilisation bewegt wurden, ist nicht bekannt. Berichte aus der Praxis geben jedoch Anlass zur Annahme, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt. Dafür spricht auch die Tatsache, dass eine durchgeführte Sterilisation bei der entsprechenden Frau oder dem Mädchen ein nicht offen gelegtes Aufnahmekriterium für einen Platz im Wohnheim oder einer Werkstatt sein kann (Walter, 2004).

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ist nicht immer einfach und erfordert von den Verantwortlichen ein besonderes Einfühlungsvermögen, weitreichende Kenntnisse über bestimmte behinderungsbedingte Einschränkungen und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten der Betroffenen sowie ausreichend Zeit, um sich ein Bild von ihrer natürlichen Einsichtsfähigkeit zu machen. Ob diese Sorgfalt in der Praxis tatsächlich aufgewendet wird, ist nicht bekannt.

4.4.2.3 Kinderwunsch und Elternschaft

Frauen mit geistigen Behinderungen wünschen sich – ebenso wie Frauen ohne Behinderung – einen Partner, eine Familie und eigene Kinder, treffen dabei allerdings auf eine Vielzahl von Vorurteilen. Denn Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung gelten immer noch als besonders krasse Abweichung von der gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen.

Bis vor zehn Jahren waren keine gesicherten Kenntnisse über Kinderwunsch, Elternschaft und die Lebensverhältnisse von Eltern mit geistigen Behinderungen und ihren Kindern in Deutschland verfügbar. 1993 begann ein erstes bundesweites Forschungsprojekt an der Universität Bremen sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Ermittelt wurden annähernd 1000 Elternschaften mit 1360 Kindern. Die nicht Erfassten mitgerechnet, ging die Forschungsgruppe für 1996 von 2500 Elternschaften aus. In NRW lebten zum damaligen Zeitpunkt 179 geistig behinderte Mütter mit ihren Kindern (Pixa-Kettner, Bargfrede und Blanken, 1996). Insgesamt ist die Zahl der Geburten von Kindern geistig behinderter Eltern in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen, ebenso wie die Häufigkeit des Zusammenlebens mit den Kindern (Bargfrede, 2001). Die Ergebnisse dieser ersten und weiterer Studien führte zur Vereinsgründung „Verein für begleitete Elternschaft e.V.“, und 1998 konnte in Bremen in Zusammenarbeit mit der AWO Bremen die bundesweit erste Beratungsstelle³ eröffnet werden (Bargfrede, 2001).

Geistig behinderte Frauen machen häufig die Erfahrung, dass das Thema im Kontakt mit ihnen gemieden wird oder sie in ihrem Kinderwunsch nicht ernstgenommen werden bzw. dieser kategorisch abgelehnt wird (Pixa-Kettner, 2003). Viele werden immer noch in dem Glauben erzogen, keine Kinder bekommen zu können (Zinsmeister, 2003). Ihre Kinderwunschmotive erfahren eine ungleich kritischere Hinterfragung, als dies bei nichtbehinderten Frauen der Fall ist. Nach Pixa-Kettner (2003) unterscheiden sich Motive für einen Kinderwunsch bei Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen nicht von denen nichtbehinderter Frauen. Sie könnten lediglich um den besonderen Aspekt „Kinderwunsch als Ausdruck von Normalität und Erwachsenheit“ erweitert werden.

In Befragungen berichteten Frauen mit geistigen Behinderungen über unfreiwillige Abtreibungen und Kindesabnahmen. Erzwungene Trennungen vom eigenen Kind aufgrund der Behinderung der Mutter – verschärft durch ein langfristiges Umgangsverbot – gehören demnach immer noch zum bundesdeutschen Alltag. Dabei werden die betroffenen Frauen häufig weder auf diese für sie traumatischen Ereignisse vorbereitet, noch findet eine Trennungsbegleitung statt (Vlasak, 2004).

Die Entscheidung zur Elternschaft von Menschen mit geistigen Behinderungen kollidiert bei MitarbeiterInnen in Beratungsstellen, Betreuenden und Eltern oft mit deren eigenen inneren Bildern, Normen und Vorstellungen. Nichtbehinderte Personen beziehen in ihren Vorstellungen eine gelebte Elternschaft für Menschen mit Behinderungen sehr wenig ein. Erst das Wissen über beispielhafte Modelle betreuter Elternschaft und die Auseinandersetzung mit der

3 Kontakt: ELTERNHILFE der AWO Bremen/Verein für Begleitete Elternschaft e.V., Mainstr. 46, 28199 Bremen, 0421-5959752

Bedeutung von Gleichheit schafft den inneren Spielraum, die Vorstellungen von Alternativen zuzulassen.

Forschungsprojekte der vergangenen Jahre zeigen, dass viele Mütter mit geistiger Behinderung ihre Elternschaft unter ungünstigen Voraussetzungen beginnen. Oft sind sie in Heimen aufgewachsen und/oder haben innerfamiliäre Gewalttätigkeiten erlebt. Nur wenige haben in ihrer Kindheit oder Jugend ein geordnetes, harmonisches Familienleben kennengelernt und erinnern sich an elterliche Fürsorge, Wärme und positiv wahrgenommene Autorität, also an kindliche Erfahrungen, die sie in ihre eigene Elternschaft einbringen können. Obwohl viele Frauen mit geistigen Behinderungen oftmals negative Reaktionen ihrer Umgebung auf ihren Kinderwunsch und Schwangerschaft ertragen müssen, nehmen fast alle eine positive Beziehung zu ihrem Kind auf. Geistig behinderte Mütter sind sicherlich die am strengsten kontrollierten und überwachten Mütter in unserer Gesellschaft, an die bisweilen sogar höhere Maßstäbe angelegt werden als an andere Mütter.

Die Frage nach der Elternschaft von Frauen (und Männern) mit geistigen Behinderungen bekommt eine ganz andere Färbung, je nachdem, ob sie von der Seite des behinderten Paares aus betrachtet wird oder von der Seite des Kindes und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in dieser Familie. Sie bedeutet vor allem für die Betreuenden eine Gratwanderung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter/Eltern und dem Wohl des Kindes. Wenn z.B. die Vorstellungen der Mutter/Eltern über Erziehung das Wohl des Kindes gefährdet, müssen die BetreuerInnen das Ausmaß beurteilen, ebenso welche Maßnahmen den Schutz gewährleisten können und in die Personensorge eingreifen. Schlimmstenfalls müssen sie eine Empfehlung zum Entzug des Sorgerechts aussprechen. Die Verantwortung ist für die BetreuerInnen immens und erfordert eine sorgfältige und selbstkritische Auseinandersetzung mit der eigenen Person (Praszler, 2003).

Die Bereitstellung angemessener Unterstützungsangebote erweist sich für den positiven Verlauf der Elternschaft als bedeutsamen (Bargfrede, 2001). Sie müssen zeitlich intensiv (bis hin zu einer 24-stündigen Betreuung) und möglichst nah an der Lebensrealität orientiert sein, insbesondere an den Fähigkeiten der Eltern und von diesen angenommen werden. Obwohl die Finanzierung von Familien mit geistigen Behinderungen gesetzlich geregelt ist, kann die praktische Umsetzung verstellt sein. Mutter, Vater und Kind werden häufig aus unterschiedlichen „Töpfen“ finanziell unterstützt, was ein gemeinsames Wohnen unter Umständen verhindert. Auch Modelle ambulanter Betreuung von Müttern/Eltern mit geistiger Behinderung und ihren Kindern stoßen immer wieder an Finanzierungsgrenzen. Trägerorganisationen erhalten ihren Betreuungsauftrag vom Jugendamt im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Danach sind Leistungen in der Regel auf zwei Jahre begrenzt, was keinesfalls für die Betreuung von geistig behinderten Müttern/Eltern und ihrer Kinder ausreicht.⁴

Wohnangebote für Mütter mit geistigen Behinderungen und ihre Kinder und Partner sind in NRW noch sehr vereinzelt und meist in den Ballungszentren angesiedelt, was für die Betroffenen eine belastende Umorientierung im Lebensumfeld bedeuten kann. Ein Beispiel guter

4 Bericht einer Mitarbeiterin der Lebenshilfe Dortmund, anlässlich der Fachtagung: Sexualität und geistige Behinderung, Pro familia, 29.4.2004

Praxis bietet die Diakonie Michaelshoven in Köln mit ihrem Wohn- und Betreuungsangebot für derzeit drei Familien. Aus den Projekterfahrungen entstand ein Konzept zur stationären Begleitung von Müttern/Eltern mit geistigen Behinderungen und ihren Kindern. Es umfasst Leitprinzipien zum Thema Elternschaft, Kriterien zur institutionellen Begleitung und Ziele in der Betreuung von Eltern.⁵

4.4.3 Sexualisierte Gewalt

Lange hat die Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen zu der Annahme geführt, dass sie, da sie häufig in „geschützten“ Einrichtungen oder innerhalb der Familie leben, auch besonders vor sexualisierten Übergriffen geschützt sind. Erst in den 90er-Jahren wurde die Thematik der sexualisierten Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen mit Behinderungen aufgegriffen und in der Öffentlichkeit diskutiert. Auch wenn das „Tabu im Tabu“ seither nicht länger ignoriert wird und die strukturellen, institutionellen und sozialen Risikofaktoren benannt wurden, sind insbesondere Frauen mit geistigen Behinderungen längst nicht ausreichend geschützt. Vielen MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Angehörigen ist die Tatsache, dass behinderte Frauen allen Arten von sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind, immer noch nicht ausreichend präsent (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher keine repräsentativen Studien über das gesamte Ausmaß der sexuellen Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen. Aktuelle Untersuchungen legen aber den Verdacht nahe, dass Kinder und erwachsene Frauen mit geistigen Behinderungen eine besonders gefährdete Risikogruppe darstellen. Es wird davon ausgegangen, dass die Missbrauchsraten hier noch höher sind als in der nichtbehinderten Bevölkerung (BZgA, 2001). Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen erfahren sexualisierte Gewalt nicht nur im sozialen Nahraum, sondern insbesondere jene, die in Einrichtungen leben, tragen ein erhöhtes Gewaltrisiko. Die Täter sind überwiegend männlich und rekrutieren sich sowohl aus Mitbewohnern wie Mitarbeitern von Einrichtungen oder Werkstätten, wobei die „Geschlossenheit des Systems häufig verhindert, dass die Opfer wahrgenommen werden und ihnen angemessene Hilfe zuteil wird“ (BZgA, 2001). Da sie durch ihre Beeinträchtigung zum Teil auf Assistenz angewiesen sind, in stärkerem Maße in Abhängigkeiten leben als Frauen und Mädchen ohne Behinderung, eventuell über eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten verfügen oder ihnen durch mangelnde Sexualaufklärung keine Begrifflichkeiten über die erlebte Gewalt zur Verfügung stehen, sind sie in besonderem Maße verletzlich (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Häufig sind sexualisierte Gewalttaten Wiederholungstaten und ziehen sich über Jahre hin. Selbst wenn in einer Institution ein Fall bekannt wird, müssen die Täter nicht immer damit rechnen, strafrechtlich verfolgt zu werden (Gellenbeck, o.J.). Nach Degener (1995) kommt zur angenommenen Unglaubwürdigkeit der Opfer für sie auch noch die Gefahr einer Sanktionierung durch die Heimleitung hinzu, die eher um den Ruf des Heimes als um den Schutz und die

5 Informationen sind erhältlich über den Arbeitskreis „Sexualität und Elternschaft bei Menschen mit geistigen Behinderungen“, Diakonie Michaelshoven

Würde der Bewohnerinnen bemüht sei. Daneben wird häufig der Frau mit einer geistigen Behinderung die Verantwortung zu geschoben, sie hätte den Täter sexuell provoziert. Notizen in der Heimakte wie „Unterbringung wegen sexueller Verwahrlosung bzw. Gefährdung“ unterstützen zudem, die Schuldzuweisung quasi diagnostisch als Persönlichkeitseigenschaft zu untermauern (Walter, 1996). Weitere Risikofaktoren sind eine Erziehung von Mädchen mit geistigen Behinderungen zur Anpassung und die benannte vermeintlich nicht vorhandene Glaubwürdigkeit der Opfer („wer will schon Sex mit so einer haben ...“). Begünstigt werden können sexuelle Übergriffe auch durch die bereits angesprochene gesellschaftliche Vorstellung von der Geschlechtslosigkeit und Asexualität behinderter Frauen. Eine Sterilisation oder Zwangsverhütung (z.B. durch die 3-Monatsspritze) kann einem sexuellen Übergriff Vorschub leisten, da eine Vergewaltigung zumindest in soweit unentdeckt bleibt, als dass sie keine Schwangerschaft zur Folge hat.

Durch die Neuordnung und Erweiterung des § 174 StGB im Jahre 1998 ist zwar die Strafbarkeit sexuellen Missbrauchs auch auf Übergriffe in Betreuungs-, Beratungs- oder Therapieverhältnissen ausgedehnt worden. In der Praxis jedoch – wie oben dargestellt – bietet dies allein keinen ausreichenden Schutz. Erschwerend kommt hinzu, dass die Inanspruchnahme von Hilfs- und Beratungsangeboten bei sexueller Gewalt für Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen noch wenig möglich ist, u.a. weil diese Klientel lange Zeit weder räumlich noch konzeptionell berücksichtigt wurde. Unterstützung bieten zunehmend autonome Frauenberatungsstellen und Notrufe für vergewaltigte Frauen und Mädchen an. So ist die Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V. seit 1999 barrierefrei und hat einen eigenständigen Arbeitsbereich „Frauen mit Behinderungen“. Darüber hinaus hat sie einen Leitfaden mit Empfehlungen zum barrierefreien Umbau erarbeitet.⁶ Der Notruf Hannover hat 2003 eine Informationsbroschüre für Frauen und Mädchen mit Behinderungen, die von Gewalt betroffen sind sowie für BeraterInnen und MitarbeiterInnen in der Behindertenarbeit herausgegeben. Die Broschüre thematisiert u.a. die Situation von Betroffenen mit geistigen Behinderungen und ist auch in Blindenschrift sowie als Audiokassette erhältlich.⁷

4.4.4 Gynäkologische Versorgung

Die Krankenkassen empfehlen Frauen eine jährliche gynäkologische Untersuchung zur Krebsfrüherkennung. Frauen mit Behinderungen können dem schwer nachkommen. Es liegen in Deutschland keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, ob und in welchem Umfang Frauen mit geistigen Behinderungen solche Angebote wahrnehmen. Einer englischen Studie aus dem Jahr 2002 mit geistig behinderten Frauen in der Menopause zur Folge, sind diese Frauen in der Krebsfrüherkennung signifikant unterrepräsentiert und Pixa-Kettner vermutet ähnliche Ergebnisse für Deutschland (Pixa-Kettner, 2003). Dies wird durch Mitteilungen von Sexualpädagoginnen und dem Netzwerk Frauen mit Behinderungen NRW bestätigt. Die englische

6 Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.: Leitfaden – Empfehlungen zur Barrierefreiheit; Bezug unter www.frauenberatungsstelle.de

7 Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V., Goethestr. 23, 30169 Hannover, 0511-1695944

Studie hatte auch zum Ergebnis, dass vielen der befragten Frauen jegliches Wissen über die Wechseljahre fehlte und sie erst über die Informationen zur Menopause den Zusammenhang zwischen ihrer Menstruation und der Fähigkeit, ein Kind zu bekommen, herstellten. Manchen wurde erst dann schmerzlich klar, dass sie jetzt keine Kinder mehr bekommen konnten (Pixa-Kettner, 2003).

In der Regel ist der gynäkologische Praxisalltag nicht auf die Behandlung von Frauen mit Behinderungen eingestellt und vorbereitet. Die Barrieren liegen in der Kommunikation, Unsicherheiten der ÄrztInnen und des Personals im Umgang mit den Frauen, mangelndem Wissen über Wechselwirkungen der verordneten Medikamente, die viele Frauen aufgrund ihrer Behinderung einnehmen, den längeren Umziehzeiten, einer zeitintensiveren Anamnese, der erschwerten Diagnostik und fehlenden Möglichkeiten, den behinderten Frauen verständliches Informationsmaterial an die Hand zu geben oder ihnen ihre gynäkologischen Krankheitsbilder zu erklären.

In Frankfurt existiert seit 1998 ein eigenes Angebot für körperlich behinderte Frauen: Kernstück ist eine ärztliche Sprechstunde, deren Einrichtung auf eine Kooperation des Ortsverbandes Pro familia und dem Club Behinderter und ihrer Freunde zurückgeht. Die ärztliche Sprechstunde, Beratung und gynäkologische Untersuchung sind durch die Bereitstellung von Hilfsmitteln und Assistenz an den Bedürfnissen der Frauen mit unterschiedlichsten Behinderungen ausgerichtet. Einer erschwerten sprachlichen Verständigung wird mit Übersetzungshilfen, Buchstaben- und Symboltafeln begegnet. Darüber hinaus werden Info- und Diskussionsveranstaltungen, Filmvorführungen und Gruppengespräche zu „Behinderung und Sexualität, Liebe und Partnerschaft“ angeboten (Hettenkofer, 2003). Dieses Modell könnte beispielgebend für die gynäkologische Versorgung von Frauen mit geistigen Behinderungen sein.

4.4.5 Handlungsfelder

4.4.5.1 Sensibilisierung und Aufklärung des Umfelds

Dringend notwendig ist eine Sensibilisierung und Enttabuisierung unserer Gesellschaft gegenüber den Themen Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft von Frauen/Männern mit geistigen Behinderungen. Dazu bedarf es auch vermehrter Fortbildungsangebote für Betreuende (MitarbeiterInnen in den Einrichtungen und Eltern), die u.a. unterschiedliche Lebensrealitäten und -modelle thematisieren und Kenntnisse über gynäkologische Erkrankungen vermitteln. Im Vordergrund sollte dabei stehen: „An geistig behinderte Menschen dürfen keine höheren Anforderungen als an andere gestellt werden, zum Beispiel hinsichtlich der Harmonie oder der Dauerhaftigkeit von Partnerschaften“.⁸

4.4.5.2 Aufklärung und Stärkung der Eigenkompetenzen

Sexualpädagogik und -aufklärung sollten neben der Schule, in der sie im Lehrplan verankert sind, in Zukunft auch stärker in Einrichtungen betrieben werden, denn die Erfahrung zeigt, dass nur durch häufige Wiederholung und Verknüpfung mit dem Lebensalltag Wissen gefestigt wird.

8 Entnommen aus dem Grundsatzprogramm des Lebenshilfe e.V.

Im Bereich der Sexualaufklärung von Frauen mit geistigen Behinderungen ist es in Zukunft noch wichtiger, Frauen und Mädchen stärker für ihren eigenen Körper zu sensibilisieren, damit Krankheiten selber erkannt werden können, aber auch um eigene Bedürfnisse kennen zu lernen und zum Schutz gegen sexuelle Übergriffe. Zur Stärkung der Eigenkompetenzen ist es erforderlich, die Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen über Beratungs- und Zufluchtsangebote wie Familien- und Erziehungsberatung zu informieren. Niedrigschwellige Angebote sind die beste Möglichkeit, um auch den Personenkreis der Menschen mit geistigen Behinderungen zu erreichen.

Ein respektvoller Umgang mit der Intimsphäre von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen sowohl in Einrichtungen als auch in Familien beinhaltet, dass Rücksprachen mit den Angehörigen über das Sexualeben nur dann stattfinden dürfen, wenn die Betroffenen dem zugestimmt haben.

4.4.5.3 Gesundheitsversorgung

Ein durchgängiges Merkmal der Situation von Frauen mit geistigen Behinderungen ist eine engmaschige Kontrolle ihrer privaten Lebensbereiche. Anders ist es im Gesundheitssektor, wo die Teilnahme an regelmäßigen Untersuchungen, wie der Krebsfrüherkennung, nicht immer gewährleistet ist. Für eine intakte gesundheitliche Versorgung ist es zunächst unerlässlich, dass Arztpraxen grundsätzlich barrierefrei gebaut werden und zugänglich sind. Insbesondere mit Blick auf den in § 4 des im Dezember 2003 vom Landtag verabschiedete Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen und im SGB IX⁹ sehr weit gefassten Begriff der Barrierefreiheit ist es wichtig, auch die Ärztekammern, die Landesverbände der Kinder-, Jugend- und Frauenärzte, die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen sowie Forschung und Lehre für die Bedürfnisse von geistig behinderten Patientinnen zu sensibilisieren.

Im Sinne der Qualitätssicherung sollte eine medizinische Betreuung durch FachärztInnen auch für Frauen mit geistigen Behinderungen umfassend eingeführt werden. Eine Untersuchung, die den individuellen, besonderen Ansprüchen von vielen Menschen mit Behinderungen gerecht wird, geht allerdings weit über den berechneten Zeitrahmen einer normalen Behandlung hinaus. Gegen die Einführung einer möglichen zusätzlichen Abrechnungsziffer für zeitaufwändigere Behandlungen wird teilweise argumentiert, dass eine gesonderte Ziffer Menschen mit Behinderungen diskriminieren könnte (Fachgespräch „Geschlecht: behindert“, 2003). Dem ist entgegen zu halten, dass eine nicht angemessene gesundheitliche Versorgung und der Verzicht auf verständliche Beratung eine reale, sehr gravierende Benachteiligung ist und auch in anderen Bereichen (z.B. bei Universitätsprüfungen) Menschen mit Behinderungen ein größerer Zeitrahmen zugestanden wird.

In der Gesundheitsversorgung muss auch eine deutlichere Sensibilisierung im Hinblick auf die hohe Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen angestrebt werden. Gerade bei Frauen mit geistiger Behinderung werden im Gesundheitswesen durch Unkenntnis offensichtlich sehr häufig Verhaltensauffälligkeiten, die auf Gewalterfahrungen schließen

9 SGB IX § 1, § 20, § 81

lassen, eher als behinderungsbedingte Auffälligkeiten interpretiert. Die psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, muss dringend verbessert werden. Bisher sind noch zu wenige PsychotherapeutInnen bereit, die Klientel zu behandeln. Darüber hinaus dürfen Frauen mit geistigen Behinderungen nicht ohne eingehende individuelle Prüfung als nicht psychotherapiefähig von Krankenkassen eingestuft werden.

ÄrztInnen müssen in der Beurteilung einer Einwilligungsfähigkeit bzw. -unfähigkeit geschult werden. Das Arztrecht sieht die Einwilligung von PatientInnen nach eingehender Beratung und Information in jede ärztliche Behandlung vor. Dies setzt voraus, dass Informationen so gestaltet sind, dass sie ohne Schwierigkeiten auch von Patienten mit geistigen Behinderungen verstanden werden können. Gerade im Bereich der Verhütungsmittel muss stärker darauf geachtet werden, welche Maßnahme für welche Frau die beste ist. Denn eine Verhütung, die für das Betreuungspersonal einfach zu handhaben ist, muss nicht unbedingt die gesündeste und beste für die Frau mit geistiger Behinderung sein.

Wichtig ist ebenso eine Abkehr von vorbeugender Verhütung – Verabreichung der Pille, ohne dass es tatsächliche Sexualkontakte gibt – die bei Frauen mit Behinderungen häufig, vor allem aber bei Frauen mit geistigen Behinderungen praktiziert wird.

Um Missbrauch zu vermeiden, bedarf es im Bereich Sterilisation einer Wiedereinführung der Berichtspflicht über die Anwendung der Regelungen, und zwar sowohl im Hinblick auf Sterilisationen an einwilligungsunfähigen als auch an einwilligungsfähigen Frauen und Männern mit der Diagnose einer geistigen Behinderung.

4.4.5.4 Vernetzung

Um die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung zu schaffen, muss es beispielsweise für geistig behinderte Frauen mit Kinderwunsch ein umfassendes Beratungsangebot geben. In den Bereichen Sexualaufklärung, Familienförderung wie auch der Gewaltprävention ist eine deutlichere Kooperation und Vernetzung der Behindertenhilfe mit Jugendämtern, Sozialamt, Schulen und Beratungseinrichtungen gewinnbringend.

Wünschenswert ist auch eine engere Kooperation und Aufgabenteilung von GynäkologInnen im Bereich der Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen. Vorstellbar ist, die medizinische Versorgung in Arztpraxen zu belassen, Gesprächsangebote wie auch Betreuungen im Bereich der Hebammen anzusiedeln.

4.4.6 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der *Landesregierung*

- eine Datenerhebung zur Anzahl und Situation von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in NRW, auch mit dem Ziel einer Bedarfsermittlung, durchzuführen,
- eine öffentliche Aufklärungskampagne gegen sexuelle Übergriffe und Gewalt an Menschen mit geistigen Behinderungen durchzuführen, insbesondere einbezogen werden sollen Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe,

- in Zusammenarbeit mit den AkteurInnen der Behindertenhilfe Konzepte zur Umsetzung des Gewaltschutzes für Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen in den Bereichen Beratung, Unterstützung, Hilfsangebote und Unterbringung unter Berücksichtigung des Betreuungsgesetzes zu erstellen,
- eine Vernetzung aller beteiligten Stellen und Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe für Frauen und Mädchen zu fördern,
- sowie sich auf Bundesebene einzusetzen für
 - die Wiedereinführung einer Berichtspflicht zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung, sowohl für Einwilligungsfähige als auch für Einwilligungsunfähige,
 - die verpflichtende Verankerung der Vorbereitung auf den PatientInnenkreis der Menschen mit (insb. geistigen) Behinderungen im Medizinstudium, zum Beispiel durch ein entsprechendes Praktikum.

Die Enquetekommission appelliert an die *Ärzttekammern*

- eine Studie zu initiieren, die eruiert, auf welcher Grundlage ÄrztInnen die Einwilligungsfähigkeit der Gruppe der Patientinnen mit geistigen Behinderungen beurteilen, und aus den Ergebnissen handhabbare und überprüfbare Kriterien als Hilfestellung zu entwickeln,
- die AkteurInnen im Bereich der Behindertenhilfe bei der Erstellung einer Liste von ÄrztInnen und ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen in NRW zu unterstützen, die bereit sind, den Personenkreis der Menschen mit geistigen Behinderungen medizinisch und psychotherapeutisch zu betreuen und eine entsprechend ausgerüstete und barrierefreie Praxis vorweisen können,
- sich stärker mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe und Beratungseinrichtungen zu vernetzen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Landschaftsverbänden*

- eine Unterstützung für Eltern mit geistiger Behinderung flächendeckend in NRW anzubieten und bedarfsgerechte, regionale Strukturen in der Beratung und Unterbringung zu schaffen,
- zur Wahrung der Privatsphäre und sexuellen Selbstbestimmung der BewohnerInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Unterbringung in Einzelzimmern zu ermöglichen,
- Leitlinien zu einem Gewaltschutzkonzept in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu erstellen,
- sich stärker mit Jugendämtern, Schulen, Beratungseinrichtungen und Einrichtungen anderer Trägerschaften zu vernetzen,
- dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe empfiehlt die Enquetekommission darüber hinaus die Einführung niedrigschwelliger Beratungsangebote in Form von Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistigen Behinderungen, wie sie seit Beginn 2004 im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland existieren.

Die Enquetekommission empfiehlt den *AkteurInnen* im Bereich der Behindertenhilfe

- Konzepte zur Sexualaufklärung für ihre Einrichtungen zu erstellen und die BetreuerInnen in ihrer sexualpädagogischen Arbeit hinreichend zu unterstützen,
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu den Themen Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistigen Behinderungen vorzuhalten,
- verstärkt auf eine regelmäßige medizinische Früherkennung bei den Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen zu achten und dabei die freie ÄrztInnenwahl und den Besuch von FachärztInnen zu berücksichtigen,
- in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern eine Liste von ÄrztInnen in NRW zu erstellen, die bereit sind, die Gruppe der Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung medizinisch und pflegerisch zu betreuen und eine entsprechend ausgerüstete Praxis vorweisen können,
- die Wahl eines Verhütungsmittels allein den betroffenen Frauen und Mädchen zu überlassen und durch gute Aufklärung die Selbstbestimmung zu fördern,
- sich stärker untereinander und mit den Landschaftsverbänden und den Ärztekammern zu vernetzen.

Die Enquetekommission appelliert an die *Hebammenverbände*

- Konzepte für eine Betreuung von Müttern mit geistigen Behinderungen zu erarbeiten.

4.4.7 Literatur

- Bargfrede, Stefanie (2001): Mütter mit geistiger Behinderung, bundesorganisationsstelle behinderte frauen, info 8 (www.behindertefrauen.org)
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Sexualität und Behinderung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/3
- Degener, Theresia (1995): Vergewaltigung behinderter Frauen. In: Friske, Andrea, Als Frau geistig behindert sein, München, Reinhardt
- Eiermann, Nicole, Häubler, Monika, Helfferich, Cornelia (1999): Frauen mit Behinderungen – Leben und Interessen vertreten – LIVE, Band 183, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Fachgespräch der Enquetekommission (2003): Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Fehnker, Martina (2003): Unveröffentlichte Stellungnahme der Westfalenfleiss gGmbH Arbeiten und Wohnen, Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Friske, Andrea (1995): Als Frau geistig behindert sein, Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln, München, Reinhardt
- Gellenbeck, Oliver (o. J.): „... aber wünschen kann ich mir ein Kind doch trotzdem“, Zur Sexualität und Elternschaft bei geistig behinderten Menschen. Schriftenreihe der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bd. 48

- Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Zuschrift 13/2697 (www.landtag.nrw.de)
- Hettenkofer, Maria (2003): Ohne Barrieren, aber mit Assistenz, Pro familia Magazin, Behinderung und Sexualität, 02/2003
- Pixa-Kettner, Ursula; Bargfrede, Stefanie, Blanken, Ingrid (1996): "Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte ...", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, BD. 75.
- Pixa-Kettner, Ursula (2003): Einführungsvortrag zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Praszler, Marion (2003): Geistig behindert und Mutter – na und? In: Orientierung, 2/2003
- Pro familia, Landesverband NRW (2003): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003
- Pro familia, Beratungsstelle Köln-Zentrum (2003): Schwerpunktthema – Sexualität und Behinderung, Jahresbericht 2003
- Pro familia, Landesverband Niedersachsen (2000): Sexualität und geistige Behinderung (Sexualpädagogik)
- Pro familia (1998): Sexualität und geistige Behinderung
- Vlasak, Anette (2004): Elternschaft geistig behinderter Menschen und das Recht auf Familienplanung ..., Vortrag anlässlich einer Fachtagung des Pro familia Bundesverbands: Sexuelle und reproduktive Rechte sind Menschenrechte, 16.05.2004
- Walter, Joachim (2004): Es könnte so schön sein ..., Vortrag anlässlich einer Tagung von Pro familia NRW (Sexualität und geistige Behinderung), 29.4.2004
- Walter, Joachim (Hrsg.), (1996): Sexualität und geistige Behinderung, Heidelberg
- Zinsmeister, Julia (2003): (Sexuelle) Selbstbestimmung, Familienplanung und Elternschaft – die Rechte von Frauen mit der Diagnose einer geistigen Behinderung, Vortrag zum Fachgespräch der Enquetekommission, Geschlecht: behindert! Sexualität, gynäkologische Gesundheit und Familienplanung von Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen, Landtag NRW, Protokoll EKPr 13/74, 17.10.2003

4.5 Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen

4.5.1 Gewalt – ein alltägliches Problem mit gesundheitlichen Folgen

Frauen und Mädchen sind von vielen Arten der Gewaltausübung betroffen. Nach folgenden Gewaltformen (Wieners und Hellbernd, 2000; Bundesvernetzung autonomer Frauennotrufe, www.frauennotrufe.de) wird unterschieden:

körperliche Gewalt – dazu gehören Ohrfeigen, Schläge mit den Fäusten oder mit Gegenständen, Stöße, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe jedweder Art bis hin zu tödlichen Folgen;

sexualisierte Gewalt – sie umfasst Nötigung bis hin zu Vergewaltigungen, Zwang zur Prostitution;

rituelle Gewalt – sie umfasst sexuelle, physische und seelische Gewalt in einem organisierten Rahmen von Kulte und Sekten; auch hier sind Kinder und Frauen betroffen.

In Verbindung mit körperlicher, sexueller oder ritueller Gewalt treten häufig auch psychische, ökonomische und soziale Gewalt auf:

psychische Gewalt – dazu gehören Drohungen, der Frau oder/und den Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Einschüchterungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug;

ökonomische Gewalt – diese umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann;

soziale Gewalt – darunter versteht man das Bestreben des Mannes, die Frau sozial zu isolieren, indem ihr Kontakte verboten oder Kontakte kontrolliert werden.

Von den Leitfragen, die die Enquetekommission für ihre Arbeit entwickelt hat, sind besonders folgende für das Thema Gewalt relevant:

- Wie kann sichergestellt werden, dass jede Frau Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung erhält?
- Wie kann eine angemessene, qualitätsgesicherte, gendersensitive Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erreicht werden, die soziale, psychosoziale und biologische Aspekte berücksichtigt?
- Wie können persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien von Frauen zum Erhalt von Gesundheit und im Umgang mit Krankheit gefördert und genutzt werden?

Die Frage nach dem Zugang zur bestmöglichen Versorgung muss vor dem Hintergrund der Tabuisierung von Gewalt in unserer Gesellschaft und auch in der Behandlungssituation im Gesundheitswesen, ambulant und stationär, diskutiert werden. Eine angemessene, qualitätsgesicherte, gendersensitive Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Gewaltfolgen hat ein Aufweichen dieses Tabus zur Voraussetzung, bedarf zusätzlich einer vorbehaltlosen Respektierung des Gewaltopfers mit all seiner Ambivalenz und Scham in der Offenlegung der Gewalterfahrungen. Die Prüfung eines Gewalthintergrundes als mögliche Erkrankungsursache, auch wenn er nicht auf den ersten Blick, z.B. durch entsprechende Verletzungen, sichtbar erscheint, ist als ein

Patientinnenrecht zu definieren. Persönliche Ressourcen und individuelle Bewältigungsstrategien zu fördern ist bei Überlebenden von Gewalt mit einer Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse verbunden, auch wenn sie schon vor vielen Jahren stattgefunden haben.

Bisher gibt es keine verlässlichen Zahlen zur Gewaltprävalenz in Deutschland. Eine entsprechende Studie hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt. Mit Ergebnissen ist 2004 zu rechnen. Eine vorsichtige Gesamtschätzung der Prävalenz, die regionale Studien aus Deutschland sowie Studien aus anderen europäischen Ländern einbezieht, kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 22% aller Frauen im Verlauf ihres Lebens als Kind oder als Erwachsene geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erleiden, die ihre Gesundheit beeinträchtigt. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen und andere im Gesundheitswesen Tätige müssen davon ausgehen, dass eine von fünf Frauen geschlechtsbezogene Gewalt – zwar nicht immer aktuell – erlebt hat und ihre Beschwerden auch darin eine Ursache haben können (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Die heutige Versorgungssituation im Gesundheitswesen ist dadurch gekennzeichnet, dass das Thema Gewalt noch keinen angemessenen Stellenwert hat. Gewalt und ihre Folgen werden bisher von den im Gesundheitswesen Tätigen jedweder Profession zu wenig als Ursache von Krankheit und Verletzung wahrgenommen. Deswegen erhalten die betroffenen Frauen oft keine leidensgerechte Behandlung und Betreuung.

