



informiert!

Jg. 4 Nr. 8

Nov. 2004

SCHWERPUNKT: FRAUEN UND MEDIKAMENTE

Mit „Frauen und Medikamente“ greifen wir in dieser „*informiert!*“ ein weiteres aktuelles Thema auf, das gerade von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren umfangreich bearbeitet wurde. Handlungsbedarfe und -empfehlungen sind benannt und müssen nun verbreitet und umgesetzt werden.

Dazu beleuchten Fachleute aus den verschiedenen Bereichen ausgewählte Facetten: Dr. Thorsten Drewes, in der Enquête-Kommission ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ Koordinator für das Thema ‚Frauen und Arzneimittel‘, berichtet über die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen dieses Arbeitsfeldes (S. 8).

Elisabeth Thesing-Bleck nimmt Stellung zu den Möglichkeiten einer raschen Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission aus Sicht der Apothekerkammer Nordrhein (S. 8).

Dr. Udo Puteanus stellt die Ergebnisse einer Untersuchung des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) zur Arzneimittelvergabe in Altenheimen vor, die Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der stationären Altenpflege aufzeigt (S. 9).

Zu Medikamentenabhängigkeit bei Frauen gibt Frauke Schwarting von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW einen Überblick (S. 10) und Karin Mohn stellt die Hintergründe für das gerade von ihr für die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) geschriebene Handbuch „Nicht mehr alles schlucken...!“ dar, das Frauen mit Medikamentenproblemen beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe unterstützen soll (S. 11).

Auch beim Netzwerktreffen Frauen und Gesundheit NRW am 25.11.2004 wird das Thema im Mittelpunkt stehen. Vier ausgewählte Aspekte sollen hier handlungsorientiert diskutiert werden: Frauen in der Arzneimittelforschung, Frauen und Sucht, Geschlechtsspezifische Aspekte von Medikamentenkonsum und Medikalisierung sowie Medikamentenkonsum in Altenheimen. Wir werden darüber in der nächsten Ausgabe berichten.

Viel Spaß bei der Lektüre!

Carola Lehmann, Koordinationsstelle Köln

Kontakt: Carola Lehmann

Fon: 0221 - 801 77 78, Fax: 0221 - 240 36 53

koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

Der Einsendeschluss für die nächste Ausgabe ist der 15. April 2005. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

EDITORIAL SCHWERPUNKT: FRAUEN UND MEDIKAMENTE	1
AUS DER KOORDINATIONSSTELLE	3
■ Neu! Linkliste auf www.frauengesundheit-nrw.de	3
■ Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens	3
■ Koordinationsstelle unterwegs	3
AUS DEM NETZWERK	3
■ Ankündigung des nächsten Netzwerktreffens	3
■ Koordinationsstelle veröffentlicht Arbeitsmaterial „Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung“	3
■ Aus der Arbeitsgruppe Wechseljahre und Hormontherapie	4
AUS DEM LAND NRW	4
■ Empfehlungen für NRW „Häusliche Gewalt. Die Rolle des Gesundheitswesens“	4
■ Enquête-Kommission legt Abschlussbericht vor	4
■ Landesfachstelle Ess-Störungen NRW eingerichtet	5
SCHWERPUNKT: FRAUEN UND MEDIKAMENTE	6
■ Frauen und Medikamente – Ein Thema mit vielen Facetten	6
■ Dr. Thorsten Drewes: Ergebnisse der Enquête-Kommission	8
■ Elisabeth Thesing-Bleck: Geschlechtsspezifische Arzneimittelversorgung	8
■ Udo Puteanus: Arzneimittelversorgung in Altenheimen – eine Untersuchung des Iögd	9
■ Frauke Schwarting: Medikamentenabhängigkeit bei Frauen	10
■ Karin Mohn: Selbsthilfe für Frauen mit Medikamentenproblemen	11
GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	12
■ Ärztekammer-Ausschuss „Gender Mainstreaming“ zieht positive Zwischenbilanz	12
■ Krankheitskosten 2002: Geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt	12
■ Neue Forschungsergebnisse der WHO: Was kostet uns Gewalt?	13
■ BLK-Bericht: Frauen in der Medizin	13
FRAUEN UND GESUNDHEIT	13
■ Beschlüsse der GMK zur Frauengesundheit	13
■ 10 Jahre nach Peking: Entwicklungen im Bereich „Frauen und Gesundheit“	14
■ Prävalenzstudie des BMFSFJ zur Gewalt gegen Frauen	14
■ GFMK: Bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen	15
■ „Hormontherapie in den Wechseljahren – Umsetzung der Ergebnisse der WHI-Studie in Deutschland“	15
■ Drei Jahre AK Frauen und Gesundheit in Gelsenkirchen	15
■ Frauengesundheit steht in Köln auf der Agenda	16
TERMINE, NEUERSCHEINUNGEN	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 Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie 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

Neu! Linkliste auf www.frauengesundheit-nrw.de

Eine umfangreiche Linkliste ist neu auf unserer Homepage eingestellt. Hier finden Sie Links zu ausgewählten landes- und bundesweiten Einrichtungen mit jeweils kurzen Beschreibungen und Hinweisen auf das jeweilige Angebot im Bereich Frauen und Gesundheit oder Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Die Linkliste ist systematisiert nach folgenden Bereichen, zu denen Sie sich direkt weiterklicken können:

- Institutionen und Internetpräsentationen des Landes NRW,
- Im Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW vertretene Organisationen,
- Themenrelevante Landesfachstellen, Landesarbeitsgemeinschaften, Netzwerke,
- Frauengesundheitszentren und Beratungsstellen in NRW,
- Ausgewählte Institutionen im Gesundheitsbereich, Zusammenschlüsse und Internetpräsentationen auf Bundesebene,
- Frauen und Gesundheit; Gesundheit und Geschlecht; Gender Mainstreaming sowie themenbezogene Organisationen bundesweit,
- Frauengesundheitszentren und Beratungsstellen bundesweit,
- Organisationen anderer Staaten sowie europa- und weltweit tätige Einrichtungen. CL

Institutionen, die Interesse haben, Ihre Seiten mit den Seiten der Koordinationsstelle zu verlinken, können sich wenden an:

Carola Lehmann, Fon: 0221-801 77 78,
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

■ Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens

Ein weiteres aktuelles Thema für das Gesundheitswesen ist „Häusliche Gewalt – Forschungsergebnisse und Handlungsansätze“. Das MGSFF hat gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz Handlungsempfehlungen für NRW verabschiedet und unter dem Titel: „Häusliche Gewalt – Die Rolle des Gesundheitswesens“ veröffentlicht. Die Koordinationsstelle war an dem vorausgegangenen Fachgespräch beteiligt und unterstützt durch Gabriele Klärs den Umsetzungsprozess der Handlungsempfehlungen durch die Mitwirkung an der entsprechenden Arbeits- und Planungshilfe des Iögd für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, an der Erarbeitung eines Leitfadens für die Ärzteschaft und durch die Entwicklung einer Information für Patientinnen zu Gewalt.

Weiter stehen zahlreiche Vorträge auf Fachtagungen in Kommunen, auf Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte und in Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf dem Programm. Den Auftakt bildete eine Veranstaltung des Arbeitskreises Frauen und Gesundheit der KGK am 5. Oktober in Mülheim. Gabriele Klärs referierte über gesundheitliche Folgen von Gewalt und Anforderungen an gesundheitliche Versorgung. Weitere Veranstaltungshinweise finden Sie auf unserer Homepage unter „Termine“. Auch die LAG Frauenbüros hatte am 14.06.04 das Thema „Häusliche Gewalt“ in den Mittelpunkt ihrer Mitgliederversammlung gestellt und die Koordinationsstelle hierzu eingeladen. Dr. Monika Weber

referierte über die gesundheitlichen Auswirkungen häuslicher Gewalt und über die derzeitigen Aktivitäten zur Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen.

■ Koordinationsstelle unterwegs

Die Koordinationsstelle ist in diesem Herbst wieder mit Vorträgen zu verschiedenen Themen unterwegs. Neben dem Thema Gewalt und Gesundheitliche Versorgung ist der Darstellung von „**Bedarf und Aktivitäten im Bereich Frauen und Gesundheit**“ ein nach wie vor gefragtes Thema, und „**Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen**“ wird zunehmend angefragt, v.a. im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie bei Akteurinnen und Akteuren gesundheitlicher Versorgung.

Außerdem nimmt die Koordinationsstelle an verschiedenen Veranstaltungen teil. Einen Bericht über die Vorstellung der Prävalenzstudie des BMFSFJ „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ am 23.09.04 lesen Sie auf S. 14. Dr. Walburga Freitag berichtet über den Strategieworkshop den das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) zur „**Hormontherapie in den Wechseljahren – Umsetzung der Ergebnisse der WHI-Studie in Deutschland**“ am 2. und 3.06.04 veranstaltete, S. 15. CL

AUS DEM NETZWERK

Das nächste Treffen des Netzwerkes ‚Frauen und Gesundheit‘ NRW findet am **25. November 2004** zum Thema „**Frauen und Medikamente**“ in Köln beim Landschaftsverband Rheinland statt.

Ansprechpartnerin für das Netzwerk:

Gabriele Klärs, Koordinationsstelle ‚Frauen und Gesundheit‘ NRW, Köln, Fon: 0221-801 77 78
koordinationsFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

■ Koordinationsstelle veröffentlicht Arbeitsmaterial „Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung“

Die seit dem Netzwerktreffen im Februar 2003 unter Federführung der Koordinationsstelle tagende Arbeitsgruppe „Gewalt und gesundheitliche Versorgung Betroffener“ hat sich mit der Frage der Erfordernisse an die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen beschäftigt. Die Auswertung des Gutachtens von Carol Hagemann-White (2003) für die Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ machte sowohl die Vielfalt der gesundheitlichen Folgen von Gewalt als auch den immensen Handlungsbedarf deutlich. Um dafür zu sensibilisieren, dass fast jede Berufsgruppe im Gesundheitssystem in irgendeiner Weise mit den körperlichen und psychischen Folgen von Gewalt konfrontiert ist, erstellte die Arbeitsgruppe eine grafische Übersicht „Wo erscheinen Frauen mit Gewalterlebnissen im gesundheitlichen Versorgungssystem?“. Die Übersicht enthält Beispiele ausgewählter Berufsgruppen wie z. B. Zahnärzte/-innen, Allgemeinärzte/-innen, Hebammen etc. und Versorgungseinrichtungen wie Arztpraxen, aber auch Krankenhäuser, Reha-Kliniken etc. mit einer Auflistung der typischen Anliegen und Probleme der betroffenen Frauen. Fort- und Weiterbildungsbedarf für die unterschiedlichen Professionen im Gesundheitssystem wurde

sowohl im genannten Gutachten, auf der gleichnamigen Fachveranstaltung der Enquête-Kommission im Mai 2003 wie auch in den jüngst erschienenen Handlungsempfehlungen „Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens“ festgestellt. Um die Umsetzung zu unterstützen hat die Arbeitsgruppe die wesentlichen Bestandteile für Fortbildungen in vier Modulen beschrieben. Die Skizzierung der Ziele und Inhalte für die einzelnen Module ist verknüpft mit der Aufzählung der Berufsgruppen und Sektoren, die als Referentinnen und Referenten in Frage kommen, unter besonderer Berücksichtigung der vielfach empfohlenen Multiprofessionalität und Multidisziplinarität. Die Materialien werden den für die Fort- und Weiterbildung zuständigen Organisationen und Institutionen als Unterstützungsangebot unterbreitet und in Kürze veröffentlicht. GK

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

■ Aus der Arbeitsgruppe Wechseljahre und Hormontherapie

Die amerikanische WHI-Studie und die britische Million-Women-Studie haben vor allem auf die mit der Hormontherapie in den Wechseljahren verbundenen Risiken aufmerksam gemacht, die deren Nutzen häufig überwiegen. Vor diesem Hintergrund bedarf es jetzt einer verstärkten Information von Frauen und Ärzteschaft über diese neuen Forschungserkenntnisse – diesen Handlungsbedarf hat das Netzwerk ‚Frauen und Gesundheit‘ NRW auf seiner letzten Tagung am 23. März 2004 nachdrücklich unterstrichen. Im Anschluss an die Tagung haben sich Vertreterinnen aus Mitgliedsorganisationen des Netzwerks (Ärztikammern, Kassen, Einrichtungen und Netzwerke zur Frauengesundheit) zusammen geschlossen, um zu überlegen, wie der Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis in NRW durch eigene oder gemeinsame Aktivitäten unterstützt werden kann. Sie greifen damit auch die Anregung des Landtags NRW auf, der mit Beschluss vom 15.12.2003 die Kreise und kreisfreien Städte, die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen aufgefordert hat, ihren Beitrag zu einer verbesserten Aufklärung von Ärzteschaft und Frauen/ Patientinnen zu leisten.

Die Arbeitsgruppe hat zum einen die auf der Netzwerktagung entwickelte Idee einer landesweiten Veranstaltung für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen weiter entwickelt. Derzeit prüfen die Mitgliedsorganisationen, welche Möglichkeiten in ihren Organisationen bestehen, eine solche Veranstaltung in Kooperation durchzuführen bzw. zu unterstützen. Falls auch andere Organisationen Interesse haben, sich an einer solchen Veranstaltung zum Thema „Wechseljahre und Hormontherapie“ zu beteiligen, können sie sich gerne an die unten angegebene Kontaktadresse wenden.

Was macht eine gute Information für Frauen zum Thema „Wechseljahre und Hormontherapie“ aus? Mit dieser Fragestellung sichten die Mitglieder der Arbeitsgruppe zum anderen gemeinsam vorliegende Informationsbroschüren für Frauen zum Thema „Wechseljahre und Hormontherapie“, um diese entweder zwecks Weiterverbreitung empfehlen zu können oder aber daraus Orientierungspunkte für die Erstellung und Bewertung entsprechenden Informationsmaterials abzuleiten. *Dr. Vera John-Mikolajewski*

Kontakt: Dr. Monika Weber, Fon: 05222 - 63 62 94/-95,
 koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

AUS DEM LAND NRW

■ Empfehlungen für NRW „Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens“

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW hat gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Empfehlungen zum Thema „Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens“ herausgegeben. Das Papier wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Vorbereitenden Ausschusses der LGK und weiteren Expertinnen und Experten erarbeitet.

Der Fokus liegt bewusst auf Fragen und Handlungsmöglichkeiten, die sich im Bereich Gesundheit ergeben. Das Papier zeigt Wege auf, wie Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten in der Praxis optimiert werden können und wie eine stärkere Vernetzung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit den bestehenden regionalen Kooperationen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt erreicht werden kann. Die Beteiligten des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen haben mit der Verabschiedung dieses Papiers ein deutliches Signal für die gemeinsame Verantwortung bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gesetzt.

An vielen Stellen besteht natürlich noch Diskussions- und Informationsbedarf. Zum Beispiel hinsichtlich des Umgangs mit den Betroffenen in der Behandlungssituation, hinsichtlich des rechtlichen Rahmens, und auch der Hilfeangebote, auf die verwiesen werden kann.

Diese und weitere Fragestellungen sollen in einer Fachveranstaltung am 01. Dezember 2004 in Dortmund aufgegriffen werden.

Die gemeinsamen Empfehlungen sind nun in Form einer 15-seitige Broschüre veröffentlicht und können beim Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW, Broschürenstelle, 40190 Düsseldorf kostenlos angefordert werden. Die Broschüre steht außerdem zum Download unter www.mgsff.nrw.de.

■ Enquête-Kommission legt Abschlussbericht vor

Es ist vollbracht! Unmittelbar vor der Sommerpause überreichten die Obfrauen der Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ dem Präsidenten des Landtags ihren Abschlussbericht. Anfang September kamen hunderte gedruckte Exemplare aus dem Verlag und wurden wenig später weitergeschickt an Organisationen, Verbände, Einrichtungen und Initiativen, die in NRW im Gesundheitsbereich engagiert sind. Damit verbunden ist die Erwartung an die so Beschenkten, dass sie den Stab übernehmen und den Weg zu einer frauengerechten Gesundheitsversorgung weiter gehen.

Dem Auftrag des Landtags entsprechend hat die Enquête-Kommission in dreijähriger Arbeit auf der Basis einer Bestandsaufnahme konkrete Vorschläge entwickelt, die geeignet sind, Defizite zu beseitigen und so ein frauengerechtes Gesundheitssystem in NRW zu fördern. Dabei werden Lebenslagen und Lebensphasen von Frauen genauso berücksichtigt wie die spezifischen Belange besonderer Zielgruppen oder für Frauen relevante Krankheitsbilder. Die erarbeiteten Vorschläge und Handlungsempfehlungen richten sich nicht nur an den Landtag und die Landesregierung, sondern auch an die Akteure und

Akteurinnen des Gesundheitswesens, an den öffentlichen Gesundheitsdienst und an die gesundheitsbezogene Forschung. Die Ergebnisse der Enquête-Kommission wurden auf einer Abschlusstagung am 28.09.2004 im Landtag der Öffentlichkeit präsentiert.

Die Erfahrungen aus dem beteiligungsorientierten Prozess der Kommission stimmen optimistisch. Immer wieder erhielten wir Rückmeldungen, dass Ergebnisse von Anhörungen oder Empfehlungen aus Gutachten bereits in die Praxis umgesetzt wurden oder bei der Durchsetzung von Forderungen hilfreich waren. So geschehen, bei der gesetzlichen Verankerung der Mutter-Kind-Kuren als Pflichtleistung oder vor wenigen Monaten bei der Durchsetzung der kassenärztlichen Anerkennung (Ermächtigung) eines niedergelassenen Rheumaspezialisten in Düsseldorf unter Beibehaltung der Rheumaambulanz an der Uniklinik. In diesem Fall war ausschlaggebend, dass ein im Auftrag der Enquête-Kommission erstelltes Gutachten ein klares Defizit von niedergelassenen internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen in NRW errechnet hatte sowie die daraus resultierenden Mehrkosten durch Fehlversorgung.

Vielerorts wurden bereits die Weichen für eine verbesserte medizinische Versorgung von Gewaltopfern gestellt; das Umdenken in Bezug auf die Hormontherapie in den Wechseljahren wurde maßgeblich beeinflusst durch die Berechnungen des von der Enquête-Kommission beauftragten Gutachters.

Dennoch muss noch viel getan werden, bis landesweit die Rahmenbedingungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung realisiert sind. Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- **Genderblick in die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe!**

Es ist dringend erforderlich, systematisch das Wissen um geschlechtsspezifische Unterschiede von Gesundheit und Krankheit in die Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren. Nur so können Unter- und Fehlversorgungen von Frauen vermieden werden. Dabei geht es um Kenntnisse unterschiedlicher Symptomaten und Befunde je nach Geschlecht (z.B. Symptome und Behandlung von Herzinfarkt), ebenso wie um das Wissen unterschiedlicher Wirkungen von Arzneimitteln bei Frauen und Männern. Es geht z. B. auch darum, dass Ärztinnen und Ärzte rheumatische Erkrankungen sicher erkennen und bedarfsgerecht behandeln, denn hiervon sind v.a. Frauen betroffen und hier gibt es ein hohes Maß an Fehlversorgung.

- **Gesundheitsforschung muss geschlechtssensibel werden!**

Studien, aus denen sich gezielte Hinweise für einen Abbau von nicht sachgerechten, geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung und für eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen ableiten lassen, stehen bislang noch aus. Hier besteht dringender Handlungsbedarf; Forschung, insbesondere gesundheitsbezogene Forschung muss gegendert werden. Die Enquête-Kommission empfiehlt, dass mit öffentlichen Mitteln zukünftig nur noch Projekte in der Gesundheitsforschung finanziert werden, an denen Frauen in ausreichendem Maße beteiligt sind und die mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen. Um eine geschlechter-sensible Forschung und Wissenschaft durchzusetzen, gilt es darüber hinaus – entsprechend der EU-Vorgaben – den Frauenanteil an den Forschenden zu erhöhen.

- **Weiterentwicklung und Verstetigung geschlechtersensibler Gesundheitsberichterstattung!**

Die Enquête-Kommission empfiehlt dem Land, den kreisfreien Städten und Kreisen und den Krankenkassen die Gesundheitsberichterstattung grundsätzlich geschlechtsdifferenziert auszurichten und durch gezielte geschlechtsspezifische Berichte zu ergänzen. Ansätze aus der Genderforschung müssen stärker als bisher für die Gesundheitsberichterstattung nutzbar gemacht werden und Differenzierungen nach Zielgruppen und besonderen Lebenslagen vorgenommen werden. Ziel einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung ist nicht nur Gleichbehandlung und Gerechtigkeit zwischen den Geschlechtern, sondern hat auch ganz konkreten Nutzen: Durch das Sichtbarmachen der unterschiedlichen Präventions- und Versorgungsbedarfe von Frauen und Männern trägt sie zur Verbesserung und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung insgesamt bei.

- **Frauen(gesundheits)initiativen absichern!**

Zur unverzichtbaren Ergänzung kommunaler und landesweiter Versorgungsstrukturen im Gesundheitsbereich gehören die vielfältigen Angebote im Bereich Koordination, Beratung und Information, Prävention und Betreuung durch die Fraueninfrastruktur. Sie sind auf die besonderen Bedürfnisse und Problemlagen von Frauen insgesamt – insbesondere von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen – und spezifischer Zielgruppen ausgerichtet. Die Enquête-Kommission empfiehlt die finanzielle Absicherung dieser Angebote, den bedarfsgerechten Ausbau und eine langfristige Stabilisierung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW. Denn die frauengerechte Gesundheitsversorgung in der Zukunft bedarf der Vernetzung der engagierten Professionellen heute! *Marianne Hürten*

Kontakt: Marianne Hürten, MdL, Vorsitzende der Enquête-Kommission, marianne.huerten@landtag.nrw.de

- **Landesfachstelle Ess-Störungen NRW eingerichtet**

Die Landesfachstelle Ess-Störungen NRW ist im Juli 2003 eingerichtet worden, um die Weiterentwicklung der Prävention von Ess-Störungen sowie der Hilfeangebote für Menschen mit Ess-Störungen konzeptionell und koordinierend zu begleiten. Sie ist tätig im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Einrichtung hat ihren Sitz in Köln und ist der *Landeskoordination Integration NRW* angegliedert.

Weitere Aufgaben sind die Verbesserung von Transparenz und Vernetzung bestehender Hilfeangebote für Menschen mit Ess-Störungen. Die Öffentlichkeit soll für die komplexen Hintergründe und Erscheinungsformen des Phänomens „Ess-Störungen“ sensibilisiert werden. Die Fortbildungsangebote der Landesfachstelle richten sich an Fachkräfte aus psychosozialen, medizinischen und pädagogischen Arbeitsfeldern, die in ihrem beruflichen Alltag mit dem Thema Ess-Störungen konfrontiert sind. *Maria Spahn*

Kontakt:

Maria Spahn, Landesfachstelle Ess-Störungen NRW
Christophstraße 31, 50670 Köln
Fon: 0221 - 739 33 78, www.lf-ess-stoerungen.de

SCHWERPUNKT: FRAUEN UND MEDIKAMENTE

■ Frauen und Medikamente – Ein Thema mit vielen Facetten

Das Thema „Frauen und Medikamente“ hat viele Facetten: Frauen erhalten mehr Medikamente als Männer, und sie sind bei weitem häufiger von ihnen abhängig. Die Gefährdung einer Medikamentenabhängigkeit steigt mit dem Alter, und vor allem alte Frauen sind durch die gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente von unerwünschten Wechselwirkungen mit z.T. schweren gesundheitlichen Folgen betroffen. In der klinischen Forschung sind Frauen allerdings unterrepräsentiert, obwohl es Hinweise auf geschlechtsspezifische Wirkungen gibt. Diese Tatsache führte aktuell zu einer Veränderung im Arzneimittelgesetz. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick, welche Themen und Schwerpunkte unter der Überschrift „Frauen und Medikamente“ diskutiert werden, nennt grundlegende Forschungsergebnisse und soll helfen, die folgenden Beiträge in einen Gesamtkontext einzuordnen.

■ Frauen nehmen mehr Medikamente

Die quantitativen Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und -verordnung sind inzwischen vielfach belegt: Frauen werden bereits ab dem 14. Lebensjahr mehr Medikamente verschrieben als Männern, die gesetzlichen Krankenkassen verzeichnen eine geschlechtsabhängige Differenz von 40%. (MFJFG 2000; BMFSFJ 2001) Zusätzlich zu der geschlechtsspezifischen, gibt es eine soziale Komponente: Frauen aus sozial benachteiligten Schichten erhalten noch einmal deutlich mehr Medikamente. (Landtag NRW 2004)

Betrachtet man, welche Mittel Frauen häufiger nehmen, werden weitere geschlechtsspezifische Aspekte deutlich. So erhalten Frauen zwei Drittel der Medikamente mit Abhängigkeitspotential: Jede zweite Frau nimmt Schmerzmittel (BMFSFJ 2001) – verschrieben oder ohne Rezept gekauft -, und Frauen werden häufiger psychoaktive Arzneien verschrieben, Psychopharmaka sogar zu 65% häufiger als Männern. Auch Appetitzügler und Abführmittel kaufen v.a. Frauen, mit gesundheitsschädigenden Wirkungen bei längerem Konsum. (Bundeskoordination Frauengesundheit 2003)

Auch die Hintergründe, warum Frauen zu solchen Medikamenten greifen, sind weitgehend geschlechtsspezifisch. Die Frauengesundheitsforschung hat immer wieder darauf hingewiesen, dass es Zusammenhänge gibt zwischen dem hohen Medikamentenkonsum durch Frauen und herkömmlichen Bildern von Weiblichkeit und daraus resultierenden, eher „leisen“ Bewältigungsstrategien. (Vogt 1996; Füller 1994; Franke 2001) Zu Appetitzüglern greifen Frauen vielfach, um dem Schönheitsideal der schlanken Frau entgegenzukommen. Zu Schmerz- und Beruhigungsmitteln greifen Frauen häufig, um auch in belastenden Situationen möglichst unauffällig zu bleiben und zu funktionieren und eben nicht „aus der Rolle“ zu fallen. (ebd.) Die selben Hintergründe können auch zur Medikamentenabhängigkeit führen, Frauke Schwarting beschreibt sie in diesem Zusammenhang auf S. 10.

■ Zwei Drittel der Medikamentenabhängigen sind Frauen

Ein weiteres zentrales Thema der Debatte ist die Abhängigkeit von Medikamenten, von der Frauen überproportional betroffen sind: Von verschriebenen Arzneimitteln sind 1,5-2 Millionen Menschen in Deutschland abhängig, je nach Schätzung, und weitere 500.000 von Schmerzmitteln, die sie selbst in der Apotheke erworben haben (Bundeskoordination Frauengesundheit 2003). Von diesem, neben dem Alkoholismus zweitgrößten Suchtproblem, sind rund zwei Drittel Frauen betroffen (Jahrbuch Sucht 2004). Laut Landessuchtprogramm (MFJFG 1999) sind etwa 4% aller krankenversicherten Frauen manifest von – in der Regel – ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig, eine etwa gleich hohe Zahl ist hiervon gefährdet. Mehr als 500 Millionen Tagesdosierungen psychisch wirksamer Medikamente werden jährlich in Deutschland nicht aufgrund akuter Gesundheitsprobleme, „sondern zur langfristigen Suchterhaltung verordnet“. (Landessuchtprogramm 1999, S.92)

Um die Zahl der Medikamentenabhängigen zu reduzieren, gibt es inzwischen von verschiedenen Seiten Ansatzpunkte. Als zentrales Problem gilt hierbei, dass die Betroffenen selbst häufig nicht realisieren, dass sie abhängig sind und das bestehende Suchthilfesystem daher kaum aufsuchen. Auch in der Öffentlichkeit werden sie selten „auffällig“.

Das Landessuchtprogramm nimmt die Verschreibungspraxis in den Blick und beschreibt eine Reihe von Maßnahmen, die zu einer Reduzierung der Medikamentensucht führen sollen:

Beispielsweise soll vor der Verschreibung von Benzodiazepinen eine gezielte ärztliche Beratung mit dem Ziel einer nichtmedikamentösen Behandlung stattfinden, die Verordnung sollte nur noch persönlich und handschriftlich erfolgen und die Apothekerinnen und Apotheker sollen durch gezielte Information der Kundinnen in die Frühwarnsysteme einer Medikamentenabhängigkeit einbezogen werden. Darüber hinaus sei „die übermäßige Verordnung von suchtförderlichen Medikamenten von den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zu sanktionieren“. (Landessuchtprogramm 1999, S.93) Diese Maßnahmen können auch helfen, den insgesamt hohen Medikamentenkonsum durch Frauen zu reflektieren.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat sich aktuell mit der Rolle der Selbsthilfegruppen als einer möglichen Anlaufstelle beschäftigt. Vor dem Hintergrund, dass es auch im Selbsthilfebereich keine spezifischen Gruppen für medikamentenabhängige Frauen gibt, sie jedoch nicht selten in Selbsthilfegruppen Unterstützung suchen, die sich z.B. mit ihren Ursprungsbeschwerden beschäftigen, hat die DHS Karin Mohn mit der Entwicklung einer Broschüre beauftragt, die Wege aufzeigt, wie die Medikamentenabhängigkeit dort stärker zum Thema gemacht werden kann. Lesen Sie hierzu den Artikel von Karin Mohn, S. 11.

■ Die Situation alter Frauen

V.a. die Enquête-Kommission hat sich in den letzten Jahren mit Aspekten der Unter-, Über- und Fehlversorgung mit Medikamenten bei alten Frauen beschäftigt. Übereinstimmend wird festgestellt, dass mit 60 Jahren für Frauen das Risiko einer Medikamentenabhängigkeit noch einmal stark ansteigt, denn älteren Frauen werden mehr Medikamente verschrieben und der Anteil an psychotropen Mitteln nimmt zu. Neben der Gefahr einer Abhängigkeit besteht im Alter offenbar eine höhere Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Nebenwirkungen und auf Grund parallel

konsumierter Medikamente die Gefahr gefährlicher Wechselwirkungen. Von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die regelmäßig Psychopharmaka konsumieren, nehmen 20% gleichzeitig unterschiedliche Stoffgruppen ein. (Weyerer 2002) Die Universität Erlangen hat in einer Untersuchung von akut eingewiesenen älteren Patientinnen und Patienten bei knapp 20% eine klare Kontraindikation der verordneten Mittel festgestellt. (zitiert von Prof. Thürmann in der Anhörung der Enquête-Kommission am 05.09.2003)

Die Situation von Frauen in Altenheimen ist von besonderer Relevanz, da sie auch hier mehr Medikamente verordnet bekommen und mit einem Anteil von 80% überrepräsentiert sind. Zur Situation in Altenheimen liegen inzwischen eine Reihe von Untersuchungen vor, aktuelle Ergebnisse wurden beim Fachgespräch der Enquête-Kommission zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ am 05.09.2002 vorgestellt. Beispielsweise sind Frauen überproportional von Stürzen aufgrund überlanger Wirkung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln betroffen. Darüber hinaus dämpft die häufige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit der Zeit die Wahrnehmungsfähigkeit. (Weyerer, Schäufele und Zimmer 1998; Thürmann 2002)

Zur Situation der Medikamentenvergabe in Altenheimen hat das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd 2003) eine Untersuchung durchgeführt, die Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der stationären Altenpflege aufzeigt (s. Puteanus S. 9).

Ebenfalls auf der Anhörung der Enquête-Kommission am 05.09.2002 ist anhand verschiedener Projekte eine Überversorgung gezeigt worden: die Wohn- und Pflegesituation hat Einfluss auf die Menge und die Sachgerechtigkeit der verordneten Medikamente. So zitierte Klaus-Ingo Giercke eine Studie von Prof. Grond, in der anhand einer Stichprobe von 15 Einrichtungen der Caritas gezeigt werden konnte, dass ein gutes Qualitätsmanagement zu einer Reduzierung der Verordnungen von Psychopharmaka führt. Eine australische Interventionsstudie konnte zeigen, dass durch pharmazeutische Beratung in Heimen 10% weniger psychoaktive Medikamente und 20% weniger Antidepressiva verschrieben werden konnten, was neben Vorteilen für die Menschen, eine finanzielle Einsparung trotz der Beratungskosten einbrachte. (Thürmann 2002)

Gleichzeitig ist eine Unterversorgung festzustellen: ein Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner, die an Depressionen leiden, erhalten keinerlei – auch keine medikamentöse – Behandlung. (Weyerer 2002)

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation hat die Enquête-Kommission in ihrem Bericht beschrieben. Weitere Empfehlungen speziell für den Pflegebereich sind von dem im nächsten Jahr erscheinenden Abschlussbericht der Enquête-Kommission „Zukunft der Pflege“ zu erwarten.

■ Frauen in der Arzneimittelforschung

Frauen sind in klinischen Studien unterrepräsentiert, v.a. Prof. Dr. Petra Thürmann, seit 2003 außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission, hat in den vergangenen Jahren immer wieder hierauf hingewiesen. Und selbst wenn Frauen an Studien teilnahmen, wurden die Ergebnisse oftmals nicht geschlechterbezogen ausgewertet. Die vorliegenden Hinweise auf unterschiedliche Arzneimittelwirkungen bei Männern und Frauen sind jedoch gravierend. Beispielsweise belegt eine Retrospektive älterer Studiendaten, dass Digoxin zur Behandlung von Herzinsuffizienz lediglich bei Männern signifi-

kante positive Effekte hat, während bei Frauen sogar die Sterblichkeit gegenüber der Placebogruppe signifikant anstieg (Rathore, Wang und Krummholz, 2002).

In diesem Jahr wurden mit der Novellierung des Arzneimittelgesetzes Voraussetzungen für die Untersuchung der unterschiedlichen Wirkungsweise von Arzneimitteln bei Frauen und Männern geschaffen. Danach darf im Zulassungsverfahren klinischer Prüfungen die Genehmigung versagt werden, wenn die Prüfung ungeeignet ist, „den Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Männern und Frauen zu erbringen.“ (§24 (1) Abs.2) Bislang war die Einbeziehung von möglichen geschlechtsspezifischen Wirkungen für die Genehmigung einer klinischen Studie nicht relevant. Gleichzeitig wurde die gesetzliche Grundlage für eine Rechtsverordnung geschaffen, die festlegen soll, dass zur Genehmigung von klinischen Studien Angaben über eine „angemessene Beteiligung von Frauen und Männern“ vorliegen müssen. (§42 (1) Abs.2) Der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) ist derzeit mit der Umsetzung dieses Gesetzes beschäftigt.

Die Änderungen des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes finden Sie im Internet auf den Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zum Download unter:

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_7.cfm

Zu den Umsetzungsmöglichkeiten nimmt Elisabeth Thesing-Bleck (S. 8) aus Sicht der Apothekerkammer Nordrhein Stellung.

Die Koordinationsstelle will durch die Verbreitung der vielfältigen Erkenntnisse dazu beitragen, dass dieses Thema weiter bewegt und die Handlungsempfehlungen aufgegriffen werden. Hierzu erstellt sie eine Materialsammlung und greift das Thema auf dem nächsten Netzwerktreffen auf. CL

Kontakt:

Carola Lehmann, Fon: 0221 - 801 77 78

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Köln
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

Literatur:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). **Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland.** (Kapitel 4.4). Stuttgart
- Bundeskoordination Frauengesundheit (Hg.) (2003). **Frauen Leben Gesundheit.** (Kapitel 7). Bremen
- Franke, Alexa u.a. (2001). **Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.** Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim/München
- Füller, Ingrid (1994). **Medikamentenkonsum bei Frauen.** In: Burmeister, Jens (Hg.). **Schlucken und Dücken. Medikamentenmissbrauch bei Frauen und Kindern** (S. 7-12). Geesthacht
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004). **Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen.** Wiesbaden
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2000). **Gesundheit von Frauen und Männern.** (Kapitel 3.3.3). Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999). **Landesprogramm gegen Sucht.** (Kapitel V.3). Düsseldorf
- Rathore, Wang und Krummholz (2002). **Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure.** New England Journal of Medicine, 2002 Okt. 31, 347 (18), 1403-11
- Thürmann, Petra (2002). **Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen.** Beitrag beim Fachgespräch der Enquête-Kommission am 05.09.2002, Sitzungsprotokoll. Landtag NRW. Düsseldorf
- Weyerer, Schäufele und Zimmer (1998). **Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter.** In: Havemann-Reinecke; Weyerer; Fleischmann (Hg.). **Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter** (S. 38-49). Freiburg
- Vogt, Irmgard (1996). **Frauen und psychotrope Substanzen. Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe.** Zeitschrift für Frauenforschung 3/96, (S. 117-128)
- Weyerer, Siegfried (2002). **Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen.** Beitrag beim Fachgespräch der Enquête-Kommission am 05.09.2002, Sitzungsprotokoll. Landtag NRW. Düsseldorf

■ Frauen und Medikamente – Ergebnisse der Enquête-Kommission

Frauen und Männer sind verschieden (krank) – und Frauen und Männer bekommen verschiedene Medikamente. Auf den ersten Blick scheint also alles in Ordnung zu sein im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung. Schaut man jedoch genauer hin, so wie die Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ des Landtags dies getan hat, so verbirgt sich dahinter ein hohes Maß an Über-, Unter- und Fehlversorgungen von Frauen mit teilweise schwerwiegenden Folgen oder Risiken. Im Detail untersucht hat die Enquête-Kommission dabei insbesondere die drei Teilbereiche „Medikamentenversorgung im Altenheim“, „psychotrope Medikamente“ und „Hormontherapie“ sowie den Bereich, in dem die wesentlichen Ursachen für die gefundenen Defizite liegen, die medizinische und pharmazeutische Forschung.

So ergab eine Nachfrage der Enquête-Kommission bei dem für Zulassung neuer Medikamente zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), dass eine systematische Untersuchung möglicher geschlechtsbezogener Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln in den Zulassungsverfahren nicht vorgesehen war und dass noch nicht einmal Daten darüber vorlagen, ob und in welchem Umfang Frauen in die klinische Erprobung von neuen Wirkstoffen einbezogen worden waren. Und das, obwohl wie die Enquête-Kommission u.a. durch Vorträge von Frau Prof. Petra Thürmann von der Universität Witten-Herdecke erfahren hatte, schon seit langem Hinweise und Belege vorliegen, dass es teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, sowohl bei Aufnahme, Transport, Verteilung, Speicherung, Abbau und Ausscheidung von Wirkstoffen im Körper als auch bei der Wirkung selbst. Ursache hierfür sind neben durchschnittlich geringerer Körpergröße und Gewicht insbesondere ein höheres Verhältnis von Fett zu Wasser im weiblichen Körper sowie eine genetisch bedingte andere Ausstattung mit Enzymen und Hormonen. Dennoch sind es in der Regel nicht diese biologischen Unterschiede, auf die die beobachteten Unterschiede im Verschreibungsverhalten zurückgehen. So erhalten Frauen beispielsweise sehr viel häufiger psychotrope Medikamente als Männer, oft ohne dass tatsächlich eine entsprechende gesicherte Diagnose vorliegt, sondern vielmehr wegen allgemeiner Befindlichkeitsstörungen. Auch für den Bereich der Medikamentenversorgung in Altenheimen (s. hierzu auch den Beitrag von Dr. Udo Puteanus, S. 9) wurden auf einer Veranstaltung der Enquête-Kommission zahlreiche Beispiele für Über- oder Fehlversorgungen benannt, die auf die mangelnde Berücksichtigung der besonderen Situation und Bedürfnisse insbesondere alter Frauen bei der Dosierung und Kombination von Wirkstoffen zurückzuführen waren.

Die Enquête-Kommission empfiehlt daher in ihrem Bericht vor allem, mögliche Unterschiede stärker als bisher systematisch zu erforschen und auch bei der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen/Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern zu berücksichtigen. Den Trägern von Alteneinrichtungen empfiehlt die Enquête-Kommission u.a., durch Veränderungen der Rahmenbedingungen zu einer Verminderung der Konsums insbesondere psychotroper Medikamente beizutragen und durch den Aufbau von Qualitätssicherungsinstrumenten Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Darüber hinaus appelliert sie auch an alle Ärztinnen und Ärzte, ihre bisherige Verschreibungspraxis kritisch zu hinterfragen. Es gilt nun, diese und

andere Empfehlungen der Enquête-Kommission einer möglichst breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen und für eine rasche Umsetzung zu sorgen. Dass dies gelingen kann, zeigt die Änderung des Arzneimittelgesetzes. (s. hierzu den Artikel von Frau Thesing-Bleck, S. 8) Bereits vor Abschluss der Beratungen in der Enquête-Kommission, ist es ihr gelungen, die Ergebnisse in den politischen Prozess auf Bundesebene einzuspeisen und so für eine Änderung im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung, nicht nur in NRW, zu sorgen. *Dr. Thorsten Drewes*

Kontakt:

Dr. Thorsten Drewes, Referent der Enquête-Kommission für Bündnis90/Die Grünen,
thorsten.drewes@landtag.nrw.de

■ Geschlechtsspezifische Arzneimittelversorgung

Der Bericht der Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW des Landtags Nordrhein Westfalen“ empfiehlt den Trägern von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitswesen eine verbesserte geschlechtsdifferenzierte Darstellung ihrer Ausbildungsinhalte. Die mit der Umsetzung dieser Handlungsempfehlung befassten Bildungsträger stehen, wenn es um eine geschlechtsspezifische Arzneimittelversorgung von Frauen geht, vor einer schwierig zu lösenden Aufgabe. Ausbildungs-Curricula formal zu ändern und eine geschlechtsdifferenzierte Darstellung von Ausbildungsinhalten zu empfehlen oder vorzuschreiben ist die eine Seite. Die andere Seite ist die praxisgerechte Umsetzung der so geänderten Curricula.

Die Enquête-Kommission stellt fest, „dass geschlechtsdifferenzierte Daten für die Gesundheitsversorgung in Deutschland und damit auch in NRW nur unzureichend zur Verfügung stehen“. Dies gilt, wie auch die Apothekerkammer Nordrhein immer wieder angemahnt hat, in ganz besonderem Maße für die geschlechtsdifferenzierte Arzneimittelversorgung. Von allen in diesem Bereich für Bildungsangebote in Frage kommenden Themen sind die Unterschiede in der Pharmakokinetik von Arzneimitteln noch am besten untersucht. Die unterschiedliche Zusammensetzung der Körpermassen von Männern und Frauen, Geschwindigkeitsunterschiede in den Abbauprozessen von Arzneimitteln und geschlechtsspezifische Gewichtsunterschiede sind seit langem bekannt und müssen in Zukunft noch konsequenter als bisher Eingang in die entsprechenden Curricula finden. Stärker als bisher geschlechtsdifferenziert betrachtet werden sollten die Kenntnisse über den Einfluss von Unterschieden in der Lebensführung, die wiederum Einfluss auf Arzneimittelwirkungen haben können, wie z.B. Art und Zeitpunkt von Mahlzeiten oder der Gebrauch von Genussmitteln.

Der Gesetzgeber hat bei der Umsetzung der EG-Richtlinie zur Harmonisierung klinischer Prüfungen in deutsches Recht im 12. Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz vom 30.07.2004 (BGBl. I S.2031) die Forderung verankert, dass die vorgelegten Unterlagen zur klinischen Prüfung u. a. geeignet sein müssen, „den Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern zu erbringen“. Langfristig wird von dieser Neuregelung ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der geschlechtsdifferenzierten Datenlage für die neu zuzulassenden Arzneimittel erwartet. Kurzfristig sind allerdings signifikante Auswirkungen von dieser Änderung des Arzneimittelgesetzes auf die Ausbildungsinhalte kaum

anzunehmen. Geschlechtsdifferenzierte Kenntnisse über die derzeit zugelassenen und bereits im Handel befindlichen Arzneimittel sind durch diese Gesetzesänderung nicht zu erwarten.

Wie einer Pressemeldung auf der Homepage des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), Stand Juni 2004 zu entnehmen ist, wurde bei einer Durchsicht von öffentlichen Bewertungsberichten (European Public Assessment Reports, EPARs) für seit 1995 zugelassene relevante Arzneimittel in 38 Fällen ein Hinweis auf geschlechtsspezifische Prüfungen gefunden. In seltenen Fällen, so die Aussage, wurde ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Aufnahme des Wirkstoffs in das Blut festgestellt. Im Juni 2001 wurde die Studie „Women's Participation in Clinical Trials and Gender-Related Labeling: A Review of New Molecular Entities Approved 1995-1999“ veröffentlicht. Bei der Untersuchung von 185 Arzneimitteln mit neuen chemischen Wirkstoffen, die von der FDA zwischen dem 01.01.1995 und 31.12.1999 zugelassen worden waren, wurden bei insgesamt 32 Produkten geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden. Diese betrafen fast ausschließlich pharmakokinetische Parameter wie Aufnahme, Verteilung, Abbau und Ausscheidung des Arzneimittels, führten aber laut VFA in keinem Fall zu einer abweichenden Dosisfestlegung für Frauen. Solche Erkenntnisse bedürfen nach Meinung der Apothekerkammer Nordrhein dringend einer weitergehenden Aufarbeitung unter pädagogischen Gesichtspunkten. Zusätzlich sollte überlegt werden, wie es erreicht werden kann, – falls vorhanden – heute noch unzugängliche nationale und internationale Daten, die geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen, für Aus- und Weiterbildungszwecke zu öffnen.

Eine systematische Erfassung verfügbarer geschlechtsdifferenzierter Arzneimittelkenntnisse ist relativ schnell möglich. Die Apothekerkammer Nordrhein hat das Enquête-Verfahren zum Anlass genommen, bereits während der laufenden Beratungen die ihr zugänglichen Quellen zusammenzustellen und in die eigenen Fortbildungsangebote zu implementieren. Dabei ist sie zu der Überzeugung gelangt, dass das derzeit verfügbare Fachwissen zum Themenbereich „Frauen und Arzneimittel“ für eine sinnvolle Unterrichtseinheit noch nicht ausreicht. Vielmehr bedarf es sehr zügig weitergehender Anstrengungen, um den Kenntnisstand zur geschlechtsdifferenzierten Arzneimittelversorgung zu verbessern. Geeignete Maßnahmen wären beispielsweise eine zielgerichtete Förderung einer Industrie unabhängigen pharmakologischen Grundlagenforschung unter geschlechtsspezifischen Fragestellungen sowie eine systematische Erfassung von Arzneimittelunverträglichkeiten, Wechsel- und Nebenwirkungen mit Hilfe der Pharmazeutischen Betreuung und die verbindliche geschlechtsdifferenzierte Auswertung dieser Daten durch klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. Nur mit Hilfe solcher und weiterer flankierender Maßnahmen können die sinnvollen und notwendigen Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens auch umgesetzt werden und damit zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung der Arzneimittelversorgung von Frauen beitragen. *Elisabeth Thesing-Bleck*

Kontakt:

Elisabeth Thesing-Bleck,
Vizepräsidentin der Apothekerkammer Nordrhein,
e.thesing-bleck@aknr.de

■ Arzneimittelversorgung in Altenheimen – eine Untersuchung des Iögd

Kommunikationsprobleme gefährden die Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern. Dies ergab eine Untersuchung des Iögd, die im Zusammenhang mit der Umsetzung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW im neuen Aufgabengebiet Sozialpharmazie durchgeführt wurde.

Unzureichende Absprachen und unklare Verantwortlichkeiten bei der Zusammenstellung von Arzneimitteln in Heimen können für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gefährliche Folgen haben. Damit Arzneimittel nicht falsch dosiert sind oder zu einem falschen Zeitpunkt verabreicht werden, müssen Anweisungen klar und überprüfbar sein.

Zwischen Pflegekräften und behandelnden Ärztinnen und Ärzten können Kommunikationsprobleme und Unklarheiten bei der Änderung von Medikationen für Patientinnen und Patienten die Ursache dafür sein, warum Heimbewohnerinnen und -bewohner nicht immer die richtigen Arzneimittel erhalten. Ein unzureichender Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten, die die gleiche Patientin oder den gleichen Patienten behandeln, kann zusätzlich gefährliche Folgen haben. In der sozialpharmazeutischen Untersuchung der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker der Kreise und kreisfreien Städte in NRW in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) konnte gezeigt werden, dass Gefahren für die Bewohnerinnen und Bewohner vermieden werden können, wenn an diesen Kommunikationsproblemen weiter gearbeitet wird. So muss jede Medikationsänderung deutlich auf der zentralen Medikationsdatei vermerkt und durch die Ärztin oder den Arzt per Handzeichen autorisiert sein. Sofern verschiedene Ärztinnen und Ärzte eine Patientin oder einen Patienten behandeln, muss sichergestellt sein, dass ihnen Einblick in die vollständige Arzneimitteltherapie inklusive der Selbst- und Bedarfsmedikation ermöglicht wird, bevor neue Arzneimittel verordnet werden. So können gefährliche Wechselwirkungen vermieden werden.

Neben den Veränderungen in den Kommunikationsabläufen können auch qualitätssichernde Maßnahmen in den Heimen zur Verbesserung der Situation beitragen. Dazu gehören: tägliches Zusammenstellen der Medikamente für die Bewohnerinnen und Bewohner statt wöchentliches Stellen, Führen einer zentralen und stets aktuellen Medikationsdatei statt verschiedener Listen, da auf diese Weise Übertragungsfehler vermieden werden, und Überprüfung der zusammengestellten Arzneimittel durch eine zweite Person. In Heimen, die nach diesen Standards arbeiten, konnten kaum Stellfehler registriert werden.

Die Untersuchung erbrachte darüber hinaus folgende Ergebnisse: Bei der Hälfte der untersuchten Heime konnten in der Stichprobe keine Fehler bei den für die Bewohnerinnen und Bewohner gestellten Arzneimitteln festgestellt werden. In ca. 30% der Heime wurde nur jeweils eine geringe Fehlerzahl festgestellt. Bei etwa 20% der Heime war die Qualität beim Stellen verbesserungswürdig. Die Vielzahl unterschiedlicher Arzneimittel pro Patientin und Patient erfordert stärkere Bemühungen zur Vermeidung von Gefahren durch Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen.

Apotheken, die aufgrund des im August 2002 überarbeiteten Apothekengesetzes Versorgungsverträge mit Heimen abgeschlossen haben, können ihrerseits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation in den Heimen

leisten. Ihre Aufgabe ist bspw. die Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von der Apotheke gelieferten Produkte und vor allem die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten sowie des Pflegepersonals, das mit der Verabreichung der Arzneimittel beauftragt ist.

Untersuchungen, wie die vorliegende des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, zeigen Schwachstellen in der Arzneimittelversorgung auf, bieten andererseits aber auch Ansatzpunkte, wie die Arzneimittelsicherheit weiter verbessert werden kann.

Die vollständigen Untersuchungsergebnisse sind zu finden unter: Bader, A.; Auf dem Keller, S.; Puteanus, U.; Wessel, T. (2003). **Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? Zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Pflegeheimen.** In: Gesundheitswesen 65 (2003) Heft 4, (S. 236-242) *Dr. Udo Puteanus*

Kontakt:

Dr. Udo Puteanus, Leiter des Dezernats für Grundsatzfragen der Arzneimittelsicherheit und Sozialpharmazie im Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), udo.puteanus@loegd.nrw.de

■ **Medikamentenabhängigkeit bei Frauen**

Der Suchtbereich mit dem höchsten Frauenanteil (ca. 1 Million von 1,5 Millionen Abhängigen), taucht im Hilfesystem am wenigsten auf: Medikamentenabhängige machen nicht einmal 1 % der Hilfesuchenden des Suchtbereichs aus! Eine Grauzone entsteht durch folgende Besonderheiten: psychotrope Medikamente werden nicht als Droge, sondern als – oft von Ärztinnen und Ärzten verordnete – Heilmittel betrachtet; die betroffenen Frauen fallen weder sozial noch durch starke Suchtsymptome auf, und schließlich überblicken sowohl die Akteure im Gesundheitswesen wie auch die Frauen selbst oft nicht, was ihnen eigentlich fehlt, was sie quält und dass ihr Konsum schon längst zur Abhängigkeit geworden ist. Beim Thema Medikamentenabhängigkeit geht es, obschon eine Vielzahl von Substanzen ein Abhängigkeitspotential besitzen (vgl. Glaeske 2002), vor allem um die Abhängigkeit von zwei Substanzgruppen:

- von den „leichteren“ der Schmerzmittel (Kombinationspräparate z.B. mit Koffein, Codein), die von Frauen meist frei erworben werden, und
- von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine), die gemäß Verschreibungsstatistiken zu Zweidritteln von Allgemeinärztinnen und -ärzten verschrieben werden (vgl. Glaeske 1999).

Während Alkohol und illegale Drogen eher zur Regulierung von Gefühlen und zur Verringerung von Spannungen konsumiert werden, erhoffen Frauen sich von Medikamenten vor allem die (Wieder-) Herstellung der eigenen Funktionsfähigkeit (vgl. Franke 2001). Als Hintergründe für den Konsum und die Suchtentwicklung bei jüngeren Frauen wird in der Literatur (Brunnett 2004) eine hohe Beanspruchung bei gleichzeitig wenig Gestaltungsmacht der Lebens- und Arbeitsbedingungen genannt, wie dies z.B. bei Alleinerziehenden, Frauen aus sozial benachteiligten Lagen und in anstrengenden Berufsfeldern mit wenig Einfluss (Krankenpflege, Schichtdienste usw.) häufig anzutreffen ist. Auch private Belastungen, etwa durch eine zu starke Helferinnenrolle, Pflege von Angehörigen, bei Gewalt in Beziehungen, bei unverarbeiteten Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit oder Alkoholismus des Partners, spielen hier oft eine Rolle.

Neben den jungen sind es die älteren Frauen, die unter belastenden Lebensbedingungen leiden: Einsamkeit, Mangel an Kommunikation, Zuwendung und Anregung führen oft zu diffusen Symptomen, in der Folge zu Benzodiazepin-Verordnungen und dadurch oftmals auch zu Abhängigkeitsentwicklungen. Studien zu den verschreibungsquoten bei alten Frauen in verschiedenen Heimen zeigen, dass es hier Handlungsspielräume gibt. (Krock 2002; Weyerer, Zimber 1997) Darum ist es notwendig, Qualitätsstandards zu entwickeln, um von folgenreicheren Über- und Fehlversorgungen zu einer notwendigen, fachlich korrekten Verordnung zu kommen.

Ein häufig anzutreffender Hintergrund der Suchtentwicklung liegt darin, dass Überforderungen, Isolation oder nicht erlaubte Gefühle und Bedürfnisse somatisiert werden, sich also als diffuse Beschwerden wie Unruhe, Konzentrations- oder Schlafstörungen äußern. So kommt es auch zu den so genannten „Verlegenheitsmedikationen“: zum Teil als Lösung ratloser Ärztinnen und Ärzte, zum Teil aber auch auf heftiges Drängen betroffener Frauen, die sich von Arztbesuchen und Medikamentenverordnungen Aufmerksamkeit und Sicherheit versprechen. Die Betroffenen landen dann in einem fatalen Zirkel: Die – z.T. sehr gefährlichen – Entzugserscheinungen gleichen oft den Gründen des Konsums (Unruhe, Angst, Kopfschmerzen usw.), so dass der Missbrauch fortgesetzt wird. Der Preis sind die Chronifizierung der Ursachen (gesundheitliche Probleme bzw. psychosoziale Belastungen) und gesundheitliche Folgeschäden. Bei Schmerzmittelmissbrauch sind hier irreparable Nierenschäden bis hin zur Dialyse und Dauerkopfschmerzen zu nennen, bei Benzodiazepine-Missbrauch werden bei älteren Frauen Verwirrungen und motorische Störungen mit Stürzen beobachtet.

Forschungen, Modellprojekte und Erfahrungen zeigen, dass abhängige Frauen von den herkömmlichen Angeboten der Suchtkrankenhilfe nur unzureichend erreicht werden.

Der Handlungsbedarf, der sich im Rahmen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW ergibt, wird in den Empfehlungen des gerade erschienenen Berichtes der Enquête-Kommission ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ des Landtags Nordrhein-Westfalen (2004, 85 ff.) dargestellt. Es ist zu hoffen, dass diese Empfehlungen vielfach aufgegriffen werden.

Frauke Schwarting

Kontakt: Frauke Schwarting, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW Bella Donna, belladonnaessen@aol.com

Literatur:

Brunnett, Regina (2004). **Frauen und psychotrope Medikamente – Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit.** Eine Bibliographie. Herausgegeben von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Essen. Download: www.belladonna-essen.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). **Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland.** (Kapitel 4.4). Stuttgart

Franke, Alexa; Mohn, Karin; Sitzler, Franziska; Welbrink, Andrea; Witte, Maibritt (2001). **Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.** Weinheim/München

Glaeske, Gerd (1999). **Medikamentengebrauch und Abhängigkeit bei Frauen in Deutschland.** In: Stadt Münster (Hg.). **Gesundheitsberichte Band 9, Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Mißbrauch?** Münster

Glaeske, Gerd (2003). **Psychotrope und andere Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential.** In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.). **Jahrbuch Sucht 2003.** Geesthacht

Krock, Maya (2002). **Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen.** In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.). **Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenkongresses Sucht 2002** in Berlin. Download: bmg.bund.de/downloads/FrauenundSucht.pdf

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004). **Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen.** Wiesbaden

Latta, Doris (1995). **Frauen und Medikamente. Besonderheiten in der Arbeit mit medikamentengefährdeten/ -abhängigen Frauen.**

In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg). **Jahrbuch Sucht 1995.** Geesthacht

Weyerer Siegfried; Zimmer, Andreas (1997). **Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen.** In: Watzl, Hans und Rockstroh, Brigitte (Hg). **Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen.** Göttingen u.a.

■ Selbsthilfe für Frauen mit Medikamentenproblemen

In **Selbsthilfegruppen** schließen sich Menschen zusammen, die mit vergleichbaren Problemen, Erkrankungen oder Behinderungen leben, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Durch die gemeinsame Arbeit in regelmäßigen Treffen werden die Mitglieder sozusagen Expertinnen und Experten in eigener Sache, wodurch sie professionelle Hilfe gezielter und gegebenenfalls auch kritischer in Anspruch nehmen können. Durch den Austausch mit Gleichbetroffenen können Erfahrungen reflektiert und die eigene Isolation überwunden werden. Selbsthilfegruppen ersetzen eine professionelle, medizinische oder therapeutische Behandlung in der Regel nicht, sie ergänzen diese Angebote jedoch in sinnvoller Weise. Erfahrungen (nicht nur) in der Sucht-Selbsthilfe zeigen jedoch, dass **Frauen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen** ihre Themen häufig nicht ausreichend bearbeiten können. Sie lassen sich in Gruppen schnell auf versorgende Funktionen festlegen, sorgen für ein gutes Gruppenklima, zeigen Einfühlungsvermögen in die Probleme anderer und profitieren letztlich weniger für ihre eigene Entwicklung (vgl. Moos-Hofius 1992). Diese Erkenntnis führte in den letzten Jahren in vielen Bereichen zur Gründung von Frauengruppen.

Im Suchtbereich sind **Selbsthilfegruppen oftmals die erste Anlaufstelle** für Betroffene, die Informationen und Hilfen suchen. Medikamentenabhängige sind hier jedoch, wie auch in der professionellen Suchtkrankenhilfe, bisher unterrepräsentiert. In der Sucht-Selbsthilfe liegt der Anteil medikamentenabhängiger Frauen und Männer laut Statistik der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände von 1999 im Durchschnitt bei 2,9 Prozent. Dies wirft die Frage auf, was Frauen mit Medikamentenproblemen hindert, sich in Selbsthilfegruppen zu organisieren oder dort Hilfe zu suchen. Hierfür werden sowohl Gründe auf Seiten der betroffenen Frauen wie auch auf Seiten der bisher bestehenden Selbsthilfeangebote angeführt.

In traditionellen Sucht-Selbsthilfegruppen fühlen **Medikamentenabhängige** sich häufig nicht verstanden und können auf der anderen Seite die Erfahrungen z.B. von Alkoholabhängigen nicht nachvollziehen (Loos & Jansen 1992), was ihnen mitunter den Vorwurf des Hegens von Vorurteilen und der Überheblichkeit gegenüber anderen Abhängigen einbringt. Auf der anderen Seite fehlen in diesen Gruppen meist Informationen über die Besonderheiten der Medikamentenabhängigkeit. Häufig wird diese unterschätzt, indem z.B. die vormals konsumierten Alkoholmengen der scheinbar winzigen Menge der Medikamente gegenübergestellt werden. Unbekannt sind z.B. auch die lange Entzugsdauer bei Benzodiazepinen, abweichende Versuchungs- und Rückfallsituationen sowie die Abgrenzung von medizinisch notwendigen Medikamenteneinnahmen (Zürner 2001).

In vielen Sucht-Selbsthilfegruppen dominieren die **Themen alkoholabhängiger Männer**, was sich aus der historischen Entwicklung der Abstinenz- und Sucht-Selbsthilfebewegung als Helfergemeinschaften für trinkende Männer erklärt. Die ersten Frauengruppen richteten sich zunächst insbesondere an die Angehörigen.

Der zunehmende Aufbau von Frauengruppen im Suchtbereich zeigt, dass diese positiv zur Arbeit der Sucht-Selbsthilfe beitragen (z.B. Körte 1998; Schneider 1995). In der Praxis wird medikamentenabhängigen Frauen oft empfohlen, sich im Suchtbereich zumindest an **Frauengruppen** zu wenden, weil sie hier mit ihren frauentypischen Problemkonstellationen auf mehr Verständnis stoßen. Angebote für medikamentenabhängige Frauen stellen in der Sucht-Selbsthilfe wie auch in der professionellen Suchtkrankenhilfe eine „doppelte Spezialisierung“ dar.

Zusätzlich sind **Medikamentenabhängige keine homogene Gruppe**. Latta (1994) unterscheidet z.B. Konsumentinnen von vorwiegend Beruhigungsmitteln oder Schmerzmitteln, Hoch- und Niedrigdosiskonsumentinnen sowie reine Medikamentenabhängige oder polyvalente Konsumentinnen bzw. Umsteigerinnen (von Alkohol). Während Rausch- oder Substitutionskonsum eher bei Hochdosisabhängigen auftritt, sind bei der großen Zahl von Niedrigdosisabhängigen gesundheitliche Beschwerden (v. a. Angst, Depressionen, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden, Schmerzen) der Ursprungsanlass für den Medikamentenkonsum (Elsesser & Satory 2001). Es wird angenommen, dass sie sich eher wieder **an einen Arzt oder eine Ärztin wenden** – nicht an Selbsthilfegruppen – weil die Zweierkonstellation mit einem Experten oder einer Expertin als geschützter und überschaubarer empfunden wird (z.B. Poser 2002; Latta 1994; Moos-Hofius 1992). Außerdem machen die nach dem Medikamentenentzug verbleibenden Beschwerden in der Regel eine professionelle Behandlung erforderlich.

Frauen mit Medikamentenproblemen orientieren sich bei ihrer Suche nach Hilfe an den ursprünglichen psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden und betrachten sich nicht als abhängig. Ihr Interesse richtet sich eher auf **„Information“ über das jeweilige Symptom**, wie z.B. Ängste oder Schmerzen, als auf „Sucht“ (Jeuck 1999). Für sie stellt sich – die Bereitschaft zum Besuch einer Selbsthilfegruppe vorausgesetzt – die prinzipielle Frage, wo sie sich eher zuordnen wollen: zur Abhängigkeit oder zu der Ursprungserkrankung. Ein Teil der Betroffenen findet sich so z.B. in Selbsthilfegruppen zu Angststörungen wieder, ohne dort ihre Abhängigkeit offen zu legen. Leider werden die Themen der Sucht-Selbsthilfe und der Gesundheits-selbsthilfe bisher nur in geringem Maße gemeinsam behandelt.

Die geschilderten Zusammenhänge zeigen, dass ein differenziertes Angebot für Medikamentenabhängige notwendig ist, welches unterschiedliche Problem- und Interessenlagen berücksichtigen sollte. Die verschiedenen Strategien schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich sinnvoll ergänzen. Letztlich sind hier die Interessen der angesprochenen Frauen ausschlaggebend. Das von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) herausgegebene **Handbuch „Nicht mehr alles schlucken...!“** soll Interessierten als Unterstützung beim Aufbau von Gruppen dienen (Mohn 2004). Hier werden im Überblick wichtige Schritte zur Gründung einer Selbsthilfegruppe erläutert und durch Hinweise auf Unterstützungsstellen sowie Literaturtipps ergänzt. Der Hauptteil bietet konkrete Anregungen für die Durchführung von themenzentrierten Gruppentreffen, die besonders das Selbstverständnis als Frau sowie die Auseinandersetzung mit dem psychosomatischen Hintergrund und der Funktionalität des Medikamentenkonsums aufgreifen. Die wichtigsten Fakten rund um Medikamentenabhängigkeit und ein kurzer „Selbsttest zum Medikamentenkonsum“ sollen besonders Selbsthilfegruppen zu anderen Erkrankungen oder Abhängigkeiten als Orientierung dienen,

die sich einen Überblick über das Thema verschaffen wollen. **Zur Verbesserung der Situation für Medikamentenabhängige** stellt Selbsthilfeförderung einen wichtigen Baustein dar. Ohne weitere Anstrengungen und Entwicklungen auf professioneller Seite sind die vorhandenen Defizite nicht durch Selbsthilfe aufzufangen und auszugleichen. Hier ist zuallererst eine höhere Sensibilisierung auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte zu wünschen, sowie vermehrte Information der Öffentlichkeit und spezielle Angebote im Rahmen der Suchtkrankenhilfe. *Karin Mohn*

Kontakt:

Karin Mohn, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, karin.mohn@gmx.de

Literatur:

Elsesser, K. & Satory, G. (2001). **Medikamentenabhängigkeit**. Göttingen u. a. Jeuck, G. (1999). **Frauen – Medikamentenabhängigkeit und Behandlung**. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). **Die Süchte der Frauen: Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand** (S. 48-63). Hannover

Latta, D. (1994). **Frauen und Medikamente – Besonderheiten in der Arbeit mit medikamentengefährdeten/-abhängigen Frauen**. In: DHS (Hg.). **Jahrbuch Sucht 1995** (S. 79 – 92). Geesthacht

Körtel, K. (1998). **Frauen in der Sucht-Selbsthilfe**. Aufbau von Frauenarbeit in den Freundeskreisen. Dokumentation. Kassel: Freundeskreise in der Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V.

Loos H. J., & Jansen, H.-H. (1995). **Klinische Behandlung von Medikamentenabhängigen der Suchtklinik – Medikamentenabhängigkeit als Gesundheitskrankung**. In DHS (Hg.). **Medikamentenabhängigkeit** (S. 139 – 154). Freiburg i.Br.

Mohn, K. (2004). **Nicht mehr alles schlucken...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe**. Broschüre: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & BKK Bundesverband (Hg.). Hamm

Moos-Hofius, B. (1992). **Selbstregulation und Selbstkontrolle. Selbsthilfegruppen, eine Chance zur persönlichen Stabilisierung suchtkrank Frauen?** In: Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Bildung für Frauen (SFBF) e.V. (Hg.). **Drogenkonsum und Kontrolle** (S. 93 – 111). Frankfurt: Selbstverlag

Poser, W. (2002). **Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit: Sedativa und Hypnotika**. In: Richter, G.; Rommelspacher, H. & Spies, C. (Hg.). **Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts – 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)**. (S. 203 – 208). Lengerich

Schneider, W. (1995). **Frauen helfen sich selbst – in der Suchtselbsthilfe**. In: Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hg.). **Frauen und Sucht**. Offene Fachtagung des Arbeitskreis Frauen und Sucht am 22.-23. Februar 1995. (S. 106 – 112). Bremen: Selbstverlag.

Statistik der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (1999). Unveröffentlicht.

Zürner, W. (2001). **Zur Arbeit der Fachkommission Medikamentenabhängigkeit**. Weggefährte, 5/2001, (S. 26 – 27)

GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

■ **Ärzttekammer-Ausschuss „Gender Mainstreaming“ zieht positive Zwischenbilanz**

„Gender Mainstreaming“, noch vor einigen Jahren nahezu unbekannt, wird inzwischen zunehmend als Thema wahrgenommen – gerade auch in der Medizin und im Gesundheitswesen. Die geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ist heute keine Ausnahmererscheinung mehr. Diese erfreuliche Zwischenbilanz kann der Ausschuss „Gender Mainstreaming“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe knapp drei Jahre nach Aufnahme seiner Arbeit ziehen.

Dennoch ist der Gender Mainstreaming-Ansatz keineswegs die Regel und es gibt noch viel zu tun. Unverändert verfolgt der Ausschuss deshalb das Ziel, Gender Mainstreaming als für die Ärzteschaft wichtiges Thema in das Gesundheitswesen zu transportieren. Gleichwohl gilt: Immer noch

wird Gender Mainstreaming leider oft missverstanden und als reines „Frauenthema“ abgetan. Frauenförderung, die gesellschaftliche Gleichstellung von Frauen, ist zweifellos wichtig. Gender Mainstreaming – und das kann nicht deutlich genug gesagt werden – zielt jedoch auf Chancengleichheit für beide Geschlechter.

Dem notwendigen geschlechterdifferenzierten Blick auf die medizinische Versorgung trägt inzwischen auch die ärztliche Fortbildung Rechnung. Nachdem bereits im Dezember 2003 eine Fortbildungsveranstaltung „Frauenmedizin/Männermedizin“ der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angeboten wurde und auf großes Interesse stieß, wird auch in diesem Jahr das Thema „Frauenmedizin/Männermedizin“ im Mittelpunkt einer ärztlichen Fachtagung stehen:

Am 01.12.2004 werden sich in Bielefeld erneut medizinische Fachbeiträge mit der geschlechterspezifischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit befassen, etwa bezogen auf psychosomatische und kardiovaskuläre Erkrankungen oder die Arzneimitteltherapie.

Nach Überzeugung des Ausschusses „Gender Mainstreaming“ ist die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte jedoch auch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erforderlich. Er setzt sich deshalb dafür ein, dass dieser Ansatz auch bei der anstehenden Novelle der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe seinen Niederschlag findet. *Martin Melin*

Kontakt:

Martin Melin, Geschäftsführer des Ausschusses, Ärztekammer Westfalen-Lippe

■ **Krankheitskosten 2002: Geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt**

Das Statistische Bundesamt hat erstmals eine Krankheitskostenrechnung vorgelegt, die es möglich macht, die Kosten im Gesundheitswesen nach Krankheiten darzustellen und diese zusätzlich nach Alter und Geschlecht zu differenzieren. Insgesamt 223,6 Mrd. Euro wurden demnach im Jahr 2002 für die Behandlung von Krankheiten durch das Gesundheitssystem aufgewandt. Jeder sechste Euro davon entfällt auf die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (31,1 Mrd. Euro). Unter geschlechtsspezifischer Perspektive kommt der Bericht u. a. zu folgenden Ergebnissen:

- Pro Person betragen die Krankheitskosten in 2002 durchschnittlich 2170 Euro; der entsprechende Wert lag für Frauen bei 3160 Euro, für Männer bei 2240 Euro. Die Ursachen dafür liegen u. a. in den Kosten durch Schwangerschaft und Geburt, die allein den Frauen zugerechnet werden, und in der höheren Lebenserwartung der Frauen.
- Die Krankheitskosten steigen mit zunehmendem Alter an: So entfallen auf Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren (15% der Gesamtbevölkerung) nur 6% der gesamten Krankheitskosten. In dieser Altersgruppe sind die Krankheitskosten der Jungen rund 1,7mal so hoch wie die der Mädchen. Ein Grund dafür ist u. a. die höhere Betroffenheit von Jungen durch psychische und Verhaltensstörungen.
- Die geringsten Krankheitskosten verursachen die 15- bis unter 30jährigen Männer (900 Euro pro Kopf pro Jahr). Die höchsten Kosten entstehen bei den über 85jährigen und Älteren. Mit Ausgaben von 12.660 Euro pro Person pro Jahr übersteigen auch in dieser Altersgruppe die Krankheitskosten der Frauen die der

Männer (11.690 Euro). Ein Grund dafür liegt darin, dass ältere Männer häufiger im familiären Umfeld gepflegt werden – überwiegend von Frauen –, ältere und hochbetagte Frauen hingegen häufiger alleine leben und auf öffentliche Leistungen angewiesen sind.

- Und: Mit steigendem Alter steigt der Anteil von Frauen in der jeweiligen Altersgruppe; so erreichen 2,7 % der Frauen, aber nur 0,9 % der Männer ein Lebensalter von 85 Jahren und mehr. Wenn diese Bevölkerungsanteile in Bezug gesetzt werden zu den anteiligen Krankheitskosten, dann gibt es Verschiebungen im Geschlechterverhältnis: Die anteiligen Krankheitskosten sind bei Frauen dieser Altersgruppe viermal so hoch, wie es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht; bei Männern sind sie sogar fünf Mal so hoch.
- Einen anderen Blick auf das Verhältnis von Kosten nach Geschlecht, eröffnet sich auch, wenn eine volkswirtschaftliche Perspektive eingenommen wird und der Verlust an Lebens- und Erwerbsjahren durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod berücksichtigt wird: 2002 gingen insgesamt 5,1 Mio. Erwerbsjahre verloren: 58,1% davon bei den Männern, 41,9% bei den Frauen. Und auch bei den Nichterwerbstätigen ist die Relation für die Männer schlechter: Von insgesamt 17 Mio. verlorenen Lebensjahre entfielen 9,1 Mio. Jahre auf die Männer und 7,9 Mio. auf die Frauen.

Die Krankheitskostenrechnung vervollständigt als dritten Teilbereich die schon bekannte Gesundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung und setzt die konsequente Umsetzung einer geschlechterdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene fort. Die Zahlen geben interessante Einblicke in das Verhältnis von Krankheitskosten und Geschlecht.

Keinesfalls, das dürfte die Auflistung der Ergebnisse gezeigt haben, lassen sie sich – wie in der Presse geschehen – auf die kurze Formel „Frauen verursachen höhere Kosten“ reduzieren.

Ein Presseexemplar des Gesundheitsberichts „Krankheitskosten 2002“ kann kostenlos beim **Statistischen Bundesamt**, 65180 Wiesbaden, Fon: 0611-75-34 44, Fax: -39 76, presse@destatis.de bestellt werden.

Siehe auch http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/Krankheitskosten_b.htm. MW

■ Neue Forschungsergebnisse der WHO: Was kostet uns Gewalt?

Welche gesellschaftlichen Kosten verursacht die Gewalt zwischen Personen? Und umgekehrt: Welchen ökonomischen Nutzen bringen z. B. Anti-Gewalt-Programme? Zu diesen Fragen sind international jüngst neue Forschungsergebnisse erschienen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Sommer 2004 den Bericht „The Economic Dimensions of Interpersonal Violence“ vorgelegt. Er beruht auf einer Metaanalyse von 127 internationalen Studien zu diesem Themenkomplex. Interpersonelle Gewalt wird differenziert nach Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, häuslicher Gewalt, sexueller Gewalt, Gewalt gegen Ältere, Gewalt am Arbeitsplatz und Gewalt unter Jugendlichen. Bei den ökonomischen Kosten wird unterschieden zwischen direkten (z. B. Kosten bei Polizei, Justiz, Jugendhilfe und im Gesundheitswesen) und indirekten Kosten (z. B. Erwerbsausfälle, Verlust gesunder Jahre, Lebensversicherungskosten etc.). Der WHO-Bericht „The Economic Dimensions of Interpersonal Violence“ steht zum Download im Netz unter http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/economic_dimensions/en/.

Die Studie von Sylvia Walby „The costs of Domestic Violence“ finden Sie unter http://www.womenand-equalityunit.gov.uk/domestic_violence/index.htm.

Eine Übersicht über vorliegende Studien zu den wirtschaftlichen Kosten häuslicher Gewalt hat auch die Lobby für Menschenrechte ins Netz gestellt.

<http://www.lobby-fuer-menschen-rechte.de/protestfrauenhausHH.html>.

MW

■ BLK -Bericht zu „Frauen in der Medizin“

Die Bund-Länder-Kommission, BLK, ein Gesprächsforum für alle Bund und Länder gemeinsam berührenden Fragen des Bildungswesens und der Forschungsförderung, gab einen Bericht über die Situation von ‚Frauen in der Medizin‘ in Auftrag, an dem das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung, CEWS, maßgeblich beteiligt war. Am 5. Juli wurde der Bericht von den Wissenschaftsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern verabschiedet. Der Bericht thematisiert sowohl den Qualifikationsverlauf von Frauen als Studierende der Medizin, die (unterschiedlichen) Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten, Barrieren im Berufsverlauf sowie die dringend notwendige Ausweitung der Lehr- und Lerninhalte um geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

Frauen, so das nicht allzu überraschende Ergebnis, sind den Männern beim Studienanfang in den medizinischen Fächern zahlenmäßig überlegen und auch noch bis zur Promotion bzw. bis zum Übergang in die ärztliche Berufstätigkeit nahezu gleich vertreten. Der Frauenanteil auf C-4 Professuren in der Medizin beträgt aber nur noch 4,8 %. Dreh- und Angelpunkt des Berichts ist die Schere in der wissenschaftlichen Qualifikation nach der Promotionsphase.

25 Handlungsempfehlungen werden gegeben von der

- Kinderbetreuung über die
- Reform der Weiterbildungsverordnung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit, Mutterschutz- und Erziehungsurlaubszeiten bis zur
- Überprüfung und Durchsetzung eines geschlechtergerechten Vergütungssystems sowie einer
- offenen und nachvollziehbaren Gestaltung der Stellenbesetzungsverfahren.

Alle Maßnahmen sollen nachhaltig die Hochschul- und Wissenschaftslandschaft verändern und die Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an den Führungspositionen in der Medizin schaffen. Also vormerken: Im Jahr 2008 will die BLK die Problematik erneut aufrufen, um zu prüfen, wie die Empfehlungen umgesetzt wurden.

Der Bericht wird in der BLK-Reihe „Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung“ veröffentlicht und kann bei der Geschäftsstelle der BLK bestellt bzw. im Internet herunter geladen werden. <http://www.blk-bonn.de/index.htm> WF

FRAUEN UND GESUNDHEIT

■ Beschlüsse der GMK zur Frauengesundheit

Die Themen „Hormontherapie in den Wechseljahren“ und „Brustkrebsfrüherkennung“ standen auf der Agenda der Konferenz der Gesundheitsminister und -ministerinnen der Länder (GMK) am 17./18. Juni in Berlin. Als wichtige Schritte zu einem angemesseneren Umgang mit der

Hormontherapie in den Wechseljahren hat die GMK ausdrücklich sowohl die neue Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zum Thema als auch die Reaktionen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auf die neueren wissenschaftliche Erkenntnisse begrüßt. Die Fachgesellschaften und die Ärztekammern werden aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die Evidenz entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Verordnungspraxis zügig umgesetzt wird.

Hinsichtlich des Mammographie-Screenings begrüßt die GMK, dass die Voraussetzung für dessen Einführung auf Bundesebene jetzt geschaffen sind. Die Länderminister und -ministerinnen bestätigen ihre Bereitschaft, sich den mit der Einführung des Mammographie-Screenings verbundenen Aufgaben zu stellen (Anpassung der Meldegesetze, Zulassungen nach der Röntgenverordnung, Anpassungen der Krebsregistergesetze). Sie weisen darauf hin, dass die Organe der Selbstverwaltung jetzt gefragt sind, die Ausschreibung der Versorgungsregionen, die Einrichtung der zentralen Stellen und die Durchführung der Einladungen vorzunehmen und diese ebenfalls für die Finanzierung der gesamten Infrastruktur aller Teile des Versorgungsprogramms zuständig sind. Weitere Infos unter www.gmkonline.de. MW

■ 10 Jahre nach Peking: Entwicklungen im Bereich „Frauen und Gesundheit“

Die 4. Weltfrauenkonferenz in Peking liegt 10 Jahre zurück. Was hat die dort verabschiedete Aktionsplattform bewirken können? Um diese Frage zu beantworten, haben die Vereinten Nationen an alle Mitgliedsstaaten einen Fragenkatalog verschickt. Die Antworten der Bundesregierung resümieren den derzeitigen Stand der Frauen- und Gleichstellungspolitik und gehen dabei u. a. auf den Bereich „Frauen und Gesundheit“ ein.

Als konkrete Maßnahmen zur geschlechtersensiblen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung benennt die Bundesregierung

- den Koalitionsvertrag, der die Aufgabe formuliert, Leistungen und Angebote des Gesundheitssystems alters- und geschlechtsspezifischen Erfordernissen anzupassen,
- die Förderung der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF),
- das im Rahmen der Gesundheitsreform verankerte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das nach § 139 Abs. 3 Nr. 2 GMG (2004) bei der Erstellung wissenschaftlicher Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen hat
- und Aktivitäten speziell bezogen auf die Bereiche Brustkrebs, Frauen und Sucht, Essstörungen, gesundheitliche Folgen von Gewalt, reproduktive Gesundheit und HIV/AIDS.

Als Aufgabe und Thema der Zukunft benennt die Bundesregierung vor allem die Prävention. Ein Förderschwerpunkt „Prävention“ in der Gesundheitsforschung ist geplant, in dem verstärkt geschlechtsspezifische Sichtweisen verankert werden sollen. Und im geplanten Präventionsgesetz soll sowohl auf die Bedarfe einzelner Zielgruppen verwiesen werden als auch das Prinzip des Gender Mainstreaming verankert werden. Der Bericht ist nachzulesen unter <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/GERMANY-German.pdf>. MW

■ Prävalenzstudie des BMFSFJ zur Gewalt gegen Frauen

Die Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ zu Gewalt gegen Frauen wurden auf der gleichnamigen Fachtagung am 23. September in Osnabrück der Fachöffentlichkeit präsentiert.

Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind aufgefordert, solche Prävalenzstudien zu erstellen. Mit der bundesdeutschen Erhebungen liegen jetzt nach Studien aus Großbritannien und den Niederlanden weitere Ergebnisse zur Verbreitung von Gewalt gegen Frauen vor.

10.000 über eine Gemeindestichprobe zufällig ausgewählte Frauen wurden zu ihren Gewalterlebnissen befragt. Die so ermittelten Gewaltprävalenzen entsprechen ungefähr den bisherigen Schätzungen: 37% der befragten Frauen sind nach ihrem 16. Lebensjahr Opfer körperlicher Gewalt geworden und 40% haben sexuelle oder körperliche Gewalt oder beides erlebt. Das größte Gewaltrisiko geht für Frauen von Männern aus, mit denen sie zusammenleben, verpartnert oder verheiratet sind (50% der Betroffenen erleben Gewalt durch ihren Partner) oder mit denen sie verwandt sind (30%). Tatort ist in 70% aller Fälle die eigene Wohnung. Öffentliche Orte sind mit 26% bei körperlicher und 20% bei sexueller Gewalt weniger Schauplätze von Gewalt gegen Frauen. Die schwerste Gewalt widerfährt Frauen in Paarbeziehungen, sowohl was den Verletzungsgrad als auch die Häufigkeit angeht. Als wichtigste Instanz zur Unterstützung benennen Frauen das soziale Umfeld (Freundinnen und Freunde, Bekannte, Familie). Wenn sie sich an das professionelle Hilfesystem wenden, so steht an erster Stelle das Gesundheitssystem und an zweiter Stelle folgen therapeutische und psychosoziale Angebote z.B. der Frauenunterstützungseinrichtungen. Gleichwohl kennen fast 40% der Befragten (unabhängig von ihrer Betroffenheit von Gewalt) keine Hilfeinrichtungen für Frauen.

Werden Gewaltwiderfahrnisse vor dem 16. Lebensjahr mit einbezogen, so gibt es tatsächlich nur wenige Frauen, die überhaupt keine Gewalt erlebt haben. Die Prävalenz steigt dann auf 86% für sexuelle oder körperliche Gewalt. Nur 9% aller befragten Frauen hatten in ihrem Leben weder körperliche noch sexuelle noch psychische Gewalt oder sexuelle Belästigung erlebt.

Die Zusatzbefragung von Teilpopulationen zeigt, dass Prostituierte, Inhaftierte und Flüchtlingsfrauen in deutlich höherem Maße von Gewalt vor allem von körperlicher Gewalt betroffen sind. Die Studie ermittelt auch eine höhere Betroffenheit hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität von Gewalt.

Die Kurzfassung der Studie unter: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20530.html> Zu Bestellung beim: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 11018 Berlin, Fon: 01888-555-0 Die Langfassung der Studie soll in Kürze ebenfalls ins Netz gestellt werden.

Die gleichzeitig veröffentlichte Pilotstudie: „Gewalt gegen Männer – Personal Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland“ ist zu finden unter: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20526.html> Die ebenfalls veröffentlichten Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung von zehn verschiedenen interdisziplinären Interventions- und Kooperationsprojekten gegen häusliche Gewalt (WiBIG): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt – Kooperation, Intervention, Begleitforschung sind eingestellt unter: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20534.html> GK

■ GFMK: Bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen

Für eine bessere Versorgung traumatisierter Frauen mit Gewalterfahrungen hat sich die Konferenz der Frauen- und Gleichstellungsminister und -ministerinnen der Länder auf ihrer Jahrestagung am 24./25.06.2004 im Saarland ausgesprochen. Sie bittet die Gesundheitsministerkonferenz, darauf hinzuwirken, dass

- ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens durch Fortbildungen mit der Problematik vertraut gemacht werden,
- durch eine enge Zusammenarbeit der zuständigen gesundheitlichen Einrichtungen – bis hin zu niedergelassenen Therapeuten/innen – ein abgestimmtes Versorgungssystem für die Patientinnen entwickelt wird und
- die Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten in enger Kooperation mit den örtlichen Anti-Gewalt-Projekten, den Beratungsstellen und Migrantinneneinrichtungen erfolgt. MW

Die Beschlüsse sind nachzulesen unter <http://www.soziales.saarland.de/12052.htm>.

■ „Hormontherapie in den Wechseljahren – Umsetzung der Ergebnisse der WHI-Studie in Deutschland“

So hieß die Veranstaltung, zu der das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen im Auftrag der Bundeskoordinationsstelle Frauen und Gesundheit (BKF) vom 2. bis 3. Juli 2004 nach Hamburg eingeladen hat. Vor allem wurde über die zentrale Frage diskutiert, welche Strategien in Deutschland entwickelt werden müssen, um die im Vergleich zu anderen Ländern nach wie vor hohen Verordnungszahlen zu reduzieren.

Ca. 50 Expertinnen und Experten aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, der Politik, Forschung, dem Verbraucherschutz und den Frauenberatungs- und Koordinationsstellen entwickelten in drei Strategiearbeitsgruppen Ideen zu den Themen ‚Laien – Patientinneninformation‘, ‚Ärztliche Fortbildung‘ und ‚Institutioneller Auftrag – institutionelle Verantwortung‘. Dr. Walburga Freitag nahm für die Koordinationsstelle ‚Frauen und Gesundheit‘ NRW teil. Einig waren sich die Akteurinnen und Akteure, dass das Hauptproblem nicht eine mangelnde Inzidenz der Risiken der Hormontherapie ist, sondern die Frage: wie können wir den Wandel kommunizieren?

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung beschließen, bis zum Januar ein Memorandum zu verfassen und die Eckdaten für eine Kampagne zur Patientinneninformation zu entwickeln. Beides wird am 24. Januar 2005 in Berlin auf der Abschlussveranstaltung der BKF vorgestellt. Die Ergebnisse der WHI-Studie und weitere aktuelle Forschungsergebnisse zur Hormontherapie in den Wechseljahren sowie Informationen für Patientinnen sind unter ‚Gesundheitsthemen‘ auf unserer Homepage www.frauengesundheit-nrw.de zu finden. WF

■ Drei Jahre AK Frauen und Gesundheit in Gelsenkirchen

Am 2.10.2004 gibt es in Gelsenkirchen etwas zu feiern: Drei Jahre existiert der „Arbeitskreis Frauen und Gesundheit“, der als Arbeitsgruppe der kommunalen Gesundheitskonferenz diese aktiv und selbstbewusst mitgestaltet und

der wichtige Impulse mit dem Blick auf die Belange der Mädchen und Frauen im Gelsenkirchener Gesundheitswesens setzt. Neben den „klassischen“ Themen und Projekten vergleichbarer Arbeitskreise (Seminare zur Brust-Selbstuntersuchung, Großveranstaltung zur Hormontherapie, Walkinggruppen für Frauen als Vorbeugung vor Krebs, häusliche Gewalt) fanden und finden auch weniger übliche Themen Raum: Aktiv ist der AK im Bereich der Entwicklung eines gesamtstädtischen Integrationskonzeptes (Migration), im Bereich Einschulungsuntersuchungen und im Bereich „Selbstkonzepte – Frauenbilder“. Weiterhin sind bereits jetzt Themen wie „Zunahme der Schwangerschaften sehr junger Frauen“, „Mehrfachbelastungen“, „pflegende Angehörige“, „Armut“ und „soziale Benachteiligung“ als Themen benannt.

Nach intensiver Vorbereitung beantragte der Arbeitskreis im vergangenen Jahr in der Kommunalen Gesundheitskonferenz erfolgreich eine Satzungsänderung: Der Ansatz des „Gender Mainstreaming“ wurde als Leitbild und Qualitätsmerkmal der Gesundheitskonferenz verankert. So werden nun in Zukunft alle Themen städtischer Gesundheitspolitik – Inhalte, Projekte, Berichte – unter dem Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit bearbeitet und bewertet werden müssen. Hilfreich war es, dass Gabriele Klärs von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW in eben dieser Sitzung den Ansatz des „Gender Mainstreaming“ ausführlich erläuterte.

Am Anfang stand eine gemeinsame Initiative des städtischen Frauenbüros und des Bereiches „Gesundheitsförderung“ im Gesundheitsamt: Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen erschließen sich letztendlich nur über einen nach Geschlechtern differenzierten Ansatz – so die übereinstimmende Erkenntnis der Fachfrauen. Also wurden verschiedene Akteurinnen aus dem Kommunalen Gesundheitswesen zur „Gründungsversammlung“ des AK Frauen und Gesundheit eingeladen – und Gabriele Klärs von der ‚Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW‘ übernahm dankenswerterweise zu Beginn die Moderation und fachliche Begleitung des neuen AK.

Beginnend mit der inhaltlichen Beschäftigung mit dem Landesgesundheitsbericht NRW „Gesundheit von Männern und Frauen“ (MFJFG 2000), über die Festlegung von Zielen, Leitlinien und Arbeitsschwerpunkten, bis hin zur Planung und Durchführung konkreter Projekte war der gemeinsame Weg des Arbeitskreises geprägt von dem Willen, für die Frauen in Gelsenkirchen etwas Nachhaltiges zu schaffen.

Wenn die Arbeit im AK auch insgesamt erfreulich erfolgreich ist, gab es dennoch anfänglich Spannungen und Erwartungsunterschiede: Die Akteurinnen kommen und kamen aus sehr unterschiedlich Arbeitsfeldern. Am Anfang war skeptische Zurückhaltung spürbar durch Vorbehalte, Berührungängste und wenig Information über das Menschenbild, die Arbeitsinhalte, die Werte und Ziele der jeweilig „Anderen“. Dass insbesondere die Medizinerinnen, die anfangs eher zurückhaltend waren, mit zu den tragenden Säulen des Arbeitskreises wurden, liegt sicher am Zusammenspiel verschiedener Faktoren:

- Durch zunehmende Kenntnis voneinander wuchsen Respekt und Vertrauen – das „Andere“ konnte im Laufe der Zeit als wertvolle Ergänzung verstanden werden.
- Die Wünsche der Gruppe, gemeinsame Projekte konkret zu gestalten, wurden umgesetzt, so dass gemeinsame Erfolgserlebnisse für Zufriedenheit sorgten. Die Mischung aus struktureller, konzeptioneller und praktischer Arbeit kam dem Zusammenhalt des Arbeitskreises entgegen.

- Die Ressourcen und Verantwortungsbereiche innerhalb des Arbeitskreises sind klar erkennbar und werden respektiert. Wichtige Entscheidungen werden nur im Konsens getroffen.

Inzwischen wird der AK getragen von einer sehr unkomplizierten Atmosphäre, Vertrauen und Freude an gemeinsamen Zielen. Was wir neben den Inhalten noch wünschen: Den Kreis noch zu erweitern! Wir wünschen uns unter anderem die Mitarbeit einer Vertreterin der Krankenkassen, der Apothekerinnen, der Psychiatrie ... Aber: Das schaffen wir in den nächsten drei Jahren!
Susanne Fischer

Kontakt:

Angelika Rasseck, Referat Gesundheit
 Angelika.Rasseck@Gelsenkirchen.de
 Susanne Fischer, Frauenbüro
 Susanne.Fischer@Gelsenkirchen.de

■ **Frauengesundheit steht in Köln auf der Agenda**

In einer Sondersitzung am 13.7.04 beschäftigten sich die Kölner Ratsausschüsse für Gesundheit, Jugendhilfe, Soziales und Senioren mit dem Thema Frauen und Gesundheit. Anlass waren die Ergebnisse des 2. Kölner Frauengesundheitstages vom 31.01.04, auf dem 450 Fachfrauen und Bürgerinnen Anregungen und Forderungen an die Kommunalpolitik formuliert hatten. Diese wurden nun vom Arbeitskreis „Frau und Gesundheit“ vorgestellt, der diesen Tag organisiert hatte.

Anhand von Themen wie Essstörungen, Sucht und Folgen von Gewalt sowie anhand bestimmter Zielgruppen wie Migrantinnen, Mädchen und alten Frauen stellten die Fachfrauen zentrale Aspekte der gesundheitlichen Situation und bestehenden Handlungsbedarf für Köln dar.

Deutlich wurde u.a., wie sich die Lebensumstände auf die gesundheitliche Situation auswirken und dass eine umfassende Gesundheitsversorgung gemeinsame Aufgabe dieser drei Ausschüsse sein muss. So wurde auf der Sondersitzung der einstimmige Beschluss gefasst, sich in der kommenden Ratsperiode weiter mit der Umsetzung der überreichten Forderungen zu beschäftigen. Damit steht das Thema nun auf der Agenda. Zu den Forderungen gehören beispielweise Anregungen für Kölner Modellprojekte wie ein Projekt zu Interventionsmaßnahmen für Frauen mit Gewalterfahrungen in den städtischen Kliniken oder die Einrichtung einer angeleiteten Gruppe für pflegende Angehörige.

Direkt beschlossen wurde das Anliegen, den Arbeitskreis in der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln (KGK) aufzunehmen und die Angebote der Frauenprojekte und Beratungsstellen auf den Internetseiten der Stadt Köln zu präsentieren. Viel Zustimmung erhielt auch die Forderung nach einer geschlechterdifferenzierten Datenerhebung und -auswertung sowie nach schrittweiser Umsetzung eines Gender Budgetings.

Der Arbeitskreis, in dem Gesundheitsamt, Amt für Gleichstellung von Frauen und Männern, unter dessen Federführung er angetreten ist, sowie 11 Kölner Frauenprojekte und Beratungsstellen, darunter das Frauengesundheitszentrum FFGZ, zusammenarbeiten, erhofft sich durch seine Teilnahme an der KGK, die Umsetzung des Themas weiter voranbringen zu können.

(Arbeitskreis Frau und Gesundheit, karin.boettcher@stadt-koeln.de)

TERMINE

1. Dezember 2004

Häusliche Gewalt und Gesundheit
 Fachtagung des MGSFF im Harenberg-Center, Dortmund
 Info & Anmeldung: 0201 - 27 40 80
 info@reviera.de

1. Dezember 2004

Frauenmedizin/Männermedizin
 Fortbildung in der Stadthalle Bielefeld
 Info & Anmeldung: 0251 - 7929-2209
 akademie@aekwl.de, www.aekwl.de

3. Dezember 2004

Angst Panik Depression. Themenwechsel in der Gesundheitsselfthilfe
 Fachtagung, BKK Landesverband NW, Essen
 Info & Anmeldung: KOSKON NRW: 02166 - 24 85 67
 44selbsthilfe@koskon.de

3. – 4. Dezember 2004

Kongress Medizin und Geschlecht. Dimensionen soziomedizinischer Genderforschung
 Universitätsklinikum Essen
 Information: 0201 - 183-3889/4459
 geschlechterkolleg@uni-essen.de

3. – 4. Dezember 2004

10. Kongress Armut und Gesundheit
 Neue Bewegungen für Gesundheit. Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten
 Rathaus Schöneberg, Berlin
 Info & Anmeldung: Gesundheit Berlin e.V.: 030 - 44 31 90-60
 kongress@gesundheitsberlin.de, www.armut-und-gesundheit.de

3. – 4. Dezember 2004

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit
 Symposium auf dem 10. Kongress Armut und Gesundheit
 Info & Anmeldung: Gesundheit Berlin e.V.: 030 - 44 31 90-60
 kongress@gesundheitsberlin.de, www.armut-und-gesundheit.de

7. Dezember 2004 ab 14.30

Eröffnungsfeier der Landesfachstelle autonomer Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt NRW
 Westenhellweg 112, Dortmund
 Fon: 0231 - 950 59 46
 r.derr@landesfachstelle-gegen-gewalt.de

NEUERSCHEINUNGEN

Betrifft Mädchen (2004). **Das geht unter die Haut – Mädchen und Körperkult.** Heft 3. Weinheim/München

Beckermann, Maria; Perl, Friederike (Hg.) (2004). **Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie.** Basel. In drei Bänden: 954 Seiten, 1150 Seiten, 89 Seiten

Boekle, Bettina; Ruf, Michael (Hg.) (2004). **Eine Frage des Geschlechts.** Ein Gender-Reader. Wiesbaden. 285 Seiten

Heidi Höppner (2004). **Gesundheitsförderung von Krankenschwestern – Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus.** Frankfurt. 192 Seiten

Landtag Nordrhein-Westfalen (2004) (Hg.). **Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen.** Wiesbaden. 365 Seiten

medica mondiale (Hg.). (2004). **Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern.** Frankfurt am Main. 440 Seiten

Mißbeck, Angela: **Über häusliche Gewalt sprechen Patientinnen nicht von sich aus.** In: Ärzte Zeitung vom 28.05.2004

Mohn, K. (2004). **Nicht mehr alles schlucken...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe.** Broschüre: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & BKK Bundesverband (Hg.). Hamm.