



# *informiert!*

Jg. 5 Nr. 9

Juni 2005

## SCHWERPUNKT: FRAUENHERZEN – MÄNNERHERZEN HERAUSFORDERUNGEN AN DIE BEHANDLUNG DER KORONAREN HERZERKRANKUNG

Geschlechtsspezifische Fragestellungen der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Frauen mit koronaren Herzerkrankungen hatten in den vergangenen Jahren Konjunktur. In dieser 9. Ausgabe der *informiert!* geben wir einen Überblick über die „Meilensteine“ dieser Entwicklung und lassen Expertinnen und Experten zu Wort kommen: Prof. Dr. Hartmut Gülker, Direktor im Herzzentrum Wuppertal berichtet in seinem Artikel „Versorgung von Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Frauen in NRW“ über die Ergebnisse der Enquête-Kommission ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ (S. 10), PD Dr. Ursula Härtel vom Humanwissenschaftlichen Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München stellt die Ergebnisse der Höhenrieder Studie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der kardiologischen Rehabilitation vor (S. 11) und ein Interview mit Gaby Boos, Herzsportübungsleiterin im Essener Sportbund schlägt den Bogen zur Praxis der einzigen ambulanten Herzsportgruppe für Frauen in Essen (S. 12). Die Frage der Umsetzung der Forschungsergebnisse zur Hormontherapie in den Wechseljahren stand im Mittelpunkt einer von 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern besuchten interdisziplinären Fachtagung, die am 22. April 2005 im Haus der Ärzteschaft statt-

fand und vom Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW organisiert wurde. Einen Ergebnisbericht finden Sie auf Seite 5. Und es hat sich noch vieles mehr getan: Im November 2004 fand das Netzwerktreffen zum Thema „Frauen und Medikamente“ im Landschaftsverband Rheinland statt (S. 4), die Gender-Matrix, ein Instrument zur Umsetzung von Gender Mainstreaming, wurde aktuell vom Gesundheitsministerium NRW veröffentlicht (S. 13), die neue Arbeitshilfe des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd): „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ wird in Kürze erscheinen (S. 13) und für die Rehabilitation drogenabhängiger Frauen legte eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe nach mehrjähriger Arbeit Praxis-Empfehlungen für NRW vor (S. 8).

Auch Sie haben die Möglichkeit, über Ihre Aktivitäten zu berichten. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!

Zunächst wünschen wir Ihnen 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

<b>EDITORIAL   SCHWERPUNKT: FRAUENHERZEN – MÄNNERHERZEN</b>	<b>1</b>
<b>AUS DER KOORDINATIONSSTELLE</b>	
■ <i>Neu!</i> Materialsammlung Frauen und Medikamente	3
■ <i>Neu!</i> Suchfunktion auf <a href="http://www.frauengesundheit-nrw.de">www.frauengesundheit-nrw.de</a>	3
■ gender medizin – Buchbesprechung der Koordinationsstelle	3
Koordinationsstelle unterwegs:	
■ Expertinnengespräch „OWL – Region für Frauengesundheit“	3
■ Koordinationsstelle zum Thema „Gender“ auf der BKF-Abschlussstagung	3
<b>AUS DEM NETZWERK</b>	
■ Frauen und Medikamente – Bericht des Netzwerktreffens	4
■ Fachtagung diskutiert Forschungsergebnisse zur Hormontherapie in den Wechseljahren	5
<b>AUS DEM LAND NRW</b>	
■ Gesetzesnovellen: Gender Mainstreaming im ÖGDG und im Heilberufsgesetz	7
■ Wanderausstellung der Enquête-Kommission	7
■ Neue Arbeitshilfe des Iögd: „Häusliche Gewalt und Gesundheit“	8
■ Landesfachstelle Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt NRW	8
■ <i>Neu!</i> <a href="http://www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de">www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de</a>	8
<b>SCHWERPUNKT: FRAUENHERZEN – MÄNNERHERZEN: HERAUSFORDERUNGEN AN DIE BEHANDLUNG DER KORONAREN HERZERKRANKUNG</b>	
■ Ein Überblick	9
■ Prof. Dr. Hartmut Gülker: Versorgung von HKE bei Frauen in NRW	10
■ Dr. Ursula Härtel: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Reha	11
■ Ambulante Herzsportgruppe für Frauen im Essener Sportbund – Interview mit Gaby Boos	12
<b>GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG</b>	
■ Instrument zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in NRW entwickelt	13
<b>FRAUEN UND GESUNDHEIT</b>	
■ Stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen	14
■ Teenager-Schwangerschaften vermeiden	14
■ Bundesgesundheitsministerin Schmidt stellt Broschüre zur Gefahr von Schönheits-OPs vor	14
■ UNICEF fordert mehr Bemühungen im Kampf gegen Mädchenbeschneidung	14
■ Drei Viertel des Personals in der ambulanten Versorgung sind Frauen	15
■ kfd: Positionspapier „Frauengerechte Gesundheitsversorgung“	15
■ AKF formuliert Charta für ein frauengerechtes Gesundheitssystem	15
■ Die Betriebsübergabe – „Krönung des Lebenswerkes“ oder „beruflicher Neuanfang“	15
<b>TERMINE</b>	<b>16</b>
<b>NEUERSCHEINUNGEN</b>	<b>16</b>

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW  
[www.frauengesundheit-nrw.de](http://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](mailto: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](mailto:koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de)

Gestaltung: die copiloten Köln ([www.die-copiloten.de](http://www.die-copiloten.de)), Fotos: Dr. Walburga Freitag

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! Materialsammlung Frauen und Medikamente**

Hintergrundartikel, Berichte und Materialien des Landes NRW sowie des Bundes und eine Auswahl an Literaturhinweisen und Links zum Thema Frauen und Medikamente sind in der neuen Materialsammlung auf unserer Homepage eingestellt. Die zum Download bereitgestellten Materialien sind gegliedert nach den Unterthemen:

- Frauen und Medikamentenabhängigkeit
- Berücksichtigung von Frauen in der Pharmaforschung
- Medikamenteneinnahme in Altenheimen

Die Materialsammlung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir freuen uns über Hinweise auf ergänzende Materialien.

[www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Gesundheitsthemen

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

■ **Neu! Suchfunktion auf [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de)**

Um aus der Fülle der Informationen noch leichter das Gesuchte zu finden, bietet unsere Homepage nun eine Suchfunktion an. Zum eingegebenen Suchbegriff erhält man eine Liste aller auf unserer Seite eingestellten Dokumente, in denen dieser Begriff vorkommt, gelistet nach der Häufigkeit des Suchbegriffs im jeweiligen Dokument.

■ **gender medizin – Buchbesprechung der Koordinationsstelle**

Eine ausführliche Buchbesprechung zu: Anita Rieder & Brigitte Lohff (Hg.) (2004): gender medizin. geschlechtsspezifische aspekte für die klinische praxis von Dr. Walburga Freitag, Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Bad Salzuflen finden Sie auf unserer Homepage [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Aktuelles

**Wanderausstellung** der Enquête-Kommission bei der Koordinationsstelle (S. 7)

**Koordinationsstelle unterwegs:**

■ **Expertinnengespräch „OWL – Region für Frauengesundheit“**

Wie können vorhandene Kräfte gemeinsam so gebündelt werden, dass geschlechtsspezifische Angebote in der Gesundheitsversorgung zu einem wesentlichen Qualitäts- und Profilvermerkmal für die Region Ostwestfalen-Lippe werden? Um dieser Frage nachzugehen, hatte die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW gemeinsam mit dem Internationalen Zentrum für FrauenGesundheit gGmbH am 22. Februar 2005 zu einem Expertinnengespräch in die Kliniken am Burggraben, Bad Salzuflen eingeladen. Rund 40 Expertinnen aus dem Gesundheitswesen, aus Gleichstellungsstellen und Frauenorganisationen sowie aus der Wirtschaftsförderung waren der Einladung gefolgt. Das Ziel der Veranstaltung war, die in OWL zahlreich vorhandenen Projekte, Initiativen und Akteurinnen der Region zum Thema Frauengesundheit zu vernetzen und Ansätze für gemeinsames Handeln

zu entwickeln. In acht Arbeitsgruppen wurden Ideen zu so unterschiedlichen Themen wie „Brustgesundheit“, „erwerbstätige Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, „Strukturen für Frauengesundheit“, „geschlechtsspezifische Prävention“, „Frauenherzen – Männerherzen“ diskutiert und Ansätze zur Kooperation erarbeitet. Alle Teilnehmerinnen zeigten eine große Bereitschaft, sich zukünftig gemeinsam für eine geschlechterdifferenzierte Gesundheitsversorgung in OWL stark zu machen. Vereinbart wurde u.a., den Austausch fortzusetzen und zu den Themen „Frauen in Gesundheitsberufen“ und „Frauenherzen – Männerherzen“ gemeinsam weiter zu arbeiten. Die Dokumentation des Expertinnengesprächs liegt jetzt als CD-Rom vor. Sie enthält u.a. die Ergebnisse der Arbeitsgruppen, Vorträge von Prof. Dr. Doris Bardehle (Frauengesundheit in OWL: Daten und Fakten), Dr. Monika Weber (Die Frauengesundheitslandschaft in OWL: Projekte und Aktivitäten) und Brigitte Meier (OWL profiliert sich als Gesundheitsregion) sowie eine Landkarte und eine Kurzdarstellung der Aktivitäten, Projekte und Organisationen zur Frauengesundheit in OWL. MW

**Weitere Infos zur Dokumentation:**

Internationales Zentrum für FrauenGesundheit (IZFG) gGmbH, Alte Vlothoer Str. 47-49, 32105 Bad Salzuflen  
 Fon: 05222 - 63 62 96, Fax: -97, [tynior@izfg.de](mailto:tynior@izfg.de)

■ **Koordinationsstelle zum Thema „Gender“ auf der BKF-Abschlussstagung**

Das Thema „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“ war ein Schwerpunktthema auf der Abschlussstagung der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF) „Wege zur Frauengesundheit – Von Stolper- und Meilensteinen“ am 24. Januar 2005 in Berlin.

