



Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit

pro familia
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,
Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.
Landesverband Niedersachsen

LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN E.V. 

RUNDBRIEF

Netzwerk
Frauen/Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen

Nr. 20

Schwerpunkt: Reproduktion

November 2005

Editorial	4
Aktuelles	5
„Frauen leben länger? Männer leben (also) zu kurz???“.....	5
GenderKompetenzZentrum.....	7
Frauenspezifische Beratung geht online: feMail.	7
25 Jahre GfG.....	9
Irreführende Informationen zum Mammografie-Screening.....	10
WM-Jahr ohne Kampagne gegen Zwangsprostitution	11
Richtlinien für die Behandlung und Beratung von genital verstümmelten Frauen fehlen.....	12
Erste Beratungsstelle für genital verstümmelte Frauen in Österreich eröffnet	12
Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit	13
15. GFMK.....	13
78. GMK.....	14
Deutscher Ärztetag im Mai 2005 in Berlin.....	15
Konferenz der Landesfrauenräte Deutschlands (KFLR).....	15
Statt Mitgliederseite: Neues aus den Regionen	16
Die Quadratur des Kreises –oder wie sich Familie und Beruf vereinbaren lassen	16
Veranstaltungsberichte	18
Medizin und Geschlecht. Dimensionen soziomedizinischer Genderforschung	18
„Stillen und Müttergesundheit“,	20
Reihe: Ehrenamtliches Arbeiten in Gremien	22
Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss?.....	22
Bilanz 1 Jahr Teilnahme Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).....	22
Schwerpunkt: Reproduktive Gesundheit	25
Das Thema „Schwangerschaft“ im Internet - Ein neues Angebot der BZgA	25
Internet-Datenbank zu Pränataldiagnostik und unerfülltem Kinderwunsch	28
Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“	29
Gendiagnostik-Gesetz	30
Stellungnahme zum geplanten Gendiagnostik-Gesetz.....	31
Kinderwunsch und Rauchen	34
Immer mehr Kaiserschnitte in Deutschland	35
Mediothek	39
Gender Mainstreaming und Kindergarten.....	39
Gegen Mobbing und Gewalt	39
Ängste besiegen – Panik überwinden.....	40
Neuer Rundbrief zu Kita und Gesundheit	40
Mammografie Screening.....	41
Teenager-Schwangerschaften in Sachsen	41
Busenfreundinnen.....	42
Impressum.....	43
Termine im Überblick	44

Editorial

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,

das Netzwerk wird in diesem Jahr zehn Jahre alt. Wie schon im letzten Rundbrief angekündigt, wollen wir am **23.11.2005** gemeinsam mit Ihnen zum **Jubiläum** eine Fachtagung veranstalten. Mittlerweile müssten alle auch die Flyer erreicht haben. Im Rundbrief 21, der voraussichtlich im Februar 2006 erscheinen wird, wollen wir die Tagung dokumentieren.

Der von Frau Linder angebotene **Fundraising Workshop** für Netzwerkmitglieder musste leider mangels Teilnahme abgesagt werden.

Schwerpunkt dieses Rundbriefes ist das Thema reproduktive Gesundheit. Die generative Gesundheit von Frauen, im amerikanischen Sprachgebrauch reproduktive Gesundheit genannt, ist ein weltweit stark beachtetes Thema, auch weil es eine vordringliche Aufgabe ist, die Mütter- und Kindersterblichkeit in den armen Ländern zu senken. In Deutschland spielt das Thema eher eine untergeordnete Rolle, z.B. in der Gesundheitsberichterstattung, in der Frauengesundheitsforschung oder im Bereich Public Health.

In diesem Rundbrief werden einige zur Zeit aktuelle Entwicklungen vorgestellt: der Suche nach Informationen im Internet kommt die BZgA mit einem neuen Internetportal und einer Datenbank

entgegen, die Hebammen engagieren sich für mehr Gesundheitsförderung während des Geburtsprozesses. Ein entsprechendes Forschungsvorhaben wird vorgestellt.

Die Debatten pro und contra Wunschkaiserschnitt haben uns veranlasst, die verschiedenen Positionen darzustellen. Welche Position vertreten Sie, Ihre Tochter/Schwiegertochter? Wir freuen uns über Leserinnenbriefe zu dieser Kontroverse. Immer mehr junge Frauen greifen zur Zigarette. Deshalb liegt uns das Thema Kinderwunsch und Rauchen am Herzen. Im vorliegenden Heft finden Sie ausserdem eine kritische Stellungnahme zum geplanten Gendiagnostik-Gesetz.

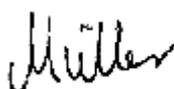
Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir freuen uns über neue Mitarbeiterinnen in der Redaktionsgruppe.

Einsendeschluss ist **Ende Januar 2006**. Wir wünschen Ihnen Zeit für die Lektüre des Rundbriefes. Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



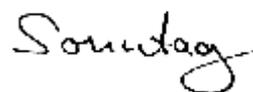
Ursula Jeß

Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller

Pro Familia LV Nds.



Ute Sonntag

Landesvereinigung f.Ges.
Nds.

Aktuelles

„Frauen leben länger? Männer leben (also) zu kurz???“

Unter diesem Titel hat das GenderKompetenzZentrum im Mai 2005 ein Fachgespräch zur unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern durchgeführt.¹ Ziel war ein differenzierter Blick auf die aktuellen sozialwissenschaftlichen Forschungsergebnisse. Es bestätigte sich die Annahme, dass es sich bei der geringeren durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern um ein gesellschaftlich, strukturell bedingtes Phänomen handelt und biologische Ursachen höchstens eine untergeordnete Rolle spielen.

Ergebnisse der demografischen Forschung

Die Ergebnisse aus der demografischen Forschung zeigen, dass die Sterbeziffern in verschiedenen Altersgruppen differenzierter betrachtet werden müssen, so Dr. Cornelia Lange:

- in der Lebenserwartung „bei Geburt“ liegen die Frauen statistisch 6 Jahre über den Männern.
- Die Differenz in der „ferneren Lebenserwartung“ mit 65 beträgt jedoch nur noch 3,5 Jahre.
- Männer in der Altersgruppe von 15 bis 20 Jahren weisen eine doppelt und von 20 bis 25 sogar eine dreifach höhere Sterbeziffer auf.

- Zum Alter hin gleichen sich die Werte an. In der Altersgruppe über 90 ist die Sterbeziffer der Frauen leicht höher.

Die wichtigsten Ursachen für die Übersterblichkeit der Männer sind äußere Ursachen (also Unfälle), Herz-Kreislauf-Krankheiten, bösartige Neubildungen (Krebs), Krankheiten des Atmungssystems (z.B. chronische Krankheiten der unteren Atemwege), Krankheiten des Verdauungssystems (z.B. alkoholische Leberkrankheit).

Auch bei den Frauen steigt die Mortalität bei einzelnen Krankheiten, z.B. bei Lungenkrebs.

Die geografische Verbreitung

Im Fachgespräch wurde auch die geografische Verbreitung der Geschlechterdifferenz von Prof. Marc Luy dargestellt. Es zeigt sich, dass fast überall Männer kürzer leben als Frauen, Ausnahme sind einige Länder hauptsächlich in Afrika und Asien, in denen eine geringere Lebenserwartung herrscht und die Kinder- und Müttersterblichkeit hoch ist.

Der historische Blick

Der historische Blick auf Deutschland zeigt folgendes: Noch Mitte des 19. Jh. war die Lebenserwartung gleich hoch. (Zuvor war sie für Frauen aufgrund der Müttersterblichkeit vermutlich niedriger; es existieren dazu keine amtlichen Daten). Um 1900 bestand eine Lebenserwartungsdifferenz von drei Jahren. Bis 1950 stieg dann die Lebenserwartung von Frauen und Männern parallel (Kriegssterbefälle tauchen in der deutschen amtlichen Statistik nicht auf!). Bis 1980 öffnete sich die Schere auf 7 Jahre, seitdem beginnt sie sich wieder leicht zu schließen auf 6 Jahre im Jahre 2000. Die dominanten Todesursachen haben sich verändert: von Infektionskrankheiten (Tbc) über Verkehrsunfälle hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen (Krebs).