4.5.2 Gesundheitliche Folgen im Einzelnen

Obwohl die Folgen von Gewalteinwirkungen sehr vielfältig sein und zu unterschiedlichen, auch chronischen Gesundheitsproblemen führen können, treten folgende Störungen typischerweise vermehrt bei Frauen auf, die Opfer von Gewalt geworden sind: Angstzustände und Depressionen, Schlafstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Beziehungs- und Sexualstörungen, Sucht, chronische Schmerzerkrankungen.

Weiterhin können für die verschiedenen Gewaltformen spezifische Gesundheitsprobleme als Folgen geschlechtsbezogener Gewalt identifiziert werden. Nach sexueller Traumatisierung in der Kindheit werden über das posttraumatische Belastungssyndrom hinaus insbesondere bei lang anhaltenden Traumatisierungen, wie z.B. bei Opfern ritueller Gewalt, dissoziative Störungen bis hin zur multiplen Persönlichkeit beschrieben (Hagemann-White und Bohne, 2003). Besonders kennzeichnend für schwere sexuelle Traumatisierung bei Frauen ist selbstverletzendes Verhalten.

Warnzeichen, so genannte „red flags“, die auf in der Kindheit erlittene sexuelle Gewalt hinweisen, insbesondere wenn mehrere gemeinsam auftreten, sind nach Heise u.a. 1999¹:

- Schwangerschaft unter 14 Jahren,
- vaginale Verletzung oder Blutungen,
- schmerzhaftes Urinieren,
- Unterleibs- oder Beckenschmerzen,

1 Zitiert nach Hagemann-White und Bohne, 2003

- sexuelle Probleme,
- Krämpfe in den Muskeln um die Öffnung der Scheide,
- Angstzustände, Depressionen, selbstverletzendes Verhalten,
- Schlafstörungen,
- Geschichte von chronischen, unerklärlichen physischen Symptomen,
- Unterleibsuntersuchungen vermeiden oder Schwierigkeiten damit haben,
- Alkohol- oder andere Drogenprobleme,
- sexualisiertes Verhalten und
- Essstörung.

Es ist unbestritten, dass auch minderjährige Jungen von sexueller Gewalt betroffen sind und dass es diesbezüglich Handlungsbedarf gibt. Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Gewalt bei Jungen schwanken zwischen 2,1–5,8% (Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, 2001). Bezogen auf die zielgruppenspezifische Aufgabenstellung der Enquete-kommission muss diesem Untersuchungsbedarf an anderer Stelle nachgekommen werden.

Nach Vergewaltigungen und anderen massiven sexuellen Übergriffen finden sich häufig Verletzungen am ganzen Körper sowie im genitalen Bereich. Außerdem können rezidivierende Harnwegsinfektionen, Störungen der Menstruation und Beeinträchtigung der reproduktiven Gesundheit auftreten (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Die Auswirkungen der erlebten Gewalt sind umso gravierender, je jünger das Opfer ist, je länger die Gewalteinwirkung besteht, je mehr Brutalität vom Täter ausgeübt wird, je näher die verwandtschaftliche Beziehung zwischen Täter und Opfer ist und um so weniger schützende Vertrauensbeziehungen bestehen.

Bei häuslicher Gewalt, verstanden als Misshandlung und sexuelle Gewalt in engen Beziehungen, finden sich häufig als direkte Folgen Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome und Würgemale. Häufig beschrieben werden Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Brust- und Armverletzungen, Frakturen insbesondere des Nasenbeins, Arm- oder Rippenbrüche, Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen (Hagemann-White und Bohne, 2003). Je nach Art der Verletzungen können bleibende Behinderungen, wie z.B. Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit entstehen (Hagemann-White und Bohne, 2003)

Weitere somatische Beschwerden können Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen sowie Magen-Darm-Störungen sein (Hagemann-White und Bohne, 2003). Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, berichten über chronische Anspannung, Angst und Verunsicherung, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen (z.B. Migräne und chronische Rückenschmerzen) ausdrücken können. So stellen die von Campbell (Hagemann-White und Bohne, 2003) zusammengefassten Studien einhellig fest, dass diese Frauen signifikant häufiger an Kopfschmerzen und Migräne sowie unter chronischen Nacken-Schulter-Schmerzen leiden.

Von häuslicher Gewalt betroffene Frauen berichten, so das Ergebnis mehrerer Studien, auch signifikant häufiger über Magen-Darm-Probleme (z.B. Appetitverlust und Essstörungen) und diagnostizierte funktionale Magenkrankheiten, die mit chronischem Stress assoziiert wer-

den (Hagemann-White und Bohne, 2003). Diese Beschwerden können während einer akuten gewalttätigen und somit mit Stress verbundenen Beziehung beginnen, können aber auch mit erlebter sexualisierter Gewalt in der Kindheit zusammenhängen.

Als Warnzeichen für häusliche Gewalt werden folgende so genannte „red flags“ formuliert (Hagemann-White und Bohne, 2003):

- chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursache haben,
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen,
- verschiedene Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium,
- ein Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will,
- physische Verletzungen während der Schwangerschaft,
- spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge,
- häufige Fehlgeburten,
- häufige Suizidversuche und -gedanken,
- Verzögerungen zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufnahme der Behandlung,
- chronische Darmstörungen und
- chronische Beckenschmerzen.

Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens war in einer großen repräsentativen US-Erhebung bei misshandelten Frauen dreimal höher als bei der Kontrollgruppe. Besonders belastet sind Frauen, die sowohl körperliche Misshandlung als auch sexuelle Gewalt in der Beziehung erleben. Zusammenfassend stellt Campbell (Hagemann-White und Bohne, 2003) fest: Gynäkologische Probleme bilden den deutlichsten konsistenten, lang andauernden und im Ausmaß stark ausgeprägten Unterschied in der somatischen Gesundheit zwischen misshandelten und nicht misshandelten Frauen überhaupt.

Besonders die reproduktive Gesundheit wird durch erlebte Gewalt bedroht. Gewalterfahrungen können dazu führen, dass Frauen längere Zeit unfruchtbar bleiben oder immer wieder in rascher Folge schwanger werden. Spontane Fehlgeburten, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen können sich einstellen. Die Frauen können außerstande sein, die Mutterschaft innerlich anzunehmen.

In der Schwangerschaft besteht eine statistisch erhöhte Gefahr, dass ein potenziell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt, und infolgedessen ein erhöhtes Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt. Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Als psychische Folgen häuslicher Gewalt werden insbesondere Depressionen, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Nervosität, Störungen des sexuellen Empfindens und der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl genannt (Hagemann-White und Bohne, 2003). Leiden in diesem Bereich sind vermutlich ein wesentlicher Anlass dafür, dass Frauen vermehrt psychotrope Medikamente verschrieben werden: Stimmungsaufheller, Beruhigungs- und Schlafmittel. Eine französische Repräsentativerhebung im Jahr 2000 verdeutlicht, dass mit der Zunahme gewaltsamer Übergriffe gegen Frauen die Verschreibungshäufigkeit psy-

chotroper Medikamente steigt (Hagemann-White und Bohne, 2003). Wenngleich dies eine Überlebenshilfe für die betroffenen Frauen selbst sein kann, verweist der Zusammenhang auf eine hohe Abhängigkeitsgefährdung und Fehlversorgung von Gewaltopfern. Auch für Deutschland lässt sich eine zu hohe Verordnungshäufigkeit von psychotropen Medikamenten konstatieren (siehe auch Kapitel 4.1.2).

Zu den typischen Symptomen kommt schließlich die besondere Dynamik von Misshandlung hinzu. Es kann zu gesteigerter Gewalt oder sogar zur Tötung durch den Mann kommen, wenn die Frau wegen der häuslichen Gewaltsituation Hilfe sucht oder sich trennt: ÄrztInnen und Krankenhäuser müssen daher auch für den Schutz der Patientin sorgen. Da misshandelte Frauen in besonders starkem Masse suizidgefährdet sind, ist das Risiko doppelt hoch (Hagemann-White und Bohne, 2003). Zusammengefasst ist zu sagen: Erhalten misshandelte Frauen keine adäquate und effektive Hilfe, kann dies nicht nur ihre Gesundheit, sondern auch ihr Leben gefährden.

4.5.3 Die Gewaltproblematik bei besonderen Zielgruppen

Bei Migrantinnen mit eheabhängiger Aufenthaltserlaubnis muss berücksichtigt werden, dass sie gewalttätigen Beziehungen besonders ausgeliefert sind, da ihnen bei einer Trennung die Aufenthaltserlaubnis entzogen werden kann. Bei Flüchtlingsfrauen kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil von ihnen auf ihrer Flucht Gewalterfahrungen machen musste (siehe auch Kapitel 4.10).

Migrantinnen haben häufig Probleme, ihre Gewalterfahrungen zu äußern. Es fehlen muttersprachliche Dolmetscherinnen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass viele Migrantinnen nicht in Gegenwart von Männern über ihre Gewalterfahrungen sprechen werden (Protokoll Fachtagung, EKPr 13/61, 19.5.2003).

Bei Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist der Anteil der Opfer von Gewalt erschreckend hoch: mehr als jede zweite, die in einer stationären Einrichtung lebt, also in einem Heim, und mehr als jede fünfte, die in einem Privathaushalt lebt, macht Gewalterfahrungen. Weder den MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch den Angehörigen ist diese Tatsache präsent. Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind von allen Formen sexualisierter Gewalt betroffen. In der Mehrzahl der Fälle werden allerdings die Auswirkungen nicht erkannt, da die Frauen bzw. Mädchen selten in ihrer Geschlechtlichkeit wahrgenommen werden und fast immer die Behinderung selbst im Fokus der Behandelnden ist (auffälliges Verhalten z.B. wird automatisch als Ausdruck der Behinderung gedeutet). Durch Sprachschwierigkeiten und Ängste oder aber durch Anwesenheit von Assistenten oder Tätern innerhalb der Familie kann die betroffene Frau die Gewalterfahrung dann nicht ansprechen. Oft wenden sich Behandelnde an die Begleitperson und nicht an die Frau selbst (Protokoll Fachtagung, EKPr 13/61, 19.5.2003; Hagemann-White und Bohne, 2003).

Viele heute alte Frauen erlebten sexuelle Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigungen durch Ehemänner und Fremdtäter oder häusliche Gewalt, was in der Regel in der medizinischen und pflegerischen Behandlung nicht berücksichtigt wird. Darüber hinaus können alte Frauen auch Opfer der Massenvergewaltigungen im und nach dem Zweiten Weltkrieg geworden sein. Zu

den traumatischen Erfahrungen der heutigen Seniorinnen kann auch zählen, dass sie während oder nach Ende des Krieges zur Prostitution gezwungen wurden. Aus Angst vor gesellschaftlicher Ächtung, daraus resultierenden Scham- und Schuldgefühlen haben die heute alten Frauen selten über ihre traumatischen Erlebnisse gesprochen. Sie haben gelernt, diesen Teil ihrer Geschichte zu verdrängen bzw. mit individuellen Strategien zu bewältigen. Für sie gab es kaum eine Chance zur Verarbeitung. Mit zunehmendem Alter und durch Veränderungen im sozialen Umfeld, wie beispielsweise durch einen Einzug ins Altenheim oder einen Krankenhausaufenthalt, kann es dazu kommen, dass bisher bewährte Bewältigungsstrategien nicht mehr aufrecht erhalten werden können (Böhmer, 2000).

In Folge der Tabuisierung des Themas werden somatische, psychische und psychiatrische Symptome von alten Frauen unter Vernachlässigung dieser möglichen Gewalterfahrungen mehrheitlich als Alterserkrankungen wie Demenz, hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)², Altersdepression oder -verwirrtheit diagnostiziert. Oftmals folgt dann eine symptomorientierte Behandlung mit Psychopharmaka (siehe auch Kapitel 4.1.4). Zudem können aktuelle Geschehnisse oder Behandlungsformen, die mögliche Zusammenhänge mit zurückliegenden Gewalterfahrungen nicht berücksichtigen, alte Traumatisierungen aktualisieren (Protokoll Fachtagung EKPr 13/61, 19.5.2003; Böhmer, 2003³).

4.5.4 Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen

Identifizierte Hinderungsgründe, die einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen entgegenstehen, betreffen vor allem folgende Bereiche:

4.5.4.1 Barrieren seitens der Behandelnden

Nach Einschätzung von im Gesundheitswesen Arbeitenden fühlt sich die Mehrzahl der praktizierenden ÄrztInnen und Pflegenden weder durch Aus- noch durch Fortbildung adäquat vorbereitet, Gewaltfolgen zu erkennen und damit umzugehen. Es bestehen zudem Befürchtungen, Unsicherheiten und Ängste, dass der rigide Zeitrahmen der alltäglichen Praxis nicht eingehalten werden oder es zur Verletzung der Privatsphäre von Patientinnen kommen könnte.

Weit verbreitet sind immer noch gängige Stereotypen und Mythen der typischen geschlagenen Frau: z.B. dass Gewalt eher ein Problem von Minderheiten und ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsschichten sei; dass Täter betrunken sind und außer Kontrolle geraten; dass Frauen masochistisch sind und sich provokant verhalten; dass sie den Täter verlassen könnten, wenn sie wollten.

Weitere Barrieren können eine zu große Identifikation mit dem Opfer oder dem Täter aufgrund eigener unverarbeiteter Erfahrungen und/oder Gefühle der Wut sowie Angst vor der eigenen Verletzbarkeit sein.

2 Der Begriff HOPS wird heute nicht mehr verwendet, da eine weitergehende Differenzierung nötig ist. Siehe auch Bericht der Enquetekommission "Zukunft der Pflege", der Anfang 2005 vorliegen wird.

3 Unveröffentlichte schriftliche Stellungnahme vom 28.4.2003 zum Fachgespräch

4.5.4.2 Barrieren seitens der betroffenen Frauen

Der Eindruck oder die Befürchtung ÄrztInnen seien nicht ansprechbar wirkt sich hemmend auf die Bereitschaft der betroffenen Frauen über Gewalterfahrungen zu sprechen aus. Ebenso wie lange Wartezeiten oder ein rigider Zeitrahmen für die Behandlung. Viele misshandelte Frauen sind besorgt, dass die Polizei oder andere Institutionen ohne ihr Einverständnis eingeschaltet werden könnten und haben Angst vor erneuten Gewalttaten, wenn die Gewalt öffentlich wird. Länger andauernde Gewalt kann das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Frauen schwächen, so dass sie aus Angst und Scham zögern, über die Gewalterlebnisse zu sprechen.

4.5.4.3 Strukturelle Barrieren

Noch fehlt es vielen Professionellen im Gesundheitssystem an spezifischem Wissen über Ausmaß, Hintergründe und Dynamik von Gewalt im Geschlechterverhältnis. Durch diese fehlenden Kenntnisse sowie Mängel in der Qualifikation und fehlende Standards/Leitlinien der Behandlung werden Zusammenhänge zwischen somatischen, psychosomatischen und psychischen Symptomkomplexen und möglichen Gewalterfahrungen nicht erkannt bzw. nicht richtig behandelt. In Klinikambulanzen und Notfallaufnahmen wird bei akuten Verletzungen selten auf Gewalteinwirkung untersucht und gerichtsverwertbar dokumentiert. Eine Kooperation mit der Gerichtsmedizin findet nur punktuell statt. Es fehlt zudem an Abklärung des Schutzbedürfnisses der Betroffenen, sowie an Vermittlung von Information über das bestehende Hilfesystem. Ebenfalls haben nur wenige (niedergelassene) ÄrztInnen die erforderlichen spezifischen Kenntnisse, um Gewaltanwendungen bei Patientinnen gerichtsverwertbar zu dokumentieren und Gutachten zu erstellen. Es fehlt oftmals an Kenntnissen über rechtliche Bedingungen, wie z.B. die Entbindung von der Schweigepflicht.

Längere, einfühlsame Gespräche, um Gewalterfahrungen und -hintergründe aufzuklären, sind von niedergelassenen ÄrztInnen kassenärztlich nicht adäquat abzurechnen. Die kassenärztlichen Regelungen zur Therapiedauer sind für schwer traumatisierte Frauen oftmals nicht ausreichend.

Eine bedarfsgerechte, qualifizierte therapeutische Versorgung traumatisierter Patientinnen ist nicht sichergestellt, da ambulant und stationär nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen; lange Wartezeiten sind die Folge. Die diagnostische Klassifizierung ist zu wenig verursacher- und geschlechtsspezifisch. So wird in den Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV nicht zwischen (von eventuell nahestehenden Menschen) verursachten Traumatisierungen und „schicksalhaften“ Ereignissen unterschieden.

Auch die stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung weist starke Defizite auf, da sie Gewalterfahrungen von Frauen nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankungen, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgreift.

Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) bietet unter bestimmten Voraussetzungen anerkannten Gewaltopfern u.a. die Finanzierung medizinischer oder beruflicher Rehabilitation und Entschädigungsleistungen wie z.B. Grund- und Zusatzrente. Um Leistungen aus dem OEG zu bekommen, ist es jedoch notwendig, dass die Schädigungsfolgen des Gewaltopfers kausal auf ein Ereignis direkt zurückgeführt werden können. Detaillierte Befragungen zu dem genauen Tathergang sind daher bislang unersetzlich, da die Aussagen der Gewaltopfer als

Beweiserleichterung gelten. Für viele Frauen, die besonders in ihrer Kindheit und Jugend sexueller Gewalt und Misshandlung ausgesetzt waren, stellen die notwendigen detaillierten Schilderungen der Art des Gewalterlebens und der genauen Zeitpunkte eine Retraumatisierung im Rahmen der Begutachtung dar. Dies ist eine erhebliche Barriere für betroffene Frauen, überhaupt einen Antrag zu stellen, um als Opfer im Sinne des OEG anerkannt zu werden.

Die notwendigen Unterstützungsangebote der Frauen- und Mädcheninfrastruktur (Frauennotrufe, -beratungsstellen, Frauenhäuser, Mädchenberatungsstellen, Mädchenhäuser) sind nicht dauerhaft ökonomisch gesichert. Ihre Finanzierung ist von jährlichen Haushaltsentscheidungen abhängig. Dadurch ist eine gleichbleibende flächendeckende Versorgung nicht sicher gewährleistet.

Einer bedarfsgerechten Versorgung von Migrantinnen stehen Sprach- und Kommunikationsbarrieren und mangelnde interkulturelle Kompetenz vieler Behandelnder entgegen (siehe auch Kapitel 4.10). Es fehlt im Gesundheitswesen an qualifizierten Dolmetscherinnen und muttersprachlichen Therapeutinnen. Strukturelle Barrieren für eine notwendige therapeutische Behandlung bergen auch das Bundessozialhilfegesetz und Asylbewerberleistungsgesetz. Manche Flüchtlingsfrauen haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen, wodurch eine therapeutische Behandlung von traumatisierenden Gewalterfahrungen, die meist länger zurückliegen, ausgeschlossen ist. Eine Traumatherapie wird zu selten finanziert.

Bei Frauen und Mädchen mit Behinderungen werden Gewaltauswirkungen in den meisten Fällen nicht erkannt und wahrgenommen, da der Fokus der Behandelnden fast immer auf die Behinderung an sich gesetzt wird. In den meisten Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern fehlen Erfahrungen und Methoden, um sexualisierte Gewalt unabhängig von der Behinderung zu identifizieren (siehe auch Kapitel 4.4).

Bisher blieb die Situation heute alter Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung nahezu unberücksichtigt. In der Gerontopsychiatrie, in die Frauen ab 60 Jahren aufgenommen werden, kommt die Diagnose posttraumatisches Belastungssyndrom kaum vor (Fachgespräch, EKPr 13/61, 19.5.2003, S. 83).

4.5.5 Umdenken im Gesundheitswesen gefordert: Handlungsfelder für eine bessere Versorgung von Gewaltopfern

Auch wenn derzeit noch von einer gravierenden gesundheitlichen Unter- und Fehlversorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen auszugehen ist, findet das Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis zunehmend gesundheitspolitische Anerkennung. Diese Chance gilt es aktuell zu nutzen, denn dem Gesundheitssystem kommt eine ganz entscheidende Rolle bei der Prävention von Gewalt zu. Herkömmliche Strukturen unseres Gesundheitswesens, darin verhaftete Denkmodelle, sowie Behandlungsangebote passen nicht auf die gesundheitliche Versorgung von Gewaltopfern. Das beginnt schon damit, dass viele Betroffene nicht von sich aus über die erlittene Gewalt reden, wobei Angst, Scham und mangelndes Vertrauen wesentliche Faktoren sind.

Im Gesundheitssystem Tätige müssen in der Erkenntnis ihrer eigenen Schlüsselrolle und ihrer Interventionsmöglichkeiten gestärkt werden. Die Grenzen dessen, was ÄrztInnen leisten

können und sollten, müssen deutlich werden. Sie sind in Vorgesetzten-MitarbeiterInnen-Gesprächen festzulegen und weitere Unterstützungsmöglichkeiten sind aufzuzeigen und anzubieten. Gefragt ist ein interdisziplinäres Umdenken hin zu einer verbesserten Kooperation innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, insbesondere mit Zufluchts- und Frauenberatungsangeboten. Fachkräfte im Gesundheitswesen brauchen Ermutigung und Unterstützung in ihrer Bereitschaft, sich mit den Problemen der Betroffenen auseinander zu setzen, vermeintliche Opfer anzusprechen, diese gründlich zu untersuchen, Befunde rechtssicher zu dokumentieren und ihnen schließlich akzeptable Wege aus der Situation aufzuzeigen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Handlungsfelder mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen zu verbessern (Hagemann-White und Bohne, 2003).

4.5.5.1 Gewalterfahrungen als Krankheitsursache abklären

Die Frage nach erlittener Gewaltanwendung ist im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungssetting einer ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung zu stellen. Insbesondere bei akuten Verletzungen, aber auch bei der Behandlung chronischer Beschwerden ist Gewalt als mögliche Ursache abzuklären. Muster für sensible Fragestellungen und respektvolle Behandlung bzw. Trainingsmaterial liegen in Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften englischsprachiger Länder bereits vor.⁴

Gefordert sind hier folgende Berufsgruppen: niedergelassene ÄrztInnen aller Fachrichtungen, medizinisch und pflegerisch Tätige in der Psychiatrie, PsychotherapeutInnen, ärztliches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern (insbesondere in der ersten Hilfe), Hebammen sowie MitarbeiterInnen der psychotherapeutischen Beratungsstellen und der Suchtkrankenhilfe. Besondere Aufmerksamkeit gegenüber Zeichen von Gewaltanwendung ist von Hebammen und Pflegekräften in der Schwangerenversorgung gefordert, da in der Schwangerschaft statistisch eine erhöhte Gefahr von Gewalt im Geschlechterverhältnis besteht.

Ob es sich empfiehlt, routinemäßig alle Patientinnen nach Gewalterfahrungen zu fragen (Screeningverfahren) oder nur bei bestimmten Symptomen, Beschwerden und daraus abgeleiteten Verdachtsmomenten, wird kontrovers diskutiert und hängt sicherlich von den Rahmenbedingungen ab. Internationale Erfahrungen und Studien sowie eine jüngste Befragung unter deutschen Patientinnen zeigen, dass Frauen direkt nach Gewalt gefragt werden wollen (Hagemann-White und Bohne, 2003; Brzank, 2003). Screeningfragen stellen sicher, dass möglichst viele Gewalttaten erkannt, aufgedeckt und entsprechend behandelt werden. Sie setzen aber auch voraus, dass die Fragenden sensibilisiert und geschult sind. Informationsdefizite und mangelnde Fortbildung wie fehlende Abrechnungsziffern für längere Gespräche werden allerdings unter hiesigen ExpertInnen als größte Barriere identifiziert. Denkbar ist eine schrittweise Einführung des Screeningverfahrens mit zunächst vorbereitender Sensibilisierung. Dazu könnten über bestehende Strukturen wie z.B. Ärztekammern, Berufsverbände und Krankenkassen Fachartikel veröffentlicht und Grundwissen zum Thema sowie Handlungsleitlinien

4 Literaturhinweise und Internetadressen enthält die Studie von Carol Hagemann-White und Sabine Bohne (S. 55–57).

für den Umgang unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der Frauen verbreitet werden. Um längere und umsichtige Gespräche zur Abklärung eines möglichen Gewalthintergrundes für niedergelassene Praxen zu erleichtern, empfiehlt es sich, neue Abrechnungsziffern einzuführen und diese an die Voraussetzung einer Fortbildung zu knüpfen. Dafür sind die kassenärztlichen Vereinigungen zuständig.

Für Migrantinnen wäre die Einrichtung eines Dolmetscherinnen- und Therapeutinnenpools sinnvoll, um eine effiziente gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover z.B. hat ein solches Angebot.

Zudem könnte eine Maßnahme der Stadt Wien, wo ein Fonds eingerichtet wurde, aus dem die gesundheitliche Versorgung für Migrantinnen ohne Aufenthaltsstatus gewährleistet wird, beispielgebend für die hiesige Landesregierung sein.

Mädchen werden häufig mit akuten Beschwerden und Schmerzen in ein Krankenhaus eingeliefert und ohne Befund entlassen. Ihre Beschwerden in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen zu bringen, geschieht höchst selten. Auch wenn sie darüber berichten, wird ihnen oft nicht geglaubt.

In der Gerontopsychiatrie, in der Altenarbeit und -pflege muss an das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung gedacht werden. Entsprechend müssen diese Zusammenhänge Ausbildungsinhalte werden.

4.5.5.2 Informationsmaterial bereitstellen und verbreiten

Qualifizierte und handhabbare Informationen zu Instrumenten der Gewaltintervention im Gesundheitswesen sind vor allem gefragt in den Bereichen:

- Anamnese, Diagnostik, Therapie und Dokumentation,
- Beratung und Vermittlung an spezialisierte Fachkräfte und Unterstützungseinrichtungen.

Beispiele guter Praxis sind ausreichend vorhanden (Hagemann-White und Bohne, 2003); es gilt, sie weiter zu verbreiten.

In vielen Kreisen, Städten und Gemeinden fehlt es sowohl den Behandelnden im Gesundheitswesen als auch den betroffenen Frauen und Mädchen an Kenntnissen über regionale und kommunale Hilfsangebote, wie Frauenhäuser, -beratungsstellen, -notrufe, Krisennotdienste, psychosoziale Beratungsstellen, Interventionsstellen und anderen Einrichtungen für spezifische Zielgruppen, z.B. Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen und zukünftig auch alte Frauen.

Durch die Verbreitung von „Notfallkarten“, kurzen Informationsbroschüren oder Merkblättern, die in niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern, etc. Waschräumen, Toiletten, Umkleidekabinen ausgelegt werden, kann im Gesundheitswesen Tätigen und betroffenen Frauen diese Information zur Verfügung gestellt werden. Zum Abbau von Hemmnissen bei ÄrztInnen und zu ihrer Entlastung müssen sie befähigt werden, Patientinnen weiterzuleiten. Ausgehängte Plakate können Patientinnen signalisieren, dass vor Ort Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dem Problem bestehen und die Frauen ermutigen, von sich aus über die Situation zu sprechen.

Informationsmaterialien und Broschüren für Migrantinnen in deren Sprachen wären sehr hilfreich. Sie sollten über öffentliche Einrichtungen verbreitet werden. Spezielle Flyer für Fachpersonal über den Zusammenhang von Symptomen und Beschwerden bei Mädchen und Gewalt wären sinnvoll, um der Gefahr einer Chronifizierung zu begegnen, die besteht, wenn der Gewaltkreislauf nicht durchbrochen wird.

4.5.5.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

Da allem Anschein nach der Bedarf an qualifizierter psychotherapeutischer Versorgung von traumatisierten Frauen nicht gedeckt ist, stellt sich die Frage nach einer Änderung der Bedarfsrichtlinien. Hierzu müssen die zugrunde liegenden Daten hinsichtlich der Verbreitung von Gewaltfolgen überprüft werden. Des Weiteren muss nach gangbaren Wegen gesucht werden, wie z.B. vorhandene fachliche Kompetenzen, die insbesondere auch die sozialen Bedingungen geschlechtsbezogener Gewalt mit im Blick haben, in das therapeutische Versorgungsangebot einbezogen werden können.

Eine Anwendung des Opferentschädigungsgesetzes unter Berücksichtigung der Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen und Mädchen kann eine psychotherapeutische Versorgung für traumatisierte Frauen erheblich verbessern. Unterstützt wurde dieses Ansinnen bereits 1998 in einem NRW-Landtagsbeschluss⁵, der ausgehend vom Kölner Opferhilfe-Modell auch umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von sexualisierter und häuslicher Gewalt Betroffener fordert. Den eingeschlagenen Weg gilt es zügig und konsequent weiter zu verfolgen.

Grundsätzlich muss dem Thema sexueller Gewalt und ihren gesundheitlichen Folgen sowie traumatologischen Grundkenntnissen ein höherer Stellenwert in der Aus- und Fortbildung aller Therapieausrichtungen eingeräumt werden.

Durch das Psychotherapeutengesetz wurden klare Qualitätsstandards für TherapeutInnen festgelegt, die in das KV-System einbezogen wurden. Die Zahl der Kassenzulassungen wurde an den Bedarfsplanungen der Kassenärztlichen Vereinigungen orientiert. Um zukünftig ausreichend Behandlungsplätze für die psychotherapeutische Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen zur Verfügung stellen zu können, ist eine Bedarfsplanung mit einer Ausweitung der Zulassung für TraumatherapeutInnen dringend erforderlich.

4.5.5.4 Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationsnetzen und Verbundprojekten

Das Gesundheitswesen ist kein einheitliches System. Regionale und kommunale Vernetzungen von im Gesundheitswesen Tätigen mit Strukturen wie z.B. Runde Tische gegen Gewalt haben vielfältige Gesichter. Während eine Auftragsuntersuchung des Frauenministeriums NRW aus dem Jahre 2002 noch die äußerst mangelnde Einbindung des Gesundheitswesens in Kooperationsstrukturen gegen häusliche Gewalt bestätigt, ist inzwischen ein gegenläufiger Trend zu verzeichnen. Diese noch vereinzelt Beispielen funktionierender Vernetzung mit Behandelnden gilt es zu unterstützen und weiter zu entwickeln. Es sollten von den vor Ort Arbeitenden

5 Landtag NRW „Hilfen für Gewaltopfer verbessern – Gewaltopfer wirksamer unterstützen“, Drucksache 12/3420

den gemeinsam neue Formen der Kooperation und Verbindung entwickelt werden, die die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit berücksichtigen und für alle eine Win-win-Situation herstellen (siehe auch Kapitel 4.12).

Orientierungshilfe kann dabei z.B. die Kooperationsstruktur zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren mit psychosozialer Begleitung zwischen GynäkologInnen und Hebammen sein, die derzeit vielerorts verstärkt erprobt wird. Themenzentrierte Zusammenarbeit ist auch über die Bildung eines Verbunds ambulanter psychiatrischer Versorgung in Kooperation einer Klinik mit niedergelassenen TherapeutInnen möglich.

Vorstellbar sind ebenso Kooperationsmodelle abrufbarer Honorarkräfte mit spezialisierten Fachkenntnissen z.B. zu Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, für Prostituierte oder obdachlose Frauen. Fachkräfte in diesen Bereichen könnten nach Absprache und angemessener Honorierung punktuell verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Hilfreich wäre auch eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Suchthilfe und Mädchen- und Frauenprojekten, um Frühintervention zu erreichen.

Voraussetzung für die notwendige und erfolgreiche Kooperation von niedergelassenen Praxen und Kliniken mit Frauenhilfestrukturen ist, dass in jeder Region genügend Beratungsangebote, Krisenunterkünfte und geschützte Wohnräume vorhanden, bekannt und erreichbar sind und nicht zuletzt ausreichend finanziert werden.

4.5.5.5 Qualitätsstandards entwickeln und festlegen

Durch die Entwicklung von Leitlinien für ärztliches Handeln bei Gewalt, die Festlegung von Qualitätsstandards für die Arbeit und die Vergabe von Audits⁶ kann die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen entscheidend verbessert werden. Es gilt zu überlegen, ob Leitlinien interdisziplinär für alle medizinischen Fachrichtungen zu entwickeln sind. Sie sollten sich mindestens beziehen auf: adäquate Anamnese (mit oder ohne vorherige Verdachtsmomente), Diagnostik (Erkennen von Gewaltfolgen und deren Beitrag zur Symptomatik), gerichtsverwertbare Dokumentation, indizierte und kontraindizierte Behandlungen, Schutz und Sicherheitsplanung und die Vermittlung spezifischer Hilfen oder Weiterbehandlung. Leitlinien können Voraussetzung sein für die FachärztInnenausbildung und die Zertifizierung von Einrichtungen.

Naheliegende Qualitätsstandards für die Krankenhäuser und Kliniken sind:

- Gewaltschutzprogramme,
- frauenspezifische Angebote,
- Frauenräume,
- barrierefreier Zugang,
- Wahlrecht auf weibliche oder männliche Behandlungsperson und
- interdisziplinäre Kooperation.

6 Ein Audit ist eine dokumentierte Handlung, die anhand objektiver Nachweise untersucht und beurteilt, ob festgelegte Verfahren, Anweisungen, Normen o.ä. sich zur Einhaltung eines vorgegebenen Sollzustandes eignen, eingehalten werden und wirksam sind. Die Vergabe eines Audits ist eine Auszeichnung.

Die Einhaltung solcher Standards kann als Qualitätsmerkmal gefördert werden, z.B. durch die Vergabe eines Zertifikates oder Gütesiegels und sollte bei Kostenträgern besondere Berücksichtigung finden.

4.5.5.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung

VertreterInnen aller Gesundheitsberufe⁷ sollte in der Erstausbildung oder in der angeleiteten Praxisphase Basiswissen über gesundheitliche Folgen und Sensibilisierung im Umgang mit den Betroffenen vermittelt werden. Darunter fallen Kenntnisse über die Verbreitung, Erscheinungsformen und Dynamik von Gewalt, mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit und die Bedeutung für das künftige berufliche Aufgabenfeld, der Abbau von Vorurteilen und Entmystifizierung und nicht zuletzt das Ansprechen der eigenen Ängste.

Es bedarf zusätzlich eines berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsangebotes für die unterschiedlichen Professionen. Aber auch in den relevanten Einrichtungen müssen zur Aktualisierung des Wissens und Verbreiterung der Handlungskompetenz entsprechende Kenntnisse vermittelt werden. Bestandteil der Fortbildungskonzepte sollten auch Spezifika besonderer Zielgruppen wie Migrantinnen, Frauen und Mädchen mit Behinderungen und alte Frauen sein.

Die in der Altenpflege, in Krankenhäusern und Heimen Arbeitenden sollten sensibilisiert werden für die Möglichkeit, dass Pflegesituationen oder eine Heimeinweisung für traumatisierte alte Frauen mit Retraumatisierungen verbunden sein können.

4.5.5.7 Erfahrungen guter Praxis übernehmen

Modelle guter Praxis zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen finden sich in Deutschland und im internationalen Raum. Sie sind erprobt, teilweise evaluiert und bieten wertvolle Anregungen und Erfahrungen für alle AkteurInnen im Gesundheitswesen, die bei der Konzeption ihrer Angebote berücksichtigt werden sollen.⁸ Wie z.B. in Krankenhäusern die Gesundheitsversorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen verbessert werden kann, zeigt in hervorragender Weise das Interventionsprojekt S.I.G.N.A.L. (www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/).