Als ein Beispiel präsentierten Dr. Ingeborg Jahn vom Bremer Institut für Prävention und Sozialforschung (BIPS) und Dr. Monika Weber von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW im Rahmen eines Workshops die bisherigen Schritte und den aktuellen Stand der geschlechterdifferenzierten Gesundheitspolitik in NRW. Das Fazit der Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen fiel ambivalent aus: Während sich die Akzeptanz von Gender Mainstreaming ausbreitet und praktische Ansätze, Instrumente und Arbeitshilfen mittlerweile durchaus vielerorts vorhanden und verfügbar sind, bleibt die praktische Anwendung der Instrumente weitgehend abhängig vom Engagement einzelner Personen, vielfach Frauen. Eine systematische Einbindung z.B. in neue Steuerungsinstrumente oder in Schritte des Projektmanagements fehlt bislang weitgehend. Entscheidend für die Zukunft wird vor allem die Frage sein, wie es gelingt, Genderkompetenz/ methodisches Wissen und Fachwissen stärker systematisch miteinander zu verzahnen.

Auf der Tagung stellte die BKF die Ergebnisse ihrer dreijährigen Arbeit vor. Weitere Schwerpunkte waren „Menopausale Hormontherapie – Zeit zum Umdenken“, „Gewalt – eine Herausforderung für das Gesundheitswesen“ und „Koronare Herzkrankheit“. Mit der Tagung endete die Arbeit der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF), da eine Anschlussfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung nicht erreicht werden konnte. MW

Informationen und Dokumente zur Abschlussstagung finden Sie unter: [www.bkfrauengesundheit.de](http://www.bkfrauengesundheit.de)

## AUS DEM NETZWERK

Das 8. Treffen des Netzwerkes Frauen und Gesundheit NRW fand am **Do, 02. Juni 2005** in Dortmund statt.  
Thema: **Netzwerken – Der Schlüssel zum Erfolg**  
Kontakt: Gabriele Klärs, Köln, Fon: 0221 - 801 77 78  
koordinationFFGZ@frauengesundheit-nrw.de

### ■ Frauen und Medikamente – Bericht des Netzwerktreffens

Am **25. November 2004** widmete sich das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW im Landschaftsverband Rheinland in Köln dem Thema Frauen und Medikamente. Karin Mohn von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) führte inhaltlich in das Thema ein, Dr. Thorsten Drewes, Referent der Enquête-Kommission, stellte die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ vor. Am Nachmittag diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Foren ausführlich die Aspekte „Frauen und Sucht“, „Geschlechtsspezifische Aspekte des Medikamentenkonsums und Medikalisierung“ sowie „Frauen in der Arzneimittelforschung“ und formulierten Handlungsmöglichkeiten.

„Frauen erhalten fast doppelt so viele Psychopharmaka-Verordnungen wie Männer“ sagte Karin Mohn in ihrem Einstiegsvortrag. „Vor allem gegen unklare Beschwerden wie Schlafstörungen, innere Unruhe und gegen Depressionen werden **abhängigkeitserzeugende Medikamente** verschrieben.“ so Mohn. Problematisch sei hierbei, dass Arzneimittel nicht selten Verlegenheitsverschreibungen darstellten. Der zu schnelle Griff zum Medikament beinhalte neben der Gefahr der Abhängigkeit auch die Gefahr von Nierenschädigungen. Mohn wies darauf hin, dass Nierenversagen als Folge von langjährigem Medikamentenkonsum bei Frauen fünf- bis sieben Mal häufiger vorkommt als bei Männern.

Vor allem für Frauen unterer sozialer Schichten müsse es gezielte Beratungs- und Präventionsangebote geben, hob Dr. Thorsten Drewes in diesem Zusammenhang aus den Empfehlungen der Enquête-Kommission hervor. Prävention von Medikamentenmissbrauch müsse allerdings bereits an anderer Stelle beginnen: Bereits in der Schule sollten Kurse zum Schmerzmittelmanagement angeboten werden. Notwendig seien auch Maßnahmen wie z.B. Schulungen, die auf eine andere Ethik des Informations- und Verschreibungsverhaltens v.a. von Hausärztinnen und -ärzten zielen, denn v.a. hier würden zu häufig psychotrope Medikamente verschrieben. Ärztinnen und Ärzte sollten ggf. auch verstärkt auf andere Behandlungsmethoden hinweisen, betonte Drewes.

Im Forum **Frauen und Sucht**, das sich am Nachmittag weiter mit der Suchtproblematik auseinandersetzte, wurde deutlich, dass in Anlaufstellen wie Frauenberatungsstellen und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen häufig Fragen zu Medikamenten auftauchen. Frauke Schwarting von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna bestätigte, dass Medikamentenabhängige in der Regel nicht durch die Angebote der Suchtkrankenhilfe angesprochen würden. Dahingegen würden Informationsangebote zu Fragen über Medikamente von Betroffenen sowie von Angehörigen gut genutzt. Solche Angebote gab es bislang jedoch nur punktuell als kurzzeitige Modelle. Die Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer formulierten vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit von Informationsmaterial, das Mitarbeiter/-innen der

jeweiligen Anlaufstellen zumindest eine Einordnung von Medikamenten ermögliche. Damit könne die jeweilige Frau gezielter beraten und ggf. weiter verwiesen werden. Frauke Schwarting von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna nahm die Anregung auf. Inzwischen erklärte sich die Landesfachstelle bereit, ein solches Material zu erstellen.

Die Teilnehmerinnen des Forums, das sich mit den **geschlechtsspezifischen Aspekten des Medikamentenkonsums und Medikalisierung** beschäftigte, machten deutlich, dass der erhöhte Medikamentenkonsum eine stärkere Verzahnung der Angebote des Gesundheitssystems mit den psychosozialen Einrichtungen für Frauen erfordere. Außerdem sei die Datenlage durch eine konsequent geschlechtsspezifische Erfassung und Auswertung zu verbessern und in Zusammenhang mit den Daten zur Lebenssituation zu stellen. Das Forum unterstützte die Forderung der Enquête-Kommission nach Prävention im Jugendalter: Bereits in der Arbeit mit Mädchen sei eine Auseinandersetzung mit anderen Möglichkeiten der Schmerzbewältigung als dem Griff zur Pille angezeigt, denn bereits 40% der 15jährigen Mädchen konsumieren regelmäßig Medikamente. Prävention müsse im Jugendalter beginnen und geschlechtsspezifisch sein.

Zur Frage der Beteiligung von Frauen in der **Arzneimittelforschung** referierte Constanze Schäfer von der Apothekerkammer Nordrhein im dritten Forum die geschichtliche Entwicklung des erstmals 1961 in Kraft getretenen Arzneimittelgesetzes: Bis Anfang 2004 war darin keine geschlechterdifferenzierte Auswahl von Proband/-innen und keine geschlechtsdifferenzierte Erhebung oder Auswertung der Daten für die jährlich ca. 2000 Zulassungen gefordert. Aus den Prüfphasen I und II für neue Medikamente waren Frauen auf Grund des Schwangerschaftsrisikos meist ausgeschlossen, so Schäfer. Mögliche Risiken für die Fortpflanzungsfähigkeit des Mannes durch Medikamententests wurden bisher nicht berücksichtigt.

Die **12. Änderung des Arzneimittelgesetzes**, die die Prüfung geschlechtsspezifischer Wirkungen sowie die Beteiligung von Frauen zur Voraussetzung für ein Zulassungsverfahren macht, hat auf die bis 2004 auf den Markt gekommenen Medikamente keinen Einfluss. Echte „Klassiker“ und „Goldene Standards“ bei Medikamenten seien jedoch ebenso auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede hin zu überprüfen, erklärten die Netzwerkteilnehmerinnen. Bislang galten Frauen als „Therapieversagerinnen“, wenn in den letzten Prüfphasen andere als die erwarteten und bei Männern beobachteten Ergebnisse erzielt wurden, erklärte Schäfer. Die Teilnehmerinnen forderten außerdem, dass die Studiendaten öffentlich zugänglich gemacht werden und unterstützen die Empfehlungen der Enquête-Kommission, dass geschlechtsspezifische Wirkungsunterschiede systematisch gesammelt und ausgewertet werden müssten. Hierfür schlugen Sie ein einfaches Dokumentationssystem in Apotheken vor. Die Erkenntnisse sollten konsequent in der Aus- und Weiterbildung aller medizinischen Berufsgruppen verankert werden.

#### Erste Ergebnisse:

Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna veranstaltete in Kooperation mit der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW im April eine zweitägige **Fortbildungsveranstaltung** zum Thema Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit bei Frauen und erarbeitet in diesem Jahr **Informationsmaterial** zu Indikationen und Suchtgefahren häufig verschriebener und rezeptfreier Medikamente.

Die Koordinationsstelle hat ihre im Anschluss an das Netzwerktreffen erstellte **Materialsammlung** „Frauen und Medikamente“ unter [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Gesundheitsthemen ins Netz gestellt. Das **Protokoll** des Netzwerktreffens finden Sie unter [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Netzwerk.

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW unterstützt auf Anfrage alle Institutionen, die sich dem Thema zuwenden wollen durch Information und Beratung. CL

**Aktuelles:**

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe und der BÄK-Ausschuss „Sucht und Drogen“ erarbeitet zur Zeit einen **Leitfaden für Hausärzte**. Die in den nächsten Monaten erscheinende und von der **Bundesärztekammer** herausgegebene Publikation soll nützliche Hinweise zum Umgang mit Arzneimittelabhängigen geben.

