

Die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen Therapieprogramm für Frauen – das wissenschaftlich begleitet und geprüft wird – weisen auf eine **hohe Akzeptanz** sowohl durch die Patientinnen als auch durch die Therapeut/-innen hin.

PD Dr. Ursula Härtel, MPH

**Kontakt:**

PD Dr. Ursula Härtel, MPH, Humanwissenschaftliches Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München, haertel@lrz.uni-muenchen.de

**Literatur:**

Statistisches Bundesamt. (2005): **Gesundheitsberichterstattung des Bundes**. www.GBE-bund.de, Stand März 2005.

Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. (1999): **Contribution of trends in survival and coronary-event-rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Populations**. The Lancet 1999; 353: 1547-1557.

Lowe LP, Greenland P, Ruth KJ, Dyer AR, Stamler R, Stamler J. (1998): **Impact of major cardiovascular disease risk factors, particularly in combination, on 22-year mortality in women and men**. Arch Intern Med 1998; 158: 2007-2014.

Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. (1999): **Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction**. N Engl J Med 1999; 341: 217-225.

Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. (2000): **Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle**. N Engl J Med 2000; 343: 16-22.

Crowley A, Menon V, Lessard D, Yarzebski J, Jackson E, Gore JM, Goldberg RJ. (2003): **Sex differences in survival after myocardial infarction in patients with diabetes mellitus (Worcester Heart Attack Study)**. Am Heart J 2003; 146(5): 824-831.

Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K et al. (Expert Panel Writing Group) (2004): **Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women**. JACC; 43: 900-908.

Grande G, Leppin A, Mannebach H, Romppel M, Altenhöner TH. (2002): **Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation**, Abschlussbericht Universität Bielefeld.

Mittag O. (2002): **Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern**. B-1 Projekt im Norddeutschen Forschungsverbund. Abschlußbericht 1. Förderphase.

Härtel U, Gehring J, Klein G, Symannek C. (2003): **Untersuchung geschlechtsspezifischer, biomedizinischer und psychosozialer Einflüsse auf den langfristigen Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit**. Abschlußbericht (erste Förderphase) BMBF Bericht.

**Ankündigung:**

Siegfried, Ingeborg (Sept. 2005): **Das gesunde Frauenherz**. Ein Ratgeber. Goldmann-Verlag

■ **Ambulante Herzsportgruppe für Frauen im Essener Sportbund e.V.**

Der Essener Sportbund e.V. unterhält im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation 52 ambulante Herzsportgruppen, die auf das gesamte Essener Stadtgebiet verteilt angeboten werden. Wir sprachen mit der Herzsportübungsleiterin Gaby Boos, die seit vielen Jahren neben gemischten Gruppen auch die einzige Herzsportgruppe für Frauen leitet.

**Seit 10 Jahren gibt es nun die Herzsportgruppe für Frauen. Warum wurde sie damals eingerichtet?**

Vor 10 Jahren dominierten Männer die Herzsportgruppen, obwohl die Statistik durchaus häufig koronare Herzkrankungen auch bei Frauen auswies. Damit war uns klar, dass Frauen anders zum Herzsport motiviert werden müssen als Männer. Eine Chance sahen wir in der Errichtung einer homogenen Frauengruppe, die auch als Projekt in der Kampagne „Gesundes Land NRW“ anerkannt und bekannt gemacht wurde.

**Wie verhält es sich mit der Altersstruktur? Wir wissen, dass Frauen statistisch in höherem Alter einen Herzinfarkt erleiden als Männer. Sind die Frauen in der Regel älter, wenn Sie zum Herzsport kommen?**

Nein. Die zunehmende Zahl jüngerer Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Essen spiegelt sich in den Gruppen durchaus wieder. Die Altersspanne in der Frauengruppe ist sehr groß, sie liegt zwischen 55 und 82 Jahren.

**Wie läuft so eine Herzsportstunde ab?**

Prinzipiell ist eine Herzsportstunde wie folgt aufgebaut: Aufwärmen – Gymnastik – Ausdauer – Spiel – Entspannung. Die Inhalte und Schwerpunkte dieser Einheiten unterscheiden sich zwischen den Gruppen durch eine unterschiedliche Belastbarkeit der Teilnehmenden. Aber auch innerhalb einer Gruppe ist die Belastbarkeit der Einzelnen noch sehr unterschiedlich. Es gehört dazu, dass einige früher aus Übungen aussteigen während andere weitertrainieren. Als Übungsleiterin habe ich darauf zu achten, dass das Leistungsspensum individuell zugeschnitten ist.