Die Klosterstudie

Die Ursachen der Differenz wurden im Rahmen der sog. „Klosterstudie“ genauer

¹ Kurzbericht zum Fachgespräch „Frauen leben länger..“ 9. Mai 2005 Humboldt-Universität zu Berlin, TN: Prof. Dr. Susanne Baer, Leiterin des GenderKompetenzZentrums, Jochen Gepert, GenderKompetenzZentrum, Dr. Cornelia Lange, Bevölkerungswissenschaftlerin am Robert-Koch-Institut, Prof. Dr. Marc Luy, Bevölkerungswissenschaftler an der Universität Rostock, Dr. Paola Di Giulio, Bevölkerungswissenschaftlerin am Max Planck Institut in Rostock und Sebastian Schädler aus der geschlechterbewussten Bildungsarbeit von Pat-Ex.e.V. und Kunstpädagogin an der Universität Bremen.

erforscht. Prof. Dr. Marc Luy verglich die Lebenserwartung von Mönchen und Nonnen aus 11 bayerischen Klöstern mit nahezu identisch geregelter Tagesablauf miteinander und mit der Allgemeinbevölkerung. Sollten biologische Ursachen zugrunde liegen, dürfte dies keinen Unterschied zwischen Kloster und Allgemeinbevölkerung ergeben, so die These. Sollten das Verhalten und die Umwelt, also beeinflussbare Faktoren, ursächlich sein, so sollten Nonnen und Mönche eine ähnliche Lebenserwartung haben. Die sog. Klosterstudie über die Mortalität in bayerischen Frauen- und Männerklöstern im Zeitraum 1910 bis 1985 wurde bereits 1998 mit dem ersten Preis im Nachwuchswissenschaftlerwettbewerb der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung und der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft ausgezeichnet.

Ergebnisse der Klosterstudie

Zum Teil traten überraschende Ergebnisse zutage. Die Lebenserwartung von Frauen und Männern mit gleichen Verhaltensweisen und Lebensbedingungen hat sich im Verlaufe des 20. Jh. vollkommen identisch entwickelt. Sämtliche in der Literatur diskutierten geschlechtsspezifischen Mortalitätsunterschiede, die nicht vom Menschen selbst beeinflussbar sind, wie biologische Faktoren oder die Theorie der ungleichen Selektionen der beiden Weltkriege – können unmöglich die alleinigen Auslöser für dieses Phänomen sein. Für die Auseinanderentwicklung der Lebenserwartung von Frauen und Männern der Allgemeinbevölkerung sind ausschließlich Veränderungen in den Lebensverhältnissen der weltlichen Bevölkerung verantwortlich (z.B. größer werdende Stressbelastung der berufstätigen Bevölkerung, unterschiedliche die Gesundheit beeinflussende Verhaltensweisen und Lebensstile von Männern und Frauen wie der erhöhte Zigaretten- und Alkoholkonsum der Männer). Nonnen und Frauen der Allgemeinbevölkerung leben annähernd gleich lang, dicht gefolgt von den Mönchen. Die Gruppe, die deutlich nach unten ausschert, sind die Männer der Allgemeinbevölkerung. Die Ursache für die Differenz muss im Verhalten und der Umwelt dieser Gruppe liegen.

Einflussfaktoren

Der Einfluss von Gesundheitsverhalten, Lebensstilen und Lebensarrangements auf die Lebenserwartungsdifferenz war ebenfalls Gegenstand des Fachgesprächs. Anhand von 20 Items z.B. über Rauchgewohnheiten, Body-Maß-Index, Gesundheits- und Arbeitsverhalten untersuchte Dr. Paola Di Giulio vier Lebensstilgruppen. Die unterschiedlichen Verhaltensweisen und Lebensstile bestätigten ein sehr unterschiedliches Mortalitätsrisiko. Auch die Lebensarrangements wurden hinterfragt. Wie wirkt sich ein Leben in einem Paar, allein oder in anderen Arrangements (mit weiteren Haushaltsmitgliedern z.B. Kindern) auf die Lebenserwartung aus? Es zeigte sich, dass in der Gruppe der anderen Arrangements sowohl die Lebenserwartung am höchsten, als auch die Geschlechterdifferenz am geringsten war.

Kulturwissenschaftliche Betrachtung

Eine kulturwissenschaftliche Betrachtung von Sebastian Schädler warf schließlich noch einen ganz anderen Blick auf die Rolle des „frühen Todes“ als Teil bzw. „Erfüllung der Konstruktion“ männlicher Identität. Eine Aufklärung über die Verkürzung der Lebenserwartung durch ein bestimmtes Verhältnis zum eigenen Körper würde männliches Verhalten kaum verändern. Es sei nicht so, dass die männliche Rolle die Gesundheit gefährde, eher anders herum: die gefährdete Gesundheit stabilisiere die männliche Rolle. Deshalb sei es aussichtslos, bei gesünderem Verhalten nicht nur ein möglicherweise längeres Leben, sondern auch mehr Männlichkeit zu versprechen. (uj)

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Die Klosterstudie ist veröffentlicht unter www.demographie-online.de down/dgd0302

Ende des Jahres wird das GenderKompetenzZentrum einen Sammelband zu diesem Fachgespräch veröffentlichen.



GenderKompetenzZentrum

Im Oktober 2003 ist in Berlin das GenderKompetenzZentrum unter der Leitung von Prof. Dr. Susanne Baer an der Humboldt-Universität zu Berlin eröffnet worden. Seine Gründung geht zurück auf den Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Die Koalitionspartner hatten seinerzeit vereinbart: „Wir werden ein GenderKompetenzZentrum aufbauen, das die Einführung von Gender Mainstreaming (GM) in alle Politikbereiche unterstützt, Forschung initiiert, Wissen bündelt und Expertinnen und Experten ausbilden wird.“ Das GenderKompetenzZentrum versteht sich als anwendungsorientierte Forschungseinrichtung im Zentrum für transdisziplinäre Ge-

schlechterstudien (ZtG) an der Humboldt-Universität zu Berlin. Es bietet Informationen zur Strategie des GM in etlichen Sachgebieten z.B. von der Arbeitsmarkt - bis zur Umweltpolitik, von der Familien - bis zur Wirtschaftspolitik und zu unterschiedlichen Handlungsfeldern von der Personalentwicklung über Öffentlichkeitsarbeit bis hin zur Thematik Zuwendungen. Das GenderKompetenz Zentrum arbeitet mit Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Verbänden, Wissenschaft und Beratenden zusammen. (uj)

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Weitere Informationen und aktueller Veranstaltungskalender (bundesweit) unter www.genderkompetenz.info.



Frauenspezifische Beratung geht online: feMail.

Ilse Hilliger

Die Telefonseelsorge tut's. pro familia tut's. Und andere auch: Internetberatung ist längst viel mehr als eine Modewelle in einer eingefleischten Web-Gemeinde. Wie bei vielen Fachleuten gab es auch bei uns anfänglich Vorbehalte – der persönliche Kontakt!! – doch haben wir, die therapeutische Frauenberatung e.V. in Göttingen, uns letztlich von den ratsuchenden Frauen und jugendlichen Mädchen überzeugen lassen. Die haben nämlich einfach angefangen, ihre Probleme per Mail zu schicken. Und wir haben festgestellt, dass frauenspezifische Online-Beratungsangebote fehlen, die bewusst die Lebenssituation, die spezifischen Risiken und Ressourcen von Frauen einbeziehen.

Möglicherweise haben Sie im vorletzten Rundbrief den Artikel über www.EssFrust.de gelesen. Anonymität, so zeigte sich auch da, ist ein, wenn nicht sogar der entscheidende Faktor, der Online-Beratung attraktiv macht. Diese Anonymität ist weitreichender, als seinen Namen nicht nennen zu müssen, wenn man in unsere Beratungsstelle geht. Frauen etwa, die

Gewalt erlebt haben, bietet diese Anonymität Schutz. Scham und Schuldgefühle oder Angst vor möglichen Konsequenzen hindern sie sehr oft, das Problem im persönlichen Gespräch offen zu legen und sich Hilfe zu holen. Für Frauen, die aus anderen Gründen ein erhöhtes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis haben, kann es ansprechend sein, das Maß an Nähe und Informationen viel genauer dosieren zu können als face to face: Kein nonverbales Signal sendet auf einem zweiten Kanal. Die medienbedingte Distanz ist so der ermöglichende Rahmen für eine Beziehung, die sonst u.U. niemals gesucht würde.

Dass dieser Rahmen gleichzeitig die Freiheit gibt, in Rollen zu schlüpfen und Standpunkte auszuprobieren, birgt für die Beratenden natürlich die Gefahr der "Unechtheit". Für Ratsuchende aber kann das sehr wohl Teil einer positiven Problemlösungsstrategie sein. Bei vielen jugendlichen Mädchen und jungen Frauen genießt das weltweite Netz nicht zuletzt eine größere Akzeptanz als der alte Beratungssessel.

