



informiert!

Jg. 5 Nr. 10

Nov. 2005

SCHWERPUNKT: SOZIALE LAGE, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT

Verkürzt Armut tatsächlich die Lebenserwartung? Welche Theorien stehen zur Verfügung, um den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären? Wie wirkt sich die soziale Lage auf die Gesundheit von Frauen und wie auf die Gesundheit von Männern aus? Welche Defizite von Theorien und Konzepten macht der Blick durch die Geschlechterbrille sichtbar? Welche konkreten Ansätze zur Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten gibt es? Diesen Fragen gehen ausgewiesene Expertinnen und Experten im Themenschwerpunkt auf den Seiten 6 - 12 nach.

Netzwerke als Instrumente für innovative Entwicklung sind im Gesundheitsbereich noch relativ neu. Das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW arbeitet erfolgreich seit 5 Jahren und hat sich im Juni 2005 unter dem Titel „Netzwerken – der Schlüssel zum Erfolg“ den Potenzialen und Strategien von Vernetzung gewidmet (S. 4). Das kommunale Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit in Bielefeld beschreibt anlässlich seines fünfjährigen Jubiläums seine Arbeitsweise und Ergebnisse (S. 14) und das seit 10 Jahren

bestehende landesweite Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zieht ein Resümee seiner Ziele und deren Umsetzung (S.14).

5 Jahre Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW: Anlass für uns, einige Schlaglichter aus unserer Arbeit vorzustellen (S. 3)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie noch die Möglichkeit haben, das Angebot des MAGS zur beispielhaften Umsetzung der Gender Matrix für Ihre Einrichtung bzw. Ihr Arbeitsfeld zu nutzen. Mehr dazu auf Seite 3.

Möchten auch Sie über Ihre Aktivitäten berichten? Der Einsendeschluss für die nächste Ausgabe ist der 15. April 2006. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

Viel Spaß bei der Lektüre!
Carola Lehmann, Koordinationsstelle

Kontakt: Carola Lehmann, Köln
Fon: 0221 - 801 77 78, Fax: 0221 - 240 36 53
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

EDITORIAL SCHWERPUNKT: SOZIALE LAGE, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT	1
AUS DER KOORDINATIONSSTELLE	3
■ 5 Jahre Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW – Schlaglichter	3
■ Gender Mainstreaming praktisch	3
■ Neu! Materialsammlung Frauenherzen – Männerherzen	4
■ Neu! Übersicht kommunaler Aktivitäten zu „Häusliche Gewalt und Gesundheit“	4
■ CD-Rom: „Sind das schon die Wechseljahre?“	4
AUS DEM NETZWERK	4
■ 5 Jahre Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW – „Netzwerken – der Schlüssel zum Erfolg“	4
■ Ankündigung: 9. Tagung „Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen“	5
AUS DEM LAND NRW	5
■ Gesundheitspolitik in NRW nach der Landtagswahl 2005	5
■ Mammografiescreening-Programm startet in NRW	5
■ „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ – Neue Arbeitshilfe des Iögd erschienen	6
SCHWERPUNKT: SOZIALE LAGE, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT	6
■ Einleitung	6
■ Dr. Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Geschichte der Diskussion – Hinweise für die Zukunft	6
■ Dr. Birgit Babitsch: Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit	7
■ Dr. Uwe Helmert: Die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung nach Geschlecht und Hauptberufsgruppen	9
■ Dr. Antje Richter: Jugendliche Mädchen sind besonders gefährdet	10
■ Monique Wewel: Der Regionale Knoten NRW – Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	11
GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	12
■ Gesundheitspolitische Beschlüsse der GFMK und der GMK 2005	12
■ Gender-Forschung in der Medizin unzureichend	12
■ Dreimal so viele Männer wie Frauen begehen Suizid	12
■ Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe	13
■ Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht	13
FRAUEN UND GESUNDHEIT	14
■ Zehn Jahre Verbindungen knüpfen. Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	14
■ Jubiläum – Kommunales Netzwerk in Bielefeld	14
■ Essstörungen: Neue Studie zur Qualitätssicherung in Beratung und Therapie	15
■ Train-the-Trainer-Seminare werden fortgesetzt	15
■ Herzinfarkt bei Frauen – eine vermeidbare Krankheit	15
TERMINE	16
NEUERSCHEINUNGEN	16
NEUE WEBSEITEN	16

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW
www.frauengesundheit-nrw.de

IMPRESSUM

Standort Köln: FFGZ
Roonstr. 92
50674 Köln
Fon: 0221 - 801 77 78, Fax: 0221 - 240 36 53
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

Standort Bad Salzuflen: IZFG
Alte Vlothoer Str. 47-49
32105 Bad Salzuflen
Fon: 05222 - 63 62 94/ -95, Fax: -97
koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

Gestaltung: die copiloten Köln (www.die-copiloten.de)

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW wird gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.

Hinweise: Die mit vollem Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Texte der Mitarbeiterinnen der Koordinationsstelle sind mit folgenden Kürzeln gekennzeichnet:
CL – Carola Lehmann, GK – Gabriele Klärs, MW – Dr. Monika Weber, WF – Dr. Walburga Freitag

AUS DER KOORDINATIONSSTELLE

■ **5 Jahre Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW – Schlaglichter**

Seit 5 Jahren engagiert sich die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW für die Zukunft einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Wir haben viel erreicht: Das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW zählt mittlerweile 70 Mitglieder und hat sich als zentraler Ort für den Erfahrungsaustausch und Know-how-Transfer im Bereich der frauenspezifischen Gesundheitsförderung, -versorgung und -forschung in NRW etablieren können. Die Herausgabe von Arbeitsmaterialien zum Thema „Häusliche Gewalt und gesundheitliche Folgen“ sowie die Fachtagung „Den Wechsel gestalten“ zur Neuorientierung im Umgang mit den Wechseljahren beispielsweise belegen, dass die kontinuierliche Arbeit des Netzwerkes mittlerweile in gemeinsame Aktivitäten der einzelnen Mitgliedsorganisationen mündet. Die *informiert!* und unsere Homepage als unsere zentralen Informationsmedien werden vielfältig genutzt: Knapp 700 Abos und 700 Homepage-Besuche täglich sind Ausdruck davon. Gefragt sind auch unsere Materialsammlungen, unsere Vorträge und unsere fachlichen Stellungnahmen. Dass die Themen unserer Fachberatungen in den letzten Jahren immer spezifischer geworden sind, ist ein Zeichen dafür, dass sich die Aktivitäten in NRW, geschlechtsspezifische Aspekte im Gesundheitsbereich zu berücksichtigen, ausdifferenzieren. Dennoch stehen wir mit der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – wie es seit April diesen Jahres auch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst fordert – noch am Anfang. So wird es eine unserer Aufgaben im nächsten Jahr sein, die praktische Umsetzung der vom Gesundheitsministerium entwickelten Materialien zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht im Gesundheitssystem in NRW (Gender Matrix) zu befördern. Anlässlich unseres 5-jährigen Bestehens hier ein paar Schlaglichter auf die Geschichte unserer Arbeit:

- 2000 Aufbau der Koordinationsstelle in Bad Salzuflen und Köln und Beginn der Fach- und Politikberatung; erste Vorträge; Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit; Aufbau des Netzwerkes
- 2001 Gründung des Netzwerkes Frauen und Gesundheit NRW; Erster Rundbrief erscheint; Erster Fachartikel der Koordinationsstelle zu geschlechtsspezifischen Aspekten der Gesundheitsversorgung erscheint im Westfälischen Ärzteblatt (12/2001); zahlreiche Vorträge und Beratungen im Rahmen der landesweiten Aktionswochen „Frauen und Gesundheit“
- 2002 Kontakt- und Kooperationsgespräche mit 28 landesweit tätigen Organisationen des Gesundheitssystems und Beginn konkreter Projekte; Ausbau der Internetpräsenz www.frauengesundheit-nrw.de; Mitwirkung an der Planungs- und Arbeitshilfe des lögd „Gender als Prinzip in der Gesundheitsversorgung“ (erschienen Anf. 2004)
- 2003 Veröffentlichung der ersten Materialsammlung: „Gewalt und gesundheitliche Versorgung“; Aus dem Rundbrief wird die Zeitschrift *informiert!*;

Erstes landesweites Treffen der Kommunalen AKs Frauen und Gesundheit; Kooperationsveranstaltung mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe – Fortbildung „Frauenmedizin – Männermedizin“; Stellungnahme der Koordinationsstelle: „Koronare Herzerkrankungen und Disease Management Programme“

- 2004 Fachartikel „Häusliche Gewalt macht krank!“ im Westfälischen (12/03) und im Rheinischen Ärzteblatt (2/04); Netzwerk-Treffen, *informiert!* und Materialsammlung zu „Wechseljahre und Hormontherapie“; Veröffentlichung von Arbeitsmaterialien zum Thema „Gewalt und gesundheitliche Versorgung“; Materialsammlung: „Frauen und Medikamente“ veröffentlicht; Stellungnahme zu „Gender Mainstreaming im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst“
- 2005 Materialsammlung: „Frauenherzen – Männerherzen“ veröffentlicht; Fachtagung: „Den Wechsel gestalten – Neuorientierungen im Umgang mit den Wechseljahren“ in der Ärztekammer Nordrhein; Mitwirkung an der Planungs- und Arbeitshilfe des lögd „Häusliche Gewalt und Gesundheit“; Start der Koordination und Durchführung von Projekten zur Umsetzung der Gender Matrix; Ihren 100. Vortrag hielt die Koordinationsstelle in der KGK Köln zum Thema „Gender in der Krankenhausplanung“; die 10. *informiert!* erscheint. CL

Alle **Angebote** der Koordinationsstelle finden Sie unter: www.frauengesundheit-nrw.de

■ **Gender Mainstreaming praktisch**

Geschlechterdifferenzierung soll im Gesundheitswesen in NRW praktisch werden – mit dieser Zielsetzung unterstützt das Land NRW derzeit Organisationen im Gesundheitsbereich, die Gender Mainstreaming konsequent umsetzen wollen. Die vom Bremer Institut für Prävention und Sozialmedizin (BIPS) entwickelten Materialien „Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht“ sollen weite Verbreitung finden und praktisch erprobt werden. Sowohl Dr. Ingeborg Jahn, die die Materialien entwickelt hat, als auch die Mitarbeiterinnen der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW stehen zur Verfügung, um die Materialien vorzustellen und in Workshops an konkreten Themen und Projektvorhaben mit den interessierten Organisationen praktisch anzuwenden. Das Angebot ist für die Organisationen kostenlos.

Im Sommer ist eine Projektinformation an alle Mitgliedsorganisationen der Landesgesundheitskonferenz, des Netzwerkes Frauen und Gesundheit NRW und an die kommunalen Gesundheitskonferenzen verschickt worden. Die Reaktionen sind durchgängig positiv: 15 Organisationen haben bereits ihr Interesse signalisiert, sich an der Erprobung und Umsetzung der sogenannten „Gender-Matrix“ zu beteiligen. Das Spektrum reicht von den Landschaftsverbänden über Versicherungsträger, Selbsthilfeorganisationen bis hin zu einzelnen Kliniken. Auch der Rücklauf seitens der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist groß.