**Mehr hierzu:** Rabbata, Samir (2005): Medikamentenmissbrauch: Die stille Sucht. In: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 14 vom 08.04.2005, Seite A-950 / B-805 / C-752 [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=46177](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=46177)

Auf dem **3. nordrhein-westfälischen Kooperationstag Sucht und Drogen** am 13. April 2005 beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe fand einer von 18 Workshops zum Thema: „Medikamentenabhängigkeit – Stille Sucht von Frauen“ statt. Der gleichnamige Vortrag ist auf der Seite des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe unter > Vorträge/Materialien eingestellt. [www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Start\\_Kooperationstag/index2.html](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Start_Kooperationstag/index2.html)

■ **Fachtagung diskutiert Forschungsergebnisse zur Hormontherapie in den Wechseljahren**

Am 22. April 2005 hatten das Netzwerk und die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW zu einer Fachtagung zum Thema Wechseljahre nach Düsseldorf eingeladen. Der Titel der Tagung: „Den Wechsel gestalten“ weist in zwei Richtungen: Neuorientierung braucht es sowohl in der Medizin, wo internationale Forschungsergebnisse auf erhebliche Risiken der Hormontherapie verweisen. Ein Umdenken ist aber auch notwendig hinsichtlich der Frage, wie das Älterwerden von Frauen gesellschaftlich bewertet wird. Knapp 150 Expertinnen und Experten aus Ärzteschaft, Krankenkassen, Gesundheitsbildung, Patient/-innenorganisationen und Beratungsstellen waren der Einladung gefolgt. In den vergangenen Jahren haben verschiedene groß angelegte internationale Studien gezeigt: Bei der Hormontherapie in den Wechseljahren überwiegen die Risiken den Nutzen. „**Ziel der Fachtagung** ist es, die neuen Forschungserkenntnisse breit bekannt zu machen, die Qualität der Informationen für Frauen zu erhöhen und Ärztinnen und Ärzten mehr Handlungssicherheit zu geben“, unterstrich Dr. Monika Weber von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW. Die Koordinationsstelle hat die Geschäftsführung für das Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW und wird vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW gefördert, um Geschlechteraspekten und Frauenbelangen im Gesundheitswesen zu mehr Geltung zu verhelfen.



Cornelia Prüfer-Storcks, Staatssekretärin im MGSFF NRW

Bei der stark medizinisch geprägten Debatte um die Hormontherapie in den Wechseljahren komme es aber vor allem auch darauf an, den Frauen selbst, ihrer Wahrnehmung und ihren Anliegen verstärkt Gehör zu verschaffen, darauf wies die Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Cornelia Prüfer-Storcks hin. Sie hob in ihrer Einführung besonders hervor, dass es der Tagung gelungen sei, den **Dialog zwischen Wissenschaft, Ärzteschaft und Vertreterinnen der Frauengesundheitsbewegung** zu initiieren. Sie dankte dem BKK Landesverband NRW, der AOK Rheinland sowie der AOK Westfalen-Lippe, den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, der Apothekerkammer Nordrhein sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, deren gemeinsames Engagement die Tagung möglich gemacht hatte.



Dr. Monika Weber

Die Hormontherapie in den Wechseljahren hat vielfältige Hoffnungen genährt: Sie sollte nicht nur Beschwerden lindern, sondern darüber hinaus Krankheiten wie Osteoporose oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen. Allein zwischen 1986 und 1995 stieg die Zahl der verordneten Tagesdosen von 100 Mio. auf 1 Mrd. an. Eine Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums kam im Jahr 2003 zu dem Ergebnis, dass etwa jede dritte Frau zwischen 45 und 60 schon einmal Wechseljahrs-hormone genommen hat und in der Altersgruppe der 55-60jährigen dieser Anteil sogar bei 56% liegt.

Eine solch breite Einnahme und Verschreibung von Hormonpräparaten lässt sich heute nicht mehr rechtfertigen. Prof. Dr. Martina Dören fasste den **internationalen Forschungsstand** zusammen, der die Ergebnisse der amerikanischen Women's Health Initiative – der sogenannten WHI-Studie – und Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung einbezieht: Östrogene können einerseits Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche und vaginale Atrophie nachweislich lindern und das Risiko

für Knochenbrüche senken; bei einer Östrogen-Gestagen-therapie ist das Risiko mancher Formen von Darmkrebs geringer. Andererseits steigert die Einnahme von Östrogenen und Östrogen-Gestagen-Kombinationen – in teils



Prof. Dr. Martina Dören

unterschiedlichem Ausmaß – die Risiken für Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Demenz und Harninkontinenz. Das Risiko einer Brustkrebskrankung steigt durch Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparate. Die Lebensqualität von Frauen in der Lebensmitte hängt von vielen Faktoren ab, die natürliche Umstellung der Eierstockfunktion mit dem Alter ist nur einer von vielen; diese wesentliche Aussage zitierte Prof. Dr. Martina Dören von einer aktuellen Konferenz des National Institute of Health (USA) im März 2005: „Die Wechseljahre sind nicht per se behandlungsbedürftig. Jede Hormontherapie bedarf einer **Indikation** – dies sind nur Hitzewallungen, dadurch ausgelöste Schweißausbrüche und neu aufgetretene Trockenheit im Bereich der Scheide.“ Dieses Fazit steht im Einklang mit den Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und zahlreicher Fachgesellschaften. Deren weithin übereinstimmende Empfehlung lautet: Hormone ja, aber nur bei starken Beschwerden nach eindeutiger Indikationsstellung und dem Ausschluss von Risikofaktoren. „So niedrig dosiert wie möglich und über einen möglichst kurzen Zeitraum“, wie Prof. Dr. Hans-Georg Bender von der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Dr. Ute Krahé vom Berufsverband der Frauenärzte e.V. hervorhoben.



V.l.n.r.: Dr. Monika Weber, Dr. Maria Beckermann, Dr. Ute Krahé, Prof. Dr. Martina Dören, Prof. Dr. H.-G. Bender, Prof. Dr. Petra Kolip, Dr. Leonhard Hansen, Cornelia Prüfer-Storcks

Tatsächlich ist in den vergangenen Jahren ein Rückgang der **Verordnungszahlen** zu verzeichnen, den Prof. Dr. Petra Kolip anhand von Analysen verschiedener Krankenkassen belegte. Diese zeigen zwischen 2002 und 2004 Rückgänge zwischen 30 und 50%. Ob aber damit auch die Frauen Hormone erhalten, die sie tatsächlich benötigen, müsse differenzierteren Analysen vorbehalten bleiben.

Die Hormonverordnungen sieht Prof. Dr. Kolip im Kontext einer umfassenden **Medikalisierung der Wechseljahre**: „Die Medizin hat die Wechseljahre der Frau als ‚Hormonmangelkrankheit‘ definiert. Entgegen der Erfahrungen vieler Frauen in dieser Lebensphase werden die Wechseljahre auf biologische Prozesse reduziert und zu einem pathologischen Lebensabschnitt gemacht.“ Dass das Bild der Wechseljahre als behandlungsbedürftige Phase gesellschaftlich so dominant werden konnte, daran hätten auch die Pharmaindustrie, die Medien und nicht zuletzt die Frauen selbst mitgewirkt. Entsprechend sei ein Bündel an Maßnahmen notwendig – angefangen von einer stärker evidenzbasierten Medizin bis hin zur Veränderung des Bildes, das unsere Gesellschaft vom Altern und Älterwerden hat –, um zu erreichen, dass die Wechseljahre wieder als das wahrgenommen werden, was sie tatsächlich sind: eine natürliche Lebensphase. Wie unterschiedlich die **Erfahrungen von Frauen in dieser Lebensphase** sein können, verdeutlichten die persönlichen Berichte von Frauen im Rahmen einer Diskussionsrunde: Weder erleben alle Frauen diese Lebensphase überhaupt als Umbruchsituation noch leiden sie zwangsläufig unter Beschwerden. Befragungen von Frauen zeigen, dass ca. ein



Diskussionsrunde: Perspektiven von Frauen

Drittel der Frauen unter starken Wechseljahrsbeschwerden leidet, ein Drittel unter Beschwerden schwacher bis mittlerer Ausprägung und ein weiteres Drittel so gut wie keine Beschwerden hat. Soziale Wandlungsprozesse, die häufig in diese Lebensphase fallen wie z.B. Neuorientierungen in Familie, Beruf und Partnerschaft sind für die Frauen ebenso bedeutsam wie körperliche Veränderungen. „Wir, die Frauen, sind es, die entscheiden, ob überhaupt und wenn ja welche Hilfe bzw. Behandlung wir in den Wechseljahren brauchen“, darin waren sich die Teilnehmerinnen der Diskussionsrunde einig. Und als Expertinnen für ihren eigenen Körper nehmen sie auch für sich in Anspruch, diese Entscheidung eigenverantwortlich treffen zu wollen und zu können.

Voraussetzung dafür ist, dass Frauen sich gut und umfassend informieren können und Ärztin und Patientin sich partnerschaftlich „auf Augenhöhe“ begegnen. „Das hierarchische Arzt-Patientinnen-Verhältnis hat ausgedient, **Ansätze von Empowerment und gemeinsamer Entscheidungsfindung** müssen verstärkt Eingang in den ärztlichen Praxisalltag finden“, so Dr. Maria Beckermann, die aus ihrer gynäkologischen Praxis berichtete, in der sie ein Modell zum Qualitätsmanagement eingeführt hat. Für die Begleitung von Frauen in den Wechseljahren gehören dazu ein Konzept zur Differentialdiagnostik sowie unterstützende Abendveranstaltungen zum Thema. Bei den am Nachmittag durchgeführten Foren kamen Fragen und Problemstellungen aus ärztlicher Sicht ebenso



zu Wort wie die Sichtweisen und Lebensumstände von Frauen im mittleren Lebensalter. Ein Forum fragte nach **Alternativen zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden**: „Allgemeine, die Gesundheit stärkende Maßnahmen sind die wichtigste Grundlage für einen natürlichen Umgang mit den Wechseljahren“, darauf wiesen die Referentinnen Elisabeth Thesing-Bleck und Christina Sachse hin.

Wie kann eine angemessene Begleitung von Frauen mit klimakterischen Beschwerden in der gynäkologischen Praxis aussehen? Und was braucht es, um zu einer Sicht auf die Wechseljahre und das Älterwerden von Frauen zu kommen, die tatsächlich die Vielfalt weiblicher Lebenslagen abbildet? Unter diesen Leitfragen diskutierten Vertreterinnen aus Frauen- und Patient/-innenorganisationen, Ärzteschaft, Wissenschaft und Politik abschließend gemeinsam **weiterführende Perspektiven**. Empfehlungen beziehen sich u.a. auf eine verstärkte Schulung von Ärztinnen und Ärzten in evidenzbasierter Medizin, eine öffentliche Kampagne „Wechseljahre sind eine natürliche Lebensphase“ oder eine Versorgungsforschung, die Orientierung für die individuelle ärztliche Praxis liefert.

„Den Wechsel gestalten“ – die angestrebten Prozesse in Medizin und Gesellschaft vollziehen sich nicht automatisch, sie müssen begleitet und kommuniziert werden. Mit ihrem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz konnte die Tagung für die vielfältigen Positionen und Aspekte zum Thema sensibilisieren und den notwendigen Dialog fördern – mit diesem positiven Fazit der Podiumsteilnehmerinnen endete die Tagung. MW

#### **Aktualisiert! Materialsammlung Wechseljahre und Hormontherapie**

Die umfangreiche Materialsammlung zum Thema Wechseljahre und Hormontherapie wurde anlässlich der Fachtagung „Den Wechsel gestalten“ umfassend aktualisiert und enthält nun auch die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse.

[www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Gesundheitsthemen

#### **Kontakt:**

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

## AUS DEM LAND NRW

### ■ **Gesetzesnovellen: Gender Mainstreaming im ÖGDG und im Heilberufsgesetz**

Mit der **Novellierung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)** wurde das Prinzip des Gender Mainstreaming als allgemeine Rechtsnorm in § 2 Absatz 2 Satz 1 eingeführt. Das Gesetz ist zum 1. März 2005 in Kraft getreten. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist nun verpflichtet, das unterschiedliche gesundheitliche Verhalten und die unterschiedlichen Lebenslagen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe sowie die unterschiedliche Versorgungssituation von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Als allgemeine Rechtsnorm entfaltet die Vorschrift Wirkung für alle nachfolgenden Regelungen; direkt Bezug genommen wird darauf noch einmal bei der Gesundheitsberichterstattung: Gesundheitsberichte sollen regelmäßig soziale und geschlechtsspezifische Gegebenheiten einbeziehen. Zur geschlechterparitätischen Besetzung und zur Beteiligung der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten findet das Landesgleichstellungsgesetz Anwendung.

Das Gesetz finden Sie unter:

[www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de) > Dokumente > Dokumentenarchiv > Landtagsdokumentation > Suche nach: ÖGDG

Die **Stellungnahme der Koordinationsstelle** zur Novellierung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst können Sie nachlesen unter: [www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Stellungnahmen

Ebenfalls novelliert wurde das **Heilberufsgesetz** (HeilBerG) und auch hier findet das Prinzip des Gender Mainstreaming Anwendung. Die Kammern sind nun verpflichtet, bei allen Maßnahmen die geschlechtsspezifischen Auswirkungen zu berücksichtigen, eine geschlechterparitätische Besetzung aller Gremien anzustreben und vor allem bei der Weiterbildung geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. MW

Das Gesetz finden Sie unter:

[www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de) > Dokumente > Dokumentenarchiv > Landtagsdokumentation > Suche nach: HeilBerG

### **Wanderausstellung der Enquête-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“**

Die Enquête-Kommission hat ihre Ergebnisse in einer Wanderausstellung, bestehend aus 18 Plakaten (DIN A 1), zusammenfassend dargestellt.

Die Ausstellung kann ohne Gebühr – komplett oder in Teilen – bei der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Köln ausgeliehen werden. Alle Plakate sind anzusehen auf der Homepage:

[www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de) > Aktuelles

**Möchten auch Sie die Plakate bei sich ausstellen?**

**Kontakt:**

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

■ **Neue Arbeitshilfe des Iögd erscheint: „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ – Thema für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen**

Häusliche Gewalt ist als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen identifiziert.

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW und die Landesgesundheitskonferenz betonen in ihren Handlungsempfehlungen die Dringlichkeit angemessener gesundheitlicher Versorgung, die Rolle des Gesundheitswesens hinsichtlich der Unterstützung der Betroffenen und beschreiben zentralen Handlungsbedarf. Um die Kooperation vor Ort zu unterstützen, hat das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) in enger Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle eine Arbeits- und Planungshilfe erstellt. Sie soll die Kommunalen Gesundheitskonferenzen unterstützen, die gesundheitliche Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen vor Ort zu verbessern. So enthält die Planungshilfe einen Problemaufriss des Themas, beschreibt das Phänomen der Gewalt gegen Frauen und schildert die typischen Folgen für die Gesundheit. Die Frage, wie eine verbesserte gesundheitliche Versorgung aussehen muss, beantwortet die Planungshilfe mit der Beschreibung von Standards für eine hilfreiche, gesundheitsbezogene Intervention und konkreten Beispielen und Anregungen. Unerlässlich ist eine stärkere Kooperation und Vernetzung zwischen den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, staatlichen Stellen und Beratungs- und Hilfeeinrichtungen auf kommunaler Ebene. Beispiele guter Praxis aus den Kommunen Düsseldorf, Solingen, Mülheim und das Netzwerk gesine im Ennepe-Ruhr-Kreis zeigen wie eine gelungene Kooperation praktisch aussehen kann und regen zur Nachahmung an.

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) können bei der Bearbeitung dieses komplexen Themas auf fachliche Expertise vor Ort zurückgreifen. Nicht nur die örtliche Fraueninfrastruktur, sondern auch die Runden Tische zu Gewalt haben neben multiprofessioneller Expertise Erfahrung in der interprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit. Eine Kooperation der KGK mit den Runden Tischen ist also nicht nur zu empfehlen, sondern zielführend wie Beispiele aus einigen Kommunen zeigen. Die Koordinationsstelle unterstützt den Bearbeitungsprozess und bietet den Kommunalen Gesundheitskonferenzen flankierend Fachberatung und Vorträge an.

Parallel zu den Materialien für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind landesweite Informationsmaterialien für Professionelle im Gesundheitswesen sowie für gewaltbetroffene Frauen geplant. Unter Federführung der Koordinationsstelle nehmen Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer und die Rechtsmedizin Köln auf der Grundlage bereits bestehender Leitfäden eine Aktualisierung für NRW vor. GK

**Kontakt:**

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

■ **Landesfachstelle Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt NRW eingerichtet**

Im Dezember 2004 feierte die „Landesfachstelle autonomer Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt NRW“ in Dortmund ihre Eröffnung. Die Landesfachstelle ist eine Vernetzungs-, Service- und Informationsstelle der autonomen Fraueninfrastruktur gegen körperliche, seelische und sexualisierte Gewalt an Frauen und Mädchen. Die Landesfachstelle organisiert den fachlichen Austausch, greift neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie aktuelle fachliche und politische Diskussionen auf und informiert darüber. Fachveranstaltungen und Fortbildungen tragen dazu bei, ein qualifiziertes und differenziertes Unterstützungsangebot für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen zu gewährleisten. Eine gemeinsame landesweite Öffentlichkeits- und Pressearbeit der autonomen Frauen- und Mädcheneinrichtungen soll das Thema „Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ präsent halten. Ziel ist es, die gesellschaftlichen Zusammenhänge und persönlichen Auswirkungen von Gewalt aufzuzeigen sowie Veränderungen einzufordern. Zudem trägt die Landesfachstelle dazu bei, die Hilfe- und Beratungsangebote der Mitgliedsorganisationen bekannt zu machen. Hierzu ist eine Kampagne in diesem Herbst geplant. Finanziert wird die Landesfachstelle vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW.

*Regine Derr*

**Kontakt:**

Regine Derr, Christine Ehret, Landesfachstelle autonomer Frauen- und Mädcheneinrichtungen gegen Gewalt NRW  
Westenhellweg 112  
44137 Dortmund  
Fon: 0231 - 950 59 44  
info@landesfachstelle-gegen-gewalt.de

■ **Neu! [www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de](http://www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de)**

Eine bundesweit einzigartige Datenbank mit Informationen über Beratungseinrichtungen aus dem Gesundheitsbereich in NRW hat Gesundheitsministerin Birgit Fischer am 15. April 2005 frei geschaltet:

**[www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de](http://www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de)**

„Das Projekt ist ein wesentlicher Schritt hin zu mehr Bürger- und Patientenorientierung des Gesundheitswesens“, sagte die Ministerin. „Über das neue ‚Netzwerk Patientenberatung NRW‘ lässt sich schnell und einfach herausfinden, welche Beratungsleistungen von welcher Einrichtung in der Nähe des eigenen Wohnortes angeboten werden.“ Die Datenbank wurde vom ‚Netzwerk Patientenberatung NRW‘ erstellt, das auf Initiative der Landesgesundheitskonferenz ins Leben gerufen und durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und das NRW-Gesundheitsministerium finanziell gefördert wird. Neben landesweiten Organisationen wie den Ärzte- und Apothekerkammern, den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege und dem ‚PatientInnen-Netzwerk NRW‘ haben auch drei Modellkommunen ihre Beratungseinrichtungen in kommunaler Trägerschaft benannt. Das Projekt steht nach seinem Start auch anderen Kommunen zur Beteiligung offen.

[www.mgsff.nrw.de/aktuelles/presse/pm\\_2005/050415a.htm](http://www.mgsff.nrw.de/aktuelles/presse/pm_2005/050415a.htm)

CL

## SCHWERPUNKT: FRAUENHERZEN – MÄNNERHERZEN Herausforderungen an die Behandlung der koronaren Herzerkrankung

### ■ Ein Überblick

Geschlechtsspezifische Fragestellungen der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Frauen mit koronaren Herzerkrankungen hatten in den vergangenen Jahren Konjunktur. Die Bedeutung des Themas wächst. Wir wollen mit der Auswahl der Beiträge einen Überblick über wichtige Erkenntnisse geben.

#### Die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas

**Meilensteine:** Die erste ‚Evidenzbasierte Leitlinie zur Prävention koronarer Herzerkrankungen bei Frauen‘ erschien Anfang 2004 in der Zeitschrift *Circulation* (Mosca u.a. 2004). Ebenfalls Anfang 2004 schloss sich ein Kreis von Kardiologinnen und Kardiologen zur Aktion Frauenherz zusammen ([www.frauenherz.info](http://www.frauenherz.info)). Ende 2003 wurde im Rahmen des Forschungsverbundes ‚Kompetenznetz Herzinsuffizienz‘ das Teilprojekt ‚Soziomedizinische Genderforschung zur Herzinsuffizienz‘ an der Universität Essen eingerichtet ([www.kompetenznetz-herzinsuffizienz.de/html/leistungen.htm](http://www.kompetenznetz-herzinsuffizienz.de/html/leistungen.htm)). Im Jahr 2002 nahm in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung die Arbeitsgruppe ‚Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen‘ ihre Arbeit auf, der im Jahr 2002 bereits mehr als 100 Mitglieder angehörten. Sprecherin der Arbeitsgruppe ist Frau Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Berlin, die die Professur ‚Frauengesundheit mit Schwerpunkt Koronare Herzerkrankungen‘ innehat, die im Jahr 2002 durch die Charité und das Deutsche Herzzentrum Berlin eingerichtet wurde. Im Rahmen des bundesweiten Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften nahmen drei Forschungsprojekte mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen im Jahre 1998 ihre Arbeit auf. Frau PD Dr. Härtel stellt in ihrem Beitrag die Ergebnisse der Höhenrieder Studie vor (S. 11). (Informationen zu den beiden anderen Projekte siehe unter anderem Grande u.a. 2002 sowie Mittag u.a. 2000). Alle einschlägigen Fachgesellschaften und zahlreiche Einrichtungen des Gesundheitssystems griffen das Thema im Rahmen ihrer Jahrestagungen auf. Der Ärztinnenbund stellte das Thema ‚Frauenherzen schlagen anders‘ 1999 in den Mittelpunkt ihrer Jahrestagung. Eine der Initiatorinnen war Frau Prof. Dr. Siegfried, die einen umfassenden Ratgeber zur Prävention von Herzerkrankungen bei Frauen herausgegeben hat, der in neuer Auflage im September 2005 erscheinen wird.

Die Bedeutung spiegelt sich auch in der zunehmenden Zahl von Buch- und Aufsatzpublikationen wider: im Jahr 2002 erschienen im deutschsprachigen Raum gleich drei einschlägige Sammelbände: von Brachmann & Medau für die BRD; von Bisig & Gutzwiller für die Schweiz, sowie eine Übersetzung aus dem Amerikanischen von Elisabeth von der Lohe (siehe Literaturliste).

2003 erschien von Weidemann, Meyer, Fischer u.a. eine Publikation, bei der die Bedeutung der Risikofaktoren für Frauen im Mittelpunkt steht. Die Publikation ist Ergebnis der ‚Statuskonferenz Psychokardiologie‘, die sich in den letzten Jahren um eine Systematisierung und Evidenzbasierung der kardiologischen Forschung bemüht. Weidemann u.a. engagieren sich seit vielen Jahren für die Qualität der Koronarsportgruppen, die für die Rehabilitation eine entscheidende Rolle spielen. Ihnen schienen die

Gruppen für Frauen ungeeignet zu sein und sie forderten, das Konzept an die Bedürfnisse von Frauen anzupassen. Hieraus resultiert die Initiative des Landessportbundes in Essen, Koronarsportgruppen für Frauen anzubieten (siehe unser Interview mit Frau Gaby Boos, der Leiterin der Frauengruppe in Essen S. 12)

Die Enquête-Kommission des Landtags ‚Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW‘ wählte die Versorgung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen als ein Arbeitsfeld aus, gab zwei themenspezifische Gutachten in Auftrag und fasste ihre Arbeitsergebnisse im entsprechenden Kapitel ihres Abschlußberichtes (Landtag NRW, 2004: Kap. 4.6) zusammen. Über die Ergebnisse der Arbeit der Enquête-Kommission berichtet Herr Prof. Dr. Gülker (S. 10).

#### Komplexität des Problems

Die vorliegenden wissenschaftlichen Studien zeigen deutlich, dass es zwischen Frauen und Männern Unterschiede von der Prävention bis zur Rehabilitation gibt. Einige ausgewählte Ergebnisse:

**Prävention:** Die Risikofaktoren Diabetes, Übergewicht, Bewegungsmangel und Bluthochdruck haben für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer, (Boscheri & Strasser, 2002: 38; Stangl u.a. 2002: 1747), auch ist die Gewichtung der Risikofaktoren geschlechtsabhängig. Diabetes wird bei Frauen ein größerer Einfluss zugewiesen als bei Männern (Lohe, 2002: 15; Stangl u.a., 2002: 1747). Seit langem diskutiert wird das erhöhte Risiko von Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen und gleichzeitig rauchen. (Stangl, 2002: 1741).

Unterschiede zeigen sich auch in der Aussagekraft der **Diagnostik**. Nichtinvasive Screeningverfahren (z.B. das Ruhe-EKG), so das Ergebnis des Teams der Kardiologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, sind für das Vorhandensein einer KHK bei Frauen nicht so aussagekräftig wie für Männer (Schannwell u.a. 2002). Diskutiert werden Geschlechterdifferenzen bei der Anatomie und Physiologie des Herzens (Legato 2003), darüber hinaus haben die durchschnittlich kleineren Gefäßvolumina von Frauen eine Bedeutung bei allen invasiven **Behandlungsverfahren** (z.B. die Herzkatheteruntersuchung).

Im Bereich der **medikamentösen Therapie** wird diskutiert, dass Digoxin, ein Herzinsuffizienz-Medikament, nur für Männer Vorteile hat. Betablocker hingegen wirken bei Frauen stärker als bei Männern, so dass es nicht überrascht, dass bei Frauen häufiger Nebenwirkungen auftreten. Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS) wird von Frauen nicht so schnell abgebaut wie von Männern und eignet sich darüber hinaus bei Frauen nicht zur Prävention koronarer Herzerkrankungen (Thürmann 2003; Thesing-Bleck 2003; Ridker, Cook, Lee, et al 2005).

Die Hormontherapie in der Postmenopause erhöht das Risiko, an einer KHK zu erkranken und auch der als Rheuma- und Arthrosemittel eingesetzte COX-2-Hemmer, (u.a. Vioxx), wurde 2004 vom Markt genommen, weil Studien zeigten, dass bei längerer Einnahme das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko steigt.

Das durchschnittlich höhere KHK-Erkrankungsalter von Frauen verstärkt das Problem möglicher Unterschiede in der Wirksamkeit von Medikamenten. Auch wenn Frauen verstärkt an Studien beteiligt werden; ältere Frauen wie Männer werden von Therapiestudien ausgeschlossen.

**Die Berücksichtigung von Geschlechterdifferenzen und geschlechtsspezifischen Aspekten muss wichtiges Qualitätsmerkmal der kardiologischen Forschung und Versorgung sein.**

WF

**Kontakt:**

Dr. Walburga Freitag, Bad Salzuflen  
 Fon: 05222 - 63 62 94/-95  
 koordinationIZFG@frauengesundheit-nrw.de

In Kürze wird die Koordinationsstelle eine **Materialsammlung** zum Thema auf ihrer Homepage zum Download einstellen.

**Literatur:**

- Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (Hg.) (2002): **Frau und Herz. Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz**. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Boscheri, Alexandra und Ruth H. Strasser (2002): **Aktueller Kenntnisstand der KHK bei Frauen: Defizite immer noch vorhanden?** In: Brachmann, Johannes und Hans-Jochen Medau (Hg.): Die koronare Herzkrankheit der Frau. Darmstadt: Steinkopff: 37-46.
- Brachmann, Johannes und Hans-Jochen Medau (Hg.) (2002): **Die koronare Herzkrankheit der Frau**. Darmstadt: Steinkopff.
- Grande, Gesine, Anja Leppin, M. Romppel, u. a. (2002): **Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen?** In: Rehabilitation 41 (5): 320-328.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004): **Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW**. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS.
- Legato, Marianne J. (2003): **Gender and the Heart: Sex-Specific Differences in Normal Anatomy and Physiology**. In: The Journal of Gender-Specific Medicine: 7.
- Lohe, Elisabeth von der (2002): **Koronare Herzkrankheit bei Frauen: Prävention - Diagnostik - Therapie**. Berlin: Springer.
- Mittag, Oskar, Barbara Horres-Sieben, C. Maurischat, u. a. (2000): **Koronare Herzerkrankung bei Frauen und Männern: Geschlechtsspezifische Unterschiede und Konsequenzen für die Rehabilitation(s-forschung)**. Übersichtsartikel. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 13 (51): 62-71.
- Mosca, Lori, Lawrence J. Appel, Emelia J. Benjamin, u. a. (2004): **Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women**. In: Circulation 109 (online February 4 2004): 672 - 693.
- Ridker PM, Cook NR, Lee I-M, et al (2005): **A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women**. In: New Engl J Med 2005; 352:1293-1304.
- Schannwell, Christina Mira, David Lazica, Gunnar Plehn, u. a. (2002): **Stellenwert der nichtinvasiven kardialen Diagnostik bei Frauen mit Verdacht auf koronare Herzkrankheit**. In: Medizinische Klinik 97 (513-521).
- Stangl, Verena, K. Stangl und G. Baumann (2002): **Coronary atherogenic risk factors in women**. In: European Heart Journal 23: 1738-1752.
- Thesing-Bleck, Elisabeth (2003): **Warum der kleine Unterschied so wichtig ist**. [www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2003-35/titel.htm](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2003-35/titel.htm)
- Thürmann, Petra (2003): **Manche Medikamente wirken bei Frauen anders als bei Männern**. [http://medc.uni-muenster.de/herzzentrum/journal/journal2003\\_02/hzj\\_txt030209.htm](http://medc.uni-muenster.de/herzzentrum/journal/journal2003_02/hzj_txt030209.htm)
- Weidemann, Hermann, Katharina Meyer, Thomas Fischer, u. a. (2003): **Frauen und koronare Herzkrankheit: Altersverteilung, Rauchen und orale Kontrazeption, klassische Risikofaktoren, psychosoziale Konstellationen, körperliches Training**. Frankfurt am Main: VAS-Verlag für Akademische Schriften.

## ■ Versorgung von Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Frauen in NRW

In Deutschland sterben jährlich 240.000 Frauen und 167.000 Männer an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Dementsprechend sind Herz-Kreislauf-erkrankungen für die „Frauengesundheit“ von größter Bedeutung, sie stellen zahlenmäßig die Hauptursache schwerwiegender Erkrankungen bei Frauen dar und sind in 50% aller Sterbefälle die Todesursache. Die zunehmende Morbidität und Mortalität ist bei beiden Geschlechtern wesentlich auf die immer weiter fortschreitende Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, darüber hinaus ist speziell bei Frauen eine zunehmende Belastung mit Risikofaktoren für Arteriosklerose festzustellen. Es existieren aber auch frauenspezifische Besonderheiten. Zu den frauenspezifischen Besonderheiten gehört die häufig „untypische“ klinische **Symptomatik** bei drohen-

dem bzw. manifestem Herzinfarkt: „typische“ Symptome sind anhaltende Schmerzen im Brustkorb und Atemnot. Von Frauen werden häufiger „unklare“ Oberbauchbeschwerden verbunden mit Erschöpfung, Erbrechen, Übelkeit und Schmerzen im Rücken- sowie Nackenbereich geäußert. Die **Misdeutung der Symptome** scheint dabei besonders häufig bei jüngeren Frauen gegeben zu sein. Bei den kardiovaskulären **Risikofaktoren** ist insbesondere der hohe Anteil regelmäßiger Zigarettenraucherinnen in den jüngeren Jahrgängen hervorzuheben, dies gerade bei den Frauen, die auch orale Kontrazeptiva einnehmen. Beide Faktoren bewirken eine **Risikopotenzierung**, die es so bei Männern nicht gibt. Aktuell sind bis zu 40% der Frauen, die die „Pille“ einnehmen, auch regelmäßige Zigarettenraucherinnen. Eine erhöhte Inzidenz von Risikofaktoren bei Frauen zeigt sich auch im Bereich der Fettstoffwechselstörungen, bei Diabetes mellitus und bei starkem Übergewicht. Die zunehmende Belastung der Frauen mit Risikofaktoren für arteriosklerotische Herz- und Kreislauferkrankungen ist besonders auch deswegen gefährlich, weil die Belastung mit Risikofaktoren bei Frauen per se ein höheres Risiko als bei Männern darstellt. So konnte gezeigt werden, dass Raucherinnen mit einem geringen Verbrauch von Zigaretten pro Tag (1 – 4 Zigaretten) gegenüber Nichtraucherinnen ein zweifach erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko aufweisen, eine Korrelation, die so für Männer nicht zutrifft.

Speziell für die **Situation in Nordrhein-Westfalen** im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland kann gezeigt werden, dass die Morbidität und Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen in NRW überdurchschnittlich hoch ist. Dies ist auch deswegen besonders auffällig, weil Nordrhein-Westfalen eine besonders intensive flächendeckende Versorgung mit kardiologischen Schwerpunkt-einrichtungen und Herzzentren aufweist. Nordrhein-Westfalen ist in dieser Hinsicht eher „über-versorgt“. Es ist zu vermuten, dass dies aus einer in Nordrhein-Westfalen, speziell in der Ruhrgebietsbevölkerung, im Vergleich zum Durchschnitt erhöhten Akkumulation von Risikofaktoren und Risikokonstellationen resultiert. Es ist gut belegt, dass die Verteilung der Risikofaktoren eine ausgesprochene Schichten-spezifische Korrelation aufweist.

Die **Sterblichkeit von Frauen bei akutem Herzinfarkt ist erhöht**. Die Ursachen hierfür liegen einerseits im deutlich **höheren Erkrankungsalter** der Frauen, darüber hinaus scheint die ungünstigere Überlebensprognose gerade in der Prähospitalphase auch im Zusammenhang mit der **Lebens- und Versorgungssituation** der Frauen zu stehen. Die Daten des Augsburger Herzinfarkt-Registers zeigen, dass 39% der plötzlich verstorbenen Frauen und 33% der Krankenhauspatientinnen mit Infarkt verwitwet sind gegenüber 8% bzw. 4% in den entsprechenden Kollektiven der Männer. Dieser Aspekt spielt in dem praktischen Ablauf der Ereignisse eine große Rolle: so ist gesichert, dass die **Entscheidung, ärztliche Hilfe zu holen zumeist vom anwesenden Ehepartner bzw. anderen Anwesenden getroffen** wird. Ob darüber hinaus auch die seltenere Anwendung von lebensrettenden **Behandlungsmaßnahmen** wie Herzkatheter-Intervention bei akutem Infarkt und Anwendung der Gerinnselauflösenden Behandlung heute noch eine Rolle spielt, ist unklar. In der Vergangenheit konnte belegt werden, dass diese Behandlungen bei Frauen signifikant seltener als bei Männern eingesetzt werden.

Als zukünftige **Behandlungsfelder** ergeben sich, **speziell auch in NRW**, eine verstärkte Förderung Frauen-relevanter Forschungsfragen auf dem Gebiet der Herz-Kreislauferkrankungen, verstärkt langfristig angelegte nachhaltige

Präventionsprogramme, Optimierung der bestehenden Präventionsprogramme durch Einfügen Gender-spezifischer Aspekte, darüber hinaus speziell für NRW die Einrichtung eines Herzinfarkt-Registers.

Prof. Dr. med. Hartmut Gülker

#### Kontakt:

Prof. Dr. med. Hartmut Gülker  
Direktor der Medizinischen Klinik 3 – Herzzentrum  
Wuppertal im HELIOS Klinikum  
hguelker@wuppertal.helios-kliniken.de  
Literatur beim Autor

### ■ Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation

In Deutschland werden jährlich etwa 300.000 Frauen und 550.000 Männer wegen einer koronaren Herzkrankheit (ICD10: I21-I25) stationär behandelt (1). Hunderttausende benötigen Bypass-Operationen und Aufweitungen verengter Koronargefäße.

Die Tatsache, dass Männer unter 65 Jahren etwa 3-4mal häufiger als gleichaltrige Frauen einen Herzinfarkt erleiden, hat lange dazu geführt, dass Herz-Kreislaufkrankheiten insgesamt bei Frauen erheblich unterschätzt und kaum erforscht wurden. **Dank internationaler epidemiologischer Studien ist mittlerweile bekannt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede fast in jedem Stadium der koronaren Herzkrankheit existieren (2-6).** Die Differenzen beginnen mit dem nach Geschlecht unterschiedlich starken Einfluss der klassischen koronaren **Risikofaktoren** (z.B. von Lipiden, Diabetes und Zigarettenrauchen) auf die Entwicklung einer Herzkrankheit, setzen sich fort mit der unterschiedlichen **Symptomatik** im akuten Krankheitsfall und mit unterschiedlichen **Überlebenschancen** nach einem Herzinfarkt. Allerdings variieren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Überlebensraten international und regional sehr stark (2).

In den USA haben die frauenspezifischen Besonderheiten bei der koronaren Herzkrankheit bereits zur Entwicklung eigener **Behandlungsleitlinien für Frauen** geführt (Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women), die vom Expert Panel der American Heart Association publiziert wurden (7). In diesen Guidelines wird allerdings nicht mehr nach Primär- und Sekundärprävention unterschieden, da die koronare Herzkrankheit als Kontinuum angesehen wird und für jedes Risiko-Stadium spezifische Interventionsempfehlungen gegeben werden.

Weniger gut erforscht als in der Epidemiologie wurden bisher die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der **kardiologischen Rehabilitation**. Die kardiologische Rehabilitation soll Patientinnen und Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung erleichtern, ihr Risikofaktorenprofil und ihre gesundheitliche Lebensqualität verbessern und die Rückkehr in Beruf und Alltag unterstützen. Obwohl anzunehmen ist, dass die in epidemiologischen Studien gefundenen frauenspezifischen Besonderheiten im Falle der koronaren Herzkrankheit auch einen Einfluss haben auf den Verlauf der Rehabilitation, gibt es – zumindest in Deutschland – nur wenige Studien, die diese Frage systematisch untersucht haben.

Im Rahmen der vom Bundesforschungsministerium und der deutschen Rentenversicherung (VDR) geförderten Rehaforschungsverbände befassten sich die Studien von Grande et al. (8) und Mittag (9) zentral mit der Frage einer etwaigen Benachteiligung von Frauen bei der Inanspruchnahme kardiologischer Rehamassnahmen, während die Studie von Härtel et al. (10) die geschlechtsspezifischen

Unterschiede im gesundheitlichen und psychosozialen Erfolg von Reha-Massnahmen nach erstem Herzinfarkt untersucht. Da Grande und Mittag keine Benachteiligungen von Frauen hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme der Rehabilitation gefunden haben, folgern sie, dass das Geschlecht kein versorgungsrelevantes Merkmal sei, merken aber an, dass Frauen mit Herzinfarkt depressiver und ängstlicher sind als Männer und andere Rehabilitationsbedürfnisse haben.