**Gibt es Besonderheiten in der reinen Frauengruppe?**

In der Frauengruppe werden weitaus häufiger Elemente der tänzerischen und musischen Bereiche eingebaut, und der Entspannung wird ein größerer zeitlicher Rahmen eingeräumt.

Und: die Frauen zeigen eine große soziale Kompetenz. Nach meinen Beobachtungen entwickelt sich in der Frauengruppe ein weit höheres Sozialgefüge als in anderen Gruppen, das intensiv auch über die Herzsportstunde hinaus weitergeführt wird. Auch oder gerade in Krisensituationen werden die Kontakte gepflegt und gehalten. In meiner Frauengruppe ist es z.B. üblich, einmal im Monat nach einer halbstündigen Trainingszeit gemeinsam Kaffee zu trinken und zu reden. Es werden gesundheitliche Probleme ebenso erörtert wie neue, medizinische Erkenntnisse. Im Gegensatz zu den Männern reden die Frauen auch über private Belange und sind so über persönliche Probleme anderer Frauen, wie z.B. einen erkrankten Partner, informiert. Dies führt dazu, dass in Krisensituationen die betreffende Frau von den anderen aufgefangen wird. Diese gegenseitige Unterstützung wirkt sich zusätzlich zum reinen Trainingseffekt gesundheitsförderlich aus. In dieser Intensität finden die Gespräche und persönlichen Kontakte in gemischten Gruppen meiner Erfahrung nach nicht statt.

Die Leitung einer Frauenherzsportgruppe ist auch für mich sehr sinnvoll: da viele der Teilnehmerinnen nur hier die Möglichkeit haben, etwas für sich selbst zu tun, nutzen sie dies, indem sie ganz besonders motiviert mitarbeiten. In keiner meiner gemischten Gruppen wird z.B. zur begleitenden Musik so viel gesungen wie in der Frauengruppe. Und: meine Arbeit ist für die Frauen nicht selbstverständlich. Sie vermitteln mir oft, wie sehr ihnen die Stunde gefallen hat und dass sie ihnen wirklich gut tut.

**Gehen Frauen auch in gemischte Gruppen?**

Da es nur eine reine Frauenherzsportgruppe in Essen gibt und diese ausgelastet ist, haben andere Frauen erst einmal gar keine Wahlmöglichkeit. Mir liegen keine Zahlen vor, aber ich kann mir vorstellen, dass für viele Frauen die Hemmschwelle so groß ist, dass sie sich erst gar nicht zum Herzsport melden. Die meisten Teilnehmerinnen betrieben zuletzt Schulsport. Aus diesem Grund haben sie Ängste und Unsicherheiten, was übrigens auf Männer ebenso zutrifft. Für viele Frauen erhöht sich die Schwelle noch durch die Vorstellung, sich mit Männern gemeinsam sportlich betätigen zu sollen. Die Möglichkeit, in eine Frauengruppe zu gehen, erleichtert vielen Frauen die Entscheidung zur Teilnahme an einer Herzsportgruppe. Aber: Wenn die Entscheidung, Herzsport zu betreiben gefallen ist, und Frauen und Männer gemeinsam trainieren, wird dies schnell zur Selbstverständlichkeit.

**Gibt es reine Männergruppen?**

Vermutlich gibt es reine Männergruppen, die sich einfach so entwickelt haben. Meines Erachtens ist es auch nicht sinnvoll, reine Männergruppen zu installieren: Männer neigen eher zum sportlichen Vergleich, zeigen ungern vermeintliche Schwächen und überfordern sich zudem schnell. Alles Eigenschaften, die für den Herzsport kontraindiziert sind. Die Anwesenheit von Frauen wirkt hier ausgleichend, so dass für Männer gemischte Herzsportgruppen besser sind.

**Halten Sie frauenspezifische Gruppen für sinnvoll?**

Aus meiner Arbeit sowohl mit der Frauenherzsportgruppe als auch mit den gemischten Gruppen wünsche ich mir sehr, dass mehr reine Frauengruppen ins Leben gerufen werden. Ich glaube einfach, dass weitaus mehr Frauen zum Herzsport gehen würden, wenn sie wüssten, dass es sich um eine Frauengruppe handelt. Die Übungsleiterin hat die Möglichkeit, ganz gezielt frauenspezifische Themen anzusprechen und zu erarbeiten. So meinen Frauen häufig noch, im heimischen Bereich alles im Griff haben zu müssen und die Erkrankung wird oftmals heruntergespielt. Im Zusammensein mit ebenso Betroffenen gelingt es den Frauen auch leichter, die Krankheit zu akzeptieren und sich für Veränderungen der eingefahrenen Lebensgewohnheiten zu öffnen.