Gefragt sind bisher vor allem Einführungsveranstaltungen und die Beratung bei der konkreten Anwendung der Materialien: Wie kann eine Kampagne „rauchfreies Krankenhaus“ durchgeführt werden, die sowohl Männer als auch Frauen gleichermaßen erreicht? Welche Gender-Aspekte gibt es bei betrieblicher Gesundheitsförderung zu berücksichtigen und wie können diese in konkrete Maßnahmenplanung einfließen? Wie kann Gender Mainstreaming in psychiatrischen Kliniken implementiert und umgesetzt werden? Welche geschlechtsspezifischen Aspekte sind bei der Planung und Durchführung eines Jugendgesundheitstages zu berücksichtigen? – sind nur einige der Fragen, mit denen die Umsetzungsphase jetzt beginnt. Abschließen soll das Projekt mit einer Ausstellung im Landtag und einer Buchveröffentlichung, die den Gender-Projekten Öffentlichkeit schafft. *MW*

Weitere Informationen:

www.frauengesundheit-nrw.de > Aktuelles

Kontakt: Dr. Monika Weber, Bad Salzuflen

Fon: 05222 - 63 62 94 / -95

koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

■ **NEU! Materialsammlung Frauenherzen – Männerherzen**

Um Ärztinnen, Ärzten, Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, Studierenden und weiteren Interessierten einen möglichst schnellen Zugriff auf Literatur, Evidenzberichte, Gutachten, Forschungsprojekte und weitere Materialien zum Thema ‚Geschlechtsspezifische Aspekte der Koronaren Herzerkrankung‘ zu ermöglichen, hat die Koordinationsstelle eine Online-Material- und Literatursammlung erstellt. Diese bietet die Möglichkeit, über aktive Links direkt zu relevanten Materialien zu gelangen, die im Internet verfügbar sind. Die Materialsammlung finden Sie unter: www.frauengesundheit-nrw.de > Themen *WF*

Kontakt: Dr. Monika Weber, Bad Salzuflen

Fon: 05222 - 63 62 94 / -95

koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

■ **NEU! Übersicht kommunaler Aktivitäten zu „Häusliche Gewalt und Gesundheit“**

Die Koordinationsstelle hat in einer landesweiten Befragung der 54 Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen zusammengetragen, welche Materialien zum Thema „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ in den Kommunen erstellt worden sind und welche Veranstaltungen, Fortbildungen und sonstigen Aktivitäten stattgefunden haben. In der Auflistung finden Sie außerdem die Adressen der Ansprechpartner/innen. *GK*

Die **Übersicht** finden Sie unter:

www.frauengesundheit-nrw.de > Aktuelles

Kontakt: Gabriele Klärs, Köln

Fon: 0221 - 801 77 78

koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

■ **CD-Rom: „Sind das schon die Wechseljahre?“**

Im Rahmen der Fachtagung „Den Wechsel gestalten – Neuorientierungen im Umgang mit der Hormontherapie in den Wechseljahren“ hat die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW eine Präsentation erstellt, die collagenartig Bilder, Fotos, Karikaturen und Zitate zum Thema „Wechseljahre der Frau“ präsentiert und einen kritischen wie unterhaltsamen Blick auf den gesellschaftlichen und medizinischen Umgang mit dem Älterwerden von Frauen wirft. Die Präsentation kann z.B. im Rahmen von Veranstaltungen zum Thema eingesetzt werden. Sie ist gegen eine Schutzgebühr von 5,- Euro als CD-Rom bei der Koordinationsstelle erhältlich und kann über einen PC oder Laptop mit Beamer abgespielt werden. *WF*

Zu Bestellen bei der Koordinationsstelle, Standort

Bad Salzuflen, Fon: 05222 - 63 62-94/ -95, Fax -97

koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

AUS DEM NETZWERK

■ **5 Jahre Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW**

„Netzwerken – der Schlüssel zum Erfolg“

Das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW kann nach 5 Jahren seines Bestehens eine positive Bilanz ziehen. In einem Verteiler, der inzwischen 70 landesweite Organisationen umfasst, bringt es Bereiche zusammen, die bisher keine oder wenig Berührung hatten: neben dem traditionellen Gesundheitssystem sind die Frauenunterstützungseinrichtungen, die Wohlfahrtspflege, gesundheitliche Selbsthilfe, kommunale und Landesverwaltung sowie Forschung/Lehre vertreten. Die Vertreterinnen und Vertreter widmen sich auf den zwei mal jährlich stattfindenden Tagungen gemeinsam wechselnden frauengesundheitsrelevanten Themen. Außerdem haben zwei Arbeitsgruppen ergebnisorientiert die Themen: ‚Gewalt und gesundheitliche Versorgung‘ und ‚Wechseljahre und Hormontherapie‘ bearbeitet. Das Netzwerk wird gesteuert durch ein Gremium, das sich aus Vertreter/innen der verschiedenen Bereiche zusammensetzt. Seine Aufgabe ist die konzeptionelle Weiterentwicklung des Netzwerkes und die Vor- und Nachbereitung der Tagungen. Die integrative Aufgabe der Geschäftsführung nimmt die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit in Köln wahr.

Die Veröffentlichungen und die von verschiedenen Kooperationspartner/innen getragene Fachtagung „Den Wechsel gestalten“ dokumentieren gelungene Kooperationen, die das Netzwerk ermöglicht hat (s. auch: Aus der Koordinationsstelle).

Gerade im Gesundheitsbereich stellen Netzwerke selbst eine Innovation dar. Sie sind ein neues Instrument, das eine Struktur schafft, innovative Entwicklung fördert und Schnittstellen überwindet. Vernetzung ist ein Lernprozess, so Susanne Weber (2002). In diesen Prozess bringen sich Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen auch als Personen ein, um zusammen zu arbeiten. Diesen Aspekt betonte auch Anni Hausladen in ihrem Workshop auf der 8. Netzwerktagung im Juni 2005 und stellte verschiedenen Methoden vor, Vernetzung aktiv zu unterstützen.

Die Wirkung von Netzwerken geht in drei verschiedene Richtungen: nach innen, indem Expert/innen ihr Know-

How in das Netzwerk tragen; in die beteiligten Organisationen, indem es den Beteiligten Impulse für das eigene Arbeitsfeld gibt und nach außen in die Öffentlichkeit. Die Evaluation der bisherigen Netzwerktagungen spiegelt das hohe Interesse an Austausch wider und zeigt die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit dem fachlichen Niveau der Themenbearbeitung. Außerdem geben die Teilnehmer/innen an, auf den Tagungen Impulse für die eigene Arbeit zu erhalten.

Dass Organisationen die systemische und integrative Perspektive von Netzwerken als institutionelle Strategie begreifen, kann neue Wege zur Lösung heutiger Probleme aufzeigen (vgl. Weber 2002). In diesem Sinne wird auch das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW seine Entwicklung weiter fortsetzen und einen aktiven Beitrag zur Bearbeitung wichtiger frauengesundheitlicher Themen für NRW leisten. GK

Literatur: Weber, Susanne (2002): Vernetzung als Prozess entwerfen mit Großgruppenverfahren
In: OrganisationsEntwicklung Nr. 2 / 2002, Basel

■ **Ankündigung: 9. Tagung des Netzwerkes**

„Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen“

In zahlreichen empirischen Studien wurde der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit untersucht. Der theoretische Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage ist bekannt, aber bisher finden sich kaum die Verknüpfung der sozialen und gesundheitlichen Perspektive und entsprechende Handlungsansätze.

Seit die Geschlechterperspektive mehr Beachtung findet, liegen nicht nur Erkenntnisse über Geschlechterverzerrungen in der Forschung sondern zunehmend auch geschlechtsspezifische Ergebnisse vor. Diese zeigen erhebliche Differenzen nicht nur innerhalb sondern zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Ungleichheit. Die Ergebnisse selbst, aber auch die Fragen nach den Ursachen und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf stehen im Mittelpunkt dieser Tagung.

Ein zweiter Themenschwerpunkt ist das im Auftrag des Gesundheitsministeriums entwickelte Instrument „Gender Matrix“, das die systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht sicherstellen soll. Sie soll Akteuren im Gesundheitsbereich bei der Planung und Durchführung von Projekten sowie bei der Bearbeitung von Themen Hilfestellung geben, die verschiedenen Dimensionen von Sex/Gender systematisch zu prüfen. Das Netzwerk wird dieses Instrument praxisorientiert entlang des Tagungsthemas kennen lernen. GK

Das **9. Treffen des Netzwerkes** Frauen und Gesundheit NRW findet am Mo, 21.11.05 in der BKK Essen statt.

Thema: Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen

Kontakt: Gabriele Klärs, Köln
Fon: 0221 - 801 77 78
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

AUS DEM LAND NRW

■ **Gesundheitspolitik in NRW nach der Landtagswahl 2005**

Mit der Neustrukturierung der Ministerien ist die Gesundheitspolitik dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW zugeordnet. Minister ist Karl-Josef Laumann (CDU). Staatssekretär ist Prof. Dr. Stefan Winter (CDU). **Informationen** zur Leitung des Ministeriums finden Sie unter: www.mags.nrw.de/ministerium/leitung/index.htm. Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat sich am 6. Juli konstituiert. Der Abgeordnete Günther Garbrecht (SPD) wurde zum Vorsitzenden, der Abgeordnete Bernhard Tenhumberg (CDU) zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Am 21. September fand die erste öffentliche Sitzung statt.

Informationen zu den Sitzungen, den Abgeordneten sowie zum Arbeitsprogramm des Ausschusses finden Sie unter: www.landtag.nrw.de > Parlament > Ausschüsse und Gremien. MW

■ **Mammografiescreening-Programm startet in NRW**

Als erstes Bundesland startet NRW in den Bezirken Münster und Dortmund Ende Oktober und in Düsseldorf im Dezember 2005 das Mammografiescreening. Bis Mitte 2006 soll das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs flächendeckend in NRW eingeführt sein.

Die Einführung des Mammografiescreenings geht zurück auf einen Bundestagsbeschluss aus dem Jahr 2003: Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, die sich nicht wegen einer Brusterkrankung in Behandlung oder Nachbehandlung befinden, sollen demnach alle zwei Jahre mit einem Einladungs- und Informationsbrief zur Mammografie in zentrale Screening-Einheiten (zertifizierte Untersuchungszentren) geladen werden. 19 solcher Einheiten wird es in NRW geben.

Dort werden von jeder Brust zwei Röntgenaufnahmen gemacht. Diese werden unabhängig voneinander von zwei besonders geschulten Ärzten beurteilt. Bei unauffälligem Befund werden die Frauen nach Ablauf von zwei Jahren wieder eingeladen. Sollten sich auf den Röntgenaufnahmen hingegen Veränderungen zeigen, die auf eine Brustkrebserkrankung hinweisen könnten, so bekommt die Frau eine Einladung zur weiteren Abklärungsdiagnostik. Hier findet zunächst ein Gespräch des programmverantwortlichen Arztes/der Ärztin mit der Frau statt, an dem auf Wunsch der Frau auch ihr Hausarzt/ihre Hausärztin oder Gynäkologe/-in teilnehmen kann. Anschließend folgen weitere Untersuchungen zur Abklärung dieses Verdachts.

www.kvno.de/presse/meld2005/mammographie.htm

Grundlagen:

Weitere Informationen zum Mammografie-Screening sowie grundlegende Dokumente und politische Beschlüsse finden Sie unter: www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de

Informationsmaterial:

Das Nationale Netzwerk Frauengesundheit hat zwei Broschüren zum Thema Mammografie-Screening herausgegeben: eine richtet sich an Multiplikatorinnen (**Mammografie Screening. Was Multiplikatoren/innen vor**

Ort wissen sollten, 34 Seiten) und wertet die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zum Mammografie-Screening in Bremen aus; eine weitere wendet sich unmittelbar an Frauen (**Brustkrebs Früherkennung. Informationen zur Mammografie**, 34 Seiten) mit der Intention, Ihnen eine informierte Entscheidung zur Teilnahme am Mammografie-Screening zu ermöglichen. Die Broschüren können über die Gmünder Ersatzkasse bezogen werden: Download: www.gek.de > Service > Infopool > Gesundheit

CL

■ „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ – Neue Arbeitshilfe des Landesinstitutes für den öffentlichen Gesundheitsdienst erschienen

Die in der letzten *informiert!* angekündigte neue Planungs- und Arbeitshilfe des Iögd „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ ist aktuell erschienen. Die Planungshilfe richtet sich v. a. an die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und informiert über Häusliche Gewalt und ihre gesundheitlichen Folgen. Anhand konkreter Beispiele werden die Bearbeitungs- und Kooperationsmöglichkeiten für Kommunale Gesundheitskonferenzen dargestellt. Im Anhang finden sich Hinweise auf weiterführende Materialien und Adressen.

Die Arbeitshilfe ist Teil eines Pakets, das außerdem einen Leitfaden für Professionelle im Gesundheitssystem, einen Dokumentationsbogen und eine Patientinneninformationskarte enthält. Diese Materialien sind als Ausdruck sowie als Dateien auf der beigefügten CD vorhanden. Anliegen ist, kommunalen Akteuren die Möglichkeit zu geben, Adressen von lokalen Hilfeeinrichtungen in die Materialien einzudrucken, um so betroffenen Frauen und Professionellen wichtige Informationen über Hilfemöglichkeiten vor Ort zu geben.

GK

Bestelladresse: Sigrid.Wuttke@loegd.nrw.de
Leitfaden, Dokumentationsbogen und Infokarte finden sich zum Download auf der Homepage der Ärztekammer Westfalen-Lippe www.aekwl.de/public/service/doc14.htm oder unter: www.frauengesundheit-nrw.de > Gesundheitsthemen > Gewalt.

SCHWERPUNKT: SOZIALE LAGE, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT

■ Einleitung

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist seit langem nicht nur ein Interessensgebiet der öffentlichen Gesundheit sondern auch intensiv beforschtes Gebiet der Soziologie. Die geschichtliche Entwicklung der Themenbearbeitung zeichnet Dr. Andreas Mielck in seinem Beitrag nach. Wenige Jahre alt ist demgegenüber die Frage nach den Geschlechterdifferenzen. Die Bearbeitung von Genderaspekten bringt nicht nur Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu Tage, sondern wirft die methodische Frage auf, wie überhaupt soziale Lage definiert wird und ob die bisher verwendeten Kriterien zur Beschreibung sozialer Lage Frauen in angemessener Weise erfassen. Diesem Themenkomplex widmet sich Dr. Birgit Babitsch in ihrem Beitrag „Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit“.

Hohe Relevanz nicht nur für den sozialen und ökonomischen Status sondern auch für Gesundheit hat die Art der Belastungen durch Erwerbstätigkeit. Dr. Uwe Helmert analysiert die Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) hinsichtlich der berufsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung für den Zeitraum 1990 bis 2003 und untersucht die Frage, welche Rolle der beruflichen Tätigkeit und welche der Geschlechtszugehörigkeit zukommt.

Belastungen durch Lebensverhältnisse wie z.B. Einkommensarmut auf der einen stehen Ressourcen auf der anderen Seite gegenüber. Persönliche Ressourcen wie z.B. Selbstvertrauen sind geschlechtsspezifisch geprägt und die Geschlechterrollen selbst sind mit spezifischen Belastungen verbunden. Diesem Zusammenhang geht Dr. Antje Richter in ihrem Artikel nach.

Der Schwerpunkt schließt mit einem Praxisbeispiel: Monique Wewel stellt den Regionalen Knoten NRW vor.

GK

Demnächst wird die Koordinationsstelle eine **Online-Materialsammlung** zum Thema veröffentlichen.

Kontakt: Gabriele Klärs, Köln
Fon: 0221 - 801 77 78
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

■ Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Geschichte der Diskussion – Hinweise für die Zukunft

Dr. Andreas Mielck

In der letzten Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits (z.B. Lampert et al. 2005, Mielck 2005). In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status (d.h. niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status. Auch der 2005 vorgelegte „2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“ weist deutlich darauf hin.

Diskussion über dieses Thema vor ca. 100 Jahren

Vielleicht gelingt es den Gesundheitswissenschaften, diese gesundheitliche Ungleichheit auch in Deutschland wieder zu so einem zentralen wissenschaftlichen und (gesundheits-)politischen Thema zu machen, wie dies vor ca. 100 Jahren bereits der Fall war. Ärzte wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann wiesen schon um 1850 darauf hin, dass der Gesundheitszustand vor allem in der unteren sozialen Schicht verbessert werden muss, und zwar durch die gezielte Verbesserung der Lebensbedingungen. In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts wurde diesen Stimmen allerdings nur wenig Gehör geschenkt. Die Einführung der medizinischen Bakteriologie schien die Fragen der Krankheitsursachen ausreichend zu beantworten. Eine stärkere Rückbesinnung darauf, dass auch die Lebensbedingungen bei der Krankheitsentstehung eine wichtige Rolle spielen, ist erst wieder um etwa 1900 zu erkennen.

Bis zum 1. Weltkrieg hatte diese an den sozialen Problemen ansetzende Richtung der Medizin dann eine breite wissenschaftliche und öffentliche Diskussion

ausgelöst. Die empirische Forschung erreichte dabei ein hohes Niveau, sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Studien als auch gemessen an der Diskussion über methodische Probleme. Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Diskussion nicht von ‚Sozial-Revolutionären‘ getragen wurde, sondern von etablierten Mediziner/innen und von Statistischen Ämtern.

Diskussion heute

Zum einen stellt sich die Frage, ob auch heute noch ähnliche gesundheitliche Ungleichheiten vorhanden sind wie vor ca. 100 Jahren, trotz der verbesserten Lebensbedingungen und medizinischen Versorgung, und trotz des heute dominierenden Spektrums von Krankheitsursachen (z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs an Stelle von Infektionskrankheiten). Wie die heute publizierten empirischen Studien zeigen, muss diese Frage bejaht werden. Die gesundheitliche Ungleichheit mag kleiner sein als vor ca. 100 Jahren, aber immer noch sind die Angehörigen der unteren sozialen Schicht von einer erheblich höheren Mortalität und Morbidität betroffen als die Angehörigen der oberen sozialen Schicht.

Zum anderen muss gefragt werden, ob die heute vorhandenen gesundheitlichen Ungleichheiten auf die gleichen Ursachen zurückgeführt werden können wie vor ca. 100 Jahren. Eine genaue Antwort lässt sich kaum geben, weil die Frage nach den Ursachen heute nicht mehr so systematisch untersucht wird wie früher. In seinem 1911 publizierten Buch schreibt W. Hanauer: „Die Gründe der erhöhten Sterblichkeit der Minderbemittelten und Armen gegenüber den Reichen und Wohlhabenden sind teils sozialer, teils hygienischer Art. Die Armut zwingt sie zu ungenügender Ernährung, ihre Wohnungen sind unzureichend, dadurch wird die Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten herabgesetzt. (...) Diejenigen Bevölkerungsschichten, welche eine hohe Sterblichkeit aufweisen, gehören vorwiegend den handarbeitenden Klassen an, sind Industriearbeiter, sie unterliegen vielfach gewerblichen Schädigungen“ (S. 1). Vermutlich haben die hier angesprochenen Ursachen nach wie vor einige Gültigkeit. Notwendig wäre jedoch eine detaillierte Analyse der gesundheitlichen Belastungen, mit denen die unteren Statusgruppen in Deutschland gegenwärtig umgehen müssen.

Der historische Rückblick kann auch als **Richtschnur** dienen zur Einschätzung des gegenwärtigen Engagements von Gesundheitswissenschaftler/innen und -politiker/innen. In den letzten Jahren hat das wissenschaftliche und öffentliche Interesse am Thema ‚soziale Ungleichheit und Gesundheit‘ erheblich zugenommen. Diese Entwicklung lässt sich am Beispiel des vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eingesetzten ‚Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen‘ verdeutlichen: Das letzte Gutachten wurde im Frühjahr 2005 vorgelegt, und dort hat der Rat zum ersten Mal ein umfassendes Kapitel zum Thema ‚soziale Ungleichheit und Gesundheit‘ aufgenommen (www.svr-gesundheit.de). Die Diskussion hat jedoch noch lange nicht das Niveau aus den Jahren vor dem 1. Weltkrieg erreicht. Nur relativ wenige Wissenschaftler beteiligen sich aktiv daran, und (gesundheits-)politische Empfehlungen oder Maßnahmen speziell zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich kaum finden. Warum ist das Engagement nicht größer? Sind die empirisch belegten gesundheitlichen Ungleichheiten ein vergleichsweise unwichtiges Problem, oder sind sie ein Problem, das nicht verringert werden kann? Noch fehlt eine intensive wissenschaftliche und öffentliche Diskussion zur Klärung dieser Fragen.

Die Defizite der gegenwärtigen Diskussion zeigen sich auch bei der Frage, ob und wie die **Gender-Perspektive** beachtet wird. Frauen sind von sozialer Benachteiligung in einem weitaus höheren Maße betroffen als Männer. Im ‚Datenreport 2004‘ wird das Erwerbseinkommen für das Jahr 2002 getrennt nach Männern und Frauen aufgelistet (S. 352). Daraus wird z.B. ersichtlich, dass im produzierenden Gewerbe die Arbeiterinnen 26% weniger verdienen als die Arbeiter. Das gleiche gilt auch für die Angestellten, hier beträgt der Einkommensabstand sogar 29%. Die beiden zentralen Fragen der sozialegpidemiologischen Diskussion lauten: (a) Welche Bevölkerungsgruppen sind gesundheitlich besonders stark belastet? (b) Wie kann der Gesundheitszustand in diesen Bevölkerungsgruppen verbessert werden? Um diese Fragen beantworten zu können, ist eine stärkere Vernetzung zwischen der geschlechter- und der schichtspezifischen Gesundheitsforschung unabdingbar.

Kontakt:

Dr. phil. Andreas Mielck, MPH, GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, 85758 Neuherberg
mielck@gsf.de

Literatur:

Hanauer W. (1911): *Die soziale Hygiene des Jugendalters*. Verlag Richard Schoetz, Berlin.
Lampert Th., Saß A.-C., Häfelinger M., Ziese Th. (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch - Institut, Berlin.
Mielck A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Verlag Hans Huber, Bern et al.
Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): *Datenreport 2004*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

■ Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit

Dr. Birgit Babitsch

Dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit besteht, ist wissenschaftlich evident und lässt sich für Deutschland und in vielen anderen Ländern aufzeigen. Dieser Befund scheint dabei weitgehend unabhängig von der Art des verwendeten Indikators sozialer Ungleichheit, wie Schul- und Berufsausbildung, berufliche Stellung und Einkommen zu sein und zeigt, dass Menschen die sozial schlechter gestellt sind, auch kränker sind bzw. früher sterben. Komplexer und uneindeutiger wird dieses Bild bei der Betrachtung der vorhandenen Geschlechtsunterschiede. So deuten manche Studien auf einen stärkeren Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Morbidität bzw. Mortalität bei den Männern hin, während andere Studienergebnisse ähnliche Verteilungsmuster berichten oder sogar einen stärkeren Zusammenhang bei den Frauen finden. Wie sich diese Unterschiede erklären lassen, ist eine bis dato weitgehend unbeantwortete Frage. Verschiedene Erklärungsansätze für diese Unterschiede im sozialen Gradienten werden diskutiert, wie u.a. die Wahl des Indikators sozialer Ungleichheit, der Einfluss anderer Faktoren der sozialen Lebenslage, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Belastungen, Risiken und Ressourcen, unterschiedliche Wirkungsweisen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen und Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität und Mortalität sowie zeitliche Trends. In welcher Weise und in welchem Umfang diese Einflussfaktoren zur Erklärung dieser geschlechts-

spezifischen Unterschiede beitragen, ist allerdings noch nicht ausreichend empirisch untersucht worden. Sozial bedingte Unterschiede in der Morbidität und Mortalität lassen sich auch in Deutschland seit langem nachweisen. Eine höhere Belastung durch Erkrankungen sowie eine niedrigere Lebenserwartung zeigen sich sowohl im Vergleich zwischen der jeweils niedrigsten und höchsten sozioökonomischen Gruppe als auch im Vergleich der einzelnen Gruppen, wobei die jeweils niedrigere sozio-ökonomische Stellung über schlechtere Werte als die jeweils darüber liegende Gruppe verfügt (sozialer Gradient). Zudem zeigt sich, dass diese Differenzen besonders ausgeprägt sind bei sozialen Gruppen, die über sehr geringe Ressourcen verfügen und einer hohen sozialen Deprivation ausgesetzt sind (z.B. Langzeitarbeitslose, allein erziehende Mütter, Einkommensarme).

Armutsverteilung zwischen Frauen und Männern

Im Jahr 2003 waren nach den Ergebnissen des 2. Armuts- und Reichtumsbericht 12,6% der Männer und 14,4% der Frauen einkommensarm¹ (BMGS 2005). Die prozentualen Anteile sind in den neuen Bundesländern jedoch höher als in den alten (Männer: 11,6% (West), 17,1% (Ost); Frauen: 12,8% (West), 21,1% (Ost)). Betrachtet man die Sozialhilfequoten, so zeigt sich, dass 3,7% der Frauen und 3,1% der Männer diese in 2003 bezogen. Am häufigsten auf Hilfe zum Lebensunterhalt waren die allein Erziehenden mit einem Anteil von 26,3% angewiesen und in der überwiegenden Mehrzahl waren es Frauen (97 % Frauen, 3% Männer). Damit tragen vor allem Frauen die Konsequenzen aus Ehe- und Partnerschaftsproblemen und den daraus resultierenden Verschlechterungen der wirtschaftlichen Situation (ebd.).

Geschlechterverteilung bei Bildung und Erwerbstätigkeit

Ein bedeutsamer Einflussfaktor für Armut ist die Arbeitslosigkeit, die 2004 bei 11,7% für Deutschland lag (BMGS 2005). Die Arbeitslosenquote war bei den Männern mit 12,5% (West: 10,3%; Ost: 20,6 %) etwas höher als bei den Frauen mit 10,8% (West: 8,4%; Ost: 19,5%). Demgegenüber sind Frauen in Ostdeutschland deutlich häufiger als Männer von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (49,3% vs. 38,5%), während sich in Westdeutschland kaum geschlechtsspezifische Unterschiede finden (34,7% vs. 35,8%). Obgleich sich die Schul- und Berufsausbildung bei Frauen und Männern weitgehend angeglichen hat, spiegelt sich dies nicht in der beruflichen Stellung von Frauen wider. Mehr Frauen als Männer finden sich in den einfachen und schlechter bezahlten Berufsegmenten, während in der oberen beruflichen Hierarchie der Anteil der Männer dominiert. Nach Auswertungen des Mikrozensus 2004 lag der Anteil der Frauen bei den Führungskräften bei 33% und bei den Top-Führungskräften sogar nur noch bei 21% (Statistisches Bundesamt 2005). Weitgehend unverändert sind die Unterschiede im Erwerbseinkommen von Frauen und Männern. Gründe hierfür liegen in der unterschiedlichen Verteilung der reproduktiven Aufgaben, dem nach Geschlecht segregierten Erwerbsarbeitsmarkt sowie den geringeren „Erlösen“ aus der erworbenen Qualifizierung von Frauen im Vergleich zu Männern („economic return“). Bei einer Betrachtung verschiedener erwerbsbezogener Faktoren wie u. a. Teilzeitarbeit, Anteil in niedrigen bzw. in höheren beruflichen Positionen, dem Umfang von Abwärtsmobilität, d.h. denjenigen, die in Berufen arbeiten, die unter ihrer beruflichen Qualifizierung liegen, wird deutlich, dass sich überall eine Schlechterstellung von Frauen findet, die zusammenfassend Facetten geschlechtsbezogener Ungleichheit beschreiben. Diese

Aspekte fließen jedoch bis heute unzureichend in die Beschreibung sozialer Ungleichheitslagen ein.

Methodische Schwächen der Messung sozialer Schichten

So ist ein wesentliches Kennzeichen der Messung sozialer Ungleichheit, konzeptualisiert in dem Index soziale Schicht, die Annahme einer Statuskonsistenz, d.h. die Vorstellung, dass sich die Schul- und Berufsausbildung, der berufliche Status und das Einkommen entsprechen. Dieser Ansatz basiert auf der männlichen Erwerbsbiographie und kann in dieser Form nur selten die Lebenssituation von Frauen adäquat beschreiben und ihm sind auch durch die Entwicklungstrends in gegenwärtigen Gesellschaften (z.B. hohe Sockelarbeitslosigkeit) und die Zunahme von diskontinuierlichen Erwerbsbiographien Grenzen gesetzt. Zu fordern ist deshalb, dass bei der Verwendung der Indikatoren sozialer Ungleichheit, die Differenzen zwischen Frauen und Männern in der Verteilung sowie in der Bedeutung für die Biographie und die soziale Lage geprüft und ihre Angemessenheit kritisch reflektiert werden sollten. Bislang findet sich dieser kritische Umgang mit den Indikatoren sozialer Ungleichheit sowie eine systematische Integration geschlechtsspezifischer Ansätze nur selten in den Publikationen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit, wie eine Analyse der Geschlechterangemessenheit in diesem Forschungsgebiet gezeigt hat (Babitsch 2005). Jedoch lassen sich in den letzten Jahren verschiedene Initiativen zu einer Veränderung erkennen. Nicht nur die Forscher/-innen sondern auch die Leser/-innen von Publikationen sind deshalb aufgefordert, kritisch zu hinterfragen, welche theoretischen Annahmen sich hinter den einzelnen Indikatoren sozialer Ungleichheit verbergen und welche geschlechtsspezifischen Unterschiede darin bestehen.

Soziale Lage und Gesundheit

In verschiedenen Analysen, die sich mehrheitlich auf die klassischen Indikatoren sozialer Ungleichheit beziehen, konnten soziale Unterschiede in der Morbidität und Mortalität aufgezeigt werden. Frauen und Männer in den unteren Schul- und Berufsausbildungsgruppen sowie mit einfacher beruflicher Stellung geben die schlechteste Beurteilung ihres eigenen Gesundheitszustandes ab (Babitsch 2005). Auch hinsichtlich des Auftretens von Beschwerden und Erkrankungen besteht eine größere Wahrscheinlichkeit für die unteren sozioökonomischen Gruppen daran zu erkranken. So zeigt sich für Armut eindeutig, dass ein negativer Zusammenhang mit der Gesundheit besteht. 27,2% der Frauen und 21,2% der Männer in der Armutsrisikogruppe beurteilen im Vergleich 18,4% der Frauen und 11,3% der Männer in der einkommensstärksten Gruppe ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht (Lampert & Ziese 2005). Einkommensarmut bedingt auch ein höheres Mortalitätsrisiko. Dieses ist nach Daten des Sozioökonomischen Panels bei den Männern um den Faktor 2,5 (niedrigste vs. höchste Einkommensgruppe) und bei den Frauen um den Faktor 1,8 erhöht (ebd.). Auch erwerbslose Frauen und Männer haben im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand, wobei ein enger Zusammenhang zwischen der Dauer der Erwerbslosigkeit und dem Grad der gesundheitlichen Belastung besteht (Bammann & Helmert 2000). Erwerbslose beurteilen ihre eigene Gesundheit deutlich schlechter als die Berufstätigen. Dies korrespondiert mit einer höheren Belastung durch Beschwerden und Erkrankungen wie die Analysen der Daten des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003 zeigen. Bei den langzeitarbeitslosen Männern im Vergleich zu den erwerbstätigen Männern fanden sich die höchsten Odds Ratios (OR) für chronische Bronchitis (OR = 3,41), Depression (OR = 3,36) und Arthrose (OR = 2,14);

¹Die Berechnung erfolgt nach der neuen OECD-Skala. Angaben beziehen sich auf die Armutsrisikogrenze 60% des Medians des laufend verfügbaren Äquivalenzeinkommens.

bei den langzeitarbeitslosen Frauen für Depression (OR = 2,74), Hypertonie (OR = 2,16) und für Herzrhythmusstörungen (OR = 2,14) (BMGS 2005).

Unzureichende Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in den Erklärungsansätzen gesundheitlicher Ungleichheit

Verschiedene Erklärungsfaktoren, wie materielle Bedingungen, kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren, psychosoziale Faktoren, Lebensereignisse, medizinische Versorgung und Einflüsse aus der frühen Kindheit bzw. aus dem sozialen Lebensumfeld, konnten inzwischen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit exploriert und überwiegend wissenschaftlich abgesichert werden. Ihr Erklärungsbeitrag zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit ist allerdings unterschiedlich und auch zwischen Frauen und Männern verschieden. Inzwischen wurden diverse Erklärungsmodelle entwickelt, die viele der oben genannten Einflussfaktoren berücksichtigen. Jedoch werden horizontale Ungleichheitsstrukturen, wie u.a. Alter, Geschlecht, Nationalität, deren Einfluss sowohl auf die soziale als auch auf die gesundheitliche Lage und auf die gesundheitliche Ungleichheit belegt ist, noch nicht ausreichend in den Modellen berücksichtigt. Die wenigen vorliegenden Ansätze machen deutlich, was eine systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bedeutet, da sowohl bei den einzelnen Einflussfaktoren als auch bei der Interaktion zwischen den Einflussfaktoren und möglichen Wirkungspfaden Unterschiede zwischen den Genusgruppen zum Tragen kommen können (Babitsch 2005). Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der sozialen Lebenslage und den daraus resultierenden Belastungen und Ressourcen sollten auch gesellschaftliche Normen und ihr Einfluss auf das Geschlechterverhältnis berücksichtigt werden. Die empirische Absicherung steht allerdings noch aus.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass, obgleich den geschlechtsspezifischen Unterschieden eine verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wird, in der Literatur zu gesundheitlicher Ungleichheit die Konzeptualisierung von Geschlecht eher im Sinne einer biologischen Differenzierung erfolgt. Es bestehen nach wie vor Defizite in der Einbindung des sozialen Geschlechts in die Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit und in der Realisierung der damit verbundenen theoretischen wie empirischen Anforderungen. Im Zentrum steht dabei sicherlich die Frage, welche Indikatoren die Lebenssituation von Frauen und Männern in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation angemessen beschreiben. Hierbei kann neben einer quantitativen Differenzierung die Berücksichtigung qualitativer Unterschiede gewinnbringend sein. So sagt die Höhe des Haushaltseinkommens nur wenig über die tatsächliche Verteilung im Haushalt aus und damit wer im Haushalt über welche finanziellen Ressourcen verfügt (Rerrich 1990). Auch sollte auf die Kumulation von sozialer Benachteiligung wie sie bei einzelnen, besonders vulnerablen Gruppen zu finden sind, ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit unter Einbeziehung der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist in der zukünftigen Forschung eine hohe Priorität einzuräumen. Dies stellt die Basis dar, geschlechterangemessene Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer gezielten Veränderung von Belastungen wie auch zu einer Förderung von Ressourcen beitragen. Das Angebot von niederschweligen Interventionen und Beratungen muss durch sozialpolitische Maßnahmen begleitet werden, um Frauen in besonders schwierigen Lebenslagen, die gleiche Chance zu einem Leben in Gesundheit zu eröffnen.

Kontakt: Dr. Birgit Babitsch, MPH

TU Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften
Birgit.babitsch@charite.de

Literatur:

- Babitsch, B. (2005): **Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit**. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bammann, K. & Helmert, U. (2000): **Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit**. In: Helmert, U.; Bammann, K.; Voges, W. & Müller, R. (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 159-185.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): **Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht**. Bonn. www.bmgs.de.
- Lampert, T. & Ziese, T. (2005): **Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit**. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Rerrich, M. (1990): **Ein gleich gutes Leben für alle? Über Ungleichheitserfahrungen im familialen Alltag**. In: Berger, P. & Hradil, S. (Hrsg.): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Soziale Welt. Sonderband 7. Göttingen, 189-205.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005): **Leben und Arbeiten in Deutschland – Mikrozensus 2004**. Tabellenanhang zur Pressebroschüre. Wiesbaden.

■ Die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung nach Geschlecht und Hauptberufsgruppen für den Zeitraum 1990-2003:

Dr. Uwe Helmert

Eine Längsschnittanalyse für die Versicherten der Gmünder Ersatzkasse

Der Kenntnisstand über die geschlechts- und berufsspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung ist mangels Längsschnittstudien in Deutschland relativ gering. Daher soll im Folgenden anhand der Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) analysiert werden, welche Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der berufsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung für den Zeitraum 1990 bis 2003 zutage treten. Die Datenbasis beruht auf den anonymisierten Routinedaten der GEK für den Zeitraum 1990 bis 2003. Die GEK-Routinedaten beinhalten unter anderem Informationen über persönliche Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Eintrittsdatum, Austrittsdatum und Austrittsgrund sowie über berufliche Tätigkeiten und stationäre Krankenhausaufenthalte (inklusive ICD).

Für die Morbiditätsanalysen werden folgende Krankheiten berücksichtigt: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Erkrankungen des Muskel-, Skelett- und Bindegewebes sowie Verletzungen und Vergiftungen. An dieser Stelle wird allerdings nicht auf einzelne Krankheitsgruppen eingegangen, sondern es wird lediglich die kumulierte Morbiditätsrate aufgrund der oben genannten Erkrankungen herangezogen. Als von Morbidität betroffen werden alle Personen definiert, die während des Untersuchungszeitraumes wegen mindestens einer der berücksichtigten Krankheitsgruppen einmal oder mehrmals einen stationären Krankenhausaufenthalt zu verzeichnen haben. Für die Mortalitätsanalysen wird auf das Merkmal Austrittsgrund aus der Krankenkasse (= verstorben) zurückgegriffen.

Um den Zusammenhang zwischen Morbidität bzw. Mortalität und der beruflichen Tätigkeit analysieren zu können, wird die letzte berufliche Tätigkeit zu insgesamt 11 Hauptberufsgruppen zusammengefasst. Diese Eingruppierung erfolgte in Anlehnung an die von Blossfeld (1989) entwickelte Kategorisierung der Berufe. Die folgenden Hauptberufsgruppen liegen der Auswertung zugrunde: einfache manuelle Berufe (z.B. Packer/in), einfache

Dienstleistungsberufe (z.B. Kellner/in), einfache kaufmännische und Verwaltungsberufe (z.B. Verkäufer/in), qualifizierte manuelle Berufe (z.B. Dreher), qualifizierte Dienstleistungsberufe (z.B. Krankenpfleger/in), qualifizierte kaufmännische und Verwaltungsberufe (z.B. Einzelhändlerkaufmann/-frau), Techniker/in (z.B. Zahntechniker/in), Semiprofessionen (z.B. Realschullehrer/in), Ingenieur/in, Professionen (z.B. Arzt/Ärztin) und Manager/in. Aufgrund der geringen Anzahl von Sterbefällen für einige dieser Berufsgruppen bei den Frauen wird für die Analyse des Mortalitätsgeschehens die ursprüngliche Unterteilung in 11 Hauptberufsgruppen nochmals reduziert auf nur noch insgesamt 6 Hauptberufsgruppen (siehe dazu Tabelle 2). Eingeschlossen in die Längsschnittanalyse wurden alle Pflicht- und Freiwilligversicherten, die am 1.1.1990 30 bis 59 Jahre alt waren (Männer: N = 129173, Frauen: N = 13567). In Tabelle 1 werden die kumulierten Morbiditätsraten stratifiziert für die Hauptberufsgruppen dokumentiert. Die höchste Morbiditätsrate (80%) ergibt sich für Frauen mit einfachen manuellen Berufen, während sich die niedrigste Morbiditätsrate (30%) für Ingenieurinnen ergibt. **Insgesamt wird deutlich, dass die Art der beruflichen Tätigkeit einen weitaus wichtigeren Prädiktor für das Morbiditätsgeschehen darstellt als die Geschlechtszugehörigkeit.** Das Ausmaß der berufsbedingten Morbiditätsunterschiede ist beträchtlich. Bei den Männern ist beispielsweise die Morbiditätsrate in der Hauptberufsgruppe mit der höchsten Morbidität (einfache Dienstleistungsberufe) doppelt so hoch wie in der Gruppe mit der niedrigsten Morbiditätslast (Professionen).

Hinsichtlich der Mortalitätsentwicklung ergibt sich dagegen ein anderes Bild (Tabelle 2). Hier **besitzt die Geschlechtszugehörigkeit eine weitaus größere Bedeutung als die Berufszugehörigkeit.** Den Rängen 1 bis 6 mit überdurchschnittlicher/hoher Mortalität gehören ausschließlich Männer an, den Rängen 7-12 mit unterdurchschnittlicher/niedriger Mortalität gehören dagegen ausschließlich Frauen an. Bei beiden Geschlechtern finden sich die höchsten Mortalitätsraten für Berufsgruppen mit geringer Qualifikation.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die vorliegende Analyse deutlich gezeigt hat, dass bei beiden Geschlechtern berufsbezogene Einflussfaktoren sowohl hinsichtlich der Morbiditäts- als auch der Mortalitätsprozesse eine nicht zu unterschätzende Bedeutung besitzen.

Kontakt: PD Dr. Uwe Helmert, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, uhelmert@zes.uni-bremen.de

Verwendete Fachbegriffe:

Kumulation: additiver Zuwachs einer Verteilung mit jedem weiteren Wert

Morbidität: Krankheitshäufigkeit

Mortalität: Sterblichkeit

Prädiktor: Vorhersagewert

Stratifizierung: Zuordnung nach Schichten

Literatur:

Blossfeld HP. (1989): *Kohortendifferenzierung und Karriereprozess. Eine Längsschnittuntersuchung über die Veränderung der Bildung- und Berufschancen im Lebenslauf.* Frankfurt/Main: Campus.
 Helmert U. (2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken.* Augsburg: Maro.
 Helmert U. & Voges W. (2002): *Einflussfaktoren für die Mortalitätsentwicklung bei 50-69-jährigen Frauen und Männern im Zeitraum 1984-1998.* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35: 450-462.

Tabelle 1: Kumulierte Morbiditätsrate in % nach Geschlecht und Hauptberufsgruppen

Rang	Rate	Männer (N = 129173)	Frauen (N = 13567)
1	80		einfache manuelle Berufe
2	74	einfache Dienstleistungsberufe	
3-4	70	einfache manuelle Berufe	einfache Dienstleistungsberufe
5	65	qualifizierte manuelle Berufe	
6-8	61	qualifizierte Dienstleistungsberufe	qualifizierte manuelle Berufe
9-10	60	einfache kaufmänn. u. Verwaltungsb.	qualifizierte kaufmänn. und Verwaltungsberufe
11	58	Semiprofessionen	einfache kaufmänn. und Verwaltungsberufe
12-13	54	qualifizierte kaufmänn. u. Verwaltungsb.	qualifizierte Dienstleistungsberufe
14-15	52	Techniker Manager	
16	50		Semiprofessionen
17	47	Ingenieure	
18	41		Technikerinnen Managerinnen
19	40		
20	37	Professionen	
21	33		Professionen Ingenieurinnen
22	30		

Tabelle 2: Kumulierte Mortalitätsrate in % nach Geschlecht und Hauptberufsgruppen

Rang	Rate	Männer (N = 129173)	Frauen (N = 13567)
1	14.5	gering qualifizierte Dienstleistungsberufe	
2	12.0	gering qualifizierte manuelle Berufe	
3	11.0	qualifizierte manuelle Berufe	
4	10.5	qualifizierte Dienstleistungsberufe	
5	8.5	technische Berufe	
6	7.5	Berufe mit hohem Status	
7	6.5		gering qualifizierte manuelle Berufe
8-10	6.0		gering qualifizierte Dienstleistungsberufe
			qualifizierte manuelle Berufe
			Berufe mit hohem Status
11	4.5		qualifizierte Dienstleistungsberufe
12	3.5		technische Berufe

■ **Jugendliche Mädchen sind besonders gefährdet**

Dr. Antje Richter

Ein Aufwachsen unter niedrigem sozio-ökonomischen Status erhöht die Wahrscheinlichkeit physischer, psychischer und psychosomatischer Erkrankungen um ein Vielfaches. Dazu gehören im Kindes- und Jugendalter sowohl Fehlsteuerung der Sinneskoordination, der Sprachentwicklung, des Bewältigungsverhaltens und des Ernährungsverhaltens sowie Zahnerkrankungen, Übergewicht bis hin zu Adipositas (Fettsucht). Bei Hamburger Achtklässlern erhobene Daten zeigen, dass Haupt- und Real-schüler/-innen einen durchgängig schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Gymnasiast/-innen. Sie waren sowohl bei Unfällen und Krankenhausaufenthalten wie auch bei akuten Erkrankungen 1,5 bis 2mal so häufig betroffen. (vgl. Mielck, 1998)

Im Erwachsenenalter sind gehäuft Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelettsystems die Folge bis hin zu einer erhöhten Sterblichkeit (vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, BzGA 2001). Die Wahrscheinlichkeit, vor dem Erreichen des 50. Geburtstages zu sterben, liegt in sozial benachteiligten Stadtteilen Hamburgs fast doppelt so hoch wie in sozial privilegierten Gegenden der Stadt (vgl. Stadtdiagnose 2, 2001).

Mädchen im Jugendalter leiden besonders unter Armut, anders als gleichaltrige Jungen und anders als noch im Kindesalter. Als Erklärung für dieses Phänomen gilt die höhere psychische Verwundbarkeit von jugendlichen Mädchen für Selbstwertbeeinträchtigungen im Kontext der Schule und bei sozialem Druck von Gleichaltrigen (vgl.

Hölscher, 2001; Rutter, 1998). Während im Kindesalter eher die Jungen eine erhöhte Verwundbarkeit aufweisen, findet sich im jugendlichen Alter eine höhere Vulnerabilität der Mädchen. Verschiedene Untersuchungen, darunter auch amerikanische Längsschnittstudien, die bereits in den 1920er Jahren begannen, belegen, dass gerade in diesem Alter Armut bei Mädchen zu Rückzug aus der Gleichaltrigengruppe führt. Das Selbstbild jugendlicher Mädchen leidet in Abhängigkeit von der materiellen Versorgung. Negative Folgen dieser Entwicklung sind bis ins Erwachsenenalter nachzuweisen und äußern sich u.a. in Ängstlichkeit, Depressionen und einer erhöhten Anfälligkeit für Stress und auch für körperliche Erkrankungen (vgl. Caspi/Elder, 1991).

Alterstypische Ressourcen bei Mädchen

Nicht-geschlechtsstereotypes Verhalten gilt bei Mädchen wie bei Jungen als eine Ressource unter den Persönlichkeitsmerkmalen. Mit der Übernahme bestimmter Geschlechterrollen sind spezifische Belastungen verbunden. Je nachdem, ob sich Mädchen oder Jungen eher an stereotypen oder an offenen Geschlechterrollen orientieren, lernen sie auf unterschiedliche Art Stressoren wahrzunehmen und zu bewältigen. Gerade für in Armut lebende Mädchen kann es sehr belastend sein, wenn sie oder ihre Eltern sich an traditionellen Geschlechterrollen orientieren. Studien zur Resilienz (Widerstandsfähigkeit gegen ungünstige Entwicklungsbedingungen) von Jugendlichen belegen, dass Jugendliche, die gleichermaßen „typisch weibliche“ wie „typisch männliche“ Eigenschaften zeigen, über viele Ressourcen im sozialen und personalen Bereich verfügen, die die Bewältigung auch von Armut erleichtern. (vgl. Kolip/Lösel, 1991; Kolip, 1993/94)

Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass soziale Ressourcen im näheren und weiteren Umfeld die Auswirkungen von Armut erheblich mindern (vgl. Richter, 2002; Walper, 1995). Allerdings nehmen gerade Mädchen und Jungen aus armen Familien Angebote der verschiedenen Träger vor Ort viel seltener an als andere Kinder. Die Bedingungen, die das Aufwachsen in Armut prägen, fördern den Rückzug aus sozialen Bezügen und erschweren die Teilnahme an kulturellen, sozialen oder sportlichen Ereignissen.

Niedrigschwellig angelegte Mädchenprojekte können hier unschätzbar wertvolle Arbeit leisten, den Bildungserwerb begünstigen und die Gesundheit der Betroffenen fördern und sie wird damit nicht nur viel persönliches und soziales Leid ersparen, sondern auch gesellschaftliche Folgekosten verhindern.

Kontakt: Dr. Antje Richter

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Ref. Soziale Lage und Gesundheit
Antje.richter@gesundheit-nds.de

Der Beitrag von Dr. Antje Richter ist die gekürzte Fassung des Artikels aus: Donna Lotta. Zeitschrift der Vernetzungstelle Lebensweltbezogener Mädchenarbeit, Landesjugendring Hannover (Hg.). 1/2003 Heft 20.

Literatur:

- Caspi, Avshalom; Elder, Glenn (1991): **Lebensverläufe im Wandel der Gesellschaft. Soziologische und Psychologische Perspektiven.** In: Engfer, Anette; Minsel, B., Walper, Sabine (Hg.): *Zeit für Kinder in Familie und Gesellschaft.* Weinheim
- Gesundheitsbericht für Deutschland (1998): **Gesundheitsberichterstattung des Bundes – herausgegeben vom Statistischen Bundesamt.** Kurzfassung
- Hölscher, Petra (2001): **Mädchen und Jungen in Armut. Lebenslagen und Bewältigungsstrategien materiell deprivierter Jugendlicher.** Dissertation in der Fakultät der Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund. Dortmund

- Kolip, Petra (1994): **Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Verarbeitung jugendtypischer Belastungen.** In: *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12 (1,2)
- Kolip, Petra; Lösel, F. (1991): **Psychisch unverwundbar?** In: *Blätter für die Wohlfahrtspflege*, 3
- Mielck, Andreas (1998): **Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland.** In: Klocke, A.; Hurrelmann, K.: *Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen.* Opladen
- Richter, Antje (2002): **Ressourcen benachteiligter Kinder und Jugendlicher.** In: *Gesundheitsziele gegen Armut. Dokumentation.* www.GesundheitBerlin.de
- Rutter, Michael (1998): **Psychosocial Adversity: Risk, Resilience and Recovery.** Unveröffentlichtes Manuskript
- Stadtteildiagnose 2 (2001): **2. Gesundheitsbericht für Hamburg.** Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales / Amt für Gesundheit. Hamburg
- Walper, Sabine (1995): **Kinder und Jugendliche in Armut.** In: Bieback, K.-J.; Milz, H. (Hg.): *Neue Armut.* Frankfurt / New York

■ Der Regionale Knoten NRW – Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Monique Wewel

Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen, dass Menschen aus niedrigen sozialen Schichten oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und eine signifikant kürzere Lebenserwartung haben.

Soziale Lage und Gesundheit in NRW

Dieser Zusammenhang ist mit dem Landesgesundheitsbericht (2001) auch für NRW belegt. Anhand von Gebietsclustern, die auf der Basis von Strukturdaten der Kreise und kreisfreien Städte in NRW gebildet wurden, werden bedeutsame Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Bewohnern einzelner Stadt- und Landkreise deutlich. Eine niedrige Lebenserwartung lässt sich vor allem in den Regionen feststellen, die durch einen hohen Anteil älterer Bevölkerung und Bevölkerungsrückgang, hohe Armut und Arbeitslosigkeit gekennzeichnet sind. Neben diesen regionalen Unterschieden zeigen sich auch Differenzen zwischen den Geschlechtern. Es unterscheiden sich sowohl Krankheitsarten und deren Prävalenz als auch der Umgang mit Gesundheit bzw. Krankheit. Zudem differiert in NRW die Lebenserwartung mit über fünf Jahren enorm zugunsten der Frauen. Trotz dieses Ungleichgewichts ist die sog. „health expectancy“ d.h., die bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre bei Frauen nicht so hoch wie bei Männern.

Bundesweites Projekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Die Förderung von Gesundheitschancen für Menschen in sozial schwierigen Lebensverhältnissen ist eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe und erfordert gesamtgesellschaftliches Handeln. Diesem Auftrag stellen sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der BKK Bundesverband, Gesundheit Berlin e.V. sowie die Landesvereinigungen für Gesundheit im Rahmen des Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Innerhalb des Gesamtprojektes spielen die regionalen Koordinationsstellen (sog. Regionale Knoten) eine zentrale Rolle. Durch sie können neben dem bundesweiten Engagement auch dezentral Strukturen zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter aufgebaut werden. Der **Regionale Knoten NRW** verfolgt dieses Ziel seit Juli 2004 und ist am Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen angesiedelt. Besondere Berücksichtigung finden frauen- und männerspezifische Gesundheitsaspekte, da sowohl in der Umsetzung geschlechtersensibler Gesundheitsförderung als auch in der Berücksichtigung von Menschen in sozial schwierigen Lebensverhältnissen

noch vielfältige geschlechterbezogene Defizite bestehen. Der Regionale Knoten in NRW will mit den folgenden Angeboten einen Beitrag zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten:

- Sensibilisierung der Fachwelt und Öffentlichkeit für die Thematik durch Vorträge, Fachtagungen und Öffentlichkeitsarbeit,
- Unterstützung bei inhaltlich-fachlichen Fragen,
- Schaffung von Transparenz durch einen verstärkten Informationstransfer und die Vernetzung von Akteuren,
- Förderung der Qualitätsentwicklung durch Qualitätskriterien und Auswahl von Good Practice Projekten,
- datenbasierte Auswertung sozial benachteiligter Zielgruppen.

Mehr **Informationen** finden Sie unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Kontakt: Monique Wewel
 Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an
 der Universität Duisburg-Essen
 Max-Fiedler Str.6, 45128 Essen
 Fon: 0201 - 56 596 24, Wewel@ipg-uni-essen.de

GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

■ Gesundheitspolitische Beschlüsse der GFMK und der GMK 2005

Die 15. Gleichstellungs- und Frauenminister/innenkonferenz der Länder (GFMK) hat am 02./03.06.2005 unter Vorsitz von Mecklenburg-Vorpommern getagt. Im Mittelpunkt stand die Reform der sozialen Sicherungssysteme. Um Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern herzustellen, fordert die GFMK zum einen, bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung einen eigenständigen beitragspflichtigen Versicherungsschutz von erwerbsfähigen und nicht-erwerbstätigen Ehepartner/innen einzuführen. Mutterschutz sowie Eltern- und Pflegezeiten sollen weiterhin beitragsfrei bleiben. Des Weiteren setzt sie sich für eine geschlechtergerechte Tarifgestaltung in der privaten Krankenversicherung ein und bittet die Bundesregierung im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zu prüfen, welche Daten dafür erforderlich und zugänglich sind bzw. erhoben werden können. Mehr zu den Beschlüssen der GFMK unter www.gfmk-der-laender.de/unistatistisch/10

Die 78. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat am 30.06./01.07.2005 unter Vorsitz von Bayern in Erlangen getagt. Hier sind u.a. Beschlüsse zum Nichtraucherschutz und gegen Tabakkonsum, zur Kinder- und Jugendgesundheit und zum Schutz Jugendlicher vor Schönheitsoperationen gefasst worden. Mehr zur GMK unter www.gmkonline.de.

MW

■ Gender-Forschung in der Medizin unzureichend

Frauen zeigen bei zahlreichen Erkrankungen andere Symptome als Männer und weisen andersartige Behandlungsrisiken auf. Über die Hintergründe ist häufig wenig bekannt, da die Erforschung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Medizin unzureichend ist. Darauf haben am 20. Oktober die Initiatorinnen und Initiatoren

des „**Zweiten Berliner Symposiums zur Geschlechterforschung in der Medizin**“ hingewiesen. Das Treffen unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie wurde vom Berliner Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin und dem Deutschen Herzzentrum veranstaltet.

Frauen haben eine höhere Sterblichkeitsrate nach Myokardinfarkt und koronarer Bypass-Operation. Nach Angaben von Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Center for Cardiovascular Research der Berliner Charité, hängt dies möglicherweise damit zusammen, dass die Neoangiogenese (Neubildung von Blutgefäßen) und damit die Kollateralbildung (Bildung einer Ersatzblutbahn) hormonabhängig ist. Ergebnisse von Forschungen am Tiermodell und auf zellulärer Ebene sprächen dafür.

„Ausreichende klinische Daten liegen dazu noch nicht vor“, sagte Regitz-Zagrosek. Erwiesen sind Unterschiede in der Altersverteilung beim Myokardinfarkt. Während 75 Prozent der weiblichen Infarktpatienten über 70 Jahre alt sind, erleiden 75 Prozent der männlichen Betroffenen einen Myokardinfarkt im Alter unter 70, so Regitz-Zagrosek. Unklar bleibt, warum Frauen oftmals nicht die klassischen Lehrbuch-Symptome beim Herzinfarkt beschreiben, sondern eher unter Beschwerden wie Übelkeit und Oberbauchschmerzen leiden.

Unterschiede gibt es auch im Rahmen von Stoffwechselstörungen und in der Immunologie. Einer neuen Studie zufolge haben Männer ein höheres Risiko an Diabetes mellitus Typ II zu erkranken. Verantwortlich dafür wird eine unterschiedliches Fettverteilungsmuster bei Männern und Frauen, sprich: das männliche Bauchfett, gemacht. Offenbar haben Männer auch einen Nachteil nach Nierentransplantationen. Im Maus-Modell habe sich gezeigt, dass das Testosteron einen ungünstigen Effekt auf Transplantate habe und Abstoßungen begünstige, sagte Regitz-Zagrosek.

www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=21797

Weitere Informationen:

Berliner Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin:
www.charite.de/gender
 Deutsches Herzzentrum: www.dhzb.de

■ Dreimal so viele Männer wie Frauen begehen Suizid

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, schieden im Jahr 2003 in Deutschland 11.150 Menschen freiwillig aus dem Leben. Dies entspricht einem Anteil von 1,3% an allen Gestorbenen. Damit setzte sich die rückläufige Tendenz der vergangenen 20 Jahre fort: Während 1983 von je 100.000 Personen 24 Personen ihr Leben durch einen Suizid beendet haben, waren dies 2003 14 Personen.

Nach wie vor ist der Suizid bei Männern erheblich häufiger als bei Frauen. Während die Zahl 1983 bei den Männern mit 32 Sterbefällen je 100.000 männl. Einwohner fast doppelt so hoch war wie bei den Frauen mit 16 Sterbefällen je 100.000 Einwohnerinnen, waren es 2003 mit 20 Männern je 100.000 männl. Einwohner sogar dreimal so viele Männer wie Frauen (7 Gestorbene je 100.000 Einwohnerinnen).

Die prozentual höchste Zahl an Suiziden im Vergleich mit allen anderen Todesursachen ist zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr festzustellen, der Spitzenwert liegt zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr mit 21,4% bei den Männern und 15,1% bei den Frauen.

Betrachtet man allerdings die absoluten Zahlen, nahmen sich 2003 die meisten Menschen im Alter zwischen 40 und 45 Jahren das Leben, nämlich 817 Männer und 225 Frauen. Da es in dieser Altersgruppe jedoch eine höhere Zahl anderer Todesursachen gibt, fällt die Prozentzahl hier niedriger aus als in jüngeren Lebensjahren.

Zusätzlich muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden. Beispielsweise sind nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes mindestens 18% der Drogentoten als Suizide anzusehen; dies erhöht die Suizidraten in den jüngeren Altersgruppen noch einmal. Auch bei alten Menschen können die Raten unterschätzt sein, z.B. wenn sich ein Suizid hinter einer anderen Todesursache verbirgt.

Statistisches Bundesamt, www.destatis.de, gesundheitsstatistiken@destatis.de

■ Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe

Obwohl fast alle Selbsthilfe-Kontaktstellen in ihren Jahresberichten immer wieder angeben, dass 70% aller Anfragen nach Selbsthilfegruppen von Frauen gestellt werden und obwohl in den meisten Selbsthilfe-Kontaktstellen Selbsthilfegruppen und an Selbsthilfe Interessierte von Mitarbeiterinnen unterstützt werden, wurde die Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe lange Zeit nicht thematisiert. Erst der „Gender-Boom“ und die Auseinandersetzung mit dem Thema anlässlich einer Fachtagung haben bewirkt, dass einige – noch wenige – Selbsthilfeunterstützerinnen sich eingehender mit dem Thema beschäftigen.

Sie haben sich innerhalb der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V., dem Fachverband für die Selbsthilfeunterstützung in Deutschland, zu einer Gender Arbeitsgruppe zusammengeschlossen. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind bisher ausschließlich Frauen, um zunächst die weibliche Sichtweise der Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung zu thematisieren. Demnächst will die AG versuchen, auch männliche Selbsthilfeunterstützer für das Thema zu interessieren.

In einem ersten Schritt hat die AG die Broschüre „Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe“ zusammengestellt. Sie soll die fachliche Diskussion verbreitern und die Selbsthilfeunterstützung um den Aspekt der Geschlechterperspektive weiterentwickeln. Die Leserinnen und Leser finden Informationen über Gender und Gender Mainstreaming, Beiträge zum geschlechtsspezifischen Sprachgebrauch, zur geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung sowie zu der Frage, warum die Genderperspektive in der Selbsthilfe eine Rolle spielt. Im Mittelpunkt der Broschüre stehen verschiedene Berichte aus einem Forschungsprojekt zur Genderperspektive in der fachlichen Selbsthilfeunterstützung, das von der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt in Kooperation mit der DAG SHG e.V. und dem Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e.V. durchgeführt wurde. Inhaltlich abgerundet wird das Thema durch Beiträge aus Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen mit jeweils geschlechtsspezifischer Sicht.

In einem nächsten Schritt geht es nun darum, die Genderperspektive in der Praxis umzusetzen. In diesem Zusammenhang hat die Gender AG der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen Kontakt zu Dr. Ingeborg Jahn, Bremen, aufgenommen. Die Gender AG hofft, von dem Projekt zur Praxiseinführung „Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich in Nordrhein-Westfalen“ zu profitieren, das Frau Dr. Jahn für das

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW durchführt (s. gesonderter Beitrag unter „Aus der Koordinationsstelle“).
Anita M. Jakubowski

Bestellschrift für die Broschüre „Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe“: KOSKON NRW
Fax: 02166 - 24 99 44, selbsthilfe@koskon.de

Kontakt: Anita Jakubowski
Koordination für Selbsthilfe – KOSKON NRW
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach
Fon: 02166 - 24 85 67
Anita.Jakubowski@koskon.de, www.koskon.de

■ Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht

Seit 13.12.2004 fordert die EU-Richtlinie 2004/113/EG zur Gleichbehandlung von Frauen und Männern in Artikel 5, dass höhere Prämien für Frauen in der privaten Krankenversicherung nur dann zulässig sind, wenn die Versicherer nachweisen können, dass die Frauen tatsächlich höhere Kosten verursachen. Die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen dabei nicht mehr zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen. Zur Umsetzung dieser Richtlinie in Deutschland hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Gutachten zur „Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht“ beim Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen in Auftrag gegeben. Leitfragen sind:

- Lassen sich höhere Prämien für Frauen durch geschlechtsspezifische Kostenunterschiede rechtfertigen?
- Inwieweit ändern sich die Ergebnisse, wenn Kosten für Schwangerschaft und Geburt unberücksichtigt bleiben (wie von der EU gefordert)?
- Wie sollte eine zukünftige Prämienkalkulation ausgestaltet sein?

Ergebnis der Berechnungen ist, dass es keine sachliche Begründung gibt, für Frauen höhere Prämien anzusetzen als für Männer, wenn die Kosten für Schwangerschaft und Geburt nicht einseitig den Frauen zugerechnet, sondern gleichermaßen auf beide Geschlechter verteilt würden, was nahe liegt. Unterschiede aufgrund der höheren Lebenserwartung sind nur gering; Frauen verursachen mehr Kosten im reproduktiven Alter und bei den Hochbetagten, Männer im Alter zwischen 55 und 85 Jahren. Zieht man alle reproduktionsbedingten Kosten, einschließlich der gesetzlich bei Frauen früher einsetzenden Früherkennungsuntersuchungen ab und legt eine Altersstandardisierung zu Grunde, liegen die Krankheitskosten der Frauen – so eine Auswertung der BKK-Daten – sogar um 9% unter denen der Männer.

Die Berechnungen beruhen auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen, da Daten der Privaten (PKVen) nicht ausreichend vorliegen.

Das Gutachten empfiehlt, die Einführung von Unisex-Tarifen durch weitere Maßnahmen zu begleiten. Um ungewünschte Selektionseffekte zu vermeiden, wird vorgeschlagen, durch einen Bundeszuschuss oder einen Risikostrukturausgleich die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zu finanzieren. Darüber hinaus sollte eine Berichtspflicht der PKVen eingeführt werden, die Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft separat zu ermitteln und auszuweisen.

MW

Das Gutachten zum Download:

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen (2005): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht. Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gutachten-krankenversicherungen-geschlecht.property=pdf.pdf

FRAUEN UND GESUNDHEIT

■ **Zehn Jahre Verbindungen knüpfen**

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen schaut 2005 auf zehn Jahre erfolgreiche Tätigkeit zurück. Als 1995 die Arbeit mit 36 Mitgliedsfrauen begann, war schon klar, dass dieses Netzwerk etwas Besonderes war. Das damalige Niedersächsische Frauenministerium, die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und das Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft (ifg) waren gemeinsam Träger dieses neuen Zusammenschlusses für Fachfrauen, die vor Ort in den Kommunen oder in ihren eigenen Organisationen die Frauengesundheit voran bringen wollten.

Die Struktur

Mittlerweile hat die Mitgliederschar die 200 überschritten. Die größte Gruppe sind die Gleichstellungs- und Frauenbeauftragten (26,9%) und Frauen, die im Gesundheitswesen arbeiten (21,9%). Aber auch aus den Bereichen Bildung, Selbsthilfe, Projekte, Politik und Verbände rekrutieren sich die Mitgliedsfrauen. In der Organisationsgruppe, dem Herzstück des Netzwerkes, arbeiten eine Reihe von Ehrenamtlichen und wichtige Institutionen wie die Apothekerkammer oder der Landesfrauenrat mit. Das Netzwerk ist über die Grenzen Niedersachsens hinaus als Prototyp für landesweite Vernetzungen bekannt und wird nachgeahmt. Für die Trägerschaft konnte nach Schließung des ifg der Landesverband der pro familia Niedersachsen gewonnen werden. Das heutige Sozialministerium ist mit dem Referat, das für Frauengesundheit zuständig ist, eine weitere Trägerorganisation des Netzwerkes. Die Arbeit ist auf Beteiligung angelegt, d.h. offen für alle Interessierten.

Die Ziele und ihre Umsetzung

1. Über Frauengesundheit informieren (d.h. aktuelle Informationen weitergeben; Frauengesundheitsthemen auf Fachtagungen vertiefen)
2. Eine frauenbewusste Förderpraxis stärken (Beispiele guter Praxis bekannt machen, Nachahmung anregen sowie bei Bedarf die Akteurinnen vor Ort durch Beratung unterstützen)
3. Austausch zwischen den Mitgliedsfrauen unterstützen (Erfahrungen und Wissen untereinander weitergeben/teilen)
4. Die Beteiligten „strategisch“ unterstützen (z.B. durch politische Rückendeckung; Image/Bekanntheit des Netzwerkes)
5. Aktive Teilhabe am Vernetzungszusammenhang anregen und einfordern („basisdemokratisches“ Selbstverständnis).

Um diese Ziele umzusetzen, werden folgende Wege beschritten: ein Rundbrief, der zweimal im Jahr erscheint, gibt aktuelle Informationen rund um das Thema Frauen und Gesundheit, eine E-Mail-News-Liste vernetzt Mitgliedsfrauen untereinander und verteilt aktuelle Informationen zeitnah, Fachtagungen informieren über den Stand der Forschung zu je einem Thema und sollen die Praxis

bereichern. Besonders der Rundbrief, so hat eine Befragung der Mitgliedsfrauen 2004 ergeben, ist äußerst beliebt. Die regelmäßige Evaluierung der Fachtagungen zeigt deutlich, dass Impulse für die eigene Arbeit gegeben werden können und Beispiele guter Praxis tatsächlich zur Nachahmung anregen.

Das Netzwerk kooperiert mit zahlreichen Institutionen. Mit der Ärztekammer Niedersachsen, mit verschiedenen Abteilungen des Sozialministeriums, einer Krankenkasse und der Medizinischen Hochschule Hannover arbeitet die AG Häusliche Gewalt in der Ärztekammer beispielsweise seit einigen Jahren mit viel Erfolg und bundesweiter Beachtung daran, die im Gesundheitswesen Arbeitenden, allen voran die Ärzteschaft, für die gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu sensibilisieren.

Der Ausblick

Frauengesundheitsthemen stoßen derzeit nicht überall auf politisches Interesse. Werden jedoch spezifische Themen konkret aufbereitet, so ist die Resonanz sowohl im politischen Feld als auch bei den vielfältigen Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitswesen wie z.B. Krankenkassen und Ärztekammern sehr viel größer. Ein Netzwerk kann aktuelle Informationen sammeln, die Kompetenzen der Mitgliedschaft kenntnisreich bündeln und Unter-, Über- sowie Fehlversorgung von Frauen identifizieren. Das kann die nächsten zehn Jahre sehr interessant machen.

Ute Sonntag

Kontakt: Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
Ute.Sonntag@gesundheit-nds.de

■ **Jubiläum – Kommunales Netzwerk in Bielefeld**

Das Bielefelder Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit hat Jubiläum! Im Juni 2005 wurde es 5 Jahre alt. Es hat seinen Ursprung in den Frauengesundheitswochen. Als Netzwerk wurde es 1999 gegründet. Mittlerweile ist es ein Zusammenschluss von ca. 45 Fachfrauen aus frauengesundheitspolitischen Einrichtungen, von der AIDS Hilfe e.V., der AWO, von den Bodelschwingschen Anstalten, Bethel, dem IZFG bis zur Patientenstelle im Gesundheitsladen, der VHS und dem interkulturellen Büro.

Bewährt haben sich in den 5 Jahren die in einem Zielpapier formulierten inhaltlichen Ziele, eine klare Struktur und Arbeitsweise sowie die Evaluation der Arbeit in Form von regelmäßigen Strategiesitzungen und interne Fortbildungen zu spezifischen Themen.

Das Netzwerk trifft sich ca. viermal im Jahr im Plenum, das v.a. dem Austausch, der Vorstellung jeweils einer Einrichtung aus dem Netzwerk, dem Bericht der Arbeitsgruppen – z.B. Migration und Gesundheit, Frauen und Sucht, Brustkrebs, geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung, DRG – sowie der Festlegung der inhaltlichen Themen und nicht zuletzt der alle zwei Jahre stattfindenden Neuwahl dient. Die Geschäftsführung hat die Gleichstellungsstelle der Stadt Bielefeld, die zusammen mit einem fünfköpfigen Sprecherinnenrat das Netzwerk koordiniert und nach außen sowie in Gremien vertritt.

Bewährt hat sich die enge Kooperation mit der Geschäftsführung der KGK, die auch als Mitglied im Netzwerk vertreten ist. Auch der Anschluss des Netzwerkes als Arbeitsgruppe an die Kommunale Gesundheitskonferenz seit 2002 hat sich – nach anfänglichen langen Autarkie-Diskussionen im Netzwerk – als strategischer Vorteil herausgestellt. Im Netzwerk bearbeitete Themen

wie Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich, Brustkrebsversorgung, DRG, geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung, gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen sind durch die Vertreterinnen des Netzwerks als Impulse bzw. als Handlungsempfehlungen in die KGG eingebracht, behandelt und in politische Gremien weitergeleitet worden. Umgekehrt fließen die Informationen aus der KGG regelmäßig in das Netzwerk. Als unverzichtbar hat sich eine Geschäftsführung herausgestellt, die den Überblick über Aktivitäten des Netzwerks wie auch nach außen hat, die sozusagen die „Fäden in der Hand“ hat. Hierzu gehören die Bearbeitung von Anfragen, die Weitergabe von aktuellen Informationen in die Mailingliste des Netzwerks, die enge Zusammenarbeit mit dem Sprecherinnenrat.

Die unsichere finanzielle Situation in vielen dem Netzwerk angehörigen Einrichtungen, die steigende Beanspruchung durch Klientinnen auf der einen Seite sowie zunehmende Bürokratisierung, Umstrukturierung, Stellenabbau und Kürzungen im Frauenbereich auf der anderen Seite spiegeln sich auch in der aktiven Teilnahme der Mitglieder des Netzwerks wieder. So müssen etliche die Netzwerkaktivitäten zurückstecken, um alle Energie in die Bewältigung des beruflichen Alltagsgeschäfts zu stecken. Das heißt, es gilt die Kräfte zu konsolidieren, geschickte Gegenstrategien zu entwickeln, um unsere Sache voranzubringen. Denn: all diese Hindernisse nehmen wir als Generalanfrage an unseren Langstreckenhumor.

Gabriele Sonnenberg

Kontakt: Sabine Behrend, Mitglied des Sprecherinnenrats, Sabine.behrend@bethel.de

■ **Esstörungen: Neue Studie zur Qualitätssicherung in Beratung und Therapie**

5% aller Mädchen und Frauen zwischen 14 und 35 Jahren leiden an den Essstörungen Bulimie oder Magersucht. Ein noch größerer Teil ist gefährdet, eine solche Krankheit zu entwickeln. Essstörungen sind vor allem Frauen betreffende Krankheiten, die bislang nur unzureichend beraten und therapiert werden.

Um zu besseren Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu kommen, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Praxisstudie gefördert, die sich mit der „Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen“ beschäftigt.

Die Praxisstudie vermittelt Schlussfolgerungen und Leitlinien für die Beratung und Behandlung bei Essstörungen. Sie spricht u.a. die Empfehlung aus, die Beratung und Behandlung von Essstörungen als eine Versorgungskette aufzubauen, die mit niedrigschwelligem Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige beginnt und in differenzierte längerfristige Beratungs- und Behandlungsformen mündet.

www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=34310.html

Download:

Günther Reich, Gabriele Witte-Lakemann, Uta Killius (2005): Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie
www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/essstoerungen-abschlussbericht,property=pdf.pdf

■ **Train-the-Trainer-Seminare werden fortgesetzt**

Ausgehend von den Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms an der Charité Campus Benjamin Franklin hat das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin ein **Fortbildungscurriculum für Fachkräfte zum Thema ‚Gewalt gegen Frauen und Gesundheit‘** entwickelt. Die in diesem Jahr angebotenen 3 Seminare für Professionelle im Gesundheitsbereich trafen auf großes Interesse und waren schnell ausgebucht. Daher werden auch in 2006 wieder Termine angeboten. GK

Kontakt: Hildegard Hellbernd
Institut für Gesundheitswissenschaften, TU-Berlin
Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Fon: 030 - 314-21969
hellbernd@ifg.tu-berlin.de

■ **Herzinfarkt bei Frauen – eine vermeidbare Krankheit**

Neuer Ratgeber erschienen

Zum Schwerpunktthema unserer letzten Ausgabe: Frauenherzen – Männerherzen, ist ein neuer Ratgeber von Prof. Dr. Ingeborg Siegfried und Antje Müller-Schubert erschienen:

Bei Frauen und Männern können grundsätzlich gleiche Herzerkrankungen auftreten. Jedoch erkranken Frauen am Herzinfarkt häufig anders als Männer: Sie weisen oft nicht die „typischen Beschwerden“, wie ausstrahlenden Brustschmerz auf, sondern klagen über körperliche Schwäche und Oberbauchbeschwerden mit Übelkeit. Und sie haben geringere Überlebenschancen als Männer.

In neuer Zeit sind wissenschaftliche Untersuchungen begonnen worden, die zum Ziel haben, die Verträglichkeit der Medikamente und die Interaktionen in Bezug auf Geschlechtsspezifitäten zu erkennen und Frauen der heutigen Zeit mehr zu schützen.

Seit etwa zehn bis zwanzig Jahren tritt der Herzinfarkt bei Frauen auch zunehmend in jüngeren Jahren auf. Frauen, welche über Jahre die Antibabypille einnehmen, müssen vielfach mit einer negativen Veränderung der Blutfette rechnen, womit sie einen klassischen Risikofaktor für den Herzinfarkt aufweisen. Bei einem erhöhten Thrombose-Risiko kann die Einnahme der Antibabypille bei Veranlagung zu Venenerkrankungen führen. Die Zunahme von Venenthrombosen und Lungenembolien drücken dies deutlich aus.

Zur Prävention ist grundsätzlich ein gesunder Lebensstil anzuraten mit den Schwerpunkten einer niederkalorischen, fettarmen und vitaminreichen Kost bei gleichzeitiger ausreichender körperlicher Bewegung wie Gehen, Wandern, Laufen, Radfahren oder Schwimmen.

In ausgewogenen Präventivprogrammen kann eine sinnvolle Prävention erreicht werden. Hierzu soll der neue Ratgeber einen Beitrag leisten. *Prof. Dr. Ingeborg Siegfried*

Ingeborg Siegfried, Antje Müller-Schubert (2005): Der gesunde Herzschlag. Herzerkrankungen bei Frauen. Goldmann-Verlag, 256 Seiten, ISBN: 3442167752

Kontakt: Prof. Dr. Ingeborg Siegfried,
Vorsitzende der Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislaufkrankungen in Hessen e.V.,
Fax: 06409 - 2354

TERMINE

30. November 2005

Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte und Interessierte:
Diagnose Häusliche Gewalt
Intervention und Schweigepflicht – Wenn Patienten/innen
von Gewalt betroffen sind

Ort: Kamen

Fon: 0251 - 929-2209

www.aekwl.de, akademie@aekwl.de

8. – 9. Dezember 2005

In Good Health. LINKING SOZIAL INCLUSION and HEALTH
from PRACTICE into POLICE

Abschlusskonferenz

Ort: Edinburgh

m.andreassen@eurohealthnet.org, www.eurohealthnet.org

12. Dezember 2005

Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in

Theorie und Praxis

Fachtag

Ort: Universität, Oldenburg

Fon: 0441 - 798 43 16

zfg@uni-oldenburg.de

www.infodienst.bzga.de/termine/09_2005/behinderungen-pdf.htm

16. Dezember 2005

Jubiläumsfeier des Netzwerks Frauen und Mädchen
mit Behinderungen NRW

Ort: Akademie Franz-Hitz-Haus, Münster

Fon: 0251 - 51 91 38

frauen@lag-selbsthilfe-nrw.de, www.netzwerk-nrw.de

15. Februar 2006

Nutzer/innenorientierung in Wissenschaft und Praxis
des Gesundheitswesens

Ort: Universität Bremen

Fon: 0421 - 218-3059

www.public-health.uni-bremen.de, health@uni-bremen.de

23. – 26. Februar 2006

World Congress: Gender-Specific Medicine – „A New View of
the Biology of Gender Differences and Aging“

Ort: Berlin

www.gendermedicine.com, gender@gendermedicine.com

03. – 07. März 2006

16. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und
Beratung: Psychotherapie in der Entwicklung

Ort: Humboldt-Universität Berlin

Fon: 07071 - 94 34 94

www.dgvt.de, kongress@dgvt.de

6. März 2006

Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit bei Frauen
Fortbildungsveranstaltung von BELLA DONNA,
Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW in Kooperation mit
der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW

Ort: Essen

Fon: 0201 - 248 41 71-1

www.belladonna-essen.de, belladonnaessen@aol.de

15. – 18. März 2006

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.:
„Psychosomatik – ein Mythos?“

Ort: Köln

Fon: 03641 - 35 33 227

www.dgpfk-kongress-koeln.de

NEUERSCHEINUNGEN

Birgit Babitsch (2005): **Soziale Ungleichheit, Geschlecht und
Gesundheit**. Huber Verlag, Bern. 342 Seiten,
ISBN 3-456-84245-7

Ellen Kuhlmann, Petra Kolip (2005): **Gender und Public
Health. Grundlegende Orientierung für Forschung, Praxis
und Politik**. Juventa Verlag, Weinheim und München.
256 Seiten, ISBN 3-7799-1566-9

FFGZ Berlin (Nov. 2005): **Clio. Zeitschrift für Frauen-
gesundheit. Hormone: natürlich – künstlich – giftig**. Berlin,
35 Seiten, ISSN 0933-0747 (Bestellung über www.ffgz.de)

Petra Kolip, Thomas Altgeld (Hg.) (2006):

**Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und
Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter
Praxis**, Juventa Verlag, Weinheim und München,
264 Seiten, ISBN 3-7799-1683-5

NEUE WEBSEITEN

www.bzga.de/frauengesundheit

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
hat zum November 2005 ihre Datenbank zur Frauen-
gesundheit aktualisiert und erweitert. Zu den Themen:
Gesundheit; Reproduktive Gesundheit; Krankheit; Substanz-
konsum/Sucht; Soziale Bedingungsfaktoren/Lebenssituation
sowie Politik finden sich hier übersichtlich wissenschaftliche
Grundlagen und Fachinformationen sowie laienverständliche
Broschüren und Ratgeber.

www.medpilot.de

Die virtuelle Fachbibliothek Medizin MedPilot ermöglicht seit
Mitte August, auch die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
zu durchsuchen. Zentralbibliothek und DIMDI kündigten an,
MedPilot weiter zu vergrößern. Seit Januar 2005 seien bereits
fünf neue Datenbanken in die virtuelle Medizinbibliothek
aufgenommen worden.

www.frauen-und-psychiatrie.de

Prof. Dr. Anke Rohde (Gynäkologische Psychosomatik, Univer-
sitätsklinikum Bonn) und Dr. Christof Schäfer (Pharma-
kovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie,
Berlin) haben im Thieme-Verlag und mit Unterstützung der
Wyeth Pharma GmbH gemeinsam eine Homepage für alle
Fragen rund um psychische Probleme in Schwangerschaft,
Wochenbett und Stillzeit eingerichtet. Zu Themen wie
Wochenbettdepression, Kinderwunsch, sexuelle Probleme,
Fehl- oder Totgeburt sowie zu Medikamenten in der
Schwangerschaft und nach der Geburt finden sich hier
aktuelle Informationen sowohl für Ärztinnen und Ärzte wie
auch für Patientinnen. Die Homepage bietet Frauen auch die
Möglichkeit der Selbstbeurteilung.

www.wechseljahre-und-sportmachen.de

Seit August 2005 stellt Dr. Crescentia Freudling praktische
Informationen und den Stand der Forschung zur Linderung
von Wechseljahrsbeschwerden wie Hitzewallungen und
Schlafstörungen durch Sport zusammen. Sie wendet sich
damit sowohl an Frauenärztinnen und Frauenärzte, Haus-
ärzte/innen, an Trainingsverantwortliche in Sportvereinen
und Fitness-Studios sowie an Frauen, die unter Hitze-
wallungen und dadurch verursachte Schlafstörungen leiden.

Fortlaufend aktualisierte Termine, eine gut sortierte
Linkliste sowie relevante Literatur finden Sie unter:
www.frauengesundheit-nrw.de