Im Kontrast zu den Studien von Grande und Mittag kommen wir aufgrund der **Ergebnisse der Höhenrieder Studie** (Härtel et al.) mit 300 Männern und 200 Frauen zu dem Schluss, dass, schon wegen der unterschiedlichen gesundheitlichen Ausgangslage und der unterschiedlichen Reha-Bedürfnisse von Männern und Frauen nach erstem Infarkt, die therapeutischen Massnahmen geschlechtsspezifisch optimiert werden müssen. Verglichen mit Männern gleichen Alters zeigte sich in dieser Studie, dass Frauen zu Beginn der stationären Rehabilitation physisch wesentlich stärker beeinträchtigt waren als Männer. Dies bezog sich sowohl auf die Schwere der koronaren Herzkrankheit, die ergometrische Belastbarkeit, die Anzahl zusätzlicher Erkrankungen – wie etwa Schilddrüsenerkrankungen oder Osteoporose – die selbst eingeschätzte gesundheitliche Lebensqualität und die klassischen Risikofaktoren Hypertonie, erhöhte Cholesterinwerte und Übergewicht. Auch die Angst- und Depressionssymptome waren zu Beginn der Reha bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern. Während der stationären Rehabilitation konnten bei Männern und Frauen die klassischen Risikofaktoren günstig beeinflusst werden, obwohl Frauen am Ende noch immer häufiger Hypertonie, erhöhtes Gesamtcholesterin und höhere Angst- und Depressionswerte aufwiesen als Männer. Außerdem fanden sich zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit mit den verschiedenen therapeutischen Massnahmen und den subjektiven Gründen, warum längerfristige ambulante Reha-Massnahmen nicht in Anspruch genommen werden. Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme an Herzgruppen im Jahr nach dem Infarkt waren für Frauen (laut Selbstangabe) „weite Entfernung“ oder „mangelnde Fahrgelegenheit“ (55%) und die zu stark empfundene gesundheitliche Belastung (43%). Die Hauptgründe der Männer waren „kein Interesse“ (46%) oder „hat keinen Spaß gemacht“ (27%).

In der **Klinik Höhenried** wurden mittlerweile aus den Erkenntnissen der eigenen und internationaler Studien **Konsequenzen für die Praxis** gezogen und ein Therapieprogramm entwickelt, das stärker als früher die speziellen Anliegen von Frauen in der Rehabilitation berücksichtigt. Die Basis dieses Programms bilden **separate Gruppen für Frauen** während der stationären Rehabilitation in der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung und in der Ernährungstherapie. Die bewegungstherapeutischen Gruppen gehen besonders auf frauenspezifische Mehrfacherkrankungen ein, schulen Körperwahrnehmung und Selbstbewusstsein und geben spezielle Anleitungen für die Umsetzung ins Alltagsleben der Patientinnen. Die psychologischen Gruppen berücksichtigen stärker die frauentypischen psychosozialen und familiären Belastungen, Ängste und Depressionen. Es werden spezifische Entspannungstechniken erlernt sowie Strategien zur Stressbewältigung und zum Erkennen der eigenen Stärken. Die Frauengruppen in der Ernährungstherapie (einschließlich spezieller Schulungen für Diabetikerinnen) behandeln die besonderen Ernährungsprobleme von Frauen, Essverhalten unter Stress und geben Praxis-Tipps für die Umsetzung in Familie und Beruf.

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

PD Dr. Ursula Härtel, MPH

**Kontakt:**

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

**Literatur:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ankündigung:**

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

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

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

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

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

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

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

**Wie läuft so eine Herzsportstunde ab?**

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

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

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

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

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

**Gehen Frauen auch in gemischte Gruppen?**

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

**Gibt es reine Männergruppen?**

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

**Halten Sie frauenspezifische Gruppen für sinnvoll?**

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

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

**Ansprechpartnerin** im Essener Sportbund:  
Ursula Fiscoeder  
Ursula.fiscoeder@essener-sportbund.de

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

GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG  
IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FRAUEN UND GESUNDHEIT

■ **Stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen**

**Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen**

Im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht in NRW hat sich eine Arbeitsgruppe aus Einrichtungsleiter/-innen, Leistungsträger/-innen und Vertreter/-innen von Verbänden in Federführung der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna, in einem mehrjährigen Prozess mit der Situation von drogenabhängigen Frauen in der stationären medizinischen Rehabilitation beschäftigt und Empfehlungen für die Praxis in NRW entwickelt. Diese Empfehlungen wurden nun als Broschüre veröffentlicht.

Sie beinhalten eine Analyse des Bedarfs frauenbezogener Handlungsansätze und beschreiben ausgehend von einem Leitziel strategische und operative Ziele, die Einrichtungen aufgreifen oder im Rahmen ihres jeweiligen Einrichtungsprofils selbst entwickeln können.

Das Vorgehen der Arbeitsgruppe hat Berührungs- und Anknüpfungspunkte mit verschiedenen Formen von Controlling und Qualitätssicherung und bearbeitet einen Teilaspekt im Sinne der Strategie des Gender Mainstreaming, der um die Zielgruppe der Männer und um die Bereiche „Organisation“ und „Mitarbeiter/-innen“ ergänzt werden könnte.

Vor allem aber bietet es eine methodische Herangehensweise und inhaltliche Ausführungen an, die zu konzeptionellen Diskussionen und Weiterentwicklungen bei Einrichtungen, Leistungsträgern und Beratungsstellen anregen. Die Empfehlungen stehen als Download zur Verfügung. [www.belladonna-essen.de](http://www.belladonna-essen.de) > Publikationen

*Ute Breuker-Gerbig*

**Broschüre:** Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (Hg.) (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene Stationäre medizinische Rehabilitation mit drogen-abhängigen Frauen. Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen

**Kontakt:**

Ute Breuker-Gerbig, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna, Essen, [belladonnaessen@aol.com](mailto:belladonnaessen@aol.com)

■ **Teenager-Schwangerschaften vermeiden**

**Medienpaket für Beratungskräfte zur Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen**

Obwohl im internationalen Vergleich die Zahl der Teenager-Schwangerschaften in Deutschland auf einem niedrigen Niveau liegt, ist hier seit Jahren ein gleichmäßiger Anstieg zu verzeichnen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sieht es als ihre Aufgabe an, hier ihre Präventionsarbeit zu verstärken; Kinder und Jugendliche müssten frühzeitig zu Fragen der Sexualität informiert und aufgeklärt werden. Deshalb hat die BZgA ein neues Medienpaket für Beratungskräfte, Gynäkolog/-innen, Gesundheitsämter und pädagogische Fachkräfte entwickelt.

Das Medienpaket „Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen“ beinhaltet u.a. häufig gestellte Fragen zum Thema Schwangerschaften Minderjähriger, das Heft 4/04 des Forum Sexualaufklärung „Jugendliche Schwangere und Mütter“, „Jules Tagebuch“ – Broschüre für junge

Mädchen über die aufregende Zeit der Pubertät sowie die Repräsentativerhebung Jugendsexualität 2001.

[www.bzga.de/botpresse\\_268.html](http://www.bzga.de/botpresse_268.html)  
CL

Das **Medienpaket „Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen“** richtet sich an Beratungskräfte und Fachpersonal und ist kostenlos zu beziehen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 51101 Köln, Fax: 0221 - 899 22 57, [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de) (Bestell-Nr. 13 050 000)

■ **Bundesgesundheitsministerin Schmidt stellt Broschüre zur Gefahr von Schönheits-OPs vor**

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat vor einem zunehmenden Schönheitswahn gewarnt. „Schönheitsoperationen sind keine Bagatellen, sondern ernsthafte Eingriffe mit Gefahren und Risiken“, sagte sie am 21. April in Berlin. Um gegen den grassierenden Schönheitswahn vorzugehen, hat das Ministerium eine Broschüre veröffentlicht. Allein in Deutschland, heißt es in dem Heft, habe es beim Fettabsaugen bisher mindestens zwölf Todesfälle gegeben.

Plastische Chirurgie könne in bestimmten Fällen sehr sinnvoll sein, problematisch seien hingegen Schönheitsoperationen bei vollkommen gesunden Menschen. Schmidt kritisierte zudem, dass es bei Schönheitsoperationen bisher keine Qualitätssicherung gebe. Der Deutsche Ärztetag begrüßte die Initiative und beschloss am 6. Mai in Berlin die Einführung einer neuen Facharztbezeichnung. Die Bezeichnung „Facharzt/ Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ erhalten nur Ärztinnen und Ärzte, die nach der Approbation eine mindestens 6-jährige Weiterbildung absolviert und 600 Operationen selbständig durchgeführt haben. Die Begriffe „Schönheitschirurgie“ oder „Kosmetische Chirurgie“ sind dagegen keine geschützten Begriffe, jeder Arzt kann sich theoretisch so nennen.

Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) stellte am 21. April auf ihrer Jahrestagung in Dresden Qualitätsleitlinien für die Behandlung und ärztliche Weiterbildung vor. Die neuen Leitlinien etwa zum chemischen Peeling oder zur Behandlung mit Füllstoffen wie Kollagen sollen Patient/-innen helfen, fachlich versierte Experten von obskuren Anbietern zu unterscheiden.

[www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19884](http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19884)  
[www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46771](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46771)  
CL

Die **Broschüre:** Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005): „**Spieglein, Spieglein an der Wand ... Zur Diskussion um den Schönheitswahn**“ finden Sie zur Bestellung und zum Download unter: [www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p\\_24.php](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_24.php) per Telefon: 0180-515 1510, Bestellnummer: A 331

■ **UNICEF fordert mehr Bemühungen im Kampf gegen Mädchenbeschneidung**

Beschneidung ist in Deutschland zwar verboten und wird als Körperverletzung geahndet (Strafgesetzbuch § 223ff.). Doch damit sind längst nicht alle Fragen geklärt. Muss zum Beispiel ein Arzt seine Schweigepflicht brechen, wenn er davon erfährt, dass eine Patientin ihre Tochter entweder in ihrer Heimat oder heimlich in Deutschland beschneiden lassen will? Wie gehen Ärztinnen und Ärzte

mit dem Wunsch mancher Patientin nach einer Reinfibulation im Anschluss an eine Geburt um?

UNICEF, Terre des Femmes und der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) führten über die Verbandszeitschrift „Frauenarzt“ in der Ausgabe vom Januar 2005 gemeinsam eine Befragung über Erfahrungen und Bedarfe der Ärztinnen und Ärzte per Fragebogen durch und leiteten daraus für Deutschland folgende Empfehlungen ab:

- Es müssen offizielle Richtlinien für die Behandlung und Beratung von beschnittenen Frauen und Mädchen erarbeitet werden. Zielgruppe sind Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte.
- Das Thema weibliche Genitalbeschneidung sollte fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung in Deutschland werden.
- In den Praxen von Frauen- und Kinderärzten sollte mehrsprachiges Informationsmaterial zum Thema Beschneidung ausliegen.

[www.fr-aktuell.de/ressorts/nachrichten\\_und\\_politik/dokumentation/?cnt=660241](http://www.fr-aktuell.de/ressorts/nachrichten_und_politik/dokumentation/?cnt=660241)

[www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19733](http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19733)  
CL

Die Ergebnisse der Befragung wurden in der **Broschüre „Schnitte in Körper und Seele“** zusammengefasst und mit Informationen über das Thema Beschneidung weltweit ergänzt.

**Bezug:** Deutsches Komitee für Unicef e.V., Bereich Grundsatz und Information

Fon: 0221 - 93650-0, [info@unicef.de](mailto:info@unicef.de), [www.unicef.de](http://www.unicef.de)  
(23 Seiten, 2,50 Euro)

Download: [www.unicef.de](http://www.unicef.de) > Info-Material > Schwerpunktthemen: Mädchen und Frauen > I 0038

### ■ Drei Viertel des Personals in der ambulanten Versorgung sind Frauen

Rund 1,7 Millionen Beschäftigte arbeiteten im Jahr 2003 in den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens. Das entspricht 41,3 Prozent des gesamten Gesundheitspersonals.

Laut Statistischem Bundesamt waren 75,4 Prozent der Beschäftigten in den ambulanten Einrichtungen Frauen. Der Frauenanteil im Gesundheitswesen lag bei 71,7 Prozent, in der Gesamtwirtschaft betrug er 44,7 Prozent. Die Arztpraxen stellten innerhalb der ambulanten Gesundheitsversorgung mit 653000 Beschäftigten in rund 113000 Praxen die meisten Arbeitsplätze. An zweiter Stelle folgten die Zahnarztpraxen.

[www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19722](http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19722)  
CL

### ■ kfd: Positionspapier „Frauengerechte Gesundheitsversorgung“

Für die konsequente Anwendung der Prinzipien des Gender Mainstreaming im Zuge der Reform des Gesundheitswesens setzt sich die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) in ihrem Positionspapier „Frauengerechte Gesundheitsversorgung“ ein.

Außerdem geht die kfd in dem Papier auf Themen wie die Kranken- und Pflegeversicherung ein, fordert eine Aufwertung der Pflege und setzt sich beim Thema Gesundheitsvorsorge für den Erhalt und Ausbau von Frauengesundheitszentren, Selbsthilfegruppen und gesundheitsfördernden Beratungs- und Bildungsangeboten ein. Weitere Aussagen beziehen sich auf die Gesundheitsversorgung von Müttern, Migrantinnen und von Gewalt betroffenen Frauen.

MW

Das **Positionspapier** kann bezogen werden über: Katholische Frauengemeinschaft Deutschland (kfd) Bundesverband, Düsseldorf, Fon: 0211 - 449 92-0 Fax: 0211 - 449 92 78, [info@kfd.de](mailto:info@kfd.de); [www.kfd.de](http://www.kfd.de)

### ■ AKF formuliert Charta für ein frauengerechtes Gesundheitssystem

„Die Etablierung eines frauengerechten Gesundheitssystems kann nur gelingen, wenn die Lebensbedingungen von Frauen auf allen Ebenen und in alle Gesundheitsbereiche Eingang finden.“ Wie diese Zielvorgabe praktisch werden kann, dazu stellt der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V. in seiner im November 2004 verabschiedeten Charta ganz konkrete Forderungen auf. Der AKF setzt sich u.a. ein für Patientinnensouveränität und -information, für den Erhalt und Ausbau von Projekten der Frauengesundheitsbewegung, für die Verankerung von Gender Mainstreaming in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Heil- und Gesundheitsberufe, für eine geschlechterdifferenzierte Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung, für eine geschlechterparitätische Besetzung von Leitungspositionen und Gremien.

MW

Die **Charta** finden Sie zum Download unter: [www.akf-info.de](http://www.akf-info.de) > Publikationen

### ■ Die Betriebsübergabe – „Krönung des Lebenswerkes“ oder „beruflicher Neuanfang“

Das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW hat im Rahmen der Initiative „Regionen stärken Frauen“ ein Projekt zur Unternehmensnachfolge ins Leben gerufen. Dieses Projekt hat insbesondere das Ziel, mehr Frauen für die Übernahme von Klein- und Kleinstbetrieben zu sensibilisieren. In den Jahren 2005 bis 2009 stehen in NRW knapp 79.000 Unternehmen zur Übergabe an. Die GfAH mbH (Gesellschaft für Arbeitsschutz und Humanisierungsforschung Dortmund) und die B3 – Beyrow Business Beratung, Gelsenkirchen leiten das Projekt inhaltlich. Sie wollen Unternehmerinnen und Unternehmerinnen bereits vor der Übergabe unterstützen.

Start des Projektes war November 2004 mit der Gesundheitsbranche. Gerade hier finden sich eine große Anzahl von Klein- und Kleinstunternehmer/-innen, die sich zum Großteil allerdings gar nicht als Unternehmer/-innen verstehen. Dazu zählen bspw. die Ergotherapeut/-innen, Heilpraktiker/-innen, Logopäde/-innen, Physiotherapeut/-innen etc..

Übergeber/-innen als auch die Übernehmerinnen erhalten die Möglichkeiten zur Teilnahme an Coachings, Erfahrungsaustauschgruppen und „Runden Tischen“ und v.a. die Möglichkeit sich einem „Pre-Rating“, vergleichbar mit einer Stärken-/Schwächeanalyse, zu unterziehen und damit die Zukunftsfähigkeit ihres Betriebes zu sichern. Für Übernehmerinnen, die noch nicht selbstständig waren, gibt es die Möglichkeit zur Teilnahme an dem Programm „Chefin auf Probe“.

Ulrike Weber

Infos unter: [www.unternehmensnachfolge-frauen.de](http://www.unternehmensnachfolge-frauen.de)

**Kontakt:** Ulrike Weber (GfAH mbH), Fon: 0231 - 55 69 76 0, [weber@gfah-do.de](mailto:weber@gfah-do.de) und Jutta Beyrow (B3), Fon: 0209 - 155 166 7, [info@b3-beyrow.de](mailto:info@b3-beyrow.de)

## TERMINE

### 27. – 28. Juni 2005

Mehr Gesundheit für alle im sozial benachteiligten Stadtteil in NRW  
Open Space-Konferenz in Essen  
Fon: 0511-350 00 52  
info@gesundheits-nds.de

### 12. – 16. September 2005

Häusliche Gewalt – Partnerschaft im Fokus von Wissenschaft und Praxis  
Studienwoche in der Universität Hamburg  
Fon: 040- 428 38  
bettina.paul@uni-hamburg.de

### 21. – 24. September 2005

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland- Bedarfsgerechtigkeit, Innovation, Systemgestaltung  
4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
www.zukunft-gesundheitsversorgung.de

### 29. September – 02. Oktober 2005

„Oh Schmerz, lass nach!“ Gleiche Krankheit – anderer Schmerz. Geschlechtsspezifische Aspekte von Schmerzen.  
29. Wissenschaftlicher Kongress in Berlin  
Deutscher Ärztinnenbund e.V.  
Fon: 030 - 400 456 540  
www.aerztinnenbund.de

### 08. – 10. Oktober 2005

Wie wird die Seele heil?  
Bedingungen für die psychische Gesundheit von Frauen  
Therapiekongress für Frauen e.V.  
www.therapiekongress-fuer-frauen.de

### 05. – 06. November 2005

Linientreu? – Frauen-Leben und Gesundheit im Wandel  
Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF e.V.) in der Universität Leipzig  
www.akf-info.de

### 17. – 18. November 2005

Health Care and Quality – Neue Perspektiven durch Genderanalysen und Patientenorientierung  
Internationaler Kongress in Berlin  
Fon: 0421 - 218-72 69  
www.health-quality-gender.de

## NEUERSCHEINUNGEN

Anita Rieder & Brigitte Lohff (Hg.) (2004):

**gender medizin. geschlechtsspezifische aspekte für die klinische praxis.** Springer-Verlag, Wien & New York. 443 Seiten; 59 Abbildungen, gebunden, € 59,80  
Buchbesprechung der Koordinationsstelle unter: www.frauengesundheit-nrw.de > Aktuelles

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Kongressbericht „**Gewalt im Leben von Männern und Frauen – Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention.**“ Europäischer Kongress 23. September 2004 in Osnabrück. Berlin  
Download:  
www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=26370.html

Der Paritätische NRW (Hg.) (2005): **Medienkoffer Ess-Störungen.** Eine Materialsammlung zur Prävention von Ess-Störungen für die pädagogische Arbeit mit Mädchen von 10 bis 14 Jahren.  
Auszuleihen bei: Kira Giertz, Pari Sozial, Mönchengladbach Fon: 02166 – 9239-30  
kira.giertz@paritaet-nrw.org

Heike Zurhold (2005): **Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution.** Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin  
324 Seiten, € 38,00 (Bestellung über: INDROeV@t-online.de)

Landtag NRW (Hg.) (2005): **Situation und Zukunft der Pflege in NRW.** Abschlussbericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen.  
Zu bestellen bei: Gisela Lange Fon: 0211 - 884-2678, www.landtag-nrw.de > Parlament > Enquête-Kommissionen > abgeschlossene Kommissionen

World Health Organization (Hg.) (2005): **The World Health Report 2005 – Make Every Mother and Child Count.** Geneva  
Zu bestellen bei:  
World Health Organization  
1211 Geneva 27, Switzerland  
bookorders@who.int  
Download unter: www.who.int/whr/2005/en/index.html