**Wir danken Ihnen für dieses Gespräch.** CL

**Ansprechpartnerin** im Essener Sportbund:

Ursula Fiscoeder  
 Ursula.fiscoeder@essener-sportbund.de

**Literaturempfehlung:**

Weidemann, Hermann und Katharina Meyer (1991): **Bewegungstherapie mit herzkranken Frauen.** In: Dies. (Hg.): Lehrbuch der Bewegungstherapie mit Herzkranken. Darmstadt: Steinkopff: S. 455-474.

GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG  
 IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

■ **Instrument zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in NRW entwickelt**

Wie können Geschlechteraspekte systematisch im Gesundheitswesen berücksichtigt werden? Zu dieser Frage hat das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW jetzt einen neuen **Materialienband** vorgelegt und bietet **praktische Hilfestellung** bei der Umsetzung an. Mit der EntschlieÙung der 10. Landesgesundheitskonferenz hat sich das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (MGSFF) bereit erklärt, zur Umsetzung einer grundsätzlichen systematischen Prüfung des Gender-Ansatzes in Gesundheitsprojekten die Entwicklung eines Kriterienkatalogs in Auftrag zu geben. Dieser Auftrag wurde 2003 an das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) vergeben. Seit Ende 2004 liegt das Ergebnis des Projektes „Entwicklung eines Kriterienkatalogs für geschlechtergerechte Projektförderung“ vor.

Die entwickelten **„Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht“** bieten umfassende Unterstützung bei der praktischen Umsetzung von Gender Mainstreaming-Prozessen in den verschiedenen Handlungsfeldern: Gesundheitspolitik, Entwicklung von Programmen zur Umsetzung gesund-

heitspolitischer Zielsetzungen, Gesundheitsforschung, Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Sie enthalten

- Hintergrundinformationen zur Strategie des Gender Mainstreaming und deren Umsetzung im Gesundheitsbereich,
- Informationen darüber, was eine systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bedeutet,
- das Instrument **Gender Matrix**, mit dessen Hilfe die Genderbezüge von Fragestellungen und Projektschritten systematisch analysiert werden können,
- ein Beispiel zur Erläuterung der Anwendung der Gender Matrix,
- eine Kurzfassung für eilige Leserinnen und Leser.

Die ersten Erfahrungen zeigen, dass das Instrumentarium an Praktikabilität gewinnt, wenn es – am besten zu Anfang unter fachlicher Anleitung – auf konkrete Beispiele aus der Praxis angewendet wird. Das MGSFF hat das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) deshalb beauftragt, die Praxiseinführung des „Materials“ zu unterstützen, zu begleiten und zu evaluieren. Die wissenschaftliche Leitung hat die Autorin, Dr. Ingeborg Jahn. Im Rahmen dieses Projektes stehen im Laufe des nächsten Jahres in NRW folgende Angebote zur Verfügung:

- In **Vorträgen** und kurzen **Einführungsworkshops** wird das „Material“ vorgestellt und das Instrument Gender-Matrix mit Beispielen erläutert.
- In **Gender-Workshops** wird die Anwendung des Instruments „Gender Matrix“ anhand thematischer Schwerpunkte – vorzugsweise mit konkreten Beispielen der Teilnehmer/-innen, die diese auch fachlich vertreten – passgenau nach deren Bedürfnissen und Bedarfen erprobt und geschult.
- **E-mail Beratung** bei konkreten Umsetzungsfragen mit der Gender Matrix.

*Ingeborg Jahn  
 Bremer Institut für Präventionsforschung und  
 Sozialmedizin (BIPS)  
 jahn@bibs.uni-bremen.de*

Das **Angebot** richtet sich an alle, die im Gesundheitsbereich Projekte planen, Veranstaltungen organisieren, Themen aufbereiten etc..

Organisationen im Gesundheitswesen wie Kammern, Kassen, Patient/-innenorganisationen und öffentlicher Gesundheitsdienst können kostenlos Referentinnen buchen oder sich in Workshops die **Anwendung der Gender-Materialien** demonstrieren lassen und darüber hinaus Beratung bei der praktischen Umsetzung in Anspruch nehmen. **Interessiert?**

**Kontakt:**  
 Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW  
 Dr. Monika Weber, Bad Salzufen  
 Fon: 05222-63 62 94/- 95  
 koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

**Die Broschüre** „Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht“ finden Sie zum Download sowie zur Bestellung unter **www.mgsff.nrw.de** > Medien > Bücherregal 1b