Neben den eher inneren Hemmschwellen gibt es natürlich noch äußere, die Frauen hindern können, in problematischen Situationen eine Beratungsstelle aufzusuchen

und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen: Mobilitätsprobleme im ländlichen Raum, fehlende Kinderbetreuung, Krankheit, körperliche Handicaps, Stress.

Mit anderen Worten: Online-Beratung ist niedrigschwellig in dem Sinne, dass sie Frauen und jugendliche Mädchen erreicht, für die warum auch immer ein Besuch in der Beratungsstelle – noch - nicht in Frage kommt.

Noch nicht – Einigkeit dürfte darüber bestehen, dass eine der besten Funktionen von E-Mail-Beratung wäre, den Weg in eine persönliche Beratung oder in eine Therapie zu bahnen. Das dazu nötige Vertrauen aufzubauen, ist für uns eines der zentralen Beratungsziele - zum Beispiel indem wir Frauen zu vermitteln versuchen, dass ihre Reaktionen und Probleme vollkommen normale Reaktionen auf bestimmte Lebensumstände und kein Zeichen von Verrücktheit sind. Diese Erkenntnis hoffen wir außerdem durch gezielte Informationen (Texte, Linksammlung) auf der Homepage zu fördern. Auszuschließen ist natürlich nicht, dass kleinere Probleme durch den lösungsorientierten Ansatz auch abschließend im Netz bearbeitet werden können. Auf keinen Fall aber sind Therapie und Heilbehandlungen online möglich.

Unabhängig davon bietet Beratung via Internet durchaus spannende neue Möglichkeiten. Sie nutzt z.B. die strukturierenden Effekte des Niederschreibens, die wir ja aus dem Tagebuch kennen: So kann die Verschriftlichung bereits Klärung und vertiefte Problemeinsicht fördern und damit Selbsthilfepotenziale aktivieren. Außerdem ist der Beratungsprozess elektronisch gespeichert; er kann ausgedruckt und beliebig oft nachlesen werden. Ein Vorteil, auf den wir in der persönlichen Beratung manchmal gerne zurückgreifen würden, um z.B. Veränderungen zu verdeutlichen.

Um psychologische Hilfe im Internet anbieten zu können, reicht das normale E-Mail-Programm absolut nicht aus. Und es bedarf spezifischer Beratungskompetenzen, um online hilfreich agieren zu können: Wir haben dort ja nur das geschriebene Wort, keine Gestik, keine

Mimik lässt Rückschlüsse auf die Verfassung der Ratsuchenden zu, kein Äußeres verrät uns etwas über Alter, Status, auch nicht über das Geschlecht. Ebenso wenig können wir unsere Haltung als Beraterin wie gewohnt in Tonfall, Blick und Geste verdeutlichen; in zeitgleicher Kommunikation vertraute Reaktionsweisen laufen online ins Leere. Alles muss im Netz zu textbasierter Kommunikation werden. Nicht zuletzt sind zusätzliche personelle Ressourcen nötig, um ein zuverlässiges Antwortmanagement garantieren zu können.

All das kostet Geld. Ohne die Förderung des Deutschen Hilfswerkes hätten wir die Idee nicht realisieren können. Im ersten Projektjahr kümmerten wir uns um die technischen Voraussetzungen für eine webbasierte Online-Beratung, gestalteten unsere Homepage vollständig um und bildeten uns fort. Im jetzigen zweiten Jahr ist feMail online: Ab Juli 2005 finden Frauen und jugendliche Mädchen unsere psychologische Hilfe auch im Internet. Die Förderung des Hilfswerkes endet Mitte 2006.

Datensicherheit ist extrem wichtig bei psychosozialer Hilfe im Netz. Wir nutzen die Software von beranet.de, einem erfahrenen Berliner Anbieter, die einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet. Das heißt konkret: Alle Daten werden über einen besonderen Zugang gelesen und beantwortet, der durch ein Passwort geschützt ist. Über den Zugang verfügen nur Ratsuchende und Beraterin. Übermittelt werden die Daten, die auf einem externen Server liegen, ausschließlich verschlüsselt (sog. SSL-Modus). Schweigepflicht ist selbstverständlich.

Und wie funktioniert's nun? Frauen klicken auf unserer Homepage auf Online-Beratung, finden dort einen roten Button BERANET und gelangen darüber zur Beratungsplattform von beranet.de. Sie geben sich einen Nickname, fügen ein selbst gewähltes Passwort ein, wählen eine Beraterin aus und schreiben los. Wir beantworten Erstanfragen in der Woche binnen max. 48 Stunden. In regelmäßigen Abständen bieten wir offene oder themenbezogene moderierte Echtzeit-Chats an.

Noch liegen nicht genug Erfahrungen vor, um Tendenzen zu erkennen etwa hinsichtlich Themen, Kontaktfrequenz und -dauer, Ergebnisse. Wir werden später gerne berichten.

Vielleicht haben Sie Lust bekommen, unsere Seite zu besuchen. Darüber würden wir uns sehr freuen. Rückmeldungen, Anregungen, Meinungen sind herzlich willkommen.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Ilse Hilliger und Bettina Schneider, Therapeutische Frauenberatung e.V., Groner Straße 32/33, 37083 Göttingen, Tel: (0551) 4 56 15, E-Mail: therapeutische-frauenberatung@w4w.de, Internet: www.therapeutische-frauenberatung.de



25 Jahre GfG

Die GfG, Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e. V. konnte im September 2005 ihr 25-jähriges Jubiläum feiern. Die Jubiläumstagung stand unter dem Titel „Klimawechsel“. Die GfG hat damit in Erinnerung gerufen, dass sie mit vielen engagierten Frauen (und einigen Männern) vor 25 Jahren einen Klimawechsel in Deutschland erreicht hat: zum einen mit einer neuen umfassenden Vorbereitung werdender Eltern auf Geburt und Elternschaft, mit dem damals neuen Titel „Geburtsvorbereitung“, und zum anderen in der „Klimaveränderung“ der Geburtskliniken. Die Geburtsabteilungen sahen sich aufgrund der Forderungen werdender Eltern, der Öffentlichkeit und der Initiativen – insbesondere der GfG – gezwungen, Rooming-In einzuführen, Väter bei der Geburt zuzulassen, Frauen das Recht auf Wahl ihrer Gebärposition, ihrer Medikation und eine weitgehende Selbstbestimmung zu gewähren. Diese Rechte, eigentlich Selbstverständlichkeiten, sind heute normal. Die Auswahl an außerklinischen Geburtsmöglichkeiten, sei es zu Hause oder im Geburtshaus, sowie der zunehmende Konkurrenzdruck unter den Geburtskliniken aufgrund zurückgehender Geburtenzahlen, haben dazu geführt, dass Frauen heute die Wahl haben und freundliche Kreißsäle überall zu finden sind. Auch die besonders wichtige Einstellung der Geburtshelferinnen und -helfer, Frauen in diesem wichtigen Moment des Lebens zu unterstützen und nicht in klinische Rahmenbedingungen zu zwingen, hat sich positiv verändert. Das Wissen um die Bedeutung dieser ersten Augenblicke des Lebens für das Neugeborene haben

zu einem sensibleren Umgang mit dem Beginn des Lebens geführt.

Doch Eltern brauchen mehr denn je Begleitung und Unterstützung: vor der Geburt und nach der Geburt. Die GfG hat über ihre ganzheitliche Geburtsvorbereitung hinaus ein Konzept für Familienbegleitung nach der Geburt mit Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, entwickelt. So werden Eltern gerade in der schwierigen Anfangszeit als noch junge Eltern bei allen Unsicherheiten von kompetenten GfG-Familienbegleiterinnen® unterstützt – und haben durch das besondere GfG-Kursangebot die Möglichkeit, sich auszutauschen und gegenseitig zu helfen.

„Frauengesundheit“ im Namen der GfG steht vor allem für den Bereich Wechseljahre. Denn auch hier setzt sich die GfG für einen normalen Umgang mit einer natürlichen Lebensphase ein. Wechseljahre sind wie Schwangerschaft und Geburt keine Krankheit, sondern spannende und bereichernde Lebensabschnitte. Die GfG bildet neben GfG-Geburtsvorbereiterinnen®, GfG-Familienbegleiterinnen® auch GfG-Kursleiterinnen für die Wechseljahre® aus, um durch Kurs- und Beratungsangebote Frauen auch bei in dieser Umbruchphase ihres Lebens zu unterstützen und zu stärken.