4.5.5.8 PatientInnenrechte stärken

Die Forderung nach Stärkung der Rechte von PatientInnen ist übergreifend zu verstehen und nicht von einer bestimmten Diagnose abhängig zu machen, da ansonsten die Gefahr einer Stigmatisierung besteht und die Offenlegung von Gewalterleben nicht erzwungen werden darf.

Zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung nach Gewalterfahrungen gehört das Recht

- der Wahl, ob die Behandlung durch eine Frau oder einen Mann erfolgt;
- sich umfassend mitteilen zu können, also auch weibliche Fachkräfte zur Verfügung zu haben, die sich mit frauenspezifischen Problemen und geschlechtsbezogener Gewalt auskennen;

7 Insbesondere die unter 4.5.5.1 genannten Berufsgruppen

8 Eine Auswahl von Praxismodellen findet sich in der Studie von Hagemann-White und Bohne (2003) und im Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland.

- auf Unterbringung in einer Frauenstation;
- auf aktiven Schutz vor (sexuellen) Übergriffen durch Besucher, Mitpatienten und Personal innerhalb von Kliniken und Pflegeheimen;
- auf Schutz vor Gefährdung durch gewalttätige Männer während der Therapie und nach der Entlassung;
- auf Einbeziehung und Selbstbestimmung bei der Wahl der Behandlungsmethode (Hagemann-White und Bohne, 2003).

4.5.5.9 Forschungsbedarf

Insbesondere hinsichtlich einer adäquaten Versorgung spezifischer Zielgruppen zeigt sich Forschungsbedarf. So ist beispielsweise die Situation alter Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen bisher kaum in den Blick genommen worden. Für sie gibt es keine Orte und keine Therapieangebote. Dringend erforscht werden müssen Zusammenhänge zwischen Alterserkrankungen wie Demenz, Altersverwirrtheit, HOPS (hirnorganischem Psychosyndrom) und Altersdepressionen mit Gewalterfahrungen.

4.5.6 Handlungsempfehlungen

Jede Frau und jedes Mädchen, die/das sich im Gesundheitswesen in Behandlung begibt, hat Anspruch auf eine unvoreingenommene, respektvolle und qualitativ hochwertige Versorgung. Dazu gehört, in möglichst umfassendem Maße Gewalteinwirkungen als beteiligte Krankheitsursache zu prüfen und die Sicherheitsbedürfnisse von Gewaltopfern zu berücksichtigen. Bei der Umsetzung von Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, kommt allen Behandelnden im Gesundheitswesen, den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, den Berufsverbänden und Ärztekammern, den Fraueninitiativen und nicht zuletzt der Landesregierung und dem Landtag eine besondere Bedeutung zu.

Die Enquetekommission empfiehlt dem *Landtag*:

- insbesondere zur Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und zur Sicherstellung von stationären Versorgungsstrukturen durch Ergänzungen im ÖGDG, PsychKG und KHG NRW zu einer bedarfsgerechten Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen beizutragen und
- zur Ausgestaltung der nachfolgenden Empfehlungen an die Landesregierung auf der Grundlage des Landeshaushaltes die notwendigen Finanzmittel bereitzustellen.

Die Enquetekommission empfiehlt der *Landesregierung*:

Im Bereich Gewaltschutz:

- in Kooperation mit den Trägern modellhaft Gewaltschutzkonzepte für verschiedenen stationäre Einrichtungsformen (Krankenhaus, Klinik, Pflegeheim) zu erstellen und darauf hinzuwirken, dass diese weiterentwickelt und in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt werden.

Im Bereich Forschung:

- eine Studie über Ausmaß und Folgen von ritueller Gewalt in NRW gegenüber Kindern und Frauen in Auftrag zu geben und
- eine Studie (Bedarfsanalyse) in Auftrag zu geben über die NRW-weite Versorgung mit niedergelassenen und stationär tätigen PsychotherapeutInnen (sowie Anzahl der Therapieplätze) die im Bereich Gewaltauswirkungen und insbesondere in der Traumatherapie qualifiziert sind. Auf Grundlage der Ergebnisse erfolgt eine qualifizierte Bedarfsplanung. Für den stationären Bereich bedeutet dies eine Konkretisierung der Rahmenvorgaben für den Krankenhausbedarfsplan. Für den ambulanten Bereich sind unter Beteiligung der Psychotherapeutenkammer des Landes, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesarbeitsgemeinschaften der gegen Gewalt gegen Frauen und Mädchen aktiven Einrichtungen, Instrumente und Verfahren für eine regionalisierte Bedarfsplanung zu entwickeln.

Im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung:

- in der Erstausbildung aller Gesundheitsberufe, die von Landeskompetenz berührt sind und in der angeleiteten Praxisphase der Ausbildung die Vermittlung von Basiswissen und Sensibilisierung über gesundheitliche Folgen von Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen zu etablieren und
- ein Programm (so genannte Train-the-trainers-Seminare) zu fördern, in dem Fachkräfte mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen mit dem Ziel fortgebildet werden, in der Fort- und Weiterbildung der Professionellen im Gesundheitswesen tätig zu sein.

Im Bereich Qualitätssicherung und Vernetzung:

- die Entwicklung von Standards und Leitlinien für eine bedarfsgerechte Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen durch die AkteurInnen im Gesundheitswesen (möglichst in Zusammenarbeit mit dem fachlichen Sachverstand von Vertreterinnen der Fraueninitiativen) unterstützend zu begleiten,
- Auflagen zu erlassen zur Sicherung von Standards in der Rechtsmedizin und der Psychiatrie. In der forensischen Medizin geht es dabei um eine rücksichtsvolle und sorgfältige Spurensicherung in Fällen von Gewaltanwendung (insbesondere bei Vergewaltigungen), auch anzeigenunabhängig, und um die Durchführung von Obduktionen. Des Weiteren muss eine Einbeziehung des fachlichen Wissens der Forensik in die Praxis der niedergelassenen und KlinikärztInnen gefördert werden. In der Psychiatrie muss traumatisierten Frauen die Unterbringung in einer Frauenstation garantiert werden. Angesichts des hohen Anteils an Gewalt in der Vorgeschichte psychiatrischer Patientinnen muss entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle dort ärztlich und pflegerisch Tätigen verlangt werden,
- zur wettbewerbsgestützten Verbesserung im Versorgungsangebot der Krankenhäuser für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen ein Qualitätssiegel (Zertifizierung) zu entwickeln, dessen Vergabe sich auf Qualitätsstandards wie bedarfsgerechte Dokumentation, Diagnose und Behandlung von Gewaltfolgen, Schulung und Weiterbildung in diesem

Bereich, frauenspezifische Angebote, Frauenräume, Wahlrecht auf weibliche oder männliche Behandlungsperson, Barrierefreiheit und interdisziplinäre Kooperation bezieht,

- den bedarfsgerechten Ausbau regionaler und kommunaler Runder Tische zum Thema Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Arbeitskreise oder anderer kooperativer Verbundbildungen zu unterstützen,
- die Erstellung und Verbreitung von geeignetem Informationsmaterial über einen bedarfsgerechten Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen flankierend zu begleiten und
- einen Vorstoß zu unternehmen, die aus den Erkenntnissen über die Folgen von Gewalt hervorgehenden Erfordernisse guter Versorgung in die Diskussion um die PatientInnenrechte einzubeziehen.

Im Bereich finanzieller Absicherung:

- eine gesicherte, langfristige Finanzierung von unterstützenden Einrichtungen wie Frauennotrufe, Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Frauen- und Mädchenhäuser zu gewährleisten.

Im Bereich besonderer Zielgruppen:

- notwendige Schritte zu einer angemessenen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen zu unternehmen, die durch das Versorgungsnetz fallen, wie z.B. Frauen mit illegalem Aufenthaltsstatus und obdachlose Frauen,
- mehrsprachiges Informationsmaterial für betroffene Migrantinnen zu erstellen und zu verbreiten und
- muttersprachliche Therapieangebote und/oder Übersetzungsangebote bei der Bedarfsplanung zur gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.10).

Im Bereich Landesgesundheitskonferenz:

- diese mit dem Thema „Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ zu befassen.

Die Enquetekommission empfiehlt allen im *Gesundheitswesen Tätigen*:

- sich zum Thema „Hintergründe und gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ fortzubilden und
- Fragen nach Gewalterfahrungen als Teil der allgemeinen Anamnese in die eigene Arbeit aufzunehmen.

Die Enquetekommission empfiehlt *Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung* (insbesondere der Krankenhausgesellschaft NRW):

- ihre Arbeitsroutine daraufhin zu überprüfen, inwieweit Grenzüberschreitungen vorkommen und ein gewaltfreies Arbeiten zu etablieren,
- ein Gewaltschutzkonzept für die Einrichtung zu entwickeln und

- Leitlinien im Umgang mit/für die Behandlung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen zu entwickeln und dafür zu sorgen, dass in diese Leitlinien Genderkriterien einbezogen werden.

Die Enquetekommission empfiehlt *Ärztikammern und Berufsverbänden*:

- regelmäßig Fachartikel zum Gewaltthema zu veröffentlichen, um Interesse an der Problematik zu wecken und Grundwissen zum Thema zu verbreiten,
- Standards und Leitlinien zu entwickeln, um Handlungsvorschläge für den adäquaten Umgang mit Betroffenen unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse (insbesondere verschiedener Zielgruppen) zu verbreiten,
- Einfluss darauf zu nehmen, dass das Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen in der Ausbildung und Facharztweiterbildung benannt bzw. stärker akzentuiert wird und
- berufsbegleitende Fortbildungen und Schulungen verpflichtend vorzuschreiben.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Kostenträgern* (Krankenkassen, LVA, BfA), den *Landschaftsverbänden* und dem *MDK*:

- MitarbeiterInnen, die über Leistungen für traumatisierte Frauen entscheiden, über Symptome und Folgen von Gewalteinwirkungen zu schulen,
- bei der Überprüfung der Leistungspflicht GutachterInnen hinzuziehen, die spezielle Erfahrungen bei der Behandlung von Traumaopfern haben,
- den Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, sich für einen weiblichen oder männlichen Gutachter zu entscheiden,
- den betroffenen Versicherten die Behandlung bei spezialisierten TraumatherapeutInnen und/oder stationären Behandlungseinrichtungen für traumatisierte Menschen zu ermöglichen, in einem Zeitrahmen, der der Störung angemessen ist,
- um kostenintensive Fehlzweisungen zu vermeiden, im Vorfeld abzuklären, ob die Behandlungsstätte die Versicherte fachgerecht traumaspezifisch behandeln kann,
- ein zeitnahes Therapieangebot zu finanzieren, um der Chronifizierung vorzubeugen und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden,
- das Thema gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen in ihren Publikationen (intern und extern) aufzugreifen,
- zur Gewaltprävention für Schwangere, die statistisch einer erhöhten Gefahr ausgesetzt sind und Frauen nach der Geburt, das bewährte Modell der „Familienhebammen“ flächendeckend für NRW abzusichern,
- das Thema in der Weiterbildung für MitarbeiterInnen aufzugreifen und
- den Abschluss von Verwaltungsvereinbarungen über die Zuständigkeit insbesondere im Schnittstellenbereich.

Die Enquetekommission empfiehlt dem *Gemeinsamen Bundesausschuss*:

- für Gesprächsleistungen eine angemessene Bewertung vorzunehmen und eine entsprechende Vergütung festzulegen.

4.5.7 Literatur

- Brzank, Petra, Hellbernd, Hildegard, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2003): Arbeitsblatt – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung (www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/signal.htm)
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Verlag W. Kohlhammer
- Martina Böhmer (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt/Main, Mabuse Verlag
- Böhmer, Martina: Versorgung besonderer Zielgruppen – Alte Frauen, unveröffentlichte schriftliche Stellungnahme zur Fachtagung der Enquetekommission: „Gewalt gegen Frauen – Eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen“, Landtag NRW, 19.05.2003
- Eichler, Susanne, u.a.: Kooperationsformen und -strukturen von Runden Tischen/Arbeitskreisen zum Abbau Häuslicher Gewalt in Nordrhein-Westfalen; Projektstudie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Laufzeit Februar – Oktober 2002
- Hagemann-White, Carol, Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarfe und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, (www.landtag.nrw.de)
- Landtag Nordrhein-Westfalen: Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Hilfen für Gewaltopfer verbessern – Gewaltopfer wirksamer unterstützen“, Drucksache 12/3420, 26.10.1998
- Protokoll der Fachtagung der Enquetekommission: „Gewalt gegen Frauen – Eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen“, Landtag NRW, EKPr. 13/61, 19.05.2003
- Wieners, Karin, Hellbernd, Hildegard (2000): Gewalt macht krank – Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: EWHNET. European Women's Health Network. Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, Landesvereinigung für Niedersachsen, Hannover, 30-42

4.6 Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW

4.6.1 Einleitung

In Deutschland sterben jährlich 240.000 Frauen und 167.000 Männer an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Dementsprechend sind Herz-Kreislauf Erkrankungen für die Frauengesundheit von größter Bedeutung. Sie stellen zahlenmäßig die Hauptursache schwerwiegender Erkrankungen bei Frauen dar und sind in 50% der Fälle die Todesursache. Die hohe Erkrankungsrate, verbunden mit hoher Sterblichkeit – Einschränkungen der Belastbarkeit, häufige, oft schon in frühen Jahren auftretende Herzinfarkte, frühzeitiger Tod, plötzlicher Tod, chronische Beeinträchtigungen (insbesondere durch Herzinsuffizienz) – haben medizinisch, im Bereich der sozialen Systeme und unter volkswirtschaftlichen Aspekten weitreichende Auswirkungen.

Die hohe Erkrankungsrate und Sterblichkeit der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen waren für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ ein entscheidender Grund, dieses Thema als Schwerpunkt zu nehmen. Ein zweiter ebenfalls bedeutsamer Grund bestand darin, dass gerade in den letzten Jahren deutlich wurde, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen – im Unterschied zu Männern – immer häufiger werden. Dabei sind Frauen im jüngeren Lebensalter besonders betroffen.

Der dritte Grund war schließlich, dass zunehmend Informationen und wissenschaftliche Mitteilungen vorliegen, die zeigen, dass klinische Ausprägung und Manifestation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen teilweise verschieden sind. Dies betrifft sowohl die Symptomatologie von Erkrankungen als auch die Mechanismen der Krankheitsentstehung und der -verläufe sowie teilweise die Wirkungen von Medikamenten. Darüber hinaus gibt es Hinweise dafür, dass Frauen von den modernen Verfahren der Therapie bei akuten lebensbedrohlichen Krankheitsmanifestationen seltener als Männer und darüber hinaus auch qualitativ teilweise anders profitieren, und dass bestimmte Gruppen von Frauen möglicherweise keinen oder keinen ausreichenden Zugang zu Versorgungseinrichtungen in der Herz-Kreislauf-Akutmedizin finden.

Die Enquetekommission hat es sich unter diesen Prämissen zur Aufgabe gemacht, eine „Ist-Analyse der Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in NRW“ vorzunehmen, soweit Daten hierfür vorliegen und darüber hinaus Informationen über den Standard und Stand der Therapie in NRW einzuholen. Dabei ging die Enquetekommission davon aus, dass NRW einerseits überdurchschnittlich gut mit Maximalversorgungszentren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgestattet ist, andererseits diese Einrichtungen möglicherweise nicht von allen Teilen der Bevölkerung, insbesondere der weiblichen Bevölkerung, in adäquatem Ausmaß in Anspruch genommen werden oder genommen werden können. Es ging darum, herauszufinden, welche Hinderungsgründe es möglicherweise für Gruppen von Frauen gibt, eine nach aktuellen Kriterien optimale Versorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufs-Systems zu erhalten.

Bei den Herzerkrankungen im Erwachsenenalter sind verschiedenartige Krankheitsmanifestationen zu unterscheiden, die in der europäischen Bevölkerung mit unterschiedlicher Häufigkeit vorkommen. Einen Überblick über die zahlenmäßig bedeutsamsten Erkrankungen gibt die folgende Tabelle:

Tabelle 4.6-1: Erkrankungen des Herzens in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit

-	Herzkranzgefäßkrankungen
-	Herzerkrankungen bei erhöhtem Blutdruck
-	Herzrhythmusstörungen
-	Herzinsuffizienz
-	Herzklappenfehler
-	Herzmuskelerkrankungen
-	Psychosomatische Erkrankungen des kardiovaskulären Systems

Hieraus geht hervor, dass die Erkrankungen der Herzkranzgefäße und ihre Auswirkungen auf die Pumpfunktion des Herzmuskels und die Klappenfunktionen die zahlenmäßig bei weitem überwiegende Rolle spielen. Aus diesem Grunde hat sich die Enquetekommission entschlossen, das hier zugrunde liegende Krankheitsbild, die so genannte „koronare Herzkrankheit“ mit ihren wichtigsten Komplikationen Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und plötzlicher Tod in das Zentrum der Betrachtungen zu stellen. Im Folgenden wird also unter der Rubrik Herz-Kreislauf-Erkrankungen ganz überwiegend auf den Aspekt koronare Herzkrankheit und ihre Auswirkungen auf die Frauengesundheit Bezug genommen.

4.6.2 Analyse der gegenwärtigen Situation

Retrospektive Literaturlauswertungen zeigen, dass bis zum Beginn der 90er-Jahre nahezu alle wissenschaftlichen Studien zu Erkrankungen der Herzkranzgefäße ausschließlich oder ganz überwiegend an Männern durchgeführt wurden und dass damals eine allgemeine Wahrnehmung geschlechtsbezogener Differenzen in Symptomatik, Krankheitsmanifestationen, Diagnostik und Therapie nicht vorhanden war. Dementsprechend wurden die so gewonnenen Ergebnisse uneingeschränkt auf die Situation bei Frauen übertragen (National Heart, Lung and Blood Institute, 1990). Ab Anfang der 90er-Jahre finden sich in der wissenschaftlichen Literatur der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunehmend Publikationen, die auf die Notwendigkeit einer geschlechtsbezogenen Unterscheidung in Diagnostik und Therapie hinweisen und Befunde zur Geschlechterdifferenz vorlegen. Solche Befunde betreffen einerseits die Physiologie und Biochemie sowie die Pathophysiologie und Pathobiochemie insbesondere im Bereich des blutbildenden Systems, des Gerinnungssystems, des Systems endokriner Drüsen und des autonomen Nervensystems. Geschlechterdifferente Erkenntnisse wurden aber auch im Bereich der wichtigsten kardiovaskulären Erkrankungen, der Herzkranzgefäß-, Herzmuskel- und Blutdruck-Erkrankungen, der Herz-Rhythmusstörungen und ihrer Beeinflussbarkeit durch medikamentöse, chirurgische und Katheter-interventionelle Behandlungen vorgelegt.

Dementsprechend ist unser Wissen über Zusammenhänge und Kausalitäten bei teilweise noch sehr begrenztem Datenhintergrund lückenhaft. Das von Wilansky und Willerson erstmals vorgelegte Standardwerk „Heart Disease in Women“ (2002) zeigt unser Wissen bezüglich der Differenzen auf, noch mehr aber wird durch diese wissenschaftliche Darstellung deutlich, in welchem Umfang Wissenslücken bestehen. Bei zahlreichen Daten, die wir vorläufig benutzen, besteht zudem große Unsicherheit hinsichtlich ihrer Sicherheit und Verlässlichkeit, weil eine Überprüfung durch verschiedene Studiengruppen und ausreichend große Studienzahlen noch

nicht gegeben ist. Dies bedeutet, dass zum jetzigen Zeitpunkt nur Teilaspekte der realen Situation erfasst werden können. Dies gilt in besonderer Weise dann, wenn eine Konzentration der Informationsabfrage und darauf aufbauender Empfehlungen und Strategie-Entscheidungen auf eine Region wie NRW erfolgt.

Die Enquetekommission hat mit dem Ziel der weiteren Analyse in der Versorgung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW zwei Gutachten in Auftrag gegeben, die einerseits auf eine Erhebung von Daten zur Häufigkeit (im Folgenden immer speziell der Koronargefäßerkrankungen bei Frauen in NRW) zielen (Härtel, 2002), andererseits der Frage nachgehen, ob und welche Gruppen von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW möglicherweise unterdurchschnittlich bzw. unzureichend durch die vorhandenen Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie versorgt werden (Moebus und Sottong, 2003). Im Folgenden werden zunächst wichtige aktuell verfügbare Daten zum Vorkommen und zur Verursachung sowie zur Ausprägung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Vergleich zu Männern referiert. In einem speziellen Abschnitt werden darüber hinaus Besonderheiten für die Situation in NRW zusammengefasst, soweit entsprechende Daten verfügbar sind.

4.6.2.1 Inzidenz von arteriosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Vergleich zu Männern – Verteilung der Risikofaktoren

Häufigkeit und Schweregrad sowie altersbezogene Früh- bzw. Spätausprägung koronarer Erkrankungen des Herzens werden wesentlich durch so genannte Risikofaktoren bestimmt. Zu diesen gehört die Bluthochdruckkrankung (betroffen sind 20% der mitteleuropäischen Bevölkerung), Störungen des Fettstoffwechsels (auf angeborener Basis und/oder als Folge inadäquater Ernährung), das Zigarettenrauchen (bis 25% der Bevölkerung), fehlende körperliche Bewegung im Sinne eines täglichen Herz-Kreislauf-Trainings, Übergewicht und eine inadäquat hohe Nahrungs- bzw. Kalorienaufnahme, verbunden mit einem Komplex von Krankheitsfaktoren, zusammengefasst unter dem Begriff „metabolisches Syndrom“. Besonders wichtig darüber hinaus der Typ-II-Diabetes mellitus, der inzwischen schon bei Jugendlichen auftritt. Darüber hinaus spielen endogene Faktoren wie Alter, Altern und die genetische Ausstattung eine bedeutsame Rolle. Speziell bei Frauen ist außerdem die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren und darüber hinaus die Kombination von Risikofaktoren zusammen mit Hormonersatz-Therapien oder mit hormonellen Kontrazeptiva (Antibabypille) von hoher praktischer Bedeutung.

In der Vergangenheit litten Männer verglichen mit Frauen öfter an Bluthochdruck und Übergewicht, sie rauchten im Vergleich auch häufiger. In den Statistiken der letzten Jahre nivellieren sich diese Unterschiede zunehmend, ganz besonders im Bereich des Zigarettenrauchens. In der Altersgruppe unter 20 Jahren rauchen Frauen häufiger als Männer. Bedeutsame Fettstoffwechselstörungen und der Diabetes mellitus treten bei Frauen etwas häufiger als bei Männern auf (Bundesgesundheitsurvey, 1998).

Die zunehmende Belastung der Frauen mit Risikofaktoren für arteriosklerotische Herz- und Kreislauf-Erkrankungen ist besonders auch deswegen gefährlich, weil die Belastung mit Risikofaktoren bei Frauen *per se* ein höheres Risiko als bei Männern ergibt. So konnte gezeigt werden, dass Raucherinnen mit einem geringen Verbrauch pro Tag (1–4 Zigaretten) gegenüber

Nichtraucherinnen ein zweifach erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko aufweisen, eine Korrelation, die so für Männer nicht zutrifft. Fatal erscheint die Kombination von Zigarettenrauchen und hormoneller Kontrazeption. Während jeder der Einzelfaktoren das Risiko für das Auftreten eines Herzinfarktes um das Zwei- bis Vierfache steigert, führt die Kombination beider Faktoren zu einem 40fach erhöhten Risiko.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass über dem aktuell erkennbaren Prozess der „Umverteilung“ kardiovaskulärer Risikofaktoren zu Ungunsten der Frauen keine ausreichend gesicherten Zahlen vorliegen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass spezielle Daten aus NRW zu diesem Thema nicht oder nur in geringem Ausmaß vorliegen. Hieraus ergibt sich, dass Frauen stärker in den Blick genommen werden müssen.

4.6.2.2 Akuter Herzinfarkt – Prähospitalphase

Unter der Prähospitalphase wird die Zeitspanne zwischen Beginn der Symptomatik eines akuten Herzinfarktes und der Aufnahme in einem Krankenhaus verstanden. In dieser Frühphase des akuten Herzinfarktes ist die unmittelbare Sterblichkeit am größten. Bis zu 40% aller Infarkterkrankten erreichen das Krankenhaus nicht, weil sie vorher verstorben sind („Plötzlicher Herztod“, Lowel et al., 2002).

Zur Prähospitalphase liegen eine Reihe von Studien mit genderspezifischen Differenzierungen vor. Dabei wird über offensichtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen berichtet: Frauen wiesen im Mittel längere Zeitspannen bis zur Erstbehandlung auf. Diese Tendenzen sind auch in dem Augsburger MONICA-Herzinfarkt-Register belegt (Lowel et al., 1995). Sie sind besonders deutlich im ersten Messzeitraum von 1985–88. Die ursprünglich großen Differenzen sind in der Zwischenzeit bedeutend kleiner geworden. Allerdings gibt es nach wie vor Daten, die nahe legen, dass der Anteil der Frauen mit längeren Zeitspannen tendenziell höher liegt als der bei Männern. Ein besonderer Beleg hierfür ist das aus der multizentrischen Herzinfarktregisterstudie MITRA mit über 2000 Frauen und mehr als 4000 Männern in Südwest-Deutschland entwickelte MITRA-Register (Heer et al., 2002), in dem um 45 Minuten längere Prähospitalzeiten bei Frauen dokumentiert sind. Auch in einer niederländischen Studie wurde festgestellt, dass die Verzögerungszeiten, die sich aus den diagnostischen Abläufen bei Hausärzten ergeben, bei Frauen mit 52 Minuten signifikant länger ausfallen als bei Männern mit 36 Minuten.

4.6.2.2.1 Gründe für die verlängerte Prähospitalphase „Untypische“ Herzinfarkt-Symptomatik

In der wissenschaftlichen Literatur ist gut belegt, dass die als „typisch“ beschriebene Herzinfarkt-Symptomatik (anhaltende Schmerzen im Brustkorb, Atemnot usw.) bei Frauen seltener beobachtet wird als bei Männern. Dies scheint besonders jüngere Frauen zu betreffen, bei denen im bisherigen Denken das Auftreten eines Infarktes gar nicht vermutet wird. Die Differenzen betreffen Unterschiede in der Schmerzlokalisierung und -ausbreitung, in häufiger auftretenden unklaren Abdominal- (Oberbauch-) Beschwerden sowie häufigeren Angaben zu Symptomen wie Erschöpfung, Erbrechen, Übelkeit, Schmerzen im Rücken und Nackenbereich sowie Kurzatmigkeit. Dies bedeutet, dass die Symptomatik bei Frauen oft so verschieden ist von der von der Beobachtung an Männern abgeleiteten Lehrbuchsymptomatik, dass die Diagnose

Herzinfarkt nicht sofort gestellt wird. In der erwähnten niederländischen Studie wurde gezeigt, dass insbesondere bei jüngeren Frauen die Symptome so meist als Atembeschwerden oder Probleme der Gallenblase missdeutet wurden. In den Fällen, in denen bezüglich der Diagnose von vornherein Klarheit bestand, ergaben sich hingegen keine Unterschiede in der Zeitspanne bis zur Krankenhausaufnahme. Erschwerend ist darüber hinaus, dass in der Gesellschaft der akute Herzinfarkt traditionell als männliche Erkrankung angesehen wird. Frauen erkranken – dem Vorurteil zur Folge – öfter an Brustkrebs. Dass tatsächlich die arteriosklerotischen Erkrankungen des Herzens die Haupttodesursache bei Frauen darstellen, wird bisher weder in der Bevölkerung noch im ärztlichen Versorgungsbereich ausreichend wahrgenommen.

Fehlende Unterstützung

Die ungünstigere Überlebensprognose von Frauen in der Prähospitalphase steht auch im Zusammenhang mit der Lebens- und Versorgungssituation der Frauen, vor allem im höheren Lebensalter. Die Daten des Augsburger Herzinfarktregisters zeigen, dass 39% der plötzlich verstorbenen Frauen und 33% der Krankenhauspatientinnen mit Infarkt verwitwet sind gegenüber 8 bzw. 4% in den entsprechenden Kollektiven der Männer. Diese Aspekte spielen für den praktischen Ablauf der Ereignisse eine große Rolle: so ist gesichert, dass die Entscheidung, ärztliche Hilfe zu holen, zumeist vom anwesenden Ehepartner bzw. anderen Anwesenden getroffen wird. Diese fehlen bei einer großen Anzahl betroffener Frauen, die alleine leben.

Daneben gibt es auch vereinzelte Meldungen, die eine erhöhte Sterblichkeit beispielsweise darauf zurückführten, dass Frauen in Notfallsituationen weniger lange reanimiert würden als Männer, wenn männliche Ärzte die Notärzte seien.

4.6.2.3 Symptomgeleitete diagnostische Handlungskette

Schmerzen im Brustraum treten nach bundesweiten Statistiken bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auf. Statistische Daten zeigen eindeutig (Heer et al., 2002), dass dennoch bei Frauen mit unklaren Brustschmerzen wesentlich seltener die Indikation zur Herzkatheterdiagnostik gestellt wird als bei Männern. Dies liegt nur teilweise daran, dass bei Frauen unter 60 Jahren statistisch seltener mit einem koronar-positiven Befund zu rechnen ist als bei Männern. Offensichtlich liegt bei gleicher Symptomatik eine unterschiedliche Wahrnehmung im Gesundheitsversorgungsbereich, aber auch bei den betroffenen Männern und Frauen selber vor.

Auch zu der Frage, ob geschlechterbezogene Unterschiede in der Zahl der richtig-positiven Brustschmerzsymptome vorliegen, fehlen gesicherte wissenschaftliche Daten. Allerdings finden sich in der Literatur einige Hinweise dafür, dass solche Unterschiede bestehen: so ist aus der italienischen GUSTO I-Studie, in die über 30.000 Männer und 12.000 Frauen mit akutem Herzinfarkt eingeschlossen wurden (GUSTO Investigators, 1993) bekannt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung zu Ungunsten der Frauen bezüglich des Einsatzes gerinnse-auflösender Therapie (Thrombolyse) bei akutem Herzinfarkt vorhanden waren. Dabei war zu diesem Zeitpunkt diese Maßnahme die allein lebensrettende Therapie. Frauen mit akutem Herzinfarkt wurden dieser Behandlung, die damals als „Optimum der Behandlung“ galt, statistisch signifikant seltener zugeführt.

Ob auch unabhängig von diesen Aspekten im Ablauf der stationären Behandlung des akuten Herzinfarktes bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen, ist aus den Literaturdaten aktuell nicht mit Sicherheit abzuleiten. Frauen, die an einem akuten Herzinfarkt erkranken, sind bei stationärer Aufnahme im Mittel deutlich älter als Männer, ein Umstand, der *per se* einen anderen und oft aggravierten Infarktverlauf nach sich zieht. Darüber hinaus sind – wegen des höheren Lebensalters – betroffene Frauen auch stärker mit kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz belastet, so dass hierdurch eine geschlechtsbezogen scheinbare Übersterblichkeit zur Ausprägung kommt. Bei allen vorliegenden Daten ist auch nicht auszuschließen, dass die im Durchschnitt höhere Sterblichkeit der Frauen im stationären Verlauf dadurch relativiert wird, dass Männer häufiger bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus versterben. Hierfür könnten u.a. Daten des so genannten MONICA-Registers sprechen, die systematisch männliche und weibliche Patienten im Alter von 25–64 Jahren in der Prähospitalphase erfasst haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zu viele Daten fehlen, um endgültige Beurteilungen vorzunehmen. Bezüglich einer symptomgeleiteten diagnostischen Handlungskette müssen zunächst eine exakte Bestandsaufnahme, dann eine Datenanalyse vorgenommen werden, damit die biologischen Verläufe klar von den Einwirkungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, von Unterschieden in der subjektiven Wahrnehmung und von anderen hier wirksamen Faktoren abgegrenzt werden können. Generell gibt es aber genügend Hinweise dafür, dass in Zukunft eine streng geschlechtsbezogene Sichtweise auf die kardiovaskulären Akuterkrankungen auszuüben ist, damit Entscheidungen differenzierter, sachgerechter und mit größerem Nutzen bei Akuterkrankungen getroffen werden können.

4.6.2.4 Behandlungshäufigkeit und -intensität (Behandlungsqualität)

Entsprechend den Unterschieden in der diagnostischen Erfassung der Symptomatologie der arteriosklerotischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und ihrer Komplikationen ist die Behandlungsdichte bei entsprechend erkrankten Frauen im Vergleich zu Männern zumindestens teilweise geringer. So stellen einzelne Autorinnen fest, dass die höhere Infarktsterblichkeit weiblicher Patienten nicht allein auf die im Vergleich zu Männern höhere Altersstufe bei Manifestation der Erkrankung zurückgeführt werden kann, sondern vielmehr auch Unterschiede in der Intensität und Qualität von Diagnostik und Therapie anzuführen sind. Hinzuweisen ist hier u.a. auf die so genannte Verapamil-Studie (Galatius-Jensen et al., 1997), eine 10-Jahre-Nachbeobachtungsstudie bei Postinfarktpatienten, die für das Kollektiv der über 75-Jährigen zeigt, dass bei Frauen eine deutlich geringere Behandlungsdichte vorliegt als bei Männern und dass dies mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist.

So erhielten Frauen in signifikant geringerem Umfang eine thrombolytische Therapie, eine akute Katheterintervention zur Wiederherstellung der Durchblutung im Infarktgefäß oder eine operative Behandlung der Durchblutungsstörungen des Herzmuskels. Auch medikamentöse Maßnahmen wie sekundär-präventive Therapien zur Senkung erhöhter Blutfette, zur verbesserten Diabetes-Einstellung usw., die Gabe von Acetylsalicylsäure zur Prophylaxe von Gerinnselbildungen in Herzkranzgefäßen oder von so genannten Betablockern zur Ver-

besserung der Überlebensprognose wurden bei Frauen weniger häufig eingesetzt als bei Männern.

In den letzten Jahren hat sich die schon lange geäußerte Vermutung zur Gewissheit verdichtet, dass die Überlebensquote des akuten Herzinfarktes dann besonders hoch ist, wenn Katheterinterventionen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Durchblutung im Infarktgefäß durchgeführt werden. Dementsprechend gilt die Maßnahme inzwischen als optimale Behandlung und als entscheidend für das Überleben. Gerade diese Therapie aber wird bei Frauen wesentlich seltener eingesetzt als bei Männern. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig: So ist zum einen die Wahrscheinlichkeit eines Wiederverschlusses des Gefäßes um so höher (und damit die Erfolgsaussichten um so geringer), je kleiner die Gefäße sind. Zum anderen wird der Eingriff weniger häufig bei älteren PatientInnen durchgeführt. Beide Aspekte führen zu einer geringeren Behandlungsquote für Frauen, da ihre Gefäße durchschnittlich kleiner und sie außerdem beim Auftreten des Verschlusses durchschnittlich älter sind. Aus dem Blickwinkel einer frauengerechten Gesundheitsversorgung sollte jedoch besondere Aufmerksamkeit der Frage gewidmet werden, wie bestehende Risikofaktoren für Frauen beeinflussbar sind. Dies gilt sowohl für das prä-operativ bestehende Risikoprofil, als auch für die Evaluation des Überweisungsmanagements (= Rechtzeitigkeit der Überweisung) und der gewählten Behandlungsformen. Insbesondere wäre auch zu untersuchen, ob technische Eigenschaften der Katheterinterventionen (z.B. „equipment tailored for women“) verbesserbar sind.

4.6.2.5 Rehabilitationsmaßnahmen

Rehabilitative Maßnahmen und Einrichtungen werden von Frauen seltener in Anspruch genommen als von Männern, obwohl die psychosozialen Belastungen der Frauen nach schwerwiegenden kardiovaskulären Erkrankungen ausgeprägter sind und stärker und intensiver in das Bewusstsein treten. Darüber hinaus gehen die Erkrankungen bei Frauen häufiger als bei Männern mit einer depressiven Entwicklung sowie mit der Ausbildung von Angstsyndromen einher (Grande et al., 2002). Auf dem rehabilitativen Sektor kann somit ganz eindeutig ein Versorgungsdefizit der Frauen gegenüber Männern festgestellt werden. Dies ist auf eine Vielzahl verschiedener Faktoren zurückzuführen; hierzu gehören allgemeine Einschätzung und Krankheitswahrnehmung, zahlreiche soziale, sozialpolitische und psychische Hintergrundaspekte. Eine Hauptursache liegt auch darin, dass die Mehrzahl der Männer selbst bei schwerer Erkrankung der Frau immer noch nur in geringem Maße bereit ist, Verantwortung für die Versorgung von Haushalt und Familie zu übernehmen.

4.6.2.6 Sterblichkeit

Die Wahrscheinlichkeit, in jüngeren Lebensjahren (bis zu einem Alter von 45 Jahren) an einem Herzinfarkt zu sterben, ist bei Männern im Vergleich zu Frauen um den Faktor 5 erhöht. Seit 1980 kann mit zunehmend verbesserten Behandlungsmethoden ein Rückgang der Gesamtsterblichkeit beobachtet werden. Daten aus dem Jahre 1994 zeigen einen Rückgang bei Männern um 37,8%, bei Frauen aber nur um 25,7%. Bei Männern zeigt sich dies in allen abgebildeten Altersstufen. Die ungünstigere Entwicklung bei Frauen ist einerseits wesentlich

durch das veränderte Risikoverhalten der Frauen im Vergleich zu Männern zu erklären. Darüber hinaus spielen aber auch die oben geschilderten Versorgungsdefizite eine Rolle. Neue Statistiken, die in den nächsten Jahren zu erwarten sind, werden hier differenzierte Aussagen erlauben. In jedem Fall werden diese Statistiken eine Zunahme der Infarktsterblichkeit, insbesondere bei jüngeren Frauen zeigen.

Aus der vorliegenden Datenübersicht wird die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Frauengesundheit deutlich, darüber hinaus wird erkennbar, dass eine geschlechtsdifferenzierende Betrachtung der Krankheitsbilder in Entstehung, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie notwendig und in den nächsten Jahren zunehmend zu erarbeiten ist.

Welche speziellen Daten liegen nun für NRW vor, gibt es darüber hinaus in NRW Gruppen von Frauen, für die die Versorgungssituation in Diagnostik und Therapie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen so ungünstig ist, dass hier Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation notwendig werden?

4.6.2.7 Spezielle Befunde in NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland

4.6.2.7.1 Morbidität und Mortalität (Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit)

Während sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit bezüglich der Herzkranzgefäß-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt und in NRW ähneln, fällt auf, dass hier sowohl die Sterberaten als auch die Erkrankungsraten bei den über 55-Jährigen höher liegen als in Deutschland insgesamt. Beim gesonderten Vergleich der nordrhein-westfälischen Frauen mit Frauen der Bundesrepublik Deutschland sind ebenfalls Unterschiede in den höheren Altersgruppen zu erkennen, mit höherer Sterblichkeit in NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. Im Kontrast dazu zeigt sich bei Gefäßerkrankungen des Gehirns eine umgekehrte Tendenz, obwohl diese nicht so ausgeprägt ist wie bei Herzkranzgefäß-Erkrankungen. Hier liegen die Ereigniszahlen in der Bundesrepublik Deutschland in den älteren Jahrgängen tendenziell höher als bei den vergleichbaren Altersgruppen in NRW.

Innerhalb von NRW zeigen sich beim Vergleich der Erkrankungshäufigkeits- und Sterblichkeitsraten von Männern und Frauen die bekannten höheren relativen Risiken der Männer in jeder Altersgruppe. Wird jedoch die absolute Anzahl der Erkrankungsfälle miteinander verglichen, fällt in den hohen Altersgruppen (über 75 Jahre) die große Zahl der betroffenen Frauen auf. Beispielsweise betrug im Jahre 1999 in NRW die absolute Zahl der Krankenhausfälle infolge von zerebrovaskulären Erkrankungen bei den über 75-jährigen Frauen 30.433 (dies entspricht 3,4% der Gesamtpopulation), bei den über 75-jährigen Männern 14.350 (entsprechend 3,9% der Gesamtpopulation). Dies ist wesentlich bedingt durch die längere Lebenserwartung der Frauen, bedeutet jedoch erhebliche versorgungsmedizinische Anstrengungen, die zu unternehmen sind.

Da es in NRW kein vollständiges bevölkerungsbezogenes Herzinfarktregister gibt, können zur Sterblichkeit nach erlittenem Herzinfarkt derzeit keine zuverlässigen Angaben gemacht werden. Ob die Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters, in dem Frauen in jedem Stadium des akuten Herzinfarktes eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Männer, auch auf NRW

zu übertragen ist, kann zurzeit aufgrund der fehlenden Datenlage nicht beantwortet werden, ist jedoch sehr wahrscheinlich.

Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Hinblick auf die Prognose bei arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen des Gehirns gibt es nicht nur in NRW, sondern generell zurzeit weniger Information als zu koronaren Herzerkrankungen. Aus dem Krankenhaus-Schlaganfallregister Westfalen-Lippe sind allerdings – laut mündlicher Auskunft – Publikationen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Vorbereitung.

4.6.2.7.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Eine Analyse zur Inzidenz der kardiovaskulären Risikofaktoren in der Bevölkerung von NRW im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland ist nur sehr eingeschränkt möglich. Spezifische Daten fehlen weitgehend. Grundsätzlich fällt in NRW der hohe Anteil regelmäßiger Zigarettenraucherinnen – besonders in den jüngeren Jahrgängen – auf, ohne dass bis zum Alter von 50 Jahren eine relevante Abnahme erfolgt. Da gerade in diesen Jahrgängen Frauen auch häufig orale Kontrazeptiva einnehmen (Antibabypille), kann hier von einer zahlenmäßig besonders stark ausgebildeten Risikogruppe in Bezug auf ein erhöhtes Herzinfarktisiko gesprochen werden. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys sind 30–40% derjenigen Frauen, die regelmäßig die Pille einnehmen, auch regelmäßige („tägliche“) Zigarettenraucherinnen.

Hinsichtlich der physischen Risikofaktoren Diabetes mellitus und Bluthochdruckkrankung waren Männer in der Bundesrepublik Deutschland und in NRW bis zum Alter von etwa 60 Jahren und bei den Fettstoffwechselstörungen bis zum Alter von 50 Jahren häufiger betroffen als Frauen, während diese Unterschiede in den höheren Jahrgängen nicht mehr vorhanden bzw. Frauen deutlich häufiger betroffen waren, insbesondere bei den Fettstoffwechselstörungen, beim Diabetes mellitus und bei starkem Übergewicht. Bei der Beurteilung der Häufigkeit von Fettstoffwechselstörungen ist zu berücksichtigen, dass die tatsächliche, auf Messwerten basierende „Ereignisrate“ wesentlich höher liegt, als dies aus den Selbstauskünften erkennbar wird. Dies gilt insbesondere für ältere Frauen über 60 Jahre.

4.6.2.7.3 Medizinische Versorgung und Rehabilitation

Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der medizinischen Diagnostik und Therapie von akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen in NRW bisher keine repräsentativen Informationen vor. Eine neuere Bielefelder Rehabilitationsstudie hat sich zwar mit der Diagnostik und Behandlung des akuten Herzinfarktes von PatientInnen in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern befasst und kommt zu dem Ergebnis, dass es dort keine Unterschiede in der medizinischen Behandlung von Männern und Frauen gibt. Es muss jedoch in diesem Fall hinterfragt werden, ob angesichts der großen Anzahl einbezogener Kliniken und der im Verhältnis dazu relativ geringen Anzahl der Patienten, die an der Studie teilnahmen, überhaupt repräsentative Aussagen möglich sind. Auch die generelle Schlussfolgerung der Studie, in Deutschland sei das Geschlecht kein versorgungsrelevantes Merkmal, ist sicher zu weitreichend angesichts der neuen Ergebnisse aus der bereits erwähnten MITRA-Studie (Heer et al., 2002). In dieser Untersuchung wurden im Gegenteil erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung invasiver Maßnahmen nach akutem Herzinfarkt gefunden, dies zu Ungunsten der Frauen. Aus dem Augsburger Herzinfarktregister wird zwar – abgesehen von der Herzkathe-

terdarstellung der Herzkranzgefäße – ebenfalls von geschlechtsspezifisch gleicher Krankenhausbehandlung berichtet. In dieser Studie ist aber auffallend, dass sich die 28-Tage-Sterblichkeit der Frauen nach akutem Infarkt von 1985/88–1995/97 praktisch nicht verbessert hat, sondern – bedingt durch die hohe Sterblichkeit vor der Einweisung in ein Krankenhaus und am ersten Tag im Krankenhaus – tendenziell eher ansteigt.

Zur Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang mit bedeutsamen Herzkrankheiten kommt die Mehrheit der heutigen Untersuchungen zu dem Schluss, dass selbst unter Berücksichtigung ihrer niedrigeren Erkrankungsraten Frauen unterrepräsentiert sind. Auch auf der Grundlage der VDR-Statistiken, die allerdings nicht alle Versicherten einschließt, gibt es eine erhebliche Unter-Inanspruchnahme durch Frauen mit ischämischen Herzkrankheiten. Allerdings konnte die Bielefelder Studie von Grande et al. (2002) auch dieses Ergebnis nicht bestätigen. Generell kann festgestellt werden, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme und Therapietreue während der Rehabilitation in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am größten sind. Ältere Frauen der unteren Einkommens- und Bildungsschicht stellen hier eine besondere Risikogruppe dar.

Dabei scheint die ambulante Rehabilitation noch stärker als die stationäre an den Bedürfnissen und Lebenslagen von Frauen vorbeizugehen (Kuhlmann, 2004). Frauen bevorzugen die stationäre Rehabilitation. Fehlende Arzttempfehlungen und Mobilitätsprobleme sind wichtige Prädiktoren für die Nichtteilnahme von Frauen an ambulanter Rehabilitation. Eine höhere Abbruchquote spiegelt die Barrieren von familiären Verpflichtungen und der Versorgung von Angehörigen wider (Härtel, 1999). Bezogen auf die Teilnahme von Frauen an koronaren Herzsportgruppen fehlen repräsentative Daten. Hinweise auf einen Qualitätsmangel aufgrund von männerorientierten Konzepten in diesem Bereich und einer Unterversorgung von Frauen liegen jedoch vor (Kuhlmann, 2004).

4.6.2.7.4 Unterversorgte Frauengruppen?

Im Rahmen eines Gutachtens im Auftrage der Enquetekommission wurde von Frau Dr. Susanne Möbius, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universität Essen geprüft, inwieweit bei einem Teil der Frauen möglicherweise eine Unterversorgung mit diagnostischen und therapeutischen kardiovaskulären Leistungen vorliegt, obwohl im gesamten Bereich eine überdurchschnittlich gute Infrastruktur für die Leistungserbringung und -bereitstellung zur Verfügung steht. Grundsätzlich wurde festgestellt, dass eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden kann. Nach Berücksichtigung der Ergebnisse der Literaturrecherche, von ExpertInnenmeinungen und unter Auswertung NRW-spezifischer Gesundheitsberichte wird ein ausreichendes Angebot für die Behandlung von ischämischen Herzerkrankungen festgestellt. Es wird aufgeführt, dass die Zugangsmöglichkeiten für Frauen zu diesen Versorgungseinrichtungen in ausreichendem Maße gegeben sind.

Die spezielle Fragestellung der Kommission, inwieweit Unterschiede gerade für Frauen aus gesellschaftlich benachteiligten Verhältnissen, aus sozialen Brennpunkten und für Migrantinnen bestehen, konnte im Rahmen dieser Begutachtung nicht geklärt werden. Dies liegt daran,

dass unter dieser Fragestellung generell in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch speziell in NRW, keinerlei systematische Daten erarbeitet wurden.

4.6.3 Handlungsfelder

Es besteht Übereinstimmung aller ExpertInnen darin, dass NRW grundsätzlich über eine ausgezeichnete Versorgungsstruktur für kardiovaskuläre Erkrankungen verfügt. Ansatzpunkte für Verbesserung im Sinne einer frauengerechten Versorgung scheinen jedoch besonders bei folgenden Gesichtspunkten gegeben zu sein:

1. Geschlechtsspezifische Differenzierungen in der Symptomatologie akuter lebensbedrohender Erkrankungen sind generell in der Bevölkerung nicht üblich, werden aber auch von ÄrztInnen nur ausnahmsweise angewandt. Dies führt bei akuten kardiovaskulären Erkrankungen der Frauen in größerem Ausmaß zu Fehlinterpretationen und Fehldiagnosen, lebensgefährlichen Zeitverzögerungen und Ausbleiben von lebensrettenden Maßnahmen. Die Unterschiede zu Männern sind eindeutig. Bei beiden Geschlechtern sind allerdings Defizite in der Akutversorgung sowohl resultierend aus dem PatientInnenverhalten als auch auf der Basis der ärztlichen Versorgungsseite erheblich. Dies gilt bundesweit und für NRW.
2. Die geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Krankheitsentstehung, -manifestation und Ausweitung von Krankheitsprozessen ist auch und gerade im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erst im Entstehen begriffen. Dies gilt besonders für den Wissenschaftsprozess, hier sowohl im Bereich der Grundlagenforschung als auch der klinischen Forschung. Die Defizite der Daten erlauben zum jetzigen Zeitpunkt nur vorsichtige, vorläufige und auf Details bezogene Teilrückschlüsse. Dies gilt generell für die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und ganz besonders für die Versorgungssituation in NRW.
3. Frauen erkranken im Vergleich zu Männern in zunehmendem Ausmaß an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, dies gilt besonders für den Herzinfarkt, schwerpunktmäßig auch in NRW. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sich das kardiovaskuläre Risikoprofil der Frauen zunehmend schlechter gestaltet. Dabei zeigen die Daten für NRW, dass vor allem die Risikokonstellation bezüglich Störungen des Fettstoffwechsels und des Zigarettenrauchens ungünstiger sind, als von den Hochrechnungen aus den nationalen Erhebungsregistern zu erwarten gewesen wäre. Hier sind daher besondere Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung notwendig.
4. Bei den lebensbedrohenden Herzerkrankungen (akutes Koronarsyndrom, akuter Herzinfarkt) ist eine zunehmende Inzidenz bei Frauen im mittleren Lebensalter, sogar bei jüngeren Frauen, festzustellen. Hauptursache sind das Zigarettenrauchen und die Kombination der Einnahme oraler Kontrazeptiva und Zigarettenrauchen. Aufgrund der dokumentierten ungünstigen Wechselwirkungen, die das Risiko 40fach steigern, muss die Verordnung von oralen Kontrazeptiva bei Frauen, die regelmäßig Zigaretten rauchen, als Kunstfehler angesehen werden. Auf diese Aspekte muss daher sowohl im ärztlichen als auch nichtärztlichen Bereich verstärkt in Informations- und Fortbildungsveranstaltungen hingewiesen werden.

5. Frauen sind bei den Risikofaktoren Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus und starkes Übergewicht signifikant häufiger betroffen als Männer. Dabei ist unklar, inwieweit auch die soziale Schichtenzugehörigkeit und das hiermit verbundene Ernährungs- und sonstige Risikoverhalten einhergeht. Entsprechende Aufschlüsse könnten in NRW gerade aus einer Bevölkerungsanalyse im Ruhrgebiet im Vergleich zu ländlichen Gebieten Westfalens oder großstädtischen Gebieten wie Köln und Düsseldorf erhalten werden. Daten liegen hierzu bisher nicht vor, es besteht also dringender Forschungsbedarf.
6. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach lebensbedrohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere dem akuten Herzinfarkt, ist bei Frauen geringer als bei Männern. Einige Daten sprechen dafür, dass gerade ältere Frauen aus unteren Einkommens- und Bildungsschichten sowie Migrantinnen hier eine besondere Risikogruppe darstellen. Die fehlende Integration in Rehabilitationssysteme geht grundsätzlich mit einer ungünstigeren Prognose einher. Auch hier ist daher dringend eine intensivere Erforschung der Ursachen notwendig.

4.6.4 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission fordert die *Landesregierung* auf, für die Verbesserung der geschlechtsdifferenzierten Datengrundlage hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sorgen, insbesondere durch

- die Einrichtung eines Herzinfarktregisters für NRW, in dem genderspezifische Fragen Berücksichtigung finden und
- die verstärkte Förderung frauenrelevanter Forschungsfragen auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hier insbesondere der arteriosklerotischen Erkrankungen des Herzens und generell auch bei zerebrovaskulären Erkrankungen.

Darüber hinaus fordert die Enquetekommission die Landesregierung auf, ihre Anstrengungen bei der Gesundheitserziehung im Kindes- und Jugendalter, insbesondere im Hinblick auf Risikofaktoren sowie präventive Aspekte zu verstärken.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Krankenkassen*

- verstärkt langfristig angelegte, nachhaltige Präventionsprogramme für Frauen anzubieten mit dem Ziel sowohl die Primär- als auch die Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu unterstützen,
- die bestehenden Präventionsprogramme (primär/sekundär) auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Einfügen genderspezifischer Aspekte zu optimieren,
- die betriebliche Gesundheitsversorgung, insbesondere im Hinblick auf die Erkennung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Primär- und Sekundärprävention zu unterstützen und hierbei insbesondere geschlechtssensible Ansätze umzusetzen sowie
- verstärkt unter Berücksichtigung der frauenspezifischen Bedürfnislagen entwickelte Gesundheits-Sportprogramme zu fördern, die die Herz-Kreislauf-Funktionen verbessern.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Ärztkeammern*

- geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie, hier speziell auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ihren Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen für ÄrztInnen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte auch verstärkt über die Unvereinbarkeit von Zigarettenrauchen und hormonellen Kontrazeptiva informiert werden,
- die Programme zur Primär- und Sekundärprävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte aktiv voranzutreiben und
- optimierte Behandlungsstrategien bei akuten lebensbedrohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern in ihrem Zuständigkeitsbereich umzusetzen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *kassenärztlichen Vereinigungen*

- die ambulant/stationäre Kooperation als Voraussetzung für eine funktionierende Notfallversorgung auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen intensiv zu fördern und
- Projekte der integrierten Versorgung und des Disease-Management auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu unterstützen, insbesondere auch unter präventiven Aspekten.

Darüber hinaus appelliert die Enquetekommission an die Medien, sich verstärkt an der Aufklärung über Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Information über Präventions- und Behandlungsprogramme zu beteiligen. Dies muss insbesondere Informationen über Risikofaktoren und deren Beeinflussung, zugänglich für die gesamte Bevölkerung, unabhängig von Geschlecht und Altersklassen, einschließen.

4.6.5 Literatur

- Galatius-Jensen, S., Launbjerg, J., Mortensen, L.S., Hansen, J.F. (1997): Prognosis after AMI – are there gender differences? *Ugeskr Laeger.*, 159, 3951-5
- Grande, G., Leppin, A., Romppel, M., Altenhöner, T., Mannebach, H. (2002): Frauen und Männer nach Herzinfarkt – Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? *Rehabilitation*, 41, 320-328
- GUSTO Angiographic Investigators (1993): The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventricular function, and survival after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1993, 329, 1615-1622
- Härtel, Ursula (1999): Geschlechtsspezifische Prädiktoren der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation aus epidemiologischer Sicht. *Rehabilitation*, 38, Supl. 2, 141-148
- Härtel, Ursula (2002): Ist-Analyse Prävalenz der Herz-Kreislaufferkrankungen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Information 13/830 (www.landtag.nrw.de)
- Heer et al. (2002): The MITRA Registry, *Am. J. Cardiol.*, 89, 511-517
- Kuhlmann, Ellen (2004): Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen – das Beispiel koronare Herzerkrankungen. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit, Bremen
- Lowel, H., Lewis, M., Keil, U., Hormann, A., Bolte, H.D., Willich, S., Gostomzyk, J. (1995): Temporal Trends in myocardial infarct morbidity, mortality and 28 day fatalities and medical management. Results of the Augsburg Myocardial Infarct Register (MONICA), *Zeitschrift für Kardiologie* 84, 596-605

- Lowel, H., Meisinger, C., Heier, M., Hormann, A., Kuch, B., Gostomzyk, J., Koenig, W. (2002): Sex specific trends of sudden cardiac death and acute myocardial infarction: results of the population-based KORA/MONICA-Augsburg register 1985 to 1998, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* Nov. 2, 127 (44), 2311-6
- Moebus, Susanne, Sottong, Ursula (2003): Analyse und Bewertung der Ursachen für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW durch Frauen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Information 13/829 (www.landtag.nrw.de)
- National Heart, Lung And Blood Institute (1990): Women's Health Issues. US Department Of Health Human Services, Public Heart Services
- Robert-Koch-Institut (1999): Bundesgesundheitsurvey 1998. In: *Gesundheitswesen* 61, 1999, Sonderheft 2
- Wilansky, S., Willerson, J.T. (2002): *Heart Disease in Women*, Churchill Livingstone-Verlag, S. 496ff

4.7 Frauenspezifische Besonderheiten bei HIV und AIDS

4.7.1 Einleitung

Bislang gibt es in Deutschland nur wenige Studien, die sich speziell den diagnostischen, therapeutischen und psychosozialen Besonderheiten einer HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Frauen widmen. Studien vor allem aus den USA weisen in den letzten Jahren aber zunehmend auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Übertragung, im Krankheitsverlauf, bei den Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung und den psychosozialen Aspekten hin. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschsprachigen oder europäischen Raum ist nur eingeschränkt möglich. Zu groß sind z.B. Unterschiede in kulturellen und ethnischen Hintergründen, finanziellen und sozialen Bedingungen und medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen (Sonnenberg-Schwan, 2003).

AIDS steht für die englische Bezeichnung **Acquired Immune Deficiency Syndrome** (deutsch: erworbener Immundefekt) und wird verursacht durch die Infektion mit HIV (**Human Immunodeficiency Virus** = menschliches Immundefekt-Virus). Die Übertragungswege sind sexuelle Kontakte mit einem infizierten Partner/einer Partnerin (homo- und heterosexuell), der gemeinsame Gebrauch von Spritzenutensilien, meist unter Drogenabhängigen, Mutter-Kind-Übertragung (vor und unter der Geburt oder durch Stillen), Transfusion von infiziertem Blut oder Blutprodukten (in Deutschland nicht mehr relevant) und selten Infektionen im Gesundheitswesen durch Kontakt mit infiziertem Material.

Das HI-Virus schwächt das Immunsystem, indem es die für die Abwehr von Krankheitserregern wichtigen Helferzellen¹ befällt und sich in ihnen vermehrt. Durch verschiedene Effekte wird die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern vermindert. Im Falle der HIV-Infektion wird mit AIDS das Stadium bezeichnet, in dem das Immunsystem massiv beeinträchtigt ist und sich bestimmte Infektionskrankheiten und Tumore entwickeln können.

Die Zeit zwischen der Infektion mit dem HI-Virus und der Manifestation von AIDS kann sehr unterschiedlich verlaufen und starken Schwankungen unterliegen.

Wie und wann sich eine HIV-Infektion zu einem Immundefekt entwickelt, ist im einzelnen nicht bekannt. Die HIV-Infektion ist (noch) nicht heilbar, aber durch medikamentöse Behandlung kann sich eine Immunschwäche zurückbilden oder lässt sich um viele Jahre hinauszögern, was zu einer deutlich höheren Lebenserwartung HIV-Infizierter geführt hat (HIV.net, o.J.).

Die Behandlung erfolgt mittels so genannter antiretroviraler Substanzen (Medikamente gegen die Vermehrung von HIV), seit 1996 als „Hochaktive antiretrovirale Therapie“ (HAART) durch Kombination mindestens dreier verschiedener antiretroviraler Substanzen. Durch diese Behandlung hat sich die Prognose HIV-infizierter PatientInnen deutlich verbessert. Allerdings machen Nebenwirkungen bzw. unerwünschte Arzneimittelwirkungen die Behandlung der HIV-Infektion zu einer Gratwanderung zwischen optimalem Nutzen mit möglichst langer HIV-Suppression und der Toxizität der Substanzen. Auch die große Anzahl von einzunehmenden Tabletten (15–20 pro Tag) und die komplizierten Einnahmepläne stellen hohe Anforderungen an die Motivation und Mitarbeit der PatientInnen bei dieser lebenslangen Therapie.

1 Auch CD4-Zellen oder T4-Zellen genannt

Um das Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung bei einem HIV-infizierten Menschen zu bestimmen und festzulegen, wann ein antiretrovirales Behandlungsregime begonnen oder umgestellt werden muss, sind regelmäßige Messungen der Viruslast und der Helferzellen notwendig (Lange et al., 2002; Zylka-Menhorn, 2003).

4.7.2 Geschlechtsspezifische Entwicklung der Infektionsraten

Weltweit sind die Hälfte aller HIV-Infizierten Frauen, in Europa sind es durchschnittlich 25% bei stark steigenden Infektionsraten vor allen Dingen in osteuropäischen Ländern (Sonnenberg-Schwan, 2003). Während in Deutschland bei Männern seit 1994 eine Abnahme der HIV/AIDS-Fälle zu verzeichnen ist, wird bei Frauen eine steigende Tendenz auch in absoluten Zahlen sichtbar. Ihr Anteil hat sich von 1988 mit 6,8% bis 1996 auf 18,1% mehr als verdoppelt. Im Jahr 2000 lag nach Angaben des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, wo alle Neuinfektionen gemeldet werden, der bundesweite Anteil der neu infizierten Frauen mit 500 von 2000 Neuinfektionen bei 25% (Robert Koch Institut, 2003) und hat sich somit insgesamt gegenüber 1988 verdreifacht. Nach aktuellen Einschätzungen lebten 2003 in Deutschland 9500 Frauen mit HIV/AIDS (Robert Koch Institut, 2003), 2002 waren es in NRW 1800 (Wehrauch, 2003).

Frauen mit HIV/AIDS sind mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 25–39 Jahren um etwa zehn Jahre jünger als männliche Betroffene und damit überwiegend in einem Alter, in dem sie über Kinderwunsch und Schwangerschaft entscheiden. 60% der infizierten Frauen erfahren in der BRD die Diagnose im Rahmen einer Schwangerschaftsuntersuchung (Arendt, 2004). Bisher ist nicht bekannt, wie viele der HIV-infizierten und AIDS-kranken Frauen in Deutschland/NRW Mütter sind.

4.7.3 Veränderte Übertragungswege

Im Zeitraum von 1988 bis 1996 hat die Übertragung durch intravenösen (i.v.) Drogenkonsum bei Frauen mit einem Rückgang von 59% auf 30,3% der Ansteckung etwas an Bedeutung verloren, während die Übertragung durch heterosexuelle Kontakte von 18,2% auf 37,1% gestiegen ist (BFSFJ, 2001). Bei Berücksichtigung aller registrierten weiblichen HIV-Infizierten seit 1982 stellen zwar die i.v. Drogenabhängigen die größte Infektionsgruppe dar. ABER: In absoluten Zahlen haben sich 1996 zum ersten Mal seit Beginn der Epidemie mehr Frauen über heterosexuelle Kontakte als über Drogenabhängigkeit infiziert (BFSFJ, 2001; Schulte et al., 2000). Diskutiert wird, dass Frauen bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ein höheres Risiko als Männer tragen, sich mit dem HI-Virus zu infizieren. Als mögliche Risikofaktoren werden eine größere genitale Schleimhautoberfläche bei Frauen genannt, die dem Virus mehr Angriffsfläche bietet und der längere Kontakt zwischen infiziertem Sperma und Scheidenschleimhaut. Veränderungen der Vaginalflora durch Entzündungen und während der Menstruation können eine Anfälligkeit für eine HIV-Infektion wie auch für andere sexuell übertragbare Krankheiten erhöhen (www.aidsaufklärung.de/Frauensache/frauen).

HIV-infizierte Migrantinnen sind in NRW jünger als einheimische HIV-Trägerinnen. Die überwiegende Zahl fällt im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung auf, d.h. es handelt sich

um eine Gruppe, die in unser Gesundheitssystem integriert ist und behandelt wird. Darüber hinaus ist aber mit einer relativ hohen Dunkelziffer von nicht erkannten und nicht behandelten, infizierten Migrantinnen zu rechnen (Arendt, 2004).

4.7.4 Besonderheiten im Krankheitsverlauf und Defizite in der Therapie bei HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Frauen

Der Ausbruch einer AIDS-Erkrankung bei HIV-infizierten Frauen erfolgt nicht früher als bei Männern, zumindest dann nicht, wenn sie Zugang zu medizinischer Versorgung und antiretroviralen Therapien haben. ABER: Frauen sind vulnerabler (verletzlicher) als Männer, wobei die Gründe dafür bisher nicht hinreichend bekannt sind (Arendt, 2004). Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Frauen mehr „Viruslast“² und weniger Helferzellen haben als Männer (Arendt, 2004). Diese beiden Parameter werden zur Entscheidung für den Beginn der medikamentösen Therapie herangezogen, wobei die diesbezüglichen Empfehlungen der verschiedenen nationalen Fachgesellschaften für asymptomatische PatientInnen teilweise differieren. Gleichzeitig wird betont, dass diese Laborwerte nur als Anhaltswerte dienen können und jeweils individuell – unter Berücksichtigung des Geschlechts, der Ethnie und der Risikoabschätzung der Nebenwirkungen – der optimale Therapiebeginn ermittelt wird (Lange et al., 2002). Nach Arendt müssten Frauen eigentlich zu einem früheren Zeitpunkt medikamentös behandelt werden als Männer, da sie bei höheren Helferzellzahlen (als Schutzfaktor zu werten) sterben als Männer. Diese Schlussfolgerung hat bisher aber keinen Eingang in die Therapie gefunden. Im Gegenteil: Sie werden später als Männer behandelt, da in der ärztlichen Diagnostik immer noch zu wenig fokussiert wird, dass Frauen HIV-Trägerinnen sein können (Arendt, 2004).

HIV-Medikamente werden vorrangig an Männern getestet. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Wirkungen und Nebenwirkungen bleiben so in den Zulassungsstudien unentdeckt (Sonnenberg-Schwan, 2003). Die Aus- und Wechselwirkungen der HIV-Infektion und der Therapeutika auf das endokrine System (Hormonsystem) der Frau sind bisher nur unzureichend erforscht. Mit zunehmender Dauer der antiretroviralen Behandlung können bei Frauen – jeweils abhängig von den einzelnen Präparaten – vermehrt Störungen im Fettstoffwechsel, Leberschäden, Knochenerkrankungen³, Nierenfunktionsstörungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und allergische Hautreaktionen auftreten, deren Ursachen weiterhin ungeklärt bleiben. Hinweise auf einen höheren Plasmaspiegel einiger dieser Medikamente, die bei Frauen in den toxischen Bereich gehen können, haben bisher so gut wie keinen Eingang in Studien gefunden, so dass auch keine differenzierten Dosierungsempfehlungen abgeleitet werden können (DAIG, o.J.). Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass Frauen insgesamt zurückhaltender mit neueren und teureren Medikamenten versorgt werden (Arendt, 2004; siehe Kapitel 4.1).

Die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie gehen aber nicht nur mit physischen, sondern häufig auch mit massiven psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen einher. Geschlechtsspezifische Auswirkungen auf die Compliance (das Mitwirken bei der Thera-

2 Anzahl der vorhandenen Viruspartikel; ihre Höhe gibt Aufschluss darüber, ob die HI-Viren ausreichend von der körpereigenen Abwehr bzw. den Medikamenten unterdrückt werden.

3 Osteoporose und Osteonekrose

pie), Adhärenz (Durchhalten der Therapie) und Therapieentscheidungen werden im klinischen und beraterischen Alltag beobachtet (DAIG, o.J.). Eine Berücksichtigung dieser Aspekte in prospektiven, längerfristigen Studien ist dringend erforderlich.

Einige Studien beschreiben, dass Gehirnbeteiligungen bei weiblichen Infizierten häufiger als bei männlichen auftreten, wobei sich diese Ergebnisse in anderen Untersuchungen nicht bestätigen. Solange aber die Datenlage widersprüchlich ist, sollten weibliche Betroffene im Verlauf besonders sorgfältig neurologisch untersucht werden. Diese Widersprüchlichkeit muss in weiteren Studien geklärt werden (Arendt, Funke und Gantke, o.J.).

Depressionen sind die häufigste neuropsychiatrische Komplikation bei HIV-positiven Frauen. Zeitliche Schwerpunkte des Auftretens liegen bei der Diagnosestellung und der Vollbild-(AIDS)-Manifestation der Krankheit (Schulte et al., 2000).

4.7.5 Psychische und psychosoziale Aspekte

Neben der persönlichen Betroffenheit durch das Wissen um eine unheilbare, auf lange Sicht tödlich verlaufende Erkrankung belastet die Infizierten, dass die Infektion nach wie vor ein soziales Stigma darstellt (Arendt, 2004). Die psychosoziale AIDS-Forschung bei Frauen wird sehr vernachlässigt: HIV-infizierte Frauen sind oft in schlechteren ökonomischen und sozialen Situationen als HIV-positive Männer. Sie sind häufiger erwerbslos oder in Teilzeitarbeit, haben ein geringeres Einkommen, beziehen häufiger Sozialhilfe, die Rentenansprüche sind geringer, berufliche Perspektiven sind oft eingeschränkt oder fehlen. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Frauen zum Zeitpunkt der Infektion durchschnittlich jünger sind als Männer. Diese Defizite bestätigte eine Studie zur Lebensqualität und Therapieoptimierung der Medizinischen Hochschule Hannover (Schulte et al., 2000).

Die Feststellung einer HIV-Infektion löst bei Frauen nicht selten eine weibliche Identitätskrise aus durch den vorhersehbaren oder eingetretenen Verlust der körperlichen Schönheit auf Grund der Nebenwirkungen in der medikamentösen Therapie. Davon betroffen sind auch ihre sexuelle Attraktivität und jugendliche Leistungsfähigkeit, über die Frauen in dieser Lebensphase sich eher als im späteren Alter definieren (BFSFJ, 2001). Auch Schwangerschaft und Kinderwunsch können psychosoziale Krisen auslösen. Die Auswirkungen der antiretroviralen Substanzen auf das ungeborene Kind sind noch nicht abschließend geklärt. Inzwischen ist allerdings bekannt, dass bei einigen Therapeutika keine Schädigungen auftreten (Arendt, 2004). Das Beratungsangebot für HIV- bzw. AIDS-erkrankte Frauen mit Kinderwunsch ist in Deutschland alles andere als flächendeckend, da es insgesamt nur vier Anlaufstellen gibt (Arendt, 2004).

Erfahrungsgemäß entwickeln Frauen gegenüber Ehe-/LebenspartnerInnen und auch gegenüber ihren Kindern häufig sehr viel stärkere Schuldgefühle als Männer. Die Infektion der Frau führt nicht selten zu einem Auseinanderbrechen der Familie, sicherlich in einem höheren Maße als bei betroffenen Männern (Weihrauch, 2003). Die zentrale Rolle, die Frauen in der Familie zugewiesen ist, wird durch die Erkrankung stark destabilisiert (Arendt, 2004).

Auch wenn NRW eine Reihe von Präventions- und Beratungsangeboten vorhält und die meisten AIDS-Beratungsstellen inzwischen frauenspezifische Angebote machen, ist immer noch festzustellen, dass viele HIV-Trägerinnen nicht erreicht werden (dHIVa, 2002).

4.7.6 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der *Landesregierung*

- in bedarfsgerechtem Umfang geschlechtsspezifische HIV-Prävention und Beratung zu fördern,
- gezielte Präventions- und Beratungsangebote für HIV-infizierte Migrantinnen zu entwickeln und zu fördern,
- qualifizierte Beratungsangebote für HIV-infizierte Frauen mit Kinderwunsch in bedarfsgerechtem Umfang zur Verfügung zu stellen und
- ein Studie zur Situation HIV-infizierter und AIDS-erkrankter Mütter und ihrer Kinder durchzuführen.

Die Enquetekommission empfiehlt dem *Landtag*

- Finanzmittel in ausreichendem Umfang für die Umsetzung der oben genannten Empfehlungen an die Landesregierung bereit zu stellen.

Die Enquetekommission empfiehlt *den Medizinischen Fachgesellschaften, den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen*

- durch gezielte Informationsverbreitung auf den steigenden Anteil von HIV-infizierten Frauen vor allem im hausärztlichen und gynäkologischen Versorgungssystem aufmerksam zu machen,
- ganzheitliche, an die spezifischen weiblichen Bedürfnisse angepasste Betreuungskonzepte zu entwickeln, da die HIV-Infektion alle Lebensbereiche einer Frau betrifft. Zu berücksichtigen sind bei der medikamentösen Einstellung neben den klinischen Vorgaben der berufliche und häusliche Alltag und die psychische Situation,
- die Weiter- und Fortbildung vor allem von niedergelassenen Haus- und FrauenärztInnen in Richtung bedarfsgerechter Beratung und Therapie von HIV-infizierten Frauen zu fördern und
- Leitlinien für die Beratung, Therapie und weitere medizinische sowie pflegerische Versorgung von – insbesondere schwangeren – HIV-infizierten Frauen zu erstellen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *AkteurInnen in der pharmakologischen, klinischen und epidemiologischen Forschung*

- ein Forschungsprojekt zur gezielten Anpassung der antiretroviralen Therapie an den weiblichen Organismus durchzuführen,
- geschlechtsspezifische Unterschiede in der HIV-Übertragung, dem Krankheitsverlauf und psychosozialen Aspekten zu erforschen,
- HIV-positive Frauen bereits in den ersten Planungsschritten von Studien zum Thema HIV/AIDS zu beteiligen und
- die bisher vernachlässigte psychosoziale AIDS-Forschung hinsichtlich der besonderen Belange von Frauen zu intensivieren (insbesondere unter der Berücksichtigung von Compliance, Adhärenz und Therapieentscheidung) sowie Maßnahmen und Konzepte zur Gegensteuerung der Belastungen von Frauen zu entwickeln.

4.7.7 Literatur

- Arendt, Gabriele (2004): HIV-1-assoziierte Probleme bei Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Migrantinnen, Referat vor der Enquetekommission, 10.2.2004, EKPr 13/86
- Arendt, Gabriele, Funke, Anna-Margarete, Gantke, Beate: Betreuung HIV-1-positiver Frauen – Ein mulitdisziplinäres Konzept, (o.J.)
- BFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Kapitel 9.2.4 HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen, 2001
- DAIG, Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (o.J.): Frauen und HIV – viele ungeklärte Fragestellungen, in: www.daignet.de, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), (1999): Broschüre „Frauen mit HIV und AIDS – medizinischer Ratgeber“, 3., neu bearbeitete Auflage, Berlin
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (o.J.): Frauen mit HIV und Aids – medizinischer Ratgeber, www.aidshilfe.de
- dHIVa, Zeitschrift des Netzwerkes Frauen und AIDS, Juni 2002
- HIV.net: www.hiv.Net, o.J.
- LAG, Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und AIDS in NRW (2003): AIDS-Erkrankungen bei Frauen in NRW, unveröffentlichte Stellungnahme an die Enquetekommission, Juni 2003
- Lange, Christoph, Stellbrink, Hans-Jürgen, van Lunzen, Jan (2002): Indikationen zur Therapie der HIV-Infektion, in: Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 A 570-576 [Heft 9]
- Robert Koch Institut (2003): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 30.06.2003), Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B, 11. August 2003
- Ruhr-Universität: Presseerklärung von 02.7.2001, zum AIDS-Kongress; zitiert wird Professor Bockmeyer
- Schulte, E., Claes, C., Körner, T., Graf von der Schulenberg, J.-M., Schmidt, R.E., Stoll, M (2000): Defizite der sozioökonomischen und psychosozialen Unterstützung HIV-positiver Frauen, in: Das Gesundheitswesen, 62, 2000
- Sonnenberg-Schwan, Ulrike (2003): Frauen und AIDS – was ist neu im Jahr 2003? in: RetroVirus, 1, 2003
- Weihrauch, Birgit: Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW zur gesundheitlichen Versorgung von AIDS-Patientinnen in NRW, 06.5.2003, EKPr 13/59
- Zylka-Menhorn, Vera (2003): HIV-Kombinationstherapie: Einmalgabe gibt den Patienten mehr Freiheit, in: Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: A 1380 [Heft 209]

4.8 Gesundheit von Lesben und deren gesundheitliche Versorgung

Die gesundheitliche Situation von Lesben als Frauen in besonderen Lebenslagen soll betrachtet werden, um gegebenenfalls besondere Anforderungen an deren Gesundheitsversorgung abzuleiten. Nach Erhebungen in den USA wird geschätzt, dass ca. 2% aller Frauen lesbisch sind (O'Hanlan et al., 2004), in der NRW-Akzeptanzkampagne¹ wird der Anteil von Lesben und Schwulen mit 10% angegeben.

Die Enquetekommission informierte sich über den derzeitigen Forschungsstand (mit seinen Datenlücken) und diskutierte entsprechende Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Lesben.²

Es gibt wenig Daten und Veröffentlichungen zu diesem Themenkomplex, insbesondere im deutschen Sprachraum. So wird im Bundesfrauengesundheitsbericht 2001 auf Lesben nicht eingegangen. Im Frauengesundheitsbericht Bremen wird Lesben ein eigenes kurzes Kapitel gewidmet (BMFSFJ, 2001; Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2001). Die meisten Erkenntnisse stützen sich auf US-amerikanische Studien.

Diskutiert werden Aspekte in folgenden Themenbereichen:

- Folgen der gesellschaftlichen und rechtlichen Stellung von Lesben und deren Auswirkungen auf die Gesundheit,
- Risikofaktoren und Erkrankungsspektrum von Lesben und
- Behandlung von Lesben im Gesundheitssystem.

4.8.1 Gesundheitliche Folgen von Diskriminierung

Auch wenn lesbische Lebensweisen in den letzten Jahren zunehmend mehr Akzeptanz in der Gesellschaft erfahren, findet weiterhin subtil und offen Diskriminierung von Lesben statt. Für NRW zeigt eine Studie das Ausmaß von Diskriminierung und struktureller sowie direkter Gewalt (MFJFG, 1999): Etwa 95% der befragten lesbischen Frauen wurden schon einmal mit homophoben³ Äußerungen in Form von Abwertung, Lächerlichmachen, Ausgrenzung und Distanzierung konfrontiert. Auch körperliche Gewalt oder Gewaltandrohung wurde von 10–20% der Frauen berichtet. Am Arbeitsplatz erlebten 10% Benachteiligung bei Beförderungen, 5% eine Kündigung wegen gleichgeschlechtlicher Lebensweise. Erlebte Diskriminierung und bereits die Furcht davor können andauernde Belastungen mit gesundheitlichen Folgen darstellen, ebenso wie Gewalterfahrungen (siehe Kapitel 4.5).

Insbesondere die Zeit des Coming-out⁴ muss als krisenhafte Phase angesehen werden, in der sich befürchtete und erlebte Diskriminierung besonders schwerwiegend auf die Gesundheit auswirken. Wenn das Coming-out in die Zeit der Adoleszenz⁵ mit der in dieser Zeit ohne-

1 <http://www.akzeptanzkampagne-nrw.de>

2 Vortrag von Frau Helga Seyler am 10.2.2004, siehe Protokoll EKPr 13/86 in der Übersicht im Anhang

3 Homophobie: Angst vor Homosexualität

4 Coming-out bedeutet (öffentliches) Sichbekennen zur eigenen Homosexualität, siehe auch Broschüre des Landes-Gesundheitsamtes Baden Württemberg 2003

5 Adoleszenz bezeichnet das Jugendalter

hin großen Verunsicherung fällt, ist die psychische Belastung immens und es gibt Hinweise für eine erhöhte Suizidneigung dieser Jugendlichen (Remafedi, 1999; Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin, 2001). Sie brauchen für sie gut erreichbare Beratungsangebote sowie integrative und akzeptierende Freizeitangebote, in denen sie vor Diskriminierung und Ausgrenzung geschützt sind.

Obwohl Lesben zunehmend in den Medien oder der Politik öffentlich sichtbar geworden sind, scheinen sie im gesundheitlichen Bereich zumindest in Deutschland weder als Patientinnen noch als Professionelle zu existieren. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Bundesfrauengesundheitsbericht 2001, in dem Lesben nicht nur unerwähnt bleiben, sondern auch implizit ausgeschlossen werden durch die Definition von nichtehelichen Lebensgemeinschaften als nichtverwandte zusammenlebende Paare unterschiedlichen Geschlechts.

Ein spezifischer Aspekt der Diskriminierung von Lesben ist gerade das Unsichtbarmachen und Nichtwahrnehmen, der auch im Umgang mit ihnen im Gesundheitswesen deutlich wird. Veröffentlichungen beziehen sich implizit nur auf Heterosexualität, sprechen aber von den Frauen oder den Paaren allgemein und blenden die Existenz homosexueller Lebensweisen aus.

4.8.2 Risikofaktoren und Erkrankungsspektrum von Lesben

Da in den wenigsten epidemiologischen Studien sexuelles Verhalten bzw. die sexuelle Identität erfasst werden, fehlt es an Wissen über besondere gesundheitliche Aspekte lesbischer Lebensweisen.

Ein wichtiger Bereich sind hier die *sexuell übertragbaren Krankheiten*. In den USA und Australien weisen Studien darauf hin, dass diese bei Lesben entgegen der verbreiteten Meinung nicht seltener vorkommen. Nicht nur von HIV-Infektionen (siehe Kapitel 4.7), auch von anderen sexuell übertragenen Krankheiten (Chlamydien, Gonokokken, Trichomonaden, Syphiliserreger) sind Lesben wahrscheinlich häufiger betroffen als bisher angenommen. Problematisch ist das kaum vorhandene Wissen über Häufigkeit und Übertragungswege dieser Infektionen bei Lesben, was für diese die Entwicklung von Empfehlungen für Schutzmaßnahmen und eine Information über gesundheitliche Risiken, die mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden sind, sehr erschwert. Auch Papilloma- und Herpesviren werden wahrscheinlich beim Sex zwischen Frauen mit gleicher Häufigkeit übertragen wie beim Sex zwischen Mann und Frau (Seyler, 2004; Bauer und Seth, 2001).

Bezüglich *gesundheitlicher Risikofaktoren* gibt es in verschiedenen Studien unterschiedliche Aussagen darüber, ob Lesben mehr Drogen und Alkohol konsumieren als heterosexuelle Frauen. Als Ursachen werden genannt, dass soziale Treffpunkte für den Kontakt mit anderen Lesben hauptsächlich Kneipen und Bars sind, aber auch, dass die soziale Isolierung und Einsamkeit den Drogenkonsum fördert. Aus den USA liegen widersprüchliche Daten hierzu vor, für Deutschland gibt es keinerlei Untersuchungen. Relativ konstant sind Angaben darüber, dass Lesben mehr rauchen als heterosexuelle Frauen, auch andere Ernährungsweisen und damit verbunden häufigeres Übergewicht von Lesben werden beschrieben. Daraus folgen höhere Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Karzinome wie z.B. Lungen- oder Magenkrebs (Seyler, 2004; O'Hanlan et al., 2004).

Die geringere Geburtenzahl von Lesben kann sich auf das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen (zum Beispiel Brust- und Eierstockkrebs) auswirken. Das Risiko von Gebärmutterhalskrebs wird oft für Lesben geringer eingeschätzt als das für heterosexuell lebende Frauen, da heterosexueller Geschlechtsverkehr als das Hauptrisiko für die Übertragung von HPV (Humanes Papillom-Virus)⁶ gilt. Die Übertragung von HPV als ein Risiko für Gebärmutterhalskrebs ist jedoch inzwischen auch für Sex zwischen Frauen nachgewiesen (s.o.).

4.8.3 Lesben in der Gesundheitsversorgung

Studien in den USA und Kanada zeigen, dass Lesben aufgrund erlebter und befürchteter Diskriminierung verzögert gesundheitliche Versorgungsangebote annehmen, aus Deutschland fehlen Daten hierzu.

Im Gesundheitswesen wird Lesben als unsichtbaren Patientinnen in der Regel Heterosexualität unterstellt und sie müssen selbst entscheiden, ob sie dem widersprechen und sich outen. Die meisten ÄrztInnen und TherapeutInnen gehen deshalb auch davon aus, dass sie keine lesbischen Patientinnen haben.

Das Verschweigen der lesbischen Lebensweise gegenüber einer ÄrztIn beeinträchtigt den Kontakt und kann zum Beispiel im Zusammenhang mit vaginalen Infektionen zu inadäquaten Therapieempfehlungen führen. In der o.g. Studie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Lesben (MFJFG, 1999) gaben 43% der Befragten an, nicht offen gegenüber ÄrztInnen zu sein. Eine weitere Studie erbrachte ähnliche Ergebnisse (Dennert, 2004) mit einem deutlichen Unterschied in Bezug auf das Geschlecht des Behandelnden. 31% waren gegenüber einer Frauenärztin nicht offen, 54% gegenüber einem Frauenarzt. Wie weitgehend das Verschweigen der Lebensweise eine Psychotherapie beeinträchtigt, ist sicher vorstellbar. Trotzdem gaben 3,8% der Frauen an, gegenüber der TherapeutIn nicht offen zu sein, in der Studie von Dennert waren 13% gegenüber männlichen Therapeuten nicht offen.

Bis in die 80er-Jahre wurde Homosexualität pathologisiert und in den Diagnoseschlüsseln der WHO und American Psychiatric Association aufgeführt. Die Defizittheorien über lesbische Lebensweisen halten sich aber weiterhin, oft sehr subtil und den Therapeutinnen selbst nicht bewusst. Da in den meisten psychotherapeutischen Ausbildungen Homosexualität genauso wenig Thema ist wie die Auseinandersetzung mit Homophobie, müssen lesbische Klientinnen damit rechnen, dass zum Beispiel die TherapeutIn statt des eigentlichen Anliegens der Klientin deren Homosexualität zum behandlungsbedürftigen Problem erklärt. Auch bei grundsätzlich akzeptierender Haltung fehlt meist das Wissen über spezifische Aspekte der lesbischen Lebensweise (Frauenberatungsstelle donna klara, 2003).

In den USA nehmen Lesben seltener als heterosexuelle Frauen an Früherkennungsuntersuchungen teil, für Deutschland gibt es dazu keine Zahlen. Da sie gynäkologische Praxen nicht

6 Papilloma-Virus, so genanntes Warzenvirus; es gibt sehr viele menschliche Virustypen (HPV), für einige davon wird ein Zusammenhang mit bestimmten Vorstufen von Krebs und bösartigen Tumoren beschrieben, der aber zurzeit noch nicht endgültig geklärt ist.

wegen Verhütung aufsuchen – bei den meisten heterosexuellen Frauen ein Anlass für Früherkennungsuntersuchungen – sind andere Wege der Motivation von Lesben hierfür notwendig.

Eine Kinderwunschbehandlung steht lesbischen Frauen in Deutschland nicht offen, da in den Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen explizit ausgeschlossen werden (Bundesärztekammer, 1998). Wenn Lesben eine künstliche Befruchtung anstreben, müssen sie Angebote im Ausland in Anspruch nehmen.⁷

Insgesamt ist festzustellen, dass die gesundheitlichen Belange von Lesben bisher nur punktuell erforscht sind und kaum Daten aus Deutschland oder gar NRW vorliegen.

4.8.4 Handlungsempfehlungen

In diesem Sinne fordert die Enquetekommission die *Landesregierung* auf sich auf *Bundesebene* dafür einzusetzen, dass

- gesetzliche Vorgaben im Sinne der Antidiskriminierung von Lesben vorgebracht werden,
- ein Diversity-Konzept entwickelt und in das politische Handeln implementiert wird, das als ein Kriterium die sexuelle Identität beinhaltet,
- in der Ausbildung der Gesundheitsberufe die Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Lebenslagen von Lesben erfolgt sowie entsprechendes Wissen und Fähigkeiten für deren gesundheitliche Versorgung erlangt werden und
- bei der Erstellung von Informationsbroschüren zur gesundheitlichen Aufklärung, insbesondere über Präventionsmaßnahmen, lesbische Lebensweise explizit angesprochen und einbezogen wird und ggf. spezielle Materialien für Lesben entwickelt werden.

Im Bereich *Empowerment und Partizipation*

- bei Planung und Durchführung der folgenden Aktivitäten Lesben einzubeziehen,
- auch auf Landesebene ein (ggf. noch zu entwickelndes) Diversity-Konzept in das politische Handeln zu implementieren, das das Kriterium sexuelle Identität beinhaltet, und
- die Existenz von Beratungseinrichtungen und kulturellen Treffpunkten von Lesben als einen wichtigen Beitrag zur Prävention gesundheitlicher Störungen (weiterhin) zu unterstützen.

Im Bereich *gesundheitliche Versorgung*

- bei der Durchführung von landesweiten Kampagnen zur Gesundheit die Anforderungen und Bedürfnisse von Lesben mit einzubeziehen und
- in bedarfsgerechtem Umfang Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien zur gesundheitlichen Versorgung von Lesben bereitzustellen.

Im Bereich *Forschung und Vernetzung*

- durch gezielte Forschungsförderung die Datenlage bezüglich der Gesundheit von Lesben zu verbessern.

7 www.lsvd.de

Die Enquetekommission empfiehlt den bestehenden *Einrichtungen der Regelversorgung*

- ihre Angebote und Dienste so zu gestalten, dass sie auch Lesben ansprechen und deren Bedürfnisse berücksichtigen und
- in ihren Einrichtungen Fort- und Weiterbildungsangebote für Behandelnde und Pflegenden anzubieten, um diese für die Bedürfnisse und Lebenslagen von Lesben zu sensibilisieren und sie in ihrem Verhalten gegenüber diesen Nutzerinnen und im Umgang mit deren Begleitpersonen/Lebenspartnerinnen zu schulen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Ärzte- und Psychotherapeutenkammern und Berufsverbänden*

- die Vermittlung von Bewusstsein und Wissen über die Bedürfnisse und Anforderungen von Lesben an die gesundheitliche Versorgung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen, TherapeutInnen und Arzthelferinnen zu verankern, insbesondere im Bereich der Psychotherapie, der (Alten-)Pflege, bezüglich Kinderwunsch und sexuell übertragbarer Infektionen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Behandelnden im Gesundheitswesen*

- sich mit lesbischen Lebensformen auseinanderzusetzen, um sensibel auf diese Patientinnen eingehen zu können,
- spezifische Kompetenzen und Wissen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung von Lesben (und ggf. deren Partnerinnen) zu erarbeiten (siehe z.B. das Training Package des Helen Mautner Project⁸) und
- sich mit Vorurteilen und Diskriminierungen gegenüber lesbischen Kolleginnen auseinanderzusetzen (siehe ein beispielgebendes Richtlinienpapier der britischen Gay and Lesbian Association of Doctors and Dentists (GLADD)⁹).

Die Enquetekommission empfiehlt den *Kostenträgern*

- bei der Entwicklung von Materialien, Informationen und Interventionen die Bedürfnisse von Lesben zu berücksichtigen und Lesben hierbei einzubeziehen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *AkteurInnen im Bereich Forschung*

- das Merkmal der sexuellen Identität im Bereich der epidemiologischen Forschung verstärkt einzubeziehen.

Die Enquetekommission fordert die *AkteurInnen der Gesundheitsberichterstattung* von Bund, Ländern und Gemeinden auf

- neben geschlechtsspezifischen auch Daten zur sexuellen Identität zu erheben und auszuweisen und
- die Indikatorensätze der Gesundheitsberichterstattung für NRW um den Aspekt der sexuellen Identität zu erweitern.

8 Mautner Project for Lesbians with Cancer, www.mautnerproject.org

9 Guidelines on Dignity at Work for Lesbian and Gay Doctors and Dentists www.gladd.diron.co.uk/homophobia.htm

4.8.5 Literatur

- Bauer, G., Seth, L. (2001): Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women, *American Journal of Public Health*, August 2001, Vol. 91, No 8: 1282-1286
- BMFSFJ (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin 2001
- Bundesärztekammer (1998): Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, *Deutsches Ärzteblatt*. 1998; 95, A 3166-3171 [Heft 49]
- Clark, M.E., Landers, S., Linde, R., Sperber, J. (2001): The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care. *American Journal of public Health* 2001, 91, 895-6
- Dennert, Gabi (2004): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung. Med. Diss. (im Promotionsverfahren) an der FAU Erlangen-Nürnberg, 2004
- Institute of Medicine (IOM) (1999): *Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future*. National Academy Press, Washington, D.C. 1999
- Landes-Gesundheitsamt Baden Württemberg (2003): „Gleichgeschlechtliche Orientierung“, auch unter www.landesgesundheitsamt.de
- MFJFG (1999): Gewalt gegen lesbische Frauen. Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Düsseldorf
- MFJFG (1999): Lesben – Schwule – Kinder. Eine Analyse zum Forschungsstand, Düsseldorf
- O'Hanlan, Katherine A., Dibble, Suzanne L., Hagnan, H. Jennifer J., Davids, Rachel (2004): Advocacy for Women's Health Should Include Lesbian Health; *Journal of Women's Health*, Vol. 13, Nr. 2, 2004
- Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V. (Hrsg.) (2003): *Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen*. Kiel, 2003
- Remafedi, G. (1999): Sexual orientation and youth suicide. *Journal of the American Medical Association* 1999, 282, 1291
- Scout, Bradford J., Fields, C. (2001): Removing the barriers: improving practitioners' skills in providing health care to lesbians and women who partner with women. *American Journal of Public Health* 2001, 91, 989
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001): *Frauengesundheitsbericht Bremen 2001*, Bremen August 2001
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Berlin (2001): *Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin*, 2001
- Seyler, Helga (2004): *Lesben, die unsichtbaren Patientinnen*, Referat vor der Enquetekommission am 10.2.2004, EKPr 13/86

Links

- www.gladd.org.uk – Gay and Lesbian Association of Doctors and Dentists, Großbritannien
- www.glma.org – Gay and Lesbian Medical Association, USA
- www.lesben-gegen-gewalt.de – Psychosoziale Beratung bei Gewalt in lesbischen Beziehungen
- www.lesbengesundheit.de – seit Februar 2004, Seite über Lesbengesundheitsforschung mit dem regionalen Schwerpunkt Deutschland
- www.lesbianhealthinfo.org – Lesbian Health Research Center, USA
- www.lsvd.de – Lesben- und Schwulenverband in Deutschland
- www.mautnerproject.org – Helen Mautner Project for Lesbians with Cancer, USA
- www.medigay.ch – Lesben und Schwule in der Medizin, Schweiz
- www.netzwerk-charlotte.de – Netzwerk lesbischer Ärztinnen und Medizinstudentinnen, Deutschland (Charlotte e.V.)
- www.stadt.gay-web.de/vlsp – Verein lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen e.V., Deutschland (VLSP)

4.9 Gesundheitliche Situation von Mädchen

4.9.1 Einleitung

Für die Enquetekommission stellte nicht nur Gender eine Leitkategorie dar, auch die verschiedenen Lebensphasen von Frauen strukturierten die Kommissionsarbeit. Kindheit und Pubertät sind wichtige Abschnitte im Lebenslauf. Gerade die Pubertät stellt für viele Mädchen eine Wende in Bezug auf Körpergefühl, Selbstbewusstsein und gesundheitliches Verhalten dar.

Die Phase der Pubertät ist für Mädchen ein sehr sensibler Zeitraum. Ihre Entwicklung verläuft bis zu dieser Zeit in der Regel stabiler und selbstbewusster als die gleichaltriger Jungen. Während der Pubertät ist dann oft ein gegenteiliger Prozess zu erkennen. Nun gehen Mädchen häufiger zum Arzt, klagen über Beschwerden und Unwohlsein und bekommen öfter eine medikamentöse Behandlung als die Jungen. Sie haben Schwierigkeiten, die Veränderungen ihres Körpers positiv in ihr Leben zu integrieren und können eigene Bedürfnisse nur schwer von denen ihrer Umgebung abgrenzen. Sie sehen sich häufig von allen Seiten mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert. Die Pubertät scheint für Mädchen ein besonders krisenhaftes Ereignis zu sein, dessen Auswirkungen ihre Entwicklung nachhaltig beeinflusst (Preiß, Schwarz und Wilser, 1996). Scheinbar kann die Tatsache, als Mädchen aufzuwachsen, zu massiver Anfälligkeit für psychische Störungen führen. So berichten WissenschaftlerInnen aus dem international angelegten WHO-Forschungsprojekt „Health Behavior in School-aged Children“ von erheblichen Unterschieden in der psychischen Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen. Sie stellten fest, dass im späten Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter bei Mädchen höhere Raten depressiver Störungen als bei Jungen gefunden werden (Hurrelmann et al., 2003).

Eine Chance für eine verbesserte zugehende Gesundheitsvorsorge für alle Mädchen sieht die Kommission im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1).¹ Bei dieser Untersuchung könnten Beratungen für Mädchen mit speziellen Problemlagen, wie sie in den folgenden Kapiteln beschrieben werden, durchgeführt werden.

Auch die systematische Nutzung der – möglichst geschlechtsdifferenziert erfassten – Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen für weiter gehende, gendersensible Analysen bietet eine Möglichkeit, die Basis für eine vorausschauende Gesundheitsförderung zu verbreitern. So können beispielsweise zur Adipositas aussagekräftige Informationen erhalten werden. In verschiedenen Bundesländern werden die Daten bereits entsprechend ausgewertet und bilden eine unerlässliche Grundlage für wichtige Erkenntnisse zur Gesundheit von Kindern.²⁺³ Eine

1 Hierbei handelt es sich um eine präventive Untersuchung, die im Anschluss an die Vorsorgeuntersuchungen U 1-9 durchgeführt wird. Alle Jugendlichen zwischen 13 und 15 Jahren haben Anspruch auf diese umfassende ärztliche Untersuchung. Hierbei soll neben der körperlichen auch die geistige und soziale Entwicklung kontrolliert werden. Durch Früherkennung sollen sowohl Krankheiten als auch psychosoziale Fehlentwicklungen verhindert werden.

2 In NRW wird vom LÖGD regelmäßig ein Jahresbericht herausgegeben (www.loegd.nrw.de).

3 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (erscheint Ende 2004): Übergewicht bei Schulanfängern in Niedersachsen – Eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993–2003

langjährig aufgebaute Datenbasis zur Ernährungssituation von Kindern bietet die Studie „DONALD“ des Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund (www.fke-do.de).

Aufgrund der fehlenden Daten für ältere Kinder und Jugendliche wird momentan unter Federführung des Robert-Koch-Institutes zusätzlich zum WHO-Jugendgesundheitsurvey eine groß angelegte „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ durchgeführt (www.kiggs.de). Für diesen Survey ist eine geschlechtsspezifische Auswertung vorgesehen, der Untersuchungsansatz ist allerdings nicht gendersensibel.

Das Thema Mädchengesundheit wurde in der Enquetekommission als Querschnittsthema in den verschiedenen Arbeitsgruppen behandelt. Das gilt besonders für die Themen der Kapitel 4.1, 4.4, 4.5, und 4.10. Im Folgenden wird der Bericht der Kommission um Aspekte der Mädchengesundheit ergänzt.

4.9.2 Essstörungen

4.9.2.1 Epidemiologie

Mädchen und junge Frauen sind die größte Risikopopulation für die Entwicklung einer Gruppe von Erkrankungen, die heute unter dem Begriff der „Essstörungen“ subsumiert werden: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas. Die Anorexia nervosa ist durch den überwertigen Wunsch nach extremem Schlanksein gekennzeichnet, der alle Gedanken und Handlungen dominiert. Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem für Alter und Körpergröße erwarteten und wird durch die Einschränkung der Nahrungszufuhr sowie durch übertriebene körperliche Aktivitäten und selbstinduziertes Abführen herbeigeführt bzw. weiter vermindert. Hauptkennzeichen der Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen, das Gewicht liegt häufig im Normalbereich. Adipositas bezeichnet einen massiven Überschuss von Körperfett. Bei Erwachsenen wird hierfür ein BMI-Wert⁴ von 30 als Grenzwert definiert; für Kinder und Jugendliche wurden auf Basis der Körpergewichtsdaten von jeweils mehr als 17.000 Jungen und Mädchen alters- und geschlechtsspezifische Perzentile⁵ berechnet. Diesen zu Folge wird bei Mädchen das Überschreiten des altersgemäßen Perzentils von 97 als Adipositas definiert (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

An Anorexia nervosa erkranken 0,5–1,0% der weiblichen Heranwachsenden. Haupterkrankungsalter ist die Pubertät, wobei in den letzten Jahren eine Verbreiterung der Altersspanne bei Erstmanifestation (8–24 Jahre) beobachtet wird; Erkrankungsgipfel liegen im 14. und 18. Lebensjahr. Seit die Erkrankung im ausgehenden 19. Jahrhundert (Gull, 1874; Lasègue, 1873) erstmalig beschrieben wurde, trat sie vor allem in oberen sozialen Schichten auf; dies hat sich weitgehend erhalten, wobei die betroffenen Familien durch eine ausgeprägte Leistungs- und Wertorientierung auffallen.

4 Der BMI = Body Mass Index ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) zu Körpergröße zum Quadrat (m²).

5 Perzentile bezieht sich auf Prozentangaben. Ein Perzentil von 97 bedeutet, dass 97% aller anderen Kinder unter diesem Gewicht bleiben (100% = alle Kinder).

Da die Bulimia nervosa erst ab etwa dem 20. Lebensjahr auftritt, spielt sie bei Mädchen als klinische Störung keine Rolle; inwieweit das Durchführen von Diäten oder häufiges Zuviel-Essen mit anschließendem Erbrechen als subklinische Vorformen einer sich später manifestierenden Bulimie gewertet werden sollten, ist bisher empirisch nicht zu beantworten (Buddeberg-Fischer, 2000; Franke, 2001).

Epidemiologisch und hinsichtlich der langfristigen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen ist die Adipositas die bedeutsamste Essstörung: Etwa 10% der Mädchen in der Bundesrepublik sind übergewichtig, wobei Mädchen die Gruppe mit den stärksten Zuwächsen in der Prävalenz⁶ sind.⁷ Untersuchungen an Schulkindern in Jena in den Jahren 1975, 1985 und 1995 ergaben Zuwächse sowohl der mittleren Körpergewichte als auch der Hautfalten und der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei beiden Geschlechtern, besonders gravierend jedoch bei den Mädchen: 1995 wurden beinahe doppelt so viele Mädchen (9,9%) als adipös eingestuft wie 1985 (5,3%) (Jaeger und Kromeyer-Hauschild, 1999; Kromeyer-Hauschild und Jaeger, 1998). Adipositas im Kindesalter geht in etwa einem Drittel aller Fälle in eine Adipositas im Erwachsenenalter über – dieser Anteil wird größer, je länger die kindliche Adipositas besteht (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; DHS, 2004). Die bei Erwachsenen ausgeprägte Koppelung von unterer sozialer Schicht und Adipositas⁸ gilt auch für männliche Kinder und Jugendliche, wohingegen niedriger sozialer Status der Eltern bei Mädchen eher mit Dünnsein korreliert ist (Haslbeck, 1998). Wann bei Mädchen der „Schalter umgelegt“ wird, ist nicht genau dokumentiert, bei 18–72-jährigen Frauen korrelieren eindeutig Adipositas und niedriger sozialer Status (Benecke und Vogel, 2003).

Die epidemiologischen Daten sind nicht nur unter somatischen, sondern auch unter psychologischen Aspekten relevant, zeigen doch mehrere internationale Untersuchungen, dass adipöse Mädchen über ein erheblich eingeschränkteres körperliches Selbstwertgefühl verfügen als schlanke Mädchen und solche mit nur leichtem Übergewicht (Israel und Ivanova, 2002; Stradmeijer et al., 2000). Familienpsychologische Untersuchungen zeigen, dass Eltern Adipositas bei ihren Töchtern negativer bewerten als bei Söhnen, und dass das Familienklima in Familien mit einer adipösen Tochter negativer ist als in Familien mit normalgewichtigen Töchtern (Haslbeck, 1998; Mendelson, White und Schliecker, 1995).

4.9.2.2 Gesellschaftliche Hintergründe

Angesichts des Überangebots an Nahrungsmitteln, den auf den Geschmack von Kindern und Jugendlichen zielenden Markt an Süßigkeiten, Soft Drinks und Junk Food einerseits und der enormen Bedeutung, die Schlanksein für Frauen in unserer Gesellschaft hat, andererseits, verwundert es nicht, dass Mädchen bereits im Grundschulalter mit Diäten beginnen und damit in den psychophysiologischen Teufelskreis von Diät, gestörter Körperwahrnehmung und Gewichtszunahme geraten (Buddeberg-Fischer, 2000; Franke, 1996). Essstörungen sind zum

6 Häufigkeit aller „Erkrankungen“ in einer Bevölkerung zum Zeitpunkt der Untersuchung. Stichworte: Lebenszeitprävalenz; 12-Wochen-Prävalenz etc.

7 Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern für mehrere europäische Länder und für die USA.

8 Adipositas tritt in unteren sozialen Schichten sechsmal häufiger auf als in der Oberschicht.

Teil die Folge falschen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, sie sind aber auch ein Lösungsversuch für die vielen Probleme und sich widersprechenden Lebensanforderungen, mit denen sich Mädchen konfrontiert sehen und für die ihnen Lösungen fehlen bzw. verwehrt sind. Essstörungen werden maßgeblich durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen mitverursacht, im individuellen Leben haben sie jeweils spezifische Funktionen. Es geht um Kontrollverlust, Aggression und Rebellion in jeweils eigenen Zusammenhängen. Der Körper wird zum Ort, an dem diese gerade in der Pubertät entstehenden Konflikte ausgetragen werden. Die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Sensibilisierung für die Zeitgebundenheit von Schlankkeitsidealen können einen gewissen Schutz bieten, ebenso wichtig ist eine angemessene Ernährungsberatung.

4.9.2.3 Versorgung

Der Ruf nach Prävention von Essstörungen wurde von zahlreichen Verbänden, Organisationen, Beratungsstellen, Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehört und es wurde eine nicht mehr überschaubare Zahl von Programmen und Broschüren aufgelegt. Schaut man sich jedoch die epidemiologische Entwicklung an, so muss eine nüchterne Analyse zu dem Schluss kommen, dass die bisherigen Versuche, Essstörungen vorzubeugen, recht erfolglos waren.

Hinsichtlich der Behandlung bereits erkrankter Mädchen muss ein Versorgungsmangel sowohl anorektischer als auch adipöser Mädchen festgestellt werden. Ein durchgehender Kritikpunkt ist, dass Präventionskonzepte oft am Essverhalten ansetzen. Ergebnis der Fachdiskussion ist jedoch, dass unspezifische, d.h. nicht spezifisch am Essen ansetzende Konzepte Erfolg versprechender sind (Noordenbos, 2002).

Die Landesregierung NRW hat zur Versorgung anorektischer Mädchen im Landessuchtprogramm, Teil 2 (2001) Stellung genommen, auf die Mängel in der Versorgung hingewiesen und Maßnahmen zur Änderung vorgeschlagen. Grundsätzlich sollte jedoch überprüft werden, ob die Behandlung anorektischer Mädchen im Rahmen des Suchtprogramms zu erfolgen hat: Anorexia nervosa ist ein psychosomatisches Krankheitsbild, das gerade bei jungen Mädchen nichts mit einer Suchterkrankung zu tun hat. Die in Deutschland hergestellte Verbindung zwischen Essstörungen und Suchterkrankungen ist ein internationales Kuriosum, das auf einem etymologischen⁹ Missverständnis beruht: Die im Deutschen oft analog verwendeten Begriffe für Anorexie und Adipositas: „Magersucht“ und „Fresssucht“, legen eine Verbindung zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten nahe, haben mit diesen jedoch so viel zu tun wie die Gelbsucht. Das mittelhochdeutsche „siech“, der Sammelbegriff für „krank“, hat hier seine Spuren hinterlassen; weltweit werden Essstörungen weder mit Suchterkrankungen in Verbindung gebracht noch findet die Behandlung essgestörter Menschen im Suchtversorgungssystem statt. Dass sich Institutionen der Suchtbehandlung in Deutschland für essgestörte Menschen geöffnet haben, liegt sicherlich auch an den erheblichen Versorgungsdefiziten im Bereich der psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im ambulanten und

9 Etymologie = Lehre von der Herkunft der Wörter

stationären Bereich sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung (Franke, 1995, Wiss. Kuratorium der DHS, 2004).

Unklar ist, warum im Landessuchtprogramm für anorektische Patientinnen eine Mortalitätsrate von 10% angegeben ist (Teil 2, S. 31): Weltweit ist in über der Hälfte der veröffentlichten Langzeitstudien die Mortalitätsrate 4% oder geringer (McKenna, 1991; Herzog, Keller und Lavori, 1988). Steinhausen (1999) nennt auf der Basis von 108 internationalen Katamnese Studien¹⁰ Mortalitätsraten zwischen 0 und 21% mit einem mittleren Wert von 5,5%. Bei einer Untersuchung der Studien fällt eine Häufung hoher Mortalitätsraten in einigen wenigen Institutionen auf, was die Frage nach iatrogenen¹¹ Schäden nahe legt (Franke, 2003). Sollte sich die Quote von 10% Gestorbenen bei den behandelten Patientinnen in NRW bestätigen, so wäre dies eine Quote, die deutlich über dem internationalen Standard liegt und auf unangemessene Versorgungskonzepte verweist.

Internationale Studien gehen von Heilungsquoten von 50% aus und weiteren 30% der Patientinnen, die sich erheblich verbessern; etwa 20% dieser Patientinnen werden ohne jede professionelle Hilfe gesund – entsprechende Zahlen für NRW liegen nicht vor.

Für die Behandlung adipöser Kinder erarbeitete eine Konsensgruppe innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) ein Rahmenkonzept, das die vier Behandlungsbereiche Medizin, Psychosoziales, Ernährung und Sport/körperliche Aktivität umfasst (Stachow et al., 2003). Dieses Konzept kann als der gelungene Versuch gewertet werden, die Adipositasbehandlung und -schulung auf einen national vergleichbaren Standard zu heben und multiprofessionell zu verankern. Leider muss jedoch festgestellt werden, dass es gänzlich geschlechterinsensibel ist und dass die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse von Mädchen vollständig ignoriert werden. Auch die flankierenden Elternschulungen adipöser Kinder (Petermann und Häring, 2003) berücksichtigen das Geschlecht der Kinder in keiner Weise.

4.9.3 Mädchen mit Migrationshintergrund

Einleitend muss betont werden, wie defizitär die Forschungslage zu jungen Migrantinnen (siehe auch Kapitel 4.10) ist. Weder über die Ressourcen, noch über die spezifischen Gesundheitslagen, noch über die Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen gibt es aussagekräftige, geschlechtsspezifische Daten.

Unbestritten ist, dass Mädchen nichtdeutscher Herkunft häufiger aus Familien ärmerer sozialer Schichten kommen und dass sie stärker an Haus- und Familienarbeit beteiligt werden als ihre deutschen Altersgenossinnen. Alle darüber hinaus gehenden Einschätzungen sind höchst umstritten. Schon allein die Frage nach Integration ist problematisch. Für einige Initiativen ist die Integration ein zentrales Ziel ihrer Arbeit, während andere WissenschaftlerInnen gerade den Rückzug in die jeweilige ethnische Gruppe als eine Ressource von Migrantin-

10 Katamnese = Überprüfung der Therapieeffekte nach einem längeren Zeitraum

11 Iatrogen = durch ärztliche Einwirkung entstanden

nen sehen und als erstrebenswertes Ziel die Fähigkeit beschreiben, in beiden Kulturen leben zu können und ihre jeweiligen Normen sinngemäß und zweckmäßig anwenden zu können.¹²

Gerade für junge Migrantinnen kann auch nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass ihre Gesundheit unter der Migrationssituation leidet. Bei einer Auswertung von Schuleingangsstudien zeigte sich sogar, dass die Bewertung deutscher Kinder relativ gesehen zu den Kindern von ZuwandererInnen eher schlechter war. Nur der Anteil an Übergewichtigen liegt bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund über dem bei deutschen Kindern.¹³

Junge Arbeitsmigrantinnen¹⁴ und Aussiedlerinnen (17–29 Jahre) fühlen sich sogar gesünder als die deutsche Vergleichsgruppe (Weilandt, Rommel und Raven, 2003). Eine dort zitierte aktuelle Studie geht davon aus, dass die Sicht auf junge Migrantinnen als einer spezifischen Risikogruppe für psychologisch-psychiatrische Erkrankungen einer grundlegenden Revision bedarf: „Eine alle Kapitel durchdringende Erkenntnis aus der vorliegenden Studie ist das Ausmaß an positiven Bewältigungsstrategien, psychischer Widerstandsfähigkeit und seelischer Gesundheit, das in den untersuchten Familien trotz deren unterschichtlastiger Selektion und trotz teilweise erheblicher sozialer Probleme zu finden war.“ (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die Defizite bei der Versorgung von MigrantInnen liegen vor allem im Bereich der Inanspruchnahme.¹⁵ Mit Ausnahme von Arztbesuchen durch junge Migrantinnen – die Anzahl ist genauso hoch wie in der deutschen Bevölkerung¹⁶ – ist die mangelnde Inanspruchnahme vor allem im Bereich der Prävention ein Hauptproblem der Mädchen aus Zuwandererfamilien. Es fehlt an muttersprachlichen Angeboten und an Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem. Die mangelnde Inanspruchnahme fängt bei den Impfungen an, lässt sich über die zahnärztliche Versorgung weiterführen und gilt ebenso für Rehabilitationsmaßnahmen aller Art und für die Schwangerschaftsvorsorge. Dabei ist für die jungen Migrantinnen relevant, dass in dieser Gruppe viel häufiger Schwangerschaften bei sehr jungen Mädchen vorkommen als bei deutschen Altersgenossinnen. Gerade bei Mädchen, deren Herkunftsfamilien aus dem muslimischen Kulturkreis stammen, wie etwa der Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika, sind 11% der Schwangeren zwischen 15 und 20 Jahre alt (2.093), während in der deutschen Vergleichsgruppe nur etwa 3,3% (4.700) der Schwangeren in diesem Alter sind.¹⁷ Der Großteil der deutschen Schwangeren nimmt 11–15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, während die meisten Schwangeren nichtdeutscher Herkunft nur 6–10 Untersuchungen in Anspruch nehmen. Insofern ist für diese Gruppe auch die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in Bezug

12 Diesen Ansatz vertreten vor allem die AutorInnen des Berichtes über die Lebenslage junger Migrantinnen des NRW-Jugendministeriums, die die Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW darstellt. Vgl. hier besonders S. 64ff.

13 Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

14 Darunter werden Frauen und Mädchen aus Arbeitsmigrationsfamilien verstanden.

15 Vgl. allgemein zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von MigrantInnen den NRW-Gesundheitsbericht, 2000, Zuwanderer, der allerdings nur an wenigen Stellen nach Geschlecht unterscheidet, S. 93f.

16 Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

17 „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“; NRW-Gesundheitsbericht, 2000

auf ihren Gesundheitszustand möglicherweise sehr relevant. Auch hier zeigen sich mangelnde Aufklärung, kulturelle Gewohnheiten und möglicherweise fehlendes Wissen über und Vertrauen in die hiesige Gesundheitsversorgung.

In Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen leiden Mädchen mit Migrationshintergrund vermutlich nicht häufiger an psychologisch-psychiatrischen Erkrankungen als deutsche Mädchen, suchen jedoch deutlich seltener Beratungsstellen auf oder nehmen fachärztliche Hilfe in Anspruch.¹⁸ Diese mangelnde Inanspruchnahme ist auf fehlende muttersprachliche Angebote bzw. fehlende TherapeutInnen mit einem vergleichbaren kulturellen Hintergrund zurückzuführen (siehe Kapitel 4.10 sowie Weilandt, Rommel und Raven, 2003). Für Mädchen mit Migrationshintergrund kommt ein weiteres Defizit im Bereich der Jugendarbeit hinzu. Hier sind Mädchen und vor allem Mädchen nichtdeutscher Herkunft deutlich unterrepräsentiert (Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung, 2000). Durch eine Untersuchung der pädagogischen Arbeit mit Mädchen, die aus verschiedenen Gründen im Heim untergebracht wurden, ist festgestellt worden, dass die PädagogInnen oft nicht ausreichend auf die Arbeit mit Mädchen mit Migrationshintergrund vorbereitet sind. Sie reproduzieren eigene kulturelle Deutungsmuster und verfügen häufig nicht über notwendige konzeptionelle Grundlagen für die Arbeit mit jungen Migrantinnen (Expertise zum 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung, 2000).

Im Hinblick auf Suchtgefahren aller Art waren Mädchen mit Migrationshintergrund bisher eine relativ geschützte Gruppe. Leider ändert sich diese Lage aktuell und die Raten für Suchterkrankungen steigen auch bei jungen MigrantInnen deutlich an (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

4.9.4 Drogen- und Arzneimittelkonsum

Bis in die 90er-Jahre waren Jungen auf dem Gebiet des Drogenkonsums generell mehr gefährdet als Mädchen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich aber für alle Drogen in Richtung Gleichverteilung entwickelt (Kraus et al., 2003).

Illegale „harte“ Drogen, Pilze, Schnüffelstoffe und Cannabis

Gemessen an den Zahlen, fällt der Konsum und Missbrauch illegaler Drogen (mit Ausnahme von Cannabis) weniger ins Gewicht. Weniger als 5% der Jugendlichen haben im Laufe ihres Lebens mindestens einmal illegale „harte“ Drogen¹⁹ konsumiert. Üblicher ist der Gebrauch von Pilzen (Jungen 6,4%, Mädchen 3,5%) und Schnüffelstoffen (Jungen und Mädchen jeweils 11,3%, ebenfalls bezogen auf die Lebenszeitprävalenz). Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei den harten Drogen kaum noch.

18 Die Datenlage ist hier allerdings völlig unzureichend und sehr umstritten. Vgl. dazu Weilandt, Rommel und Raven, 2003, S. 69ff.

19 Als „harte“ Drogen werden traditionell Drogen wie Kokain und Heroin, teilweise auch Alkohol, bezeichnet. Sie haben in der Regel ein hohes Suchtpotenzial.

Relativ viele Jugendliche (31%) gaben an, im Laufe des Lebens Cannabis konsumiert zu haben. 10% gelten als DauerkonsumentInnen. Dabei ist der Verbrauch bei den Jungen höher als bei den Mädchen (Kraus et al., 2003; WHO-Jugendgesundheitssurvey, 2003).

Ecstasy

Auch hier hat der Unterschied zwischen den Geschlechtern abgenommen. So gibt es insgesamt mehr Mädchen (4,6%) als Jungen (4,1%), die im Laufe ihres Lebens wenigstens einmal Ecstasy nehmen. Die Mädchen unterscheiden sich von den Ecstasy konsumierenden Jungen dadurch, dass sie insgesamt weniger der Substanz verbrauchen. Inzwischen sind die Unterschiede in den Regionen und zwischen den sozialen Gruppen größer als die unter den Geschlechtern (Kraus et al., 2003).

Nikotin und Alkoholkonsum

Schon 13% der unter 16-Jährigen trinkt regelmäßig Alkohol und/oder raucht Tabak.²⁰ Mädchen trinken weniger Alkohol als gleichaltrige Jungen, ihr Konsumverhalten gleicht sich dem der Jungen aber an. Dagegen sind Mädchen beim Tabakrauch führend (WHO-Jugendgesundheitssurvey, 2003).

Zu beachten ist, dass der Konsum der unterschiedlichen Drogen nicht mit Missbrauch und Abhängigkeit gleichgesetzt werden kann. Zum Präventionsbereich gibt es sowohl bezogen auf die unterschiedlichen Substanzen als auch zur Prävention im Sinne von Empowerment viele Programme.²¹ Diese haben aber in der Regel keinen geschlechtsspezifischen Ansatz. In den folgenden Kapiteln wird auf die von jungen Mädchen häufig konsumierten Drogen detaillierter eingegangen.

4.9.5 Die Zigarette, eine schlechte Gefährtin

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland eine traurige Spitzenposition mit den RaucherInnenquoten bei Kindern und Jugendlichen ein. Untersuchungen zum Rauchverhalten bei Jugendlichen ergeben leicht unterschiedliche Zahlen für das Einstiegsalter (etwa 12 Jahre) in den Zigarettenkonsum. Festzustellen ist, dass NRW die höchste Quote an heranwachsenden RaucherInnen hat und grundsätzlich mehr Mädchen als Jungen rauchen.²² Die neuesten Zah-

20 Zielgruppe der zugrunde liegenden Befragung waren Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen; insgesamt wurden in allen beteiligten Bundesländern 23.111 SchülerInnen befragt (Hurrelmann et al. WHO-Jugendgesundheitssurvey, S. 3).

21 Eine Übersicht ist im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Kapitel 1 „Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ zu finden (www.drogenbeauftragte.de).

22 Siehe z.B.: Soziale Lage und Gesundheit. Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31.8.2001, Hg. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2001, S. 37; Tabakprävention und Tabakkontrolle, Rote Reihe, Sonderband „Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland“, Hg. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Heidelberg 2002, S. 9; Legato, Marianne, Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin, Köln 2002, S. 164 f.

len des WHO-Surveys für 2004 sprechen von 27% täglichen Raucherinnen bei den 15-jährigen Mädchen und von 25% bei den Jungen²³. Eine regionale Studie in Schulen des Saarlandes zeigt Unterschiede des Rauchverhaltens je nach Schultyp (MFAGS, 2002). Demnach rauchen Mädchen und Jungen der 8. Klassen in Gymnasien am wenigsten und in Gesamtschulen am meisten. Der überproportionale Anstieg des Rauchens bei Mädchen im Gegensatz zu Jungen ist eine Herausforderung, den geschlechtsspezifischen Aspekt in der schulischen Suchtprävention deutlich zu verstärken. In bestehenden Präventionsprogrammen ist dieser Ansatz zu erweitern.

Gesundheitliche Risiken

Die gravierenden körperlichen Folgeschäden des Tabakrauchens sind inzwischen breit diskutiert. Spezifische biologische Voraussetzungen führen dazu, dass rauchende Frauen und Mädchen eine besondere Risikopopulation darstellen – um so mehr, je früher der Einstieg in den Zigarettenkonsum erfolgt. Zu den tabakassozierten Erkrankungen von Raucherinnen gehören neben kardiovaskulären Komplikationen²⁴ und Karzinomen (etwa Lungen- und Rachenkrebs) auch negative Auswirkungen auf die Reproduktionsfähigkeit. Dazu zählen eine niedrigere Fertilitätsrate, das vorzeitige Eintreten der Menopause, eine erhöhte Osteoporosegefahr und Hormonmangelerkrankungen (Ortner et al., o.J.). Da die Mehrzahl der rauchenden Frauen im gebärfähigen Alter ist, sind auch die Auswirkungen auf die Schwangerschaft und das Neugeborene zu nennen. Für Neugeborene kann es zu einem verringerten Geburtsgewicht, einer geringeren Gewichtszunahme, einem grundsätzlich vermehrten Risiko, zu erkranken sowie einer insgesamt erhöhten Sterblichkeit kommen (www.uni-koeln.de/uni/rauchfrei/rauchfrei_medinfo.html).

Suchterkrankung

Gegenüber den körperlichen Folgeschäden hingegen wird die suchterzeugende Wirkung und das Abhängigkeitspotenzial des Nikotins immer noch verharmlost und verleugnet. Rauchen ist eine sowohl gesellschaftlich wie auch im medizinischen Alltag unterschätzte Sucht. Dies hat ebenso Auswirkungen auf das Gelingen von Präventions-/Ausstiegsprogrammen und Therapien wie deren bisher geringe geschlechtsspezifische Aufbereitung. Während für andere Abhängigkeiten von so genannten Alltagsdrogen wie Alkohol und Arzneimittel spezifische stationäre Einrichtungen für Entzug bzw. Entgiftung und Entwöhnung existieren, gab es derartige Angebote für RaucherInnen als eigenständige Maßnahme zumindest bis 2000 nicht (Döll et al., 2000).

Nikotin hat eine mit anderen Rauschmitteln wie Amphetaminen, Kokain oder Morphin vergleichbare suchterzeugende Wirkung, die sowohl zu körperlicher wie auch psychischer Abhängigkeit führt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Abhängigkeit von Nikotin im Vergleich

23 Süddeutsche Zeitung, 4.6.2004

24 Das ist insofern besonders risikoreich, da mit zunehmendem Alter die Kombination Antibabypille und Tabakkonsum im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer gefährlicher wird (Härtel, 2002, S. 44 f.). Über diese Gefahren gibt es gerade bei den jungen Mädchen noch viel zu wenig Aufklärung.

zu Kokain, Amphetaminen und Heroin die schlechteste Prognose hinsichtlich der Langzeitabstinenz hat (Ortner et al., o.J.). Die hohe Suchtgefahr erklärt sich durch die unmittelbar einsetzende Wirkung des Nikotins, das bereits wenige Sekunden nach der Inhalation angenehme psychotrope Effekte entfaltet, die durch klassische Konditionierungsprozesse im Verlauf des Konsums an bestimmte Situationen, Tätigkeiten und Schlüsselreize gekoppelt werden (DHS, o.J.). Weniger als 5% der RaucherInnen schaffen es aus eigener Kraft, länger als zwölf Monate abstinent zu bleiben. Meist sind fünf bis sieben Versuche notwendig, um den endgültigen Ausstieg zu schaffen (Ortner et al., o.J.).

Männer und Frauen rauchen anders

Mädchen/Frauen und Jungen/Männer unterscheiden sich in verschiedenen Variablen in der Suchterkrankung, so in der Häufigkeit, im Erkrankungsalter, in der Komorbidität²⁵, im Konsummuster, im Metabolismus²⁶, bei den Folgeschäden und auch im Abstinenzverhalten. Das gilt auch für die Nikotinsucht.

Rauchen hemmt z.B. den Appetit und fördert die Kalorienverwertung im Organismus. Auch wenn dieses Motiv nicht beim Einstieg im Sinne eines bewussten „Wirkungsrauchens“ im Mittelpunkt steht, dürfte es bei Mädchen recht rasch über die gemachten positiven Erfahrungen aufrechterhaltend wirken und für die Verfestigung neben dem hohen Suchtpotenzial von Nikotin und den positiven Funktionen im Kontakt mit Gleichaltrigen verhaltenswirksam sein (Zimdars, 2002). Gewichtszunahme bei Nikotinentzug in der Entwöhnung führt häufig zu Rückfällen und/oder einem Abbruch der Rauchentwöhnung – ein Grund unter anderen, warum herkömmliche Nikotinentwöhnungsprogramme bei Frauen häufiger versagen als bei Männern.

Eine Nikotinentwöhnung ist für Frauen schwieriger als für Männer, obwohl sie in der Regel höher motiviert sind. Frauen und Mädchen sind weniger vom Nikotin als Substanz abhängig, als vielmehr von psychosozialen Faktoren. Frauen werden meist in emotional negativ besetzten Situationen wie Stress, Konflikten etc. rückfällig. Ein Rückfall tritt bei Männern häufig in positiven Situationen („social events“) auf (Ortner et al., o.J.). Trotz des Wissens um die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums rauchen Frauen weiter, wenn sie sich im Alltag überfordert fühlen, wenig gesellschaftliche Anerkennung finden, mit Stress, Ängsten und Frustrationen in Ermangelung adäquater Bewältigungsstrategien nicht anders umgehen können.

Therapie und Forschungsbedarf

Die Standardtherapie bei der Rauchentwöhnung – insbesondere bei mäßig bis schwer nikotinabhängigen Raucherinnen ist die Nikotinersatztherapie (Nikotinpflaster, -kaugummi, -spray oder -inhalator), die zur Entkoppelung von Suchtmechanismus und -verlangen führt. Frauen reagieren besser auf Nikotinpflaster, Männer eher auf Nikotinkaugummi (Ortner et al., o.J.). Wesentlich im Einsatz von Nikotinersatzstoffen scheint das Wissen um unterschiedliche Metabolisierungsgeschwindigkeiten von Arzneimitteln bei Frauen und Männern (vergleiche Ka-

25 Komorbidität = Vorkommen von weiteren, unterscheidbaren Erkrankungen

26 Metabolismus =Allgemein der Stoffwechsel, hier das Umsetzen des Nikotins im Körper

pitel 4.1). Nikotin wird von Frauen rascher verstoffwechselt als von Männern. Allerdings gibt es keine Erkenntnisse über die geschlechtsspezifische Wirkungsweise von Nikotinersatzstoffen.

Auch eine verhaltenstherapeutische Maßnahme ist bei der Entwöhnung angezeigt, idealer Weise als Gruppentherapie, die psychosoziale Aspekte der Abhängigkeitsstrukturen von Frauen in den Mittelpunkt stellt. Das Problem einer Gewichtszunahme in der Nikotinentwöhnung sollte hier begleitet werden.

Insgesamt besteht dringender Nachholbedarf in der Forschungstätigkeit, was die geschlechtsspezifischen Merkmale und auch die geschlechtstypischen Unterschiede im Einstiegs- und Suchtverhalten aber auch in den Therapieerfolgen anbelangt.

Prävention

Leider werden Mädchen und Frauen von vielen existierenden Präventionsmaßnahmen nicht erreicht. Es fehlt an niedrig schwelligen Angeboten, die auf Mädchen zugeschnitten sind und sich insbesondere auf die Vorteile des Nichtrauchens stützen. Darüber hinaus benötigen Mädchen positive Identifikationsmodelle in den Medien und in der Werbung, die einen Zusammenhang von Nichtrauchen mit Gesundheit und Wohlfühlen herstellen.

Rauchen sollte zukünftig weniger als gesellschaftlich tolerierte „schlechte Angewohnheit“ dargestellt werden. Nötig ist es, die große Gefahr der Abhängigkeit herauszustellen, die auf einem vergleichbar mit Alkohol und Cannabis höheren Suchtpotenzial des Nikotins beruht.

4.9.6 Mädchen und Alkohol: neuere Entwicklungen

Mädchen trinken in der Regel weniger Alkohol als Jungen. Mit den seit einigen Jahren beliebter werdenden „Alkopops“, hat sich dies geändert. In der Altersklasse der 14–29-Jährigen hat sich der Konsum zwischen 1998 und 2003 versechsfacht. Mädchen konsumieren geringfügig mehr Alkopops als Jungen (50% zu 48%, bezogen auf den Konsum in den letzten 30 Tagen; BZgA, 2004). Das bedeutet, dass hier der Anteil der konsumierenden Mädchen im Vergleich zu herkömmlichen Alkoholika erheblich angestiegen ist. Hinzu kommt, dass der süße Geschmack den Alkohol überdeckt und die Hemmschwelle erniedrigt. Unbemerkt können so große, unverträgliche Mengen von Alkohol konsumiert werden. Bei Mädchen wirkt sich der Alkohol aufgrund einer biologisch begründeten niedrigeren Toleranz stärker aus als bei gleichaltrigen Jungen. Die Abbaurate ist im direkten Vergleich etwa 20% verlangsamt.²⁷

Nach einer Befragung der BZgA hatten 52% der 16–17-Jährigen in den letzten vier Wochen Alkopops gekauft, obwohl diese erst an 18-jährige Erwachsene abgegeben werden dürfen. Das bedeutet, dass erheblicher Handlungsbedarf bei der Überwachung der Jugendschutzbestimmungen besteht. Gerade beim Handel via Internet kann eine mangelnde Kontrolle von Seiten der VerkäuferInnen vermutet werden (BZgA, 2004).

27 BT-Drucksache 15/2587, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums

„In zunehmendem Ausmaß werden Mädchen und junge Frauen stationär aufgrund einer Alkoholintoxikation²⁸ behandelt. Im Jahr 2002 befinden sich unter den 452 behandelten stationären Fällen (Basis 17 Kliniken) 225 Mädchen und junge Frauen (Anteil ca. 50%)". Dies stellt die wissenschaftliche Begleituntersuchung des Modellprojektes „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen" fest (Prognos, 2004). Auftraggeberin für die bundesweite Datenerhebung war das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die auch hier festzustellende Angleichung der Geschlechter macht den Handlungsbedarf für einen erweiterten und „gegenderten" Ansatz in den drei Ebenen der Prävention (siehe Kapitel 1.4.4) deutlich.

4.9.7 Arzneimittel

Ein weiterer Bereich für ein Mädchenspezifisch problematisches Konsumverhalten ist die Arzneimittelleinnahme. Sie wird scheinbar mit Einsetzen der Regelblutung bei vielen Mädchen zur weitgehend unhinterfragten Routine. Dabei spielt das häusliche Umfeld hier eine besonders wichtige Rolle. Anders ausgedrückt: der Arzneimittelkonsum der Eltern, insbesondere der Mutter wird von den Mädchen übernommen. Dabei ist zu beobachten, dass Mädchen bis zum Alter von etwa zwölf Jahren gleichviel oder sogar weniger Arzneimittel einnehmen als gleichaltrige Jungen. Danach ist ein deutlicher Anstieg der Arzneimittelleinnahme bei den Mädchen zu beobachten, wenngleich die Höhe der Differenz zu den Jungen in der Forschung umstritten ist (Preiß, Schwarz, und Wilser, 1996).

4.9.8 Mädchen und Sport

Sportliche Betätigung gehört zur selbstverständlichen Alltagsgestaltung für Kinder und Jugendliche (Kurz, Sack und Brinkhoff, 1996). Dabei wird der Sport in der Schule, im Verein oder in der freien Jugendarbeit betrieben. Die heutige Mädchengeneration ist die sportlichste aller Zeiten, auch hat sich das Spektrum der Sportarten für Mädchen verbreitert (Rose, 2001).

Mädchen verlassen häufiger als Jungen einen Sportverein. Begründungen sind Desinteresse, Langeweile und Zeitmangel. Der Wunsch nach Partizipation hat bei Mädchen einen höheren Stellenwert als bei Jungen (Gieß-Stüber, 2000). Zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr verzeichnet der Vereinssport einen Bruch in der Vereinskarriere bei Mädchen, der sich in den letzten zehn Jahren vergrößert hat (Lorenz, 2001). Häufig scheidet das sportliche Engagement von Mädchen an der Gestaltung der Angebotsstruktur. Mädchen aus Sonder- und Hauptschulen sind im organisierten Sport kaum vertreten. Zudem liegt der Frauenanteil in der Trainerschaft in vielen Sportarten deutlich unter der 10%-Grenze (Gieß-Stüber, 2000, S. 7).

Auch für den regelmäßigen Sportunterricht in Schulen finden sich bei den Mädchen vermehrt Probleme. In einer Fragebogenuntersuchung an Hauptschulen, äußerten 60–80% der Mädchen, dass das Sportangebot sich ausschließlich nach den Bedürfnissen der Jungen richte, sie sich im koedukativen Unterricht von den Jungen beobachtet fühlten und dadurch gehemmt seien. Auch waren abfällige Bemerkungen an der Tagesordnung (Wehner, 2001). Nur

28 Alkoholintoxikation = Alkoholvergiftung

30% der Schülerinnen aus den 7. Klassen gaben an, gerne gemeinsam mit den Jungen am Sportunterricht teil zu nehmen. 50–65% aller Schülerinnen duschen oder waschen sich nicht nach dem Sportunterricht. Als Gründe wurden genannt: fehlende Zeit (20 Minuten für Duschen und Schminken würden die Mädchen nach eigenen Angaben benötigen) sowie mangelhafte Dusch- oder Waschmöglichkeiten (Wehner, 2003). In den Familien hat laut dieser Untersuchung Sport eine geringe bis gar keine Bedeutung.

1998 wurde eine Pilotstudie zum Thema „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Sport“ in NRW vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit veröffentlicht (Klein und Palzkill, 1998). Ziel der Studie war es, die Bandbreite der Problematik aufzuzeigen und das Thema in der Öffentlichkeit, vor allem aber auch in der Sportwelt zu enttabuisieren. Eine Untersuchung der Bereiche Schulsport, Leistungssport, Sportschulen und -vereine zeigte im Ergebnis, dass hier überall Gewalt gegen Frauen und Mädchen existiert. Sie äußert sich in der Spannbreite von verbalen Abwertungen über unerwünschte körperliche Berührungen bis zu direkten körperlichen Übergriffen und sexueller Gewalt. Im Schulsport geht Gewalt gegen Mädchen sowohl von Mitschülern als auch von Lehrern aus. In Sportschulen reichen die Belästigungen von Frauen verachtenden Bemerkungen bis hin zur offenen Androhung von Gewalt. Im Leistungssport verschärft sich unter Umständen die Problematik noch durch das eindeutige Machtgefälle zwischen Trainer und Sportlerin. Und im Spitzensport wird darüber hinaus der menschliche Körper mit seinen natürlichen Grenzen oft über das zuträgliche Maß hinaus ausgebeutet. Mädchen können in der Folge mit Essstörungen oder auch Ausbleiben der Menarche darauf reagieren. In der Folge der Studienergebnisse hat der Landessportbund eine Reihe von Maßnahmen entwickelt und durchgeführt, um diesen Problemen zu begegnen.

Konsequenzen

Gieß-Stüber (2000) rät Sportvereinen, eine Analyse der Ursachen für die geringe Teilhabe von Mädchen und Frauen durchzuführen und „ein Klima gleichberechtigter Anerkennung und sozialer Wertschätzung der Leistungen von Mädchen und Frauen verbunden mit dem Abbau von Geschlechterhierarchien zu schaffen“. „Trainerinnen und Trainer müssen sensibilisiert und ausgebildet werden im Hinblick auf geschlechtsbezogene Aspekte des Trainings.“ Ein Gleichstellungsplan sollte für die gesamte Organisation entwickelt werden.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen zudem: Um sozial benachteiligte Mädchen zu motivieren, müssen schnelle Erfolgserlebnisse möglich und Bewegungsangebote sehr vielseitig gestaltet sein. Die Lust, über einen längeren Zeitraum zu trainieren, ist aufzubauen.

Um generell weibliche Jugendliche zu erreichen, muss Partizipation ermöglicht werden, z.B. auch die Übernahme von Übungseinheiten durch die Mädchen selbst.

Für die Schule ist zu fordern: zumindest zeitweise Aufhebung der Koedukation ab der 7. Jahrgangsstufe, Erweiterung des Angebotes speziell für Mädchen durch die Bildung spezifischer Neigungsgruppen im regulären Unterricht oder durch Wahlpflichtkurse für Mädchen sowie den Einsatz von Sportlehrerinnen an jeder Schule (Wehner, 2001).

Zum Problem der sexualisierten Gewalt gegen Mädchen im Sport kann generell gesagt werden, dass Eltern, LehrerInnen und TrainerInnen diejenigen sind, die von Mädchen ins Vertrauen gezogen werden. Darauf müssen alle vorbereitet sein. Sensibilisierung in Form von Fortbildungen

schafft Bewusstsein und macht das Sprechen und Benennen des Themas sexuelle Gewalt zur Selbstverständlichkeit. Nur so können Übergriffe im Sport wirksam bekämpft werden.

4.9.9 Modelle guter Praxis

MädchenGesundheitsLaden in Stuttgart

Eine der ganz wenigen Einrichtungen, die sich ausdrücklich mit der Gesundheit von Mädchen beschäftigt, ist der MädchenGesundheitsLaden (www.maedchengesundheitsladen.de) in Stuttgart. Er wurde 1991 als Modellprojekt der Kommission Frauenforschung im Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst des Landes Baden-Württemberg eingerichtet. Die Mitarbeiterinnen richten in der Arbeit mit der zentralen Frage: „Was erhält Mädchen und junge Frauen gesund?“ den Blick vor allem auf die Pubertät mit ihren Umbrüchen und deren Bedeutung für Mädchen. Das Ziel ist, Mädchen und ihre Themen in diesem Aushandlungsprozess sichtbar zu machen und sie darin zu unterstützen, Zugänge zu sich und zu ihrem Körper zu finden (Empowerment).

Die Mitarbeiterinnen versuchen, die spezifische Sinnhaftigkeit des (jugendlichen) Verhaltens zu verstehen. Durch diese positive Herangehensweise soll der Selbstschutz durch Förderung des Eigen-Sinns und der Lebenslust aktiviert werden. Der MädchenGesundheitsLaden bietet sowohl individuelle (psychosoziale) Beratung als auch ein offenes Programm mit Gruppenveranstaltungen an. Die Themenschwerpunkte liegen im Bereich Essstörungen, Sexualität, Verhütung und Menstruation, Solidarität unter Mädchen, Freundschaft und Beziehungen, Konflikt- und Problemlösung und Umgang mit Aggression. Dazu kommen dann noch Elternabende, Vorträge und Seminare, die auch im Umland durchgeführt werden (Preiß, Schwarz und Wilser, 1996).²⁹

Anti-Rauch-Kampagnen

Die große Zahl rauchender Mädchen, die in aktuellen Veröffentlichungen betont wird, veranlassten die Duisburger Frauenbeauftragte speziell zum Thema „Mädchen und Rauchen“ Initiativen zu entwickeln. Für die Zielgruppe Mädchen wurde die Durchführung einer mädchen-spezifischen Anti-Tabak-Kampagne an Duisburger Schulen empfohlen. Nach Rückkopplung mit der Fachberaterin Gleichstellung bei der Bezirksregierung Düsseldorf bereitete die Duisburger Frauenbeauftragte das Thema auf, um es im Oktober 2003 in Fortbildungsveranstaltungen für Gleichstellungsmoderatorinnen aller Schulformen des Regierungsbezirks Düsseldorf einzubringen. Ziele waren dabei:

- Vermittlung von Information über frauengeschichtliche Aspekte des Rauchens sowie über mädchen- und frauenspezifische Ursachen und Folgen des Rauchens,

²⁹ Siehe auch die Homepage www.maedchengesundheitsladen.de

- Erörterung unterschiedlicher Möglichkeiten der Implementierung des Themenkomplexes in den schulischen Unterricht bezogen auf alle Schulformen, unterschiedliche Fächer und unterschiedliche methodisch-didaktische Ansätze³⁰.

Zur Unterstützung der Lehrerinnen hatte die Duisburger Frauenbeauftragte unterschiedliche Materialien zusammengestellt sowie Informationsblätter unter den Stichworten „Tabakkonsum bei Mädchen. Wichtige Daten, Fakten und Quellen für Schulen“ und „Diese Fakten sollte jedes junge Mädchen kennen“ erarbeitet.

Mädchenhaus Köln e.V.

Über das engere Thema Gesundheit hinaus arbeiten in NRW inzwischen einige Mädchenhäuser und Mädchentreffs, die ebenfalls gesund erhaltende Angebote bereithalten. Ursprünglich gingen diese Initiativen von der Beobachtung aus, dass Mädchen in der herkömmlichen Jugendarbeit deutlich weniger berücksichtigt und unterrepräsentiert sind und dass sie eigene Räume brauchen.

Ein Beispiel ist das Mädchenhaus in Köln. Es geht auf eine feministische Initiative zurück. 1991 wurde aus dieser Initiative ein gemeinnütziger Verein, der aus städtischen Mitteln und seit 1994 auch aus Landesmitteln bezuschusst wird. Ein Teil der Betriebskosten muss aus Spenden und anderen Beiträgen vom Mädchenhaus selbst aufgebracht werden.

Die Mitarbeiterinnen des Mädchenhauses zielen darauf, die Ressourcen der Mädchen zu stärken. Ihr Konzept sieht eine ganzheitliche Betrachtung vor, sie nehmen Partei für Mädchen und wollen ihnen Räume schaffen, in denen sie sich frei entwickeln und ihre Probleme ansprechen können.

Ein wesentlicher Teil ihrer Arbeit bezieht sich auf die Gesunderhaltung von Mädchen. Die Schwerpunkte ihrer Beratungsarbeit wenden sich an Mädchen mit Essstörungen und an Mädchen mit Gewalterfahrung. Für diese Themen gibt es auch das Angebot der Gruppenarbeit. Darüber hinaus übernimmt das Mädchenhaus Köln e.V. neben zahlreichen anderen Aufgaben auch eine Multiplikatorenfunktion. Die Mitarbeiterinnen bieten Weiterbildungsangebote für pädagogische Fachkräfte für den Umgang mit Essstörungen an.

4.9.10 Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der *Landesregierung* und dem *Landtag*

- darauf hinzuwirken, dass die durch die Schuleingangsuntersuchungen geschlechtsdifferenziert gewonnenen Daten für bevölkerungsbezogene, gendersensible Analysen des Gesundheitszustandes von Kindern genutzt werden,
- nach Möglichkeiten zu suchen, langjährige Projekte wie das Projekt „DONALD“ des „Institutes für Kinderernährung“ weiter zu fördern, damit eine kontinuierlich aufgebaute

30 Beispielsweise „reflexive Koedukation“, was die gemeinsame Unterrichtung der Geschlechter unter gleichberechtigter Berücksichtigung der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse, Vorstellungen, Ressourcen und Defizite etc. bedeutet.

Datensammlung für die Erforschung des juvenilen Ernährungsverhaltens erhalten bleibt und fortgesetzt werden kann,

- die verlässliche Finanzierung der Mädchenberatungsstellen sicherzustellen,
- ein Projekt „Mädchengesundheitsladen“ in NRW einzurichten, das das Konzept des „MädchenGesundheitsLadens“ in Stuttgart aufgreift und für NRW umsetzt,
- unter besonderer Berücksichtigung des Themas Rauchen genderspezifische Konzepte zur Suchtprävention an Schulen zu entwickeln und umzusetzen. Dabei sollte entsprechend der Duisburger Vorarbeiten Prävention kein Sonderthema sein, sondern schulform- und altersgruppengemäß in geeignete Fächer integriert werden und
- die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen im Hinblick auf die Abgabe von alkohol- und tabakhaltigen Substanzen an Jugendliche stärker zu überwachen.

Die Enquetekommission empfiehlt der *Landesregierung bezogen auf den Unterricht in Zusammenarbeit mit den Trägern der weiterführenden Schulen*

- bestehende und erfolgreich arbeitende Programme wie das „Netzwerk Bildung und Gesellschaft „opus“ geschlechtsspezifisch auszurichten und bei weiteren gemeinsam durchgeführten Programmen geschlechtsbezogene Faktoren aufzunehmen und religiöse und kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen,
- geschlechtsspezifische Präventionsarbeit zu den Themen Alkohol, Rauchen, Essstörungen, Konsum und Missbrauch von Arzneimitteln, insbesondere von Schmerz-, Beruhigungs- und anderen psychotropen Arzneimitteln in den Schulen durchzuführen. Dabei sollte zur Verhinderung von Nachahmungseffekten darauf geachtet werden, zu Essstörungen ausschließlich unspezifische Präventionsmaßnahmen durchzuführen,
- Gesundheitsthemen mit geschlechtsspezifischer Ausrichtung in den Richtlinien für den Schulunterricht zu verankern. Die Bereiche Ernährung, Hygiene und Aufklärung sollen dabei ausreichend berücksichtigt werden,
- bei Bedarf getrennten Unterricht für Mädchen und Jungen in der Gesundheitsprävention anzubieten,
- LehrerInnen in NRW in Themen der Gesundheitsprävention und -förderung aus- bzw. weiterzubilden,
- nach Geschlechtern getrennten und auf die sportlichen Bedürfnisse von Mädchen ausgerichteten Sportunterricht zu konzipieren und durchzuführen,
- eine Kampagne aufzulegen, die in den Schulen die verschiedenen Formen der sexualisierten Gewalt im Sportunterricht thematisiert und
- die VerursacherInnen sexualisierter Gewalt im Sportunterricht konsequent zur Verantwortung zu ziehen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *AkteurInnen und Kostenträgern in der Jugendarbeit*

- die mädchenspezifischen Angebote zu erweitern,
- flächendeckend Selbstbehauptungskurse für Mädchen anzubieten,
- Bedürfnisse junger MigrantInnen umfassend zu berücksichtigen und z.B. muttersprachliche Angebote bereitzustellen,

- im Rahmen der Prävention gemeinsam mit den Sportvereinen Möglichkeiten zu schaffen, die Mädchen in ihrer Freizeit positive Bewegungserlebnisse nach ihren Bedürfnissen ermöglichen und
- im Umfeld von Veranstaltungen für Jugendliche die Abgabe von alkohol- und tabakhaltigen Produkten an Jugendliche zu unterbinden und für attraktive Alternativen zu werben.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen* sowie den *medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften* in Zusammenarbeit mit den *kommunalen Gesundheitsämtern*

- die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) für eine effektive zugehende und präventive Beratungsarbeit bei allen Mädchen, aber auch für Mädchen mit besonderen Problemlagen nutzbar zu machen,
- im Bereich der Essstörungen Richtlinien für eine geschlechtersensible Behandlung, Beratung und Prävention zu erstellen und die Versorgung zu verbessern sowie
- Bewegungsangebote für Mädchen zu unterstützen.

4.9.11 Literatur

- BT-Drucksache 15/2587, (03.3.2004): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums.
- Benecke, Andrea und Vogel, Heiner, (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin.
- Buddeberg-Fischer, Barbara. (2000): Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (2003): Bekanntheit, Konsum und Kauf von Alcopops 2003 (Umfrage der BZgA)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Informationsbroschüre: Nikotin – Die Sucht und ihre Stoffe, o.J.
- Döll, Susanne; Buchmann-Steinhage, Rolf; Worringer, Ulrike (2000): Alltagsdrogen – Zwischen Genuss und Sucht, Seminareinheit.
- Franke, Alexa (1995): Eßstörungen aus suchtspezifischer Perspektive. In DHS (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme, 291–301, Freiburg, Lambertus.
- Franke, Alexa (1996): Diäten – der Weg in die Eßstörung? In Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. (Hrsg.), Essen zwischen Lust und Frust, 8–15, Kiel.
- Franke, Alexa (2001): Essstörungen. In A. Franke und A. Kämmerer (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, S. 355–396, Göttingen, Hogrefe.
- Franke, Alexa (2003): Adipositas im Geschlechtervergleich. In F. Petermann und V. Pudel (Hrsg.), Übergewicht und Adipositas, 153–166, Göttingen, Hogrefe.
- Franke, Alexa (2003): Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln. Weinheim, Beltz.
- Franke, Alexa (2002): Essstörungen bei Männern und Frauen, in: Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern, 359–374.
- Gieß-Stüber, Petra (2000): Gleichberechtigte Partizipation im Sport? Ein Beitrag zur geschlechtsbezogenen Sportpädagogik, Afra Verlag, Butzbach-Griedel.
- Gull, W.W. (1874): Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). Transcripts of the Clinical Society, London, 7, 22–28.
- Härtel, Ursula, (2002): Gutachten für die Enquetekommission „Ist-Analyse Prävalenz der Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen in NRW, November 2002, Parlamentspapier: Information 13/830

- Haslbeck, Eva (1998): Psychische Faktoren der Adipositas. Inaugural-Dissertation, Universität Regensburg.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W. (1988): Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Journal of Nervous und Mental Disease*, 176, 131–143.
- Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike et al. (2003): WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland, in: www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf
- Israel, Allen C. und Ivanova, Masha Y. (2002): Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *The international Journal of Eating Disorders*, 31(4), 424–429.
- Jaeger, Uwe, und Kromeyer-Hauschild, Katrin (1999): Anthropologische Untersuchungen an Jenaer Kindern und Adipositasgefährdung. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, e.V., Sektion Thüringen (Hrsg.), *Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Trends, Prävention, Behandlung*, 9–21, Jena.
- Klein, Michael und Palzkill Birgit (1998): Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Sport. Pilotstudie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Kolip, Petra (Hrsg.), (1994): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge der geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*, Weinheim
- Kraus, Ludwig, Heppekausen, Kathrin, Barrera, Andrea, Orth, Boris (2003): *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)*
- Kromeyer-Hauschild, Katrin und Jaeger, Uwe (1998): Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, 1192–1196
- Kromeyer-Hauschild, Katrin, Wabitsch, M., Kunze, D., Geller F, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller, G., Müller, J.M, Niemann-Pilatus A, Remer Th, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler, A. und Hebebrand J. (2001): Percentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149, 807–818.
- Kurz, Dietrich, Sack, Hans-Gerhard, Brinkhoff, Klaus-Peter (1996): *Kindheit, Jugend und Sport in Nordrhein-Westfalen. Der Sportverein und seine Leistungen. Materialien zum Sport in Nordrhein-Westfalen, Heft 44.* Düsseldorf, Sylvia Moll.
- Lasègue E.C. (1873): De l'anorexie hystérique. *Archives of General Medicine*, 385 ff. Reprint in W.R. Kaufman und M. Heimann (eds.) (1964), *Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: A paradigma (141–155)*, New York, Int. Univ. Press.
- Lorenz, Thekla: „Sportvereine voller Mädchen!?" – Wirklichkeiten, Visionen, Handlungsbedarfe. In: *Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen*, 2001, Eigendruck, 15–21.
- McKenna, M. S. (1991): *Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In L.I. Sederer (Hg.), *Inpatient psychiatry (141–166)*, Baltimore, Williams und Williams.
- Mendelson, B.K., White, D.R. and Schliecker, E. (1995): Adolescents' weight, sex, and family functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 73–79.
- Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2002): *Aktuelle Zahlen zum Rauchverhalten im Saarland*.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), (2001): *Landesprogramm gegen Sucht, Teil 2*.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, (2000): *Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, (NRW-Gesundheitsbericht)*
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), (2000): *Multikulti- viert oder doppelt benachteiligt? Lebenslagen junger Migrantinnen. Expertise zum 7. Kinder und Jugendbericht der Landesregierung NRW, Düsseldorf*.
- Noordenbos, Greta (2002): From Screening to Empowerment: Strategies for the Prevention of Eating Disorders, in: *European Women's Health Network: Health Promotion and Prevention of Eating Disorders, European Symposium*, Eigendruck, 8–20

- Ortner, Romana, Fischer, Gabriele, Gutierrez-Lobos, Karin: Nikotin – Frauen sind anders abhängig (www.frauenfuerfrauen.org).
- Petermann, Franz und Häring, Jutta (2003): Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In: F. Petermann und V. Pudiel (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas* (153–166), Göttingen, Hogrefe.
- Preiß, Dagmar, Schwarz, Anne, Wilser, Anja (1996): Mädchen – Lust und Last der Pubertät: ein sexual- und gesundheitspädagogisches Modellprojekt zur Beratung junger Mädchen, Frankfurt /Main
- Rose, Lotte (2001): Alles anders? Bewegungsbiografien von Mädchen und jungen Frauen im Wandel. In: *Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten*. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Eigendruck, 7–14.
- Stachow, R., Egmond-Fröhlich, A. von, Stübing, K., Eberding, A., Ernst, M., Jaeschke, R., Kühn-Dost, A., Mannhardt, S., Westenhöfer, J. und Wabitsch, M. (2003): Nationaler Konsens zur Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter. In: F. Petermann und V. Pudiel (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas* (303–328). Göttingen, Hogrefe.
- Steinhausen, H.-C. (1999): Eating Disorders. In: H.-C. Steinhausen and F. Verhulst (eds.), *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (211–230), Oxford, University Press.
- Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W., Seidell, J. (2000): Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *The International Journal of Eating Disorders*, 27, 110–114.
- Wehner, Gudrun (2003): Dokumentation des Projektes Mädchensport an Hauptschulen, Bezirksregierung Lüneburg.
- Wehner, Gudrun (2001): Mädchen stark machen – eine Aufgabe für den Schulsport. In: *Achtung-fertig-los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten*. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Eigendruck, 22–25.
- Weilandt, Caren, Rommel, Alexander, Raven, Uwe (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ (Drucksache 13/2719).
- Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS (Hrsg.) (2004): *Essstörungen*. Suchtmedizinische Reihe Bd. 3, Hamm.
- Zimdars, Petra (2002): „Rauchen macht schlank“, in: *implulse*, Zeitschrift der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 35/2002, S. 6.

Links

www.fke-do.de
www.frauenfuerfrauen.org
www.kiggs.de
www.loegd.nrw.de
www.maedchengesundheitsladen.de
www.mgsff.nrw.de
www.tu-dresden.de/erzwisg/spsf/popup/Artikel.pdf
www.uni-koeln.de/juni/rauchfrei/rauchfrei_medinfo.html

4.10 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW

4.10.1 Einleitung

Über die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Deutschland gibt es in der bisherigen Gesundheitsberichterstattung kaum gesicherte Erkenntnisse. Und dies, obwohl NRW seit der rasanten Entwicklung der Kohle- und Stahlindustrie Mitte des 19. Jahrhunderts ein Einwanderungsland ist und aufgrund der demografischen Entwicklung auch in Zukunft auf den Zuzug von Arbeitskräften aus anderen Ländern angewiesen sein wird.

Bereits die im Sommer 2001 von allen Fraktionen des Landtags einstimmig verabschiedete „Integrations-Offensive NRW“ stellte Defizite bei der gesundheitlichen Versorgung der MigrantInnen generell und im Besonderen eine erhebliche Unterversorgung bei der Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme fest. Dies behindert die soziale Integration, die in der Migrationspolitik des Landes NRW eine große Bedeutung gewonnen hat. Ein wesentliches Anliegen der Enquetekommission ist daher, sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen im Bereich der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit in NRW auseinander zu setzen. Dabei ist die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass jede Migrantin Zugang zu der für sie besten gesundheitlichen Versorgung erhält, von übergeordnetem Interesse.

Zurzeit leben in NRW knapp zwei Millionen AusländerInnen. Viele von ihnen sind mit ihren Familien seit über 20 Jahren hier, einige sogar seit rund 40 Jahren. Viele Zugewanderte haben inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen und werden deshalb statistisch nicht mehr gesondert erfasst. Hinzu kommen knapp 600 000 SpätaussiedlerInnen und eine schwer zu beziffernde Anzahl von Menschen, die sich illegal hier aufhalten.

Frauen mit Migrationshintergrund im Sinne dieses Berichtes sind Menschen, die selbst oder deren Eltern oder Großeltern aus dem Ausland in die Bundesrepublik eingewandert sind, deren Muttersprache nicht Deutsch und deren Umfeld überwiegend durch die Kultur des Herkunftslandes bestimmt ist. Sie bilden in NRW einen Personenkreis, der die Bevölkerungsstruktur maßgeblich prägt. Das gilt insbesondere für den Ballungsraum des Rhein-Ruhr-Gebietes.

In NRW leben ca. 1,5 Millionen Frauen mit Migrationshintergrund. Der überwiegende Teil von ihnen stammt aus den ehemaligen Anwerbeländern für „Gastarbeiter“, also aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Griechenland, Spanien und Portugal. Den größten Anteil machen Frauen türkischer Herkunft oder Abstammung aus.

Die Gruppe der Migrantinnen ist keinesfalls homogen. Die in Deutschland geborene und aufgewachsene beruflich erfolgreiche Akademikerin hat ein anderes Selbstbild und Rollenverständnis als die als Heiratsmigrantin in unser Land eingereiste junge Frau ohne Schulabschluss. Die über Schlepperbanden eingeschleuste und zur Prostitution gezwungene „Illegale“ hat mit anderen Problemen zu kämpfen als die Frau oder Tochter eines Aussiedlers mit deutscher Staatsangehörigkeit, die möglicherweise selbst kein Deutsch spricht oder versteht oder die durch Gewalterfahrung traumatisierte Asylbewerberin, die um ihre Anerkennung bangt und täglich mit der Angst vor Abschiebung lebt.

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen ist die Verständigung zwischen PatientInnen auf der einen und ÄrztInnen sowie Pflegepersonal auf der anderen Seite von zentraler Bedeutung. Dazu gehört in diesem Bereich nicht nur der sprachliche Austausch, wichtig ist auch die Wahrnehmung der Patientinnen als Migrantinnen und damit das Verstehen des kulturellen und religiösen Kontextes, der die Patientinnen geprägt hat. Das Beherrschen der deutschen Sprache reicht deshalb nicht immer aus, um eine angemessene Behandlung zu erfahren.

Durch falsche Diagnosen und Therapien infolge mangelnder Verständigung entstehen nicht nur lange Leidenswege für die Betroffenen sondern auch erhebliche zusätzliche Kosten.

Praktizierende ÄrztInnen mit Migrationshintergrund sind sehr selten in NRW. Das gilt sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für den Krankenhausbereich. Ihr Anteil liegt insgesamt nur bei rund 5%. Besonders niedrig ist er im Bereich der Psychiatrie. Konkrete Zahlen sind schwer zu werten: Bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen von Nordrhein und Westfalen-Lippe wird neben der Staatsbürgerschaft nicht durchgängig die frühere Staatsangehörigkeit erfasst. Angaben über Fremdsprachenkenntnisse beruhen auf freiwilliger Selbstauskunft. (Beide Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen über ihre Online-Verzeichnisse die Suche nach ÄrztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen nach dem Kriterium der Fremdsprachenkenntnisse.¹⁾)

Migrantinnen sind nicht generell häufiger psychisch krank als Frauen ohne Migrationshintergrund, aber sie haben aufgrund der oben genannten Stressfaktoren ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken und durch die Verständigungsdefizite und den Mangel an medizinischem Fachpersonal derselben Ethnie einen erschwerten Zugang zu den gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen. Gegenüber der einheimischen Bevölkerung sind sie also mehrfach benachteiligt.

Ziel einer zukünftigen Gesundheitsversorgung in NRW muss es sein, die BürgerInnen mit Migrationshintergrund mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie die einheimische Bevölkerung. Dabei geht es um die Öffnung und Qualifizierung unseres Gesundheitssystems in allen seinen Bereichen auch für die Bedürfnisse von MigrantInnen.

4.10.2 Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen

Migration kann, aber muss nicht zwingend (=kausal) ein Faktor sein, der krank macht. Nachfolgend werden die Krankheitsrisiken genannt, denen Migrantinnen besonders ausgesetzt sind.

4.10.2.1 Sozio-ökonomische und psychosoziale Problemlagen, die potenziell gesundheitsgefährdend sind

Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit

Die Rahmenbedingungen, unter denen Migrantinnen in Deutschland leben, werden im Wesentlichen durch Einwanderungs- und Einbürgerungspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Antidiskrimi-

1 <http://www.kvno.de/buerger/arztuche/arztverz.html>
[http://www.aekwl.de/eas/EAS_publish.nsf/2e9ae4be686829d84125681c00349ae8/\\$searchForm?SearchView](http://www.aekwl.de/eas/EAS_publish.nsf/2e9ae4be686829d84125681c00349ae8/$searchForm?SearchView)
<http://www.kvwl.de/earzt/>

nierungs- und Integrationsmaßnahmen und Gleichstellungspolitik bestimmt. Diese Bedingungen können die Lebensqualität und damit auch die Gesundheit wesentlich beeinflussen, denn sie ist in hohem Maße von sozialen und ökonomischen Faktoren, von sozialer Integration, sozialen Teilhabechancen und einem allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgungssystem abhängig. Armut ist nach wie vor ein Hauptrisiko für gesundheitliche Gefährdung. Armut hat tendenziell eine geschlechtsspezifische Dimension, die gerade im Bereich der Migration und deren Umstände und Risiken zum Tragen kommt.

Die sozio-ökonomischen Merkmale der Migrantinnen zeigen, dass das Bildungsniveau, die Stellung im Erwerbsleben und die damit verbundenen Einkommen niedriger sind als bei einheimischen Deutschen. Die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes weist den erwerbstätigen Migrantinnen mehrheitlich (65%) in NRW niedrig qualifizierte Tätigkeiten zu (MASQT, 2002). Migrantinnen üben überwiegend wenig qualifizierte Tätigkeiten im Dienstleistungssektor aus, die mit niedrigem Einkommen und geringem sozialen Status verbunden sind. Arbeitslosigkeit und damit implizit verbunden Arbeitsplatzunsicherheit ist bei Migrantinnen wesentlich höher als bei einheimischen Frauen (im Jahr 2000: 15% versus 10%; MASQT, 2002). Die starke Assoziation von niedriger sozialer Schicht und erhöhter Morbidität und Mortalität ist bekannt und hinreichend dokumentiert. Internationale Untersuchungen zeigen, dass niedriges Einkommen, verbunden mit geringen Zukunftsperspektiven, mit einer höheren Prävalenz von Depressionen bei Migrantinnen einhergeht (Diefenbacher und Heim, 1997; Leon und Walt, 2001; Patel et al., 1999; Saraceno, 1997; Desjarlais, 1995).

Unsicherheit des Aufenthaltstatus

Die Unsicherheit des Aufenthaltstatus bei Asylbewerberinnen und die Abhängigkeit des Aufenthaltstatus von dem deutschen Ehemann bei so genannten Heiratsmigrantinnen können belasten. Besonders betroffen sind illegale Einwanderinnen, die nur beschränkt soziale Rechte geltend machen können. "Illegale" Migrantinnen sind besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Der fehlende aufenthaltsrechtliche Status ist für diese Frauen ein anhaltender und extrem hoher Stressfaktor, der geprägt ist durch Furcht vor Ergreifung, Bestrafung und Ausweisung. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist für diese Frauen nur im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung möglich. Die im Falle traumatischer Fluchtumstände dringend notwendigen psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen sowie psychosozialen und Rehabilitationsmaßnahmen sind für Frauen ohne aufenthaltsrechtlichen Status de facto nicht zugänglich. Zwar steht ihnen auch Anspruch auf Krankenhilfe zu, dies wird aber in der Praxis nicht wahrgenommen, da sich durch die notwendigen Kontakte mit Behörden und Institutionen die Gefahr der Abschiebung erhöht.

Asylsuchenden Frauen steht im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes ebenfalls nur eine Akutbehandlung zu.

Die Lebensbedingungen in der Illegalität können zu einem spezifischen Risikoprofil führen, das geprägt wird durch die Folgen genereller Unsicherheit und psychischer und physischer Belastung, die Umstände illegaler Arbeitsbedingungen (Unfall- und Infektionsrisiken, Risiken für sexuell übertragbare Erkrankungen, Gewalt, etc.) und je nach Morbiditätsspektrum der Herkunftsländer durch bereits vorhandene Erkrankungen (z.B. Tuberkulose). Bekannt ist, dass

das (Nicht-)Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen von illegalen Migrantinnen geprägt ist durch Angst, der Ausländerbehörde gemeldet zu werden. Dies führt dazu, dass Krankheiten oft verschleppt werden, Schwangerschaften nicht ärztlich begleitet werden, Geburten ohne fachgerechte Betreuung erfolgen, ärztliche Untersuchungen der Neugeborenen unterbleiben und insbesondere psychische Erkrankungen unbehandelt bleiben (Lindert, 2003).

4.10.2.2 Gruppenspezifische Belastungen

Migrationsgründe wirken auf soziales Wohlbefinden und Gesundheit. Dass Migration als besonders einschneidende und in der Regel belastende Lebenserfahrung Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Betroffenen hat, ist unstrittig. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Migrantinnen je nach ihren spezifischen Migrationserfahrungen häufiger an bestimmten psychischen Störungen und Erkrankungen leiden. Unbestritten ist auch, dass in der Gruppe der Flüchtlinge, Asylbewerberinnen und Frauen ohne gesicherten Aufenthaltstatus posttraumatische Belastungsstörungen sehr häufig anzutreffen sind.

Als belastende Migrationshintergründe sind vorrangig Krieg, Flucht, Folter und Vergewaltigung zu nennen. Aber auch Verlust/Trennung von Familie und wichtigen Bezugspersonen sowie soziale Ausgrenzung und Isolation, kulturelle Anpassungsprobleme aufgrund erheblicher kultureller Differenzen zwischen Herkunftsland und Deutschland, fehlende soziale Netzwerke, Sprachbarrieren, Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit belasten. Untersuchungen zeigen, dass kultureller Anpassungsdruck am stärksten behandlungsbedürftige Depressionen bei Migrantinnen auslöst (Kolk, 2000; Özkan, 2003; Borde und Rosendahl, 2003).

Traumatisierte Migrantinnen

Traumatisierte Migrantinnen teilen eine Reihe von Erfahrungen wie den Verlust der Heimat, das Einleben in eine fremde Kultur, die sprachliche Isolation oder das Erleben einer teils offen gezeigten Ablehnung bis hin zu aggressiven Übergriffen. Die Kumulation dieser unterschiedlich belastenden Erfahrungen in Kombination mit der Gewalterfahrung im Vorfeld und u.U. während des Migrationsprozesses erzeugen eine besonders problematische Lebenssituation mit entsprechenden psycho-pathogenetischen Auswirkungen. Opfer menschlicher Gewalt, ob durch Kriegseinwirkungen oder durch Verfolgung, Haft, Folter und sexuelle Misshandlung haben neben körperlichen Verletzungen eine fundamentale Zerstörung von Wertvorstellungen und eine ebenso starke Erschütterung des eigenen Selbstbildes erfahren. Diese traumatisierenden Belastungen lösen immer wiederkehrende Störungen und Symptome wie Angstreaktionen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen oder auch schwer kontrollierbare Affektschübe etc. aus, die sehr häufig aber erst Anlass einer therapeutischen Hilfestellung werden, wenn so genannte komorbide² Störungen bei posttraumatischen Belastungsreaktionen auffällig werden. Als solche psychischen oder psychosomatischen Probleme, die bei den Klientinnen ein entsprechendes Hilfeersuchen gegenüber Professionellen auslösen, sind neben Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch vor allem auch Somati-

2 Komorbidität bedeutet das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einer Person.

sierungsstörungen (häufig in Form von chronischen Schmerzzuständen), Herz-Kreislauf-Störungen und erhöhte dissoziative Störungen (körperliche Ausfälle, Ohnmachtsanfälle, Selbstgespräche, Hören von Stimmen bis hin zu Nicht-mehr-sehen-können) zu nennen (Abdallah-Steinkopff, 2001).

Problematisch ist, dass solche Störungen, wenn sie von den Patientinnen bei den behandelnden ÄrztInnen (s.u.) vorgestellt werden, häufig nicht mit der Traumatisierung in Verbindung gebracht werden, da die Patientinnen in den seltensten Fällen von sich aus das Trauma (das häufig auch schambesetzt ist oder verdrängt wird) ansprechen. Daher ist es schwierig, den Patientinnen zu einer entsprechenden Behandlung bzw. Therapie zu verhelfen, wenn die behandelnden ÄrztInnen nicht entsprechend sensibilisiert oder geschult sind.

Diese schweren psychischen Erkrankungen können in den üblichen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend behandelt werden. Hierzu sind spezielle psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Hilfsangebote vonnöten, um einen Heilerfolg dieser schwerstbelasteten Migrantinnen zu ermöglichen.

Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen

Bei den beiden anderen großen Migrantinnengruppen, den Arbeitsmigrantinnen und den deutschstämmigen Aussiedlerinnen aus Russland und den ehemaligen Ostblockstaaten, fallen zunächst die Jugendlichen auf, die gegenüber ihren einheimischen Altersgenossinnen überproportional häufig Sucht- und Devianzprobleme zeigen, die nicht zuletzt durch extreme Sprachprobleme, Misserfolge in der Schule sowie eine Diskrepanz zwischen rigidem Erziehungsstil und erlebten sozialen Freiräumen erzeugt werden (Lajios, 1993 und 1998). In der Vergangenheit waren Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Mädchen sehr viel weniger von Suchtproblemen betroffen. Jedoch ändert sich dies zunehmend in dem Sinne, dass schützende familiäre Faktoren sich auflösen und die Suchtgefährdung für Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich ansteigt (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Bei der großen Gruppe der Arbeitsmigrantinnen mittleren Alters fallen besonders mehrfach belastete Frauen auf, die aufgrund ihrer zumeist mäßigen bis schlechten Sprachkenntnisse und angesichts des Mangels an muttersprachlichen PsychotherapeutInnen und zielgerichteter Beratungsangebote kaum Unterstützung finden.

Bei der Gruppe der älteren Arbeitsmigrantinnen werden in den nächsten Jahren in zunehmendem Umfang geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Probleme und Störungen erwartet. U.a. mit dieser Frage beschäftigt sich derzeit die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags. Im Rahmen ihrer Analyse zu Strukturen, Angebots- und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen legt sie einen Schwerpunkt auf die Gruppe der älteren MigrantInnen (Olbermann, Dietzel-Papakyriakou, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002).

4.10.2.3 Mobilisierung von Ressourcen und Integration

Aus der Nennung der Problemlagen und Risikofaktoren kann nicht gefolgert werden, dass Migrantinnen nicht auch über spezifische Ressourcen und Kompetenzen verfügen, die potenzi-

elle gesundheitliche Risiken auffangen (Personen, die auswandern sind eher jung und gesund, so genannter „healthy migrant effect“). Eine pathologisierende Sichtweise von Gender und Migration kann dazu führen, dass die Chancen und positiven Herausforderungen der Migration gerade auch für junge Frauen nicht gesehen werden. Migrationsgründe und die damit verbundene Lebensperspektive haben einen wesentlichen Einfluss auf die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität von Migrantinnen. Studien belegen (Koch, 2003; Mohammadzadeh, 2003), dass Ressourcen und Potenziale von Migrantinnen erheblich besser in die Aufnahmegesellschaft eingebracht werden können, wenn günstige soziale Bedingungen gegeben sind, die den Migrantinnen Handlungsoptionen und Teilhabechancen eröffnen, die für die Verwirklichung individuell gesetzter Ziele genutzt werden können. Dieser Integrationsprozess geht mit positiven Selbstwert- und Kohärenzgefühlen einher, die gesundheitsfördernd wirken. Deshalb müssen Gesundheitsstatus und gesellschaftliche Integration in engem Zusammenhang gesehen werden. Integration von Migrantinnen ist gesundheitsfördernd, während misslungene oder mangelhafte Integration in die Aufnahmegesellschaft sich als gesundheitsmindernder Faktor darstellen lässt.

Danach ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich Gesundheitsrisiken für Migrantinnen erhöhen, wenn sich über einen erheblichen Zeitraum Risikofaktoren wie niedrige Schichtzugehörigkeit, sprachlich bedingte Zugangsbarrieren und instabile Lebenslagen manifestieren. Deshalb muss auch unter Berücksichtigung der möglichen Mobilisierung von Ressourcen potenziell von einem erhöhten gesundheitlichen Risiko für Migrantinnen ausgegangen werden.

Gleichzeitig sollten im Rahmen einer gelungenen „healthy“-Integrationsstrategie eine migrantinnenpopulationsbezogene Risikobewertung bereits bei oder vor Einreise zur Verfügung stehen, die es erlaubt, Gruppen mit niedrigem Risiko und Gruppen mit hohem Risiko zu unterscheiden und entsprechende Interventionsmaßnahmen zielgerichteter auf kommunaler und Länderebene anzubieten. Laut IOM (International Organization for Migration) haben Migrantinnen weltweit übereinstimmend besondere Gesundheitsprobleme im Bereich von:

- psychosozialen Stress,
- genderassoziierten Erkrankungen,
- mit Armut assoziierten Erkrankungen und
- Mutter-Kind-Gesundheit,

die zurzeit nur unzureichend von den Gesundheitsdiensten migrantinnenaufnehmender Staaten erfasst werden (IOM Statement, 2003).

4.10.3 Stand der Forschung und Datenlage in Deutschland, insbesondere in NRW

Eine qualifizierte quantitative Einschätzung der o.g. gesundheitlichen Risikofaktoren für Migrantinnen kann aufgrund der äußerst lückenhaften Datenlage und kaum vorhandener (sozial-)epidemiologischer Untersuchungen für Deutschland, insbesondere für NRW, nur sehr eingeschränkt erfolgen. Für das gesamte Gebiet von NRW sind keine Daten über die Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Migrantinnen vorhanden. Die defizitäre Datenlage beeinträchtigt die Qualität der Gesundheitsberichterstattung (GBE), die sich wiederum häufig

durch mangelnde geschlechtssensible Interpretation auszeichnet. In ihrem „Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW“ listen Weilandt, Rommel und Raven folgende Defizite auf:

- Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern wird nicht oder nicht durchgehend vollzogen, entsprechendes gilt für eine daran anknüpfende geschlechtssensible Interpretation.
- Migrationshintergründe werden nicht ausreichend berücksichtigt. Dominierendes Merkmal der Ausdifferenzierung des Migrationstatbestandes stellt die Staatsangehörigkeit dar, andere Merkmale wie Generation oder Aufenthaltsstatus kommen im Zusammenhang mit Gesundheit im Allgemeinen aber auch in Bezug auf psychische Gesundheit zu kurz.
- Der sozio-ökonomische Status wird in der Darstellung der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen nicht hinreichend berücksichtigt. Der Anteil sozialer Benachteiligung an erhöhten Prävalenzen und Inanspruchnahmen unter MigrantInnen kann im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe nicht abgeschätzt werden.
- Es werden keine konkreten Prävalenzen oder Inzidenzen bezüglich psychischer oder psychosomatischer Diagnosen benannt.
- Es werden keine Angaben über die Inanspruchnahme von Diensten der psychiatrischen und psychologischen Versorgung von MigrantInnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gemacht.

Etwas besser sieht es im Hinblick auf die Gesundheitsberichterstattung für Frauen insgesamt aus, allerdings wird die Situation von Migrantinnen als spezifischer Subgruppe hier in aller Regel nicht thematisiert. Problematisch ist zudem, dass bei der Berichterstattung keine eigenen Erhebungsinstrumente verwendet, sondern bereits vorhandene Datenquellen von unterschiedlicher Qualität genutzt werden.

4.10.3.1 Subjektives Gesundheitsempfinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Migrantinnen

Das subjektive Gesundheitsbefinden und die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität wird von Migrantinnen weniger häufig als gut empfunden als von deutschen Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Migrantinnen ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als deutsche Frauen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003). Migrantinnen nehmen generell ihre eigene Gesundheit negativ wahr, berichten häufiger über belastende Gemütszustände wie Niedergeschlagenheit oder Entmutigung und sehen sich bezüglich der Pflege ihrer Sozialkontakte durch Gesundheit stärker und häufiger beeinträchtigt.

Bei Arbeitsmigrantinnen und bei Aussiedlerinnen liegt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ebenfalls tendenziell unterhalb der Werte der deutschen Frauen. Ausnahme sind die jungen Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen (17–29 Jahre), die eine höhere Zufriedenheit aufweisen als gleichaltrige deutsche Frauen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

4.10.3.2 Auswirkungen migrationsspezifischer Erfahrungen

Migrationsspezifische Erfahrungen üben einen statistisch signifikanten Einfluss auf Parameter der psychischen oder psychisch beeinflussten Gesundheitsindikatoren aus. Migrantinnenspe-

zifisch scheint insbesondere die Assoziation zwischen wahrgenommener Mehrfachdiskriminierung und wahrgenommener gesundheitlicher Beeinträchtigung zu sein.

Danach ist der Indikator Mehrfachdiskriminierung bei Migrantinnen mit mehr Gesundheitsparametern (wie z.B. weniger gute subjektive Gesundheit, erhöhtes psychosoziales Beschwerdeniveau, Konzentrations- und Schlafstörungen, Antriebsarmut, etc.) statistisch assoziiert als die anderen beobachteten Einflussvariablen. Selbst allergische und asthmatische Beschwerden, die psychisch mit verursacht werden, treten bei den Betroffenen häufiger auf, wenn ein bestimmtes Niveau von Diskriminierungserfahrungen erreicht wird. Diese Ergebnisse verweisen jedoch auf eine Problematik von Querschnittuntersuchungen, die immer dann entsteht, wenn vermeintliche Ursache und vermeintliche Wirkung zum gleichen Zeitpunkt gemessen werden. Auch wenn es plausibel erscheint, dass beispielsweise Diskriminierungserfahrungen einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben, so kann die umgekehrte Richtung des Zusammenhangs nicht ausgeschlossen werden, dass nämlich gesundheitlich und psychisch labilere Personen Diskriminierung bedrohlicher wahrnehmen und entsprechend häufiger berichten. Eine Wechselwirkung muss also für die Parameter der Benachteiligung im Alltag und der Mehrfachdiskriminierung grundsätzlich angenommen werden. Prinzipiell bestätigt der Ausländersurvey jedoch die Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten, bei denen ebenfalls für den Integrationsindikator der Sprachkenntnisse des Aufnahmelandes (Haasen et al., 1998; Furnham und Shaheen, 1993) bzw. für Diskriminierung (Williams und Williams-Morris, 2000; Vahedi, 1996; Furnham und Shaheen, 1993) statistische Zusammenhänge mit Phänomenen psychischer Gesundheit gefunden wurden.

4.10.3.3 Inanspruchnahme von psychisch induzierten Rehabilitationsmaßnahmen in NRW

Erwerbstätige Migrantinnen, insbesondere der ersten Zuwanderergeneration von Arbeitsmigrantinnen, sind häufig schulisch und beruflich schlechter ausgebildet und überwiegend in niedrig entlohnter un- oder angelernter Tätigkeit („dirty jobs“) beschäftigt (s.o.). Damit wird mittels Rehabilitationsdaten bei den Migrantinnen eine Gruppe erfasst, die sich im Vergleich zu erwerbstätigen deutschen, einheimischen Frauen nicht nur durch das spezielle Merkmal der Migration unterscheidet, sondern sich gegenüber diesen mehrheitlich aus sozio-ökonomisch und sozialstrukturell benachteiligten Lebenslagen rekrutiert.

Im Jahr 2000 haben in NRW 57.843 deutsche Frauen und 4.671 Migrantinnen medizinisch-rehabilitative Leistungen der gesundheitlichen Regelversorgung in Anspruch genommen. Von diesen Leistungen entfielen bei den deutschen Frauen 10.907 und bei den Migrantinnen 950 auf Leistungen, die aufgrund ärztlicher Diagnosen gewährt wurden, welche nach der internationalen Klassifikation von Diagnosen psychischen und Verhaltensstörungen zuzurechnen sind (ICD-10: F00-99).³ Dies entspricht einem Prozentsatz von etwa 19% bei den deutschen Frauen

3 Die Verwendung der ICD-Klassifikation beschränkt sich im Folgenden auf die Diagnosen innerhalb der übergeordneten Gruppen (also z.B. F10, F11, F12 usw. innerhalb der Gruppe F10-19). Kleinteiligere Differenzierungen (z.B. F10.1 usw.) sind in den Daten nur selektiv enthalten und werden zugunsten der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt. Die genaue Beschreibung der ICD-10-Diagnosen findet sich im Internet unter der Adresse <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

und etwa 20% bei den Migrantinnen. Dieser Prozentsatz ist in jungen Jahren höher als in mittleren und höheren Altersklassen, da bei jungen Menschen psychische Störungen einen größeren Anteil am Rehabilitationsgeschehen haben, während bei Älteren somatische Ursachen anteilmäßig bedeutend stärker vertreten sind.

Bei Migrantinnen zeigt sich eine Konzentration psychisch indizierter Maßnahmen in den Altersgruppen zwischen 40 und 54 Jahren. Nahezu 60% aller bei den Migrantinnen veranlassten psychisch indizierten Rehabilitationsmaßnahmen waren im Jahr 2000 in diesen mittleren Altersgruppen angesiedelt. Besonders im Alter zwischen 45 und 54 finden sich verglichen mit den deutschen Frauen bei den Migrantinnen prozentual mehr Maßnahmen.

Nicht nur in Hinblick auf die altersspezifische Konzentration der Rehabilitationsmaßnahmen finden sich Unterschiede, sondern die Gruppen unterscheiden sich auch durch unterschiedliche Krankheitsgeschehen bzw. eine abweichende Diagnostik. Dabei sind depressive Erscheinungen bei den Migrantinnen im Vergleich zu den deutschen Frauen um 28,6% und somatoforme Störungen um 81,6% erhöht. Bei der Bewertung der Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier um Inanspruchnahmedaten handelt und nicht um Prävalenz- oder Inzidenzdaten. Die weitaus häufigste Indikation bei den Migrantinnen sind die somatoformen Störungen, die sich laut ICD-Klassifikation dadurch auszeichnen, dass eine wiederholte ÄrztInnen-Inanspruchnahme aufgrund körperlicher Symptome mit nachdrücklichen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen einher geht, welche wiederholt ohne Befund geblieben sind. Um dieses Phänomen in eine Indikation zur Rehabilitation umzuwandeln, müssen die behandelnden ÄrztInnen weitestgehend davon überzeugt sein, dass die Patientin laut Befunden körperlich gesund ist, jedoch eine psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, die sich körperlich äußert (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die in der Rehabilitationsstatistik NRW gefundenen hohen Raten somatoformer Störungen deuten auf zweierlei hin. Einerseits wird offensichtlich von vielen behandelnden ÄrztInnen spätestens während der Rehabilitation erkannt, dass körperliche Beschwerden bei Migrantinnen häufig möglicherweise eher psychische Ursachen haben, da die körperlich orientierten medizinischen Untersuchungen ohne Befund bleiben. Andererseits deutet das häufige Aufkommen von somatoformen Störungen auch häufig darauf hin, dass die Diagnose möglicherweise auch am Ende der Rehabilitationsmaßnahme nicht abgeschlossen ist, denn die Somatisierung an sich verweist mehr auf die Symptome als auf die Ursachen. Auch hinter einer somatoformen Störung können sich letztendlich eine Depression, eine neurotische Störung, Beziehungskonflikte oder einschneidende Lebensereignisse verbergen. Auf die hohen Raten an Komorbidität bei somatoformen Störungen, die sich in diesem Zusammenhang u.a. auch als Ausdruck von Depressionen oder Angststörungen darstellen, wird in der Literatur immer wieder hingewiesen (Weilandt, Rommel und Raven, 2003).

Die vorhandenen Statistiken bestätigen, dass Somatisierungstendenzen ein migrantinnen-spezifisches Problem im Prozess des ärztlichen Handelns darstellen, welches auf dahinter verborgene und in der Statistik nicht sichtbare Phänomene verweist, die so der schlussendlichen Aufklärung im weiteren Behandlungsprozess zugewiesen werden. Die Häufung von depressiven Erscheinungen und somatoformen Störungen bei den Migrantinnen verweist insgesamt auf spezifische Problemlagen in der abhängig beschäftigten Bevölkerung. Berufstätige Mi-

grantinnen in mittleren und höheren Altersgruppen müssen als besonders exponiert im Vergleich zu ihren deutschen Geschlechtsgenossinnen gelten.

Nicht zuletzt scheint die Diagnose somatoformer Störungen in diesem Zusammenhang auf eine häufig unvollständige ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion hinzudeuten, als deren Ergebnis die psychische Ursache grundsätzlich zwar erkannt wird, eine klarere Diagnose jedoch möglicherweise noch aussteht.

4.10.4 Defizite der Vorsorge und Gesundheitsversorgungsangebote

Neben der unterschiedlichen Risikoexposition, der unterschiedlichen Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen stellen die unterschiedlich gegebenen Zugangsmöglichkeiten zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen einen besonderen Problembereich dar. In Deutschland haben wir es in diesem Bereich vor allem mit Unterversorgung, Fehlversorgung aber auch mit Überversorgung zu tun. Unterversorgung wird vor allem im Bereich der Prävention, Gesundheitsaufklärung und -bildung und im Bereich der Behandlung psycho-sozial bedingter Erkrankungen gesehen. Ebenso sind spezifische Gruppen (z.B. illegale Migrantinnen) systemspezifisch unterversorgt (s.o.). Therapiebeginn und -ende werden bei Migrantinnen nicht selten durch den Aufenthaltstatus bestimmt. Insbesondere bei traumatisierten Flüchtlingen findet in Deutschland im Allgemeinen eine „gesunde“ Integration nicht statt, es sei denn, dass Flüchtlinge frühzeitig im Asylverfahren anerkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden (Özkan, 2003; Wirtgen, 2003).

Eine systematische Übersicht deutscher Publikationen zu dem Themenbereich Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Rehabilitation und Migration (Koch, 2003) weist die bestehende erhebliche Unter- und Fehlversorgung nach.

Danach führen unzureichende Behandlungskonzepte und -strategien, unzureichende und nicht bedarfsgerechte Versorgungsangebote (kaum muttersprachliche TherapeutInnen, DolmetscherInneneinsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wird von den Gesetzlichen Krankenversicherungen nicht finanziert) gepaart mit dem so genannten „Einverständnis im Missverständnis“, das heißt der iatrogen⁴ geförderten Somatisierung der Leiden insbesondere bei Migrantinnen zu:

- überproportionalem Einsatz apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung, der kostenintensiv und ineffizient ist;
- verspäteter bzw. unzureichender Überweisung von der somatischen Medizin in die psychosoziale Versorgung bei häufig bereits bestehender Chronifizierung der Symptome.

Konzepte, die auf die Stärkung der Kompetenzen von Migrantinnen (Empowerment) und die Stärkung zur Verfügung stehender Ressourcen und Bewältigungs-Strategien zielen, sind unterentwickelt.

4 Iatrogen bedeutet durch den Arzt/die Ärztin verursacht z.B. infolge diagnostischer oder therapeutischer Einwirkungen.

Gleichzeitig fehlen gesicherte geschlechtsspezifische epidemiologische Daten, die eine valide Analyse der bestehenden Versorgungssituation erlauben würden. Eine derartige Analyse würde die Entwicklung geschlechtssensibler Konzepte für eine bedarfsgerechte psychiatrische, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung von Migrantinnen erlauben.

Konsens besteht dahingehend, dass nicht die Errichtung migrantinnenspezifischer Einrichtungen zum Ausgleich der vorhandenen Defizite nötig ist, sondern die Öffnung und Flexibilisierung der vorhandenen Regeldienste insgesamt, die der heterogenen Realität und den unterschiedlichen Risiken verschiedener Teile der Migrationsbevölkerung (Asylsuchende, Flüchtlinge, Arbeitsmigrantinnen, Spätaussiedlerinnen, etc.) Rechnung tragen. Analog zur Implementierung des Konzepts des Gender Mainstreaming wäre die ergänzende Etablierung eines kultursensiblen Konzepts des „diversity management“ in die gesundheitliche Versorgung vonnöten. Dazu gehört neben der Verbesserung der Kommunikationsqualität zwischen den LeistungserbringerInnen in der Gesundheitsversorgung und den Adressatinnen und Nutzerinnen der Gesundheitsangebote und -einrichtungen insbesondere die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Gesundheitsberufe.

Kommunikationsqualität umfasst mehr als nur Sprachkompetenz. In diesem Zusammenhang beinhaltet der Begriff auch Wissen um Migrationserfahrungen, um soziokulturelle Normen und Werte, die die Herkunftssituation und jetzige Lebenssituation von Migrantinnen kennzeichnen ebenso wie Reflexionskompetenz über die eigene Kulturgebundenheit bei den Behandelnden. Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, angemessen und erfolgreich mit Menschen anderer kultureller Herkunft zu kommunizieren.

4.10.5 Handlungsfelder

Der Handlungsbedarf im Bereich Gesundheit und MigrantInnen wird seit Anfang der 90er-Jahre in Deutschland und Europa intensiv diskutiert (Gardemann, Müller und Remmers, 2000). Diese Debatte hat wichtige Impulse zum möglichen Umgang mit migrationspezifischen Problemen in der Gesundheitsversorgung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene gegeben (Hommes, 2003). Die Enquetekommission ist sich bewusst, dass die Umsetzung dieser Impulse in Problemlösungsansätze bisher erst teilweise und nicht flächendeckend in Gang gekommen ist.

Insbesondere der mit den besonderen Lebensumständen und -phasen verbundene Bedarf von Migrantinnen an gesundheitlicher Versorgung wurde bisher nur unzureichend thematisiert. Entsprechend dürftig sind die zurzeit vorhandenen Daten. Die fehlende Sensibilisierung der AkteurInnen im Gesundheitswesen spiegelt sich auch in den bisher nur unzureichend entwickelten Konzepten einer bedarfsgerechten Versorgung. Konzepte einer qualitätsgesicherten, geschlechtersensiblen, interkulturell kompetenten Versorgung wurden bisher in NRW nicht flächendeckend realisiert.

Auf der Basis der von der Enquetekommission vorgenommenen Analyse der derzeitig zur Verfügung stehenden Daten, einschließlich des eingeholten Gutachtens und des Fachgesprächs „Psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW“ werden folgende vier Haupt-Interventionsbereiche identifiziert, für die vorrangig Maßnahmen für erforderlich gehalten werden. Die Enquetekommission lässt sich hierbei von einem

Ansatz leiten, der ganzheitlich ausgerichtet ist und sich dem Grundsatz der Chancengleichheit verpflichtet fühlt. Dieser Ansatz strebt eine Gesundheitsversorgung an, die in der Lage ist, geschlechtssensibel im Sinne des Gender Mainstreaming, Menschen verschiedener kultureller und ethnischer Herkunft und aus allen sozialen Gruppen, angemessen in ihre Leistungen einzubeziehen. Dies erfordert ein Gesundheitswesen, welches mit allen seinen Institutionen professionell (z.B. im Sinne des „diversity management“) auf die Bedürfnisse einer heterogenen Klientel und einer durch Migration sich verändernden Gesellschaft eingeht (Koehn, 2003).

Interventionsbereiche

1. Forschung:

- Etablierung einer geschlechtsspezifischen Grundlagenforschung zu den gesundheitlichen Risikofaktoren der Migration einschließlich der Entwicklung einer empirisch tragfähigen Definition von MigrantInnen.
- Einrichtung eines geschlechtsspezifischen Monitoring der gesundheitlichen Lage der Migrationsbevölkerung einschließlich einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung.
- Kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation der migrationsspezifischen Maßnahmen, um deren Effizienz und Effektivität zu messen und zu beurteilen („evidence-based healthcare“).

2. Gesundheitsförderung und Prävention:

- Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und zum Empowerment von Migrantinnen, mit dem Ziel, deren eigene Ressourcen zu mobilisieren und persönliche Kompetenzbereiche zu stärken.
- Überprüfung der bisherigen Präventionsangebote auf Wirksamkeit.
- Entwicklung von Integrationsstrategien auf der Basis spezifischer Risikobewertungen für unterschiedliche Migrantinnengruppen.

3. Gesundheitsversorgung:

- Aufbau niedrigschwelliger Angebote für besonders vulnerable Gruppen von Migrantinnen; insbesondere Ausweitung nachfragegerechter Therapieangebote für traumatisierte Migrantinnen. Entwicklung von evidenzbasierten Angeboten für Migrantinnen mit schwersten psychischen Erkrankungen auf kommunaler Ebene (Ziguras und Stuart, 2000; Marshall et al., 2003).
- Konzeptionelle Vernetzung bisheriger Angebote.
- Regelmäßige Überprüfung der vorhandenen Angebote auf Wirksamkeit.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen GesundheitsversorgerIn und Klientinnen, Abbau von Sprachbarrieren (s.u.).
- Anerkennung von interkulturellen Kompetenzen als Qualifikation bei der Stellenausschreibung und -vergabe in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

4. Bildung:

- Entwicklung und Etablierung eines Ausbildungsganges für DolmetscherInnen in der Gesundheitsversorgung.

- Etablierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitsbereich für interkulturelle Vermittlung und Interaktion.
- Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Sensibilisierung für migrations- und geschlechtsspezifische Problemlagen und Vermittlung von Fertigkeiten mit dieser Problematik angemessen umzugehen.
- Ausbau von bedarfsgerechten Angeboten zum Spracherwerb von Migrantinnen.

Die Enquetekommission hat deshalb folgende Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik und den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW erarbeitet:

4.10.6 Handlungsempfehlungen

Ausgehend von einem Gesundheitsverständnis im Sinne der Definition der WHO⁵ müssen bei der Vorgabe von Handlungsempfehlungen alle Faktoren betrachtet werden, die Einfluss auf das psychische, physische und soziale Wohlbefinden von Menschen haben. Das bedeutet, dass zahlreiche Politikbereiche sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch in den Kommunen angesprochen sind. Neben den politischen Handlungsebenen kommt aber auch allen AkteurInnen im Gesundheitswesen, den Versorgungseinrichtungen und den Berufsverbänden sowie Ärztekammern eine besondere Verantwortung hinsichtlich einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in NRW zu. Soziale Integration und rechtliche Gleichstellung von Migrantinnen sind fundamentale Voraussetzungen für deren Gesundheit.

In diesem Sinne fordert die Enquetekommission *die Landesregierung* auf:

Sich auf Bundesebene einzusetzen für

- ein Antidiskriminierungsgesetz, das die Gleichstellung von Migrantinnen sicherstellt und Ausgrenzung verhindert,
- eine Änderung des AsylbewerberInnenleistungsgesetzes mit der Zielrichtung, dass traumatisierten Asylbewerberinnen über eine Notfallbehandlung hinaus psychotherapeutische Hilfe gewährleistet wird,
- die Entwicklung und Implementierung eines Cultural Mainstreaming-Konzeptes⁶ in das politische Handeln analog zum Gender Mainstreaming und

⁵ Siehe Kapitel 2.1

⁶ Mainstreaming-Strategien sind Instrumente zur Erreichung von Chancengleichheit und Integration. Sowohl Cultural Mainstreaming als auch Gender Mainstreaming berücksichtigen die besonderen Lebensumstände, Bedürfnisse und Interessen einer Zielgruppe bei allen Entscheidungen und Konzepten auf allen Ebenen und Hierarchiestufen von Organisation, Betrieben und Verwaltungen. Übergeordnet steht bei beiden Strategien die Gestaltung von sozialen Verhältnissen insbesondere in ihrer strukturellen Dimensionen im Zentrum von Maßnahmen. Cultural Mainstreaming ist analog zum Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe zu verstehen, mit der Zukunftsperspektive den „Appendix“-Status bisheriger Antidiskriminierungs- und Migrationspolitik aufzulösen.

Wie für Gender-Mainstreaming- ist auch für Cultural-Mainstreaming-Ansätze der politische Wille der Spitze einer Organisation/Verwaltung und deren Unterstützung von besonderer Relevanz. Als Möglichkeit zur Sensibilisierung von Führungspersonal und MitarbeiterInnen bieten sich entsprechend den Gender-Analysen hier Diversity-Analysen an, die Ausgangspunkt von Top-down-Strategien sein können.

- eine verstärkte Förderung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund.

Im Bereich *Empowerment und Partizipation*

- die in der Integrationsoffensive Nordrhein-Westfalen von allen Fraktionen beschlossenen Maßnahmen zügig umzusetzen,
- analog dem Prinzip des Gender Mainstreaming das Prinzip des Cultural Mainstreaming für alle Politikbereiche auf Landesebene zu implementieren und bei der Planung, Umsetzung und Evaluierung von politischen Maßnahmen Migrantinnen zu beteiligen,
- nach einer Bestandsaufnahme gezielt das Angebot niedrigschwelliger Sprachkurse in NRW bedarfsgerecht auszubauen, z.B. kostenfreie Angebote und Kurse, die auch für nicht erwerbstätige Mütter mit kleinen Kindern zugänglich sind (Kinderbetreuung),
- effektive DolmetscherInnenendienste für Behandelnde und Patientinnen im sozialen und medizinischen Sektor (insbesondere in der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik und Therapie) zu entwickeln, zu implementieren und deren Finanzierung sicherzustellen; dabei ist für die Qualitätssicherung dieser Dienste zu sorgen und ihre Einbindung in die medizinische Versorgung der jeweiligen Region zu gewährleisten. (Als Vorbild kann die niederländische Dolmetscherzentrale dienen, die als wichtige Basiseinrichtung der Gesundheitsversorgung einen Pool von DolmetscherInnen bereit stellt, der ÄrztInnen, Betroffenen und anderen Interessierten rund um die Uhr zu Verfügung steht. Weitere Beispiele guter Praxis sind das Ethnomedizinische Zentrum Hannover e.V. (EMZ), das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin e.V., der Gemeindedolmetschdienst Berlin⁷) und
- Migrantinnenorganisationen stärker als bisher für die Themen Prävention und Selbsthilfe zu sensibilisieren und Selbsthilfeorganisationen in ihren Bemühungen um eine interkulturelle Öffnung zu unterstützen; dabei sind migrationspezifische Strukturen der „Laienhilfe“ zu berücksichtigen.

Im Bereich *gesundheitliche Versorgung*

- mit der Durchführung einer landesweiten Kampagne dem Thema „Versorgungsbedarfe von Migrantinnen im Bereich psychische, psychosoziale und psychosomatische Gesundheit“ öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen,
- eine interkulturelle Bestandsaufnahme in den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung des Landes und der komplementären Dienste vorzunehmen und darauf aufbauend verbindliche Kriterien zur Interkulturalität von Institutionen zu entwickeln und zu implementieren,
- durch eine landesweite Kampagne insgesamt und in den landeseigenen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Besonderen die Beschäftigung, Bildung und Ausbildung von medizinischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund zu fördern; hierzu ist die Benennung von interkultureller Kompetenz als Schlüsselqualifikation bei Ausschreibungen und Stellenbesetzungen dienlich und

7 www.ethno-medizinisches-zentrum.de; www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de; www.bayzent.de

- in bedarfsgerechtem Umfang Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien im Bereich psychische, psychosoziale und psychosomatische Gesundheitsversorgung von Migrantinnen bereitzustellen.

Im Bereich *Versorgung besonderer Zielgruppen*

- vorhandene therapeutische Hilfsangebote für traumatisierte Flüchtlingsfrauen auszubauen, die Behandlungsfinanzierung langfristig sicherzustellen und für entsprechende Qualitätskontrollen der Behandlung Sorge zu tragen,
- die Voraussetzung einer raschen Klärung des Aufenthalts- oder Flüchtlingsstatus bei traumatisierten Patientinnen zu schaffen, um hier eine Planungssicherheit hinsichtlich der Behandlungsperspektive zu gewährleisten; hier muss ein Schutz vor Retraumatisierung und der Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung gesichert sein,
- in bedarfsgerechtem Umfang die professionelle Betreuung von Frauen, die als Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution aufgegriffen werden, strukturell und finanziell sicherzustellen und
- Integrationsstrategien auf der Basis spezifischer Risikobewertungen für unterschiedliche Migrantinnengruppen zu entwickeln, die bereits bei oder vor der Einreise zur Verfügung stehen und die es erlauben, Gruppen mit niedrigem Risiko und Gruppen mit erhöhtem Risiko zu unterscheiden und entsprechende Interventionen zielgerichtet auf kommunaler und Länderebene anzubieten (siehe auch 4.10.2.3 „healthy migrant effect“).

Im Bereich *Forschung und Vernetzung*

- durch gezielte Forschungsförderung die Datenlage bezüglich der psychischen Gesundheit von Migrantinnen (Inzidenz und Prävalenz psychischer Probleme, Bedarfslage, Verlauf und Therapieergebnissen, Qualität der Versorgung sowie der Verbreitung und Effektivität interkulturell angelegter Maßnahmen) zu verbessern,
- die finanzielle Unterstützung zur Einrichtung einer Datenbank über die vorhandenen wissenschaftlichen Daten der Gesundheitsforschung im Bereich Migrantinnen; sinnvoll ist hier auch ein Informationsaustausch auf Bundesebene und
- auf Landesebene eine Koordinierungsstelle einzurichten, die den Informationsaustausch und die Diskussion bezüglich gesundheitlicher Versorgung von Migrantinnen (insbesondere psychische Gesundheit) zwischen Projekten, gesundheitlichen Versorgungsinstitutionen und Gesundheitspolitik auch über NRW hinaus ermöglicht.

Die Enquetekommission empfiehlt den bestehenden *Einrichtungen der Regelversorgung*:

- eine interkulturelle Öffnung ihrer Angebote und Dienste unter Berücksichtigung von Cultural Mainstreaming-Konzepten zu fördern und entsprechende Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Konzepte zu entwickeln,
- interkulturelle Kompetenz als Qualifizierungsmerkmal bei Stellenbesetzungen zu berücksichtigen und
- Fort- und Weiterbildungsangebote für Behandelnde und Pflegende zum Erwerb interkultureller Kompetenzen in ihren Einrichtungen anzubieten.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Ärztikammern, Berufsverbänden und der Kassensärztlichen Vereinigung*:

- eine bedarfsgerechte Zulassung und Einstellung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen mit sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen zu gewährleisten,
- die Vermittlung interkultureller Kompetenzen und transkultureller Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern,
- die Voraussetzung für den Erwerb einer zertifizierten Zusatzqualifizierung für „Interkulturelle Kompetenz“ zu schaffen und
- evidenzbasierte Qualitätsstandards für die psychosoziale Betreuung von Migrantinnen zu entwickeln.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Behandelnden im Gesundheitswesen*:

- den Erwerb interkultureller und genderspezifischer Kompetenzen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Behandlung von Migrantinnen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *Kostenträgern*:

- bei der Entwicklung von Materialien, Informationen und Interventionen die Bedürfnisse von Migrantinnen zu berücksichtigen und Migrantinnen in alle Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsschritte einzubeziehen (z.B. partizipieren MigrantInnen bei der Entwicklung von Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA – laut deren Auskunft auf allen Ebenen, d.h. bei Konzeptentwicklung, Übersetzungsphase, Gestaltung, Qualitätskontrolle, Testung),
- grundsätzlich bei jeder öffentlichen Kampagne zur psychischen Gesundheit interkulturelle Aspekte zu berücksichtigen,
- vermehrt Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien mit interkulturellem Ansatz (vor allem auch audiovisuelle Medien für lese- und schreibunkundige Migrantinnen) bereitzustellen und
- Angebote zur Gesundheitsförderung für Migrantinnen in allen Regionen von NRW (inhaltlich und regional) erreichbar zu machen.

Die Enquetekommission empfiehlt den *AkteurInnen im Bereich Forschung*:

- die Entwicklung einer handhabbaren Definition von „Migrantinnen“ – unter Berücksichtigung der Spätaussiedlerinnen – für den Bereich der epidemiologischen Forschung,
- die routinemäßige Aufnahme ausländischer StaatsbürgerInnen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland („MigrantInnen“) in alle gesundheitsbezogenen Datenerhebungen und Surveys und
- die Berücksichtigung eines ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses im Bereich Gesundheit und Migrantinnen.

Die Enquetekommission fordert die *AkteurInnen der Gesundheitsberichterstattung von Bund, Ländern und Gemeinden* auf, zukünftig folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- eine standardisierte Definition der Zielgruppe „MigrantInnen“ für alle Datenquellen, die eine Differenzierung nach Zugehörigkeit für verschiedene Zielgruppen erlaubt und die

- gewährleistet, dass unterschiedliche Gruppen adäquat repräsentiert sind (z.B. auch Spätaussiedlerinnen),
- geschlechtsspezifische und nach Regionen getrennte Daten zu erheben und auszuweisen,
 - Aufnahme des Merkmals „Land der Geburt“ in die Gesundheits- und Todesursachenstatistik (mittelfristig) und des Merkmals „Land der Geburt beider Elternteile“ (langfristig),
 - Erweiterung der Indikatorensätze der Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen um geschlechts- und migrationspezifische Aspekte,
 - regelmäßige Zusammenführung von Daten aus den untersuchten Quellen (insbesondere amtliche Bevölkerungs- und Sterbedaten, Sozio-oekonomisches Panel, Perinatalerhebungen, Schuleingangsuntersuchungen, Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und Mikrozensus) gemäß dem Indikatorensatz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK),
 - regelmäßige und systematische Zusammenfassung bestehender lokaler/regionaler Datenerhebungen zur Gesundheit von MigrantInnen und
 - Veröffentlichung ausgewählter, aufbereiteter Daten zur Gesundheit von MigrantInnen zusammen mit methodischen Erläuterungen in Form von Beiträgen in der Gesundheitsberichterstattung (Reihe des Statistischen Bundesamtes/Robert-Koch-Institut) alle zwei bis drei Jahre.

4.10.7 Literatur

- Abdallah-Steinkopf, B. (2001): Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, Thomas, Salman, Ramazan (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Bonn
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), (2002): *Daten und Fakten zur Ausländersituation*, Berlin und Bonn
- Borde, Theda, Rosendahl, Carla (2003): Frauen- und Männergesundheit. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*, Berlin und Bonn, August 2003, 109-117
- Desjarlais, R. (1995): *World mental health problems and priorities in low income countries*, Oxford University Press, Oxford
- Diefenbacher, A., Heim, G. (1997): Kulturspezifische Einstellung zum Körper. Somatisierung bei türkischen und deutschen Depressiven. *T&E Neurologie Psychiatrie* 11, 870-3
- Furnham, A., Shaheen, S. (1993): Gender, Generational, and Social Support Correlates on Mental Health in Asian Immigrants. *International Journal of Social Psychiatry* 39, 22-33
- Gardemann, J., Müller, W., Remmers, A. (Hrsg.), (2000): *Migration und Gesundheit – Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*, Düsseldorf
- Haasen, C., Lambert, M., Mass, R., Krausz, M. (1998): Impact of Ethnicity on the Prevalence of Psychiatric Disorders Among Migrants in Germany. *Ethnicity and Health* 3, 159-65
- Hommes, Minika (2003): Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*, Berlin und Bonn, August 2003, 22-25
- International Organization for Migration: IOM Statement: Health Issues for Female Migrants, Stand Dezember 2003 (www.iom.int/en/who/main_policies_gender.shtml)
- Koch, E. (2003): Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*, Berlin und Bonn, August 2003, 43-53

- Koehn, P.H. (2003): Global Politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence. Vortrag auf der Tagung Improving cultural competence: Training hospital staff for providing cross-cultural health care, Wien, 28. August 2003
- Kolk, v. d., (2000): Traumatic Stress, Paderborn, 192
- Lajios, K. (Hrsg.), (1998): Die ausländische Familie – Ihre Situation und Zukunft in Deutschland, Opladen, Leske + Budrich
- Lajios, K. (Hrsg.), (1993): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen, Opladen, Leske + Budrich
- Leon, D., Walt, G. (2001): Poverty, Inequality and Health: An international perspective. Oxford University Press, Oxford (HA)
- Lindert, Jutta (2003): Krankheit kennt keine Papiere. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 143-147
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2003): Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, Oxford
- Ministerium für Arbeit, Soziales Qualifikation und Technologie (MASQT) (Hrsg.), (2002): Notiert in NRW. Zuwanderungsstatistik, Ausgabe 2001, Düsseldorf
- Mohammadzadeh, Zahra (2003): Gesundheit und Integration, Gesundheit durch Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 118-121
- Özkan, Ibrahim (2003): Grenzen und Praxisansätze der traumazentrierten Arbeit mit Flüchtlingen. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 122-125
- Olbermann, Elke, Dietzel-Papakyriakou, Maria (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer, Forschungsbericht, Dortmund
- Patel, V. et al. (1999): Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. Social Science and Medicine, Vol. 49, Issue 11, 1461-1471
- Pourgholam-Ernst, Azra (2002): Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen: Frauen und Gesundheit; eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht, Münster
- Saraceno, B. (1997): Poverty and mental Health. Canadian Journal of Psychiatrie, 42, 285-290
- Vahedi, N., (1996): Diskriminierung und gesundheitliches Wohlbefinden bei türkischen Industriearbeitern. Psychosozial 19, 71-92
- Weilandt, Caren, Rommel, Alexander, Raven, Uwe (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW (www.landtag.nrw.de)
- Williams, D.R., Williams-Morris, R. (2000): Racism and Mental Health: the African American experience. Ethnicity and Health 5, 243-68
- Wirtgen, Waltraud (2003): Untersuchung und Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin und Bonn, August 2003, 126-129
- Ziguras, S.J., Stuart, G.W. (2000): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psychiatr Serv 51, 1410-1421

Links

www.ethno-medizinisches-zentrum.de
www.gemeindedolmetscherdienst-berlin.de
www.bayzent.de
www.kvno.de/buerger/arztstuche/arztverz.html

www.aekwl.de/

www.kywl.de

www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm

www.iom.int/en/who/main_policies_gender.shtml