Klimawechsel – so hieß die Jubiläumstagung – weil die GfG auch heute einen Klimawechsel für dringend notwendig hält. Einen Klimawechsel dahingehend, dass Kinder wieder zum Leben, zur Lebensplanung dazugehören; dass die Bedingungen – und damit ist in erster Linie ein kinder- und familienfreundliches Land gemeint – so sind, dass sich Paare für ein

Kind entscheiden können, ohne sich gesellschaftlich benachteiligt zu fühlen. Die GfG trägt zu diesem Klimawechsel mit ihren Kursangeboten bei, sie hilft Frauen und Eltern, mit bedeutenden, nicht immer leichten Lebensphasen sicher und kompetent umzugehen.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit - Bundesverband e. V., Antwerpener Str. 43, 13353 Berlin, Tel. 030-45 02 69 20, E-Mail: gfg@gfg-bv.de, www.gfg-bv.de



Irreführende Informationen zum Mammografie-Sreening

In der gemeinsamen Pressemitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und des Bundesverbandes der Frauengesundheitszentren e.V. vom 24.10.2005 heißt es:

„Mit dem Ziel, die Brustkrebssterberate von Frauen zu senken, hat das Bundesgesundheitsministerium im Juni 2002 die bundesweite Einrichtung von Mammografie-Sreenings beschlossen, der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat bereits Ende 2003 die Richtlinie für die Umsetzung des Programms erarbeitet.

Begrüßenswert an der Einführung von Brustzentren zum Mammografie-Sreening ist, dass die lange bemängelte Qualität der bisherigen Früherkennung verbessert werden kann. Kontrollierte Fortbildungen und weiter entwickelte Technik bieten eine größere Garantie für qualitätsgesicherte Diagnoseverfahren.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der unabhängigen PatientInnenstellen BAGP und der Bundesverband der Frauengesundheitszentren BV der FGZ kritisiert allerdings die irreführenden Informationen über die Vorteile des Mammografie-Sreening.

Die Zahlen, die in Deutschland zur Werbung für das Mammografie-Sreening genutzt werden, sind nicht korrekt dargestellt. Eine verbreitete Aussage ist, dass ca. 30% aller Frauen durch Mammografie-Sreening das eigene Leben verlängern können. Das stimmt so nicht, die Zahl bezieht sich auf die Anzahl der bereits an Brustkrebs erkrankten Frauen. In der Früherkennung aller in Deutschland

lebenden Frauen profitieren beispielsweise in der Altersgruppe der 50-69 jährigen 0,3% von dem Mammografie-Sreening. Natürlich ist jedes gerettete Leben von außerordentlicher Wichtigkeit, aber ob das Mammografie-Sreening die geeignete Methode der Früherkennung ist, bleibt fraglich.

Frauen, die eine Entscheidung über die Teilnahme am Sreening-Programm treffen wollen, werden irreführend informiert. Neben den unkorrekt dargestellten Zahlen wird das Mammografie-Sreening als Vorsorgemaßnahme beschrieben. Die sprachliche Darstellung suggeriert, dass Frauen, die regelmäßig am Sreening teilnehmen, weniger an Brustkrebs erkranken. Patientinnen berichten, dass ihnen in Arztpraxen gesagt worden ist, sie seien selbst schuld, wenn sie an Krebs erkranken und nicht am Screening teilgenommen haben. Das ist falsch. Die Entstehung von Krebs lässt sich durch Früherkennung nicht verhindern. Der Verlauf einer Krebserkrankung ist nicht allein vom Diagnosezeitpunkt abhängig, sondern auch von der Beschaffenheit eines Tumors. Tatsächlich steigt durch Mammografie die Zahl von gefundenen Tumoren und seinen Vorstufen an. Ein großer Teil davon gehört allerdings in die Kategorie der langsam wachsenden Arten, die nicht unbedingt lebensbedrohend sind. Aggressive Tumore hingegen fallen häufig trotz zweijähriger Früherkennung durch das Kontrollnetz. Diese Tumorarten führen auch innerhalb des Screening-Programms tendenziell zum Tode. Dieser Umstand stellt die Sinnhaftigkeit der alleinigen regelmäßigen Mammografie im Abstand von zwei Jahren in Frage.

Darüber hinaus machen die BAGP und der BV der FGZ darauf aufmerksam, dass die Sterblichkeitsrate der an Brustkrebs erkrankten Frauen auch ohne Screening seit Mitte der 90er Jahre sinkt.

Die BAGP und der BV der FGZ fordern eine ehrliche und umfassende Aufklärung über die Effektivität des Mammografie-Screening.

Zudem erwarten sie ein Programm, dass die Therapie in den Mittelpunkt stellt. Sie fordern den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Qualität der Früherkennung im Hinblick auf ein umfassenderes Angebot für Frauen zu erweitern

sowie Maßnahmen zu ergreifen, die - anstatt gesunde Frauen mit einer potenziellen Krankheit zu konfrontieren - die Therapie für an Brustkrebs erkrankte Frauen verbessern, um die Heilungschancen zu sichern. Notwendig ist dafür die Forcierung gezielter Ursachenforschung als effektivster Schutz vor einer Neuerkrankung. Die Mittel, die für den Aufbau des Screening-Programms eingesetzt werden, fehlen infolgedessen diesen wichtigen Aufgabenfeldern.“

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Judith Storf, Sprecherin der BAGP, Tel.: 0521-136569, Rita Götze, BV der FGZ, Tel.: 0551-487025



WM-Jahr ohne Kampagne gegen Zwangsprostitution

Der Deutsche Fußballbund (DFB) will während der Fußball-WM 2006 keine Kampagne gegen Zwangsprostitution und Menschenhandel durchführen. Der Deutsche Frauenrat hatte ihn dazu aufgefordert und das WM-Organisationskomitee, den Bundestrainer, den Bundesinnenminister und die Frauenministerin gebeten, eine solche Kampagne zu unterstützen.

Der Deutsche Städtetag rechnet damit, dass zur Fußball-WM 2006 über 30.000 Zwangsprostituierte vor allem aus Osteuropa nach Deutschland eingeschleust werden. Laut DFB-Präsident Gerhard Mayer-Vorfelder wollen sich der DFB und das WM-Organisationskomitee mit dieser „leidigen Angelegenheit“ nicht befassen.

Gemeinsam mit dem Weltfußballverband FIFA habe der DFB entschieden, sich im sozialen Bereich auf Unicef und die SOS-Kinderdörfer zu konzentrieren.“ Laut seinem Sprecher Harald Stenger erhält der DFB täglich zwei Dutzend Anfragen für Kampagnen. Stenger: „da muss man eine Auswahl treffen - und das möglichst gerecht.“ Die Absage an die Dachorganisation der Frauenverbände und -organisationen heisse nicht, dass der DFB das Anliegen ablehne. Aber für den DFB sei nicht alles zu schaffen. Der Frauenrat plant jetzt Aktionen vor den Fußball-Stadien.

(Quelle: „Das Schweigen der Männer“, Frankfurter Rundschau, 29.9.2005; zitiert nach FrauenSicht, November 2005, S.20)



Richtlinien für die Behandlung und Beratung von genital verstümmelten Frauen fehlen

Frauenärztinnen und -ärzte sind in Deutschland mit genital verstümmelten Frauen konfrontiert. Dies geht aus einer Studie des Kinderhilfswerkes Unicef in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte und der Frauenrechtsorganisation Terre des Femmes hervor. Die Behandlung Betroffener wirft zahlreiche medizinische und rechtliche Fragen auf. Zwei Beispiele:

Eine Ärztin darf ihre Schweigepflicht brechen, wenn sie erfährt, dass eine Patientin ihre Tochter genital verstümmeln lassen will. In Deutschland erfüllt dies den Straftatbestand der Körperverletzung. Eine explizite Meldepflicht wie in Frankreich gibt es jedoch nicht.

Ein Arzt, der einer verstümmelten Frau nach einer Geburt die Vagina wieder bis auf eine winzige Öffnung zunäht (Reinfibulation), gilt als Mittäter bei der Aufrechterhaltung einer schweren Menschenrechtsverletzung. Verweigert er die Operation, kann dies eine unterlassene Hilfeleistung sein, weil die Patientin sozial ausgegrenzt wird. In Großbritannien ist die Reinfibulation gesetzlich verboten.

Auch in der Schweiz sind Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte mit genital verstümmelten Frauen konfrontiert. Seit

März 2005 gibt es von der Unicef, betroffenen Berufsverbänden, dem Bundesamt für Gesundheit und weiteren Organisationen formulierte Richtlinien. Wenn eine Patientin eine Reinfibulation wünscht, empfehlen sie beispielsweise, die Positionen der Frau und ihres Ehemannes in getrennten Gesprächen zu klären und beide über die Operation und deren Folgen genau aufzuklären. Ärztinnen und Ärzte müssen unbedingt versuchen, die Frau von ihrem Wunsch abzubringen. Nur in Ausnahmefällen sollen sie einen partiellen Verschluss durchführen.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Die Ergebnisse der Unicef-Studie für Deutschland sind in der Broschüre „Schnitte in Körper und Seele“ zusammengefasst. Sie ist im Internet zu finden unter www.frauenrechte.de/pdf/UNICEF-Studie.pdf

Gedruckt ist die Studie erhältlich beim Deutschen Komitee für Unicef e.V., Bereich Grundsatz und Information, Höninger Weg 104, 50969 Köln, Tel.: 0221-936500, E-Mail: info@unicef.de

Die Schweizer Richtlinien sind im Internet unter www.frauenrechte.de/pdf/RichtlinienSchweiz.pdf

Quelle: „Kulturschock in der Praxis“, Frankfurter Rundschau, 13.4.2005, zitiert nach FrauenSicht, August 2005, S.21)



Erste Beratungsstelle für genital verstümmelte Frauen in Österreich eröffnet

In Wien hat österreichweit die erste Beratungsstelle für genital verstümmelte Frauen ihre Arbeit aufgenommen. Sie berät Betroffene in ihrer Muttersprache, unterstützt sie psychologisch und betreut sie gynäkologisch. Angehörige und Mitarbeitende im Gesundheitswesen soll die Beratungsstelle über die schmerzvolle Praxis aufklären. Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich etwa 8.000 genital verstümmelte Frauen leben, die

meisten in Wien. Trägerin der Beratungsstelle „Bright Future“ ist die Afrikanische Frauenorganisation in Wien (AFO). Die Stadt Wien finanziert die Stelle.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Beratungsstelle „Bright Future“, Türkenstr. 3, Tel.: ++43-1-3192693, www.african-women.org

Quelle: „Mit Aufklärung gegen die ‚schlechte Kultur‘, Der Standard, 25.6.2005, zitiert nach FrauenSicht, August 2005, S.21

Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit

In dieser Rubrik berichten wir über Beschlüsse, die für Frauen und Gesundheit wichtig sind. Die Rubrik gibt es erst

maling in diesem Heft. Wir freuen uns über Rückmeldungen.

15. GFMK

Am 2./3. Juni 2005 trafen sich die Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder in Schwerin zur 15. Konferenz. Durch die Gründung von Frauen- und Gleichstellungsministerien Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre ist ein bis dahin nur außerparlamentarisch sichtbares Politikfeld institutionalisiert worden. Das niedersächsische Frauenministerium wurde Ende 1990 nach der Landtagswahl gegründet. Der Gedanke war u.a., dass auch die Frauen- und Gleichstellungspolitik Sitz und Stimme am Kabinetttisch der Bundesländer haben sollte. Folgerichtig wurde – ähnlich wie für fast alle anderen Politikfelder – eine sog. Fachkonferenz eingerichtet. Die erste Frauen- und Gleichstellungsministerinnenkonferenz (GFMK) fand unter Vorsitz von Waltraud Schoppe 1991 in Hannover statt.

Niemandem ist es verborgen geblieben: Dieses Politikfeld ist in den letzten Jahren „zurückentwickelt“ worden und nach und nach sind die Frauen- und Gleichstellungsministerien verschwunden. Die Aufgabenbereiche fristen jetzt ein Dasein als Frauenabteilung in anderen Ressorts oder sind ganz zerschlagen worden. Nun wird auch die Frauen- und Gleichstellungskonferenz umgewidmet.

Die 15. GFMK hat einen Beschluss gefasst, wonach die GFMK mit der Jugendministerkonferenz zusammengefasst wird. Ab 2007, so der Beschluss im Wortlaut, „findet nur noch die Konferenz Frauen, Familie, Jugend und Gleichstellung statt, die aus den Konferenzen JMK und GFMK zusammengeführt wird“. Die Zusammenlegung der JMK mit der GFMK „bringe eine massive Effizienzsteigerung.“

Weitere Beschlüsse der diesjährigen GFMK:

Eigenständige sozialversicherungsrechtliche Absicherung

Die GFMK ist der Auffassung, dass zur Förderung der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern und zur Beseitigung bestehender Nachteile eine eigenständige sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Frauen erforderlich ist. Sie fordert deshalb, bei der anstehenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung einen eigenständigen beitragspflichtigen Versicherungsschutz von erwerbsfähigen und nichterwerbstätigen Ehepartnerinnen gesetzlich zu regeln.

Tarifgestaltung in der PKV

Die GFMK hat begründete Zweifel an der Geschlechtergerechtigkeit der derzeitigen Tarifgestaltung in der privaten Krankenversicherung geäußert. Schon in der Vergangenheit hatten die Ministerinnen gefordert, dass reproduktionsbedingte Kosten der Gesundheitsversorgung in der PKV gleichermaßen beiden Geschlechtern in der Beitragskalkulation zugeschrieben wird. Die GFMK bittet die Bundesregierung, die derzeitige Tarifgestaltung in der privaten Krankenversicherung im Hinblick auf ihre Geschlechtergerechtigkeit zu überprüfen.

Soziale Sicherung von Minijobberinnen

Die GFMK hat die Bundesregierung gebeten, darauf hinzuwirken, dass die Minijobzentrale geringfügig Beschäftigte, die nicht auf die Versicherungsfreiheit verzichten, gezielter auf ihre Rechte hinzuweisen. Hintergrund ist ein Gutachten im Auftrag der Bundesknappschaft, welches ergab, dass nur 10% der im Rahmen der Studie befragten geringfügig Beschäftigten von der Möglichkeit der freiwilligen Aufstokkung von Rentenbeiträgen gebrauch ma-

chen und dass fast 20% diese Möglichkeit nicht kennen.

Mütter-Väter-Kind Kuren nach § 24 und 41 SGB V

Die GFMK bittet die Bundesregierung zu prüfen, ob und in wie weit ein Rückgang von Kurbewilligungen bei den o. g. Reha - Kuren zu Lasten der Betroffenen zu verzeichnen ist. Hintergrund ist die Behauptung und Kritik auf verschiedenen Ebenen, dass immer mehr Kuranträge abgelehnt werden und Kurbewilligungen insgesamt rückläufig sind.

78. GMK

Die 78. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) hat am 30. Juni und 1. Juli getagt.

Schönheitsoperationen

Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich besorgt über die Zunahme der Schönheitschirurgischen Eingriffe geäußert. Sie hat an alle Verantwortlichen appelliert, ein deutliches Gegengewicht zu dem insbesondere auch von den Medien geförderten Trend zur Schönheit aus zweiter Hand zu schaffen. Die Gesundheitsministerkonferenz verurteilt Medienberichte und Fernsehsendungen über Schönheitsoperationen, insbesondere wenn sie dem Voyeurismus und der Sensationslust dienen. Medien und Sendeanstalten werden aufgefordert, im Interesse des Jugendschutzes auf solche Berichte und Sendungen zu verzichten. Die GMK hält es für erforderlich, durch Informations- und Aufklärungskampagnen die Jugendlichen und deren Eltern für die Risiken der sog. Schönheitsoperationen zu sensibilisieren.

Rechte und Schutz von Mädchen und Frauen mit Behinderung

Schließlich fordert die GFMK, bei der Fortschreibung des Aktionsplanes der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen die besondere Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung zu berücksichtigen und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Intervention bei sexueller Gewalt zu entwickeln.



Kampagne zur Vermeidung des Wegfalls des Krankenversicherungsschutzes

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen, eine verstärkte Aufklärungskampagne seitens der Politik, gesetzlicher Krankenkassen, Arbeitsagenturen und Sozialämter sowie der privaten Krankenversicherungsunternehmen gefordert. Folgende Aspekte sollen dabei besonders betont werden:

- Nach einer Versicherung in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur unter bestimmten engen Voraussetzungen möglich.
- Um den Krankenversicherungsschutz nicht zu verlieren, weil die Frist zur Fortsetzung einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung versäumt wurde, müssen Veränderungen in wirtschaftlichen, finanziellen und familiären Verhältnissen der zuständigen Krankenkasse, Arbeitsagentur und Sozialamt umgehend mitgeteilt werden.
- Bei Zahlungsschwierigkeiten besteht für GKV-Versicherte nach dem SGB die Möglichkeit, bei den gesetzlichen Krankenkassen einen Antrag auf Stundung der Beiträge zu stellen.

Deutscher Ärztetag im Mai 2005 in Berlin

Auch der 108. Deutsche Ärztetag hat sich mit frauenrelevanten Themen befasst. Ein Schwerpunktthema war „Krankheit und Armut“. Die 250 Delegierten aus den Landesärztekammern forderten von der Bundesregierung, sämtliche Zuzahlungen für Wohnungslose und Heimpatienten zu streichen, Kinder und Jugendliche sollten erst ab dem 18. Lebensjahr zuzahlungspflichtig sein. Der Vorsitzende des Ausschusses Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation der Bundesärztekammer plädiert dafür, mehr Geld für die gesundheitliche Versorgung und Prävention finanziell schlechter gestellter Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen aufzubringen.

Ein Vertreter vom Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf stellte die Ergebnisse des Forschungsprogramms „soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in Europa“ vor. „Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit ist vermutlich die stärkste

einzelne Einflussgröße auf vorzeitige Erkrankungen und Sterbefälle, nicht nur in den Vereinigten Staaten, sondern weltweit“.

Dr. med. Cornelia Goesmann, stellv. Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) – auf dem 108. Deutschen Ärztetag zur neuen Vizepräsidentin der Bundesärztekammer gewählt – befasste sich in ihrem Vortrag mit der Rolle von Ärztinnen und Ärzten in der Versorgung wirtschaftlich und sozial schlechter gestellter Menschen. Sie konstatierte: „Langjährig in hausärztlichen Praxen versorgte Patientinnen und Patienten, die arbeitslos werden, unterliegen, sehr häufig einem wahrnehmbaren Prozess von Depressionen und Verwahrlosung und entziehen sich aus Scham mehr und mehr der hausärztlichen Betreuung.“ (uj)

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Einzelheiten zum 108. Deutschen Ärztetag sind nachzulesen im Niedersächsischen Ärzteblatt 6/2005 oder www.bundesaerztekammer.de



Konferenz der Landesfrauenräte Deutschlands (KFLR)

Die Landesfrauenräte Deutschlands trafen sich vom 29.4.-1.5.2005 in Rostock zur Konferenz. Folgende Resolution wurde verabschiedet.

Die Konferenz der Landesfrauenräte fordert die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes und die Europäische Kommission auf,

1. das Aktionsprogramm zur Gleichstellung von Frauen und Männern als eigenständiges Programm im Ausschuss für die Rechte der Frau und Gleichstellung zu erhalten,
2. im Entwurf des Programms PROGRESS als fünfte Säule das Gender Institut einzusetzen.

Begründung:

Die Gleichstellung von Frauen und Männern kann nicht auf Beschäftigungspolitik beschränkt werden, sondern umfasst weitergehende gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die in den Verantwortungsbereich des Ausschusses für die Rechte der Frau und Gleichstellung gehören. Die Erfahrung der Landesfrauenräte Deutschlands zeigt, dass die Unterordnung von Frauen- und Gleichstellungspolitik unter andere Politikbereiche zwangsläufig zu einem Bedeutungsverlust der Frauen- und Gleichstellungspolitik führt.



Statt Mitgliederseite: Neues aus den Regionen

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,

die Rubrik „Mitgliederseite“ heißt zukünftig „Neues aus den Regionen“. Um die Netzwerkarbeit noch mehr mit Leben zu füllen und Impulse zu geben, sollen gesundheitsförderliche Aktivitäten vor Ort hier vorgestellt werden.

Schicken Sie uns einen Bericht für diese Rubrik, wenn Sie:

- einen Frauengesundheitstag vor Ort durchgeführt haben,
- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen, z.B. auf eine Ausstellung, eine Vortragsreihe, einen Film etc.
- eine Umfrage aus dem Bereich Frauen und Gesundheit organisiert haben,
- Mitstreiterinnen suchen.



Die Quadratur des Kreises – oder wie sich Familie und Beruf vereinbaren lassen

*Frauenbüro der Stadt Oldenburg befragt
Eltern zur Vereinbarkeit von Familie und
Beruf*

Das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird von vielen Seiten diskutiert. Die Eltern selbst werden dagegen selten direkt nach ihren Erfahrungen und Wünschen gefragt. Deshalb startete das Frauenbüro der Stadt Oldenburg im Herbst 2004 eine Befragung von Müttern und Vätern. Über 300 Mütter und Väter nutzten diese Chance, um über ihre Erfahrungen mit öffentlicher Kinderbetreuung zu berichten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in ihrem Beschäftigungsbetrieb zu beurteilen und Forderungen an die Kommunalpolitik wie Arbeitgeber zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu formulieren. Die Ergebnisse liegen jetzt in einem Bericht vor.

Genau 301 Mütter und 23 Väter aus der Stadt Oldenburg und dem Umland nahmen an der Befragung teil. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte u.a. auf der Oldenburger Frauenmesse »female« sowie durch das Jugendamt und die Evangelische Familienbildungsstätte. Eine

Teilnahme über das Internet war ebenfalls möglich. Gestellt wurden 13 geschlossene und 4 offene Fragen. Auch wenn die Ergebnisse sozialwissenschaftlich gesehen nicht unbedingt repräsentativ sind, so geben sie doch ein eindrucksvolles Meinungsbild der Eltern in Oldenburg und Umgebung wider.

Veranschaulicht wird dies beispielsweise durch die Antwort eines Vaters auf die Bitte, den Satz „Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für mich..“ zu vervollständigen. Seine Antwort lautet „...wie Aldi am Mittwoch, wahrscheinlich für viele ein Überlebenskampf um die besten Angebote.“

Wie wenig selbstverständlich in Deutschland die öffentliche Betreuung von Kindern unter drei Jahren ist, wird deutlich, wenn 80 Prozent der Teilnehmerinnen keine Erfahrungen mit Krippen und 64 Prozent keine Erfahrungen mit der Tagespflege bzw. einer Tagesmutter haben. Anders sieht es mit den Kindertagesstätten aus. Bei der Frage, wie leicht ein Platz gefunden wurde, geben 43 Prozent der Oldenburgerinnen an, dass es keine Schwierigkeiten gab, 38 Prozent antworten mit »teilweise«. Die allein erziehenden

Mütter in Oldenburg schätzten im Vergleich zum Durchschnitt die Schwierigkeiten als größer ein. Denn nur 39 Prozent von ihnen hatten keine Schwierigkeiten, einen Platz zu finden.

Besonders gut beurteilen die Oldenburger Mütter die Erreichbarkeit der Einrichtungen. Gespalten ist die Meinung über die Betreuungszeiten. Nur 33 von 136 Oldenburger Müttern schätzen sie als ausreichend ein. Für etwas mehr als die Hälfte (73 von 136) waren die Betreuungszeiten nicht ausreichend. Während es also bei der Betreuung der unter 3-Jährigen um den Ausbau der Angebote geht, ist bei den Kindertagesstätten gefordert, die Angebote an den Bedarf von Eltern anzupassen.

Eltern sehen die Verantwortung für den Ausbau der öffentlichen Kinderbetreuung bei der Kommunalpolitik und sie haben viele Anregungen. 65 Prozent aller Väter und 71 Prozent aller Mütter haben in der Umfrage Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Schwerpunktmäßig sind dies: längere und flexiblere Betreuungszeiten, mehr Betreuungsangebote für Kinder unter drei Jahren und Ferienbetreuung für Schulkinder.

Mit den Betrieben haben sich die Mütter teilweise arrangiert. Denn 55 Prozent aller Mütter bejaht die Frage, ob sich in ihrem Beschäftigungsbetrieb Familie und Beruf gut vereinbaren lassen. Besonders hoch ist die Zustimmung bei den allein erziehenden Müttern mit 62 Prozent. Etwas über dem Durchschnitt liegt mit 57 Prozent auch die Zufriedenheit der Mütter mit Hochschulabschluss. Dagegen ist die Zufriedenheit der Hochschulabsolventinnen mit ihrer Arbeitszeit mit 65 Prozent besonders hoch. Der Durchschnittswert aller Mütter, die mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit zufrieden waren, liegt bei 55 Prozent.

Trotzdem ist die Arbeitszeit das Thema, das bei der offenen Frage nach Wünschen

an die Arbeitgeber deutlich im Vordergrund steht. Auch ein Teil derjenigen, die die Bedingungen im Betrieb zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf positiv beurteilen, geben hier den Wunsch nach mehr Arbeitszeitflexibilität an. Wie bedeutend die Arbeitszeitgestaltung bei der Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist, wird auch deutlich bei der Einschätzung der Hemmnisse bei der Suche nach einer Beschäftigung durch die Mütter. Alle – bis auf die Hochschulabsolventinnen – bewerten die Arbeitszeit als größtes Problem.

Für arbeitsuchende Mütter stellen also die Arbeitszeitanforderungen der Arbeitgeber ein wesentliches Handicap bei der Stellensuche dar.

Auch wenn sich nur eine geringe Zahl von Vätern direkt an der Befragung beteiligt hat, wurde deutlich, dass es sehr wohl Männer gibt, die ihre Vaterrolle anders als traditionell vorgegeben leben wollen. Wenn über die betrieblichen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf diskutiert wird, sollten Männer selbstverständlich mitgedacht werden.

Als Fazit der Befragung kann festgehalten werden, dass es trotz teilweise positiver Beurteilungen nach Einschätzung Oldenburger Mütter und Väter einen großen Handlungsbedarf gibt. Wenn Politik und Wirtschaft es ernst meinen mit der Bedeutung, die den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gemessen werden, müssen die Vorschläge der Mütter und Väter zügig aufgegriffen werden.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Der vollständige Bericht ist im Internet zu finden unter www.oldenburg.de/frauen/archiv.html



Veranstaltungsberichte

Medizin und Geschlecht. Dimensionen soziomedizinischer Genderforschung

Kongressbericht von Alexandra Jahr

Mit dem Kongress „Medizin und Geschlecht“ im Dezember 2004 setzte das Essener Kolleg für Geschlechterforschung den auf den bisherigen Kongressen erfolgreich praktizierten interdisziplinären Dialog zwischen Medizin und Soziologie fort.

Internationale FachvertreterInnen aus den Bereichen „Innere Medizin“ (Schwerpunkte: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nephrologie), „Hirnforschung“ und „Prävention/Therapie“ behandelten zentrale Fragen des Verhältnisses von Medizin und Geschlecht, mit einem Fokus auf soziomedizinische Gendereffekte in der Forschung und der Versorgung von PatientInnen.

In Deutschland ist es in der medizinischen Forschung und Praxis bisher unüblich, geschlechtertypische Unterschiede bei Diagnose, Verlauf und Therapie von Krankheiten gezielt zu beachten. Dies hat nachteilige Folgen für die PatientInnen selbst, aber auch kostenintensive Folgen für das Gesundheitswesen.

Eröffnet wurde der Kongress von Prof. Dr. Doris Janshen, Direktorin des Essener Kollegs für Geschlechterforschung, mit einem Überblick zur Entstehung des Essener Kollegs und des Forschungsprojekts „Sozio-medizinische Genderforschung“ – mit dem interdisziplinären Forschungsschwerpunkt ‚Geschlecht und Herzkrankungen‘. In einem Einführungsvortrag referierte Prof. Dr. Florence Haseltine (USA) zur Entwicklung der Frauengesundheitsbewegung (von der ersten Publikation des Boston Women's Health Book Collective: ‚Our Bodies Ourselves‘, 1970, zum Report des Institute of Medicine: Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?, 2001) und dem derzeitigen ‚State of the Art‘ in der Medizin- und

Genderforschung in den USA. Aufgeworfen wurden vor allem Fragen, in wieweit eine sex/gender basierte Biologie eine medizinische Idee, ein soziales Problem, eine wissenschaftliche Disziplin, eine finanzielle Angelegenheit oder eine politische Überlegung ist.

In weiteren Vorträgen ging es um den Einfluss der Variable Geschlecht auf die Inzidenz, Prävalenz, Verlauf und Therapie bestimmter Krankheiten. Geschlechterspezifische Unterschiede ergeben sich z.B. im Hinblick auf unterschiedliche Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen (bei Frauen besteht bis zur Menopause ein gewisser ‚hormoneller Schutz‘, der sich aber mittlerweile durch einen Anstieg des Nikotinkonsums bei Frauen deutlich reduziert), unterschiedliche Symptomanifestationen von Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen und Männern oder im Hinblick auf die Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt. U.a. aufgrund später einsetzender Diagnostik und (häufig auch weniger radikaler) Therapie bei Frauen ist die Letalität nach einem Infarkt bei Frauen höher – bei einer höheren Herzinfarktinzidenz bei Männern. Mögliche Ursache hierfür ist eine fast ausschließlich an Männern erfolgte Forschung bezüglich der Symptomatik, des Verlaufs und der Therapiestrategien bei Herzinfarkten. Auch die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Organtransplantationen ist abhängig vom Geschlecht des Spenders/Empfängers, wobei hier auch das Transplantationsorgan eine wichtige Rolle spielt.

Geschlechterspezifische Unterschiede finden sich auch in gesundheitsbezogenen präventiven und Risikofaktoren. Ursachen lassen sich hier eher im Verhalten und in sozialen Faktoren ausmachen, biologischen Faktoren kommt nur ein kleiner Erklärungsanteil zu. So nehmen Frauen z.B. Herzsportgruppen eher in Anspruch, wenn es ihnen gut geht, kranke Frauen lehnen diese als zu belastend ab. Eine mögliche Ursache hierfür könnte u.a. in

einer schlechteren Mobilität von Frauen liegen. Sie besitzen seltener (als Männer) ein Auto und sehen sich bei hoher Symptombelastung häufig nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Ferner leben sie im Alter häufiger als Männer allein – und können somit auf weniger soziale Unterstützung, z.B. in Bezug auf Transportmöglichkeiten, zurückgreifen. Bei Männern ist ein umgekehrtes Verhalten festzustellen: Sie nehmen Herzsportgruppen häufig erst in Anspruch, wenn sie sich krank fühlen. Mögliche Ursachen können in der sozialen Rollenerwartung liegen: ein „gesunder Mann“ kommt alleine klar und braucht keine Rehabilitation.

Bei den Ursachen der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen (81,09 Jahre) und Männern (74,64 Jahre) lassen sich ebenso eher verhaltens- und sozial bedingte Faktoren ausfindig machen: eine Studie zum Sterbealter von Ordensleuten in bayerischen Klöstern ergab, dass Mönche und Nonnen praktisch gleich alt werden, Nonnen lebten - entgegen der durchschnittlich höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern - nur 2 Jahre länger als Mönche. Für die übrigen 5 Jahre, die Frauen länger leben, muss es also andere Erklärungsansätze als geschlechtsspezifische biologische Unterschiede geben.

Einen wichtigen Einflussfaktor stellt das Geschlecht auch in Bezug auf den Arzneimittelgebrauch dar. Medikamente können bei Frauen und Männern aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Pharmakokinetik unterschiedliche Wirkungen haben. Dies ist bisher jedoch nur unzureichend erforscht, da Medikamente

in Deutschland zumeist nur an Männern getestet wurden/werden. Ferner bekommen Frauen in Deutschland zwar deutlich mehr Medikamente verschrieben (vor allem Psychopharmaka), ihnen werden im Vergleich zu Männern jedoch häufig günstigere, teilweise sogar schlechter wirkende Medikamente verschrieben. Auch in der Arzt-PatientInnen-Kommunikation ist ein Gender-Bias ersichtlich: bei Frauen werden Symptome häufig psychosomatisch gedeutet, bei Männern organisch, wobei sich Frauen und Männer auch in der Preisgabe von Informationen unterscheiden.

Um jedoch eine Reifizierung¹ medizinischer Festschreibungen ‚natürlicher/biologischer‘ Geschlechterdifferenzen zu vermeiden, ist – bei aller Wichtigkeit der Berücksichtigung der Variablen ‚sex/gender‘ im Gesundheitswesen – eine kritische Betrachtung dieser Variablen hinsichtlich ihrer sozialen Konstruktion unabdingbar.

¹ **Reifizierung:** Benennung von Differenzen hat niemals nur eine beschreibende Funktion. Mit einer Thematisierung von Differenzen zwischen den Geschlechtern wird zugleich eine konstruierte Differenz wieder aufgerufen und bestätigt.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Ein Dokumentationsband zu dem Kongress ist derzeit in Vorbereitung. Sobald das Publikationsdatum feststeht, wird dieses auf der Homepage des ‚Essener Kolleg für Geschlechterforschung‘ veröffentlicht:

<http://www.uni-duisburg-essen.de/ekfg/>

Alexandra Jahr, Dipl. Gesundheitswirtin,
E-Mail: Alexandra.Jahr@hamburg.de



„Stillen und Müttergesundheit“

Tagungsbericht zum Symposium,
Osnabrück, Februar 2005

Brigitte Borrmann

Seit etwa 10 Jahren gibt es an der Universität Osnabrück eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Studiengang Gesundheitswissenschaften, die unter der Leitung von Prof. Dr. med. Beate Schücking aus salutogenetischer Perspektive zum Thema Müttergesundheit forscht und publiziert. In regelmäßigen Abständen werden hier auch Workshops und Symposien zu aktuellen Projekten des inzwischen etablierten Forschungsschwerpunkts Maternal Health (www.maternal-health.de) durchgeführt. In diesem Jahr fand zusätzlich zu dem alljährlichen Frauengesundheitsforschungsworkshop ein Symposium zum Thema „Stillen und Müttergesundheit“ in Osnabrück statt. Im Rahmen dieses Symposiums berichteten Wissenschaftlerinnen aus den unterschiedlichsten Disziplinen über ihre fachspezifischen Zugangswege und die daraus gewonnenen, neuen Erkenntnisse zu dem bisher allgemein eher stiefmütterlich behandelten Thema: Stillen und Müttergesundheit.

Geschichte des Stillens in Europa

Zu Beginn des Symposiums gab Christine Loytved, in Lübeck forschende Medizinhistorikerin und Hebamme, einen Überblick über die Geschichte des Stillens in Europa. Ihre Darstellung diesbezüglicher Funde aus Bibliotheksarchiven machte deutlich, dass es erstens insgesamt wenig Dokumente zum Stillen gibt und dass diese zweitens nur in wenigen Ausnahmefällen das Stillen aus der Sicht der Mütter beleuchten. Meistens bringen sie in schriftlicher oder bildhafter Form den männlichen Blick des Arztes, Klerikers oder Künstlers auf das Stillen und vor allem auch die jeweiligen, kulturellen Normierungen des Stillens zum Ausdruck. Spätestens ab dem Mittelalter, wahrscheinlich schon früher, spielte auch ein sich wandelndes, brustbezogenes Schönheitsideal eine große Rolle. Viele Fragen bleiben dabei offen, z.B. die Frage danach, wie Mütter und Ammen das Weggeben eines

Säuglings kurz nach der Geburt bzw. das Stillen eines fremden Kindes erlebten.

Noch tiefer als Frau Loytved blickte im nächsten Vortrag die Anthropologin Andrea Schmelter in die Vergangenheit der Menschheitsgeschichte. Ihrer Ansicht nach ist die biologische Grundausstattung des Menschen, die sich seit etwa 40 000 Jahren kaum verändert hat, von besonderer Bedeutung für die wissenschaftliche Analyse des Stillens. Nach dem von ihr geschilderten Forschungsansatz der Evolutionären Psychologie, der sogenannten „Mismatch-Theorie“, entstehen beim Stillen (wie auch in vielen anderen Lebensbereichen) bei relativer Konstanz der biologischen Grundausstattung auf der einen Seite und einer sich rapide verändernden Umwelt auf der anderen Seite spürbare Diskrepanzen. Das ursprüngliche Muster des Stillverhaltens wie es heute noch bei nicht-menschlichen Primaten und in traditionellen Kulturen vorkommt, hat mit dazu beigetragen, über Jahrtausende das Überleben der menschlichen Nachkommenschaft zu sichern. Dieses ursprüngliche Stillmuster ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Stillbeginn am Tag der Geburt, Stillen nach Bedarf, hohe Stillfrequenz, Vorkommen nicht-nutritiver Stillepisoden, Zufüttern zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat, Tag und Nacht körperliche Nähe von Mutter und Kind (Cosleeping, Tragen), Betreuung durch Allmütter (z.B. ältere Geschwister des Säuglings), Entwöhnung nicht vor dem 2. Lebensjahr und Varianz im Abstillverhalten. In der Untersuchung von Frau Schmelter mit Langzeit- und Kurzzeit-Stillenden deutschen Frauen, zeigte sich, dass das geschilderte, ursprüngliche Stillmuster (bezogen auf die Faktoren neben der Stilldauer) insgesamt nur bei wenigen Frauen und ausschließlich bei Langzeit-Stillenden zu finden ist.

(Hinter-)Gründe zum Stillen oder Nicht-Stillen

Unter anderem um die Dauer der Stillzeit bei deutschen Müttern ging es auch in dem darauf folgenden Vortrag von Annette Seibt. Als Professorin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg (Studiengang Gesundheitswissenschaften) führt Frau Seibt regelmäßig anwendungs-

bezogene Forschungsprojekte mit ihren StudentInnen durch. Auf dem Symposium stellte sie die Ergebnisse einer aktuellen Interviewstudie zu (Hinter-)Gründen zum Stillen oder Nicht-Stillen vor, aus denen Empfehlungen für stillfreundliche Bedingungen und die Unterstützung für sozial benachteiligte Eltern entwickelt werden konnten. Von den untersuchten Müttern mit überwiegend geringer Schulbildung und geringem Haushaltseinkommen wiesen die Frauen ausländischer Herkunft im Schnitt längere Stillzeiten auf als die deutschen Frauen, was auf stärker ausgeprägte Stillprobleme in der letztgenannten Gruppe schließen lässt. Um die Versorgungslage der Zielgruppe in Zukunft zu verbessern und Stillprobleme vermeiden oder bewältigen zu können, fordert die Projektgruppe u.a. einen Ausbau der Beratung durch Hebammen, mehr Fortbildungen zum Thema Stillberatung für ÄrztInnen, Angleichung der Stillempfehlungen von Health Professionals aus verschiedenen Berufen und Nutzung von Institutionen wie Krankenkassen, Sozialämtern und Mütterzentren zur Stillförderung.

Effekte des Stillens auf die Gesundheit

Der zweite Tag des Symposiums begann mit einem Vortrag von Michael Abou Dakn (Oberarzt an der Klinik für Geburtsmedizin und Gynäkologie des Vivantes Humboldt-Klinikums in Berlin und engagierter Vertreter Stillfreundlicher Krankenhäuser) über die aktuelle Forschungslage zu den Effekten des Stillens auf die Gesundheit der Frau. Direkt nach der Geburt profitieren demnach stillende Mütter bereits durch die Wirkung des beim Stillen ausgeschütteten Hormons Oxytocin. Es fördert eine schnellere Rückbildung der Gebärmutter und sorgt damit für einen geringeren postpartalen Blutverlust und ein vermindertes Entzündungsrisiko. In den ersten Monaten mit dem Kind gelingt den stillenden Müttern darüber hinaus das Abnehmen leichter und sie leiden seltener unter depressiven Verstimmungen als Mütter, die ihre Kinder mit der Flasche ernähren. Der Referent konnte weiterhin durch zahlreiche evidenzbasierte Studien belegen, dass sich auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Tumoren der Brust, des Endometriums und der Ovarien reduziert. Dies zeigt sich für stillende Mütter aller-

dings vor allem in Kombination mit Schwangerschaften in jungen Lebensjahren und mehreren, lange gestillten Kindern.

Osnabrücker Stillstudie

Für die Praxis der verhaltens- und verhältnisbezogenen Stillförderung ist auch die Kenntnis über mögliche gesundheitliche Nachteile des Stillens für Mütter (bei derzeit gängiger Stillpraxis) von Vorteil. In der von Brigitte Borrmann vorgestellten Osnabrücker Stillstudie zu den kurz- und mittelfristigen Effekten des Stillens auf die Gesundheit von Müttern zeigte sich, dass die zu ihren Beschwerden befragten Mütter in den ersten 5-6 Monaten nach der Geburt z.T. körperlich belasteter sind, wenn sie stillen, aber im Hinblick auf ihre psychische Verfassung vom Stillen profitieren. Zwar sind sowohl stillende als auch nicht stillende Frauen in ähnlich starkem Ausmaß von extremer Müdigkeit und Erschöpfung betroffen, wunde Brustwarzen beeinträchtigen jedoch das Wohlbefinden ca. jeder dritten stillenden Mutter und mindestens eine Brustentzündung erlebt etwa jede fünfte stillende Mutter im ersten halben Jahr der Stillzeit. Offensichtlich besteht hier vielfach noch die Notwendigkeit, das Stillmanagement zu verbessern.

Gesellschaftlicher Einfluss

Den gelungenen Abschluss des Still-Symposiums bildete ein Vortrag der Ethnologin und Kulturwissenschaftlerin Margrit Kaufmann (Universität Bremen), in dem die mütterliche Gesundheit vor dem Hintergrund jeweiliger gesellschaftlicher Bedeutungen der weiblichen Brust und des Stillens beleuchtet wurde. Die Betrachtung des Stillens im Kulturvergleich zeigte eindrücklich, dass ein umfassendes Verständnis der Gesundheitsrelevanz des Stillens nur möglich ist, wenn die gesellschaftlichen Verhältnisse, die die jeweilige Stillkultur immer stark beeinflussen, auch mitberücksichtigt werden.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Brigitte Borrmann, Universität Osnabrück, FB 8 Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, E-Mail: bborrmann@uos.de, www.maternal-health.de

Reihe: Ehrenamtliches Arbeiten in Gremien

Wie sich einige vielleicht noch erinnern, riefen wir im Rundbrief 18 dazu auf, sich für die Sozialwahlen der Krankenkassen aufstellen zu lassen und ein Ehrenamt in der Selbstverwaltung anzustreben, um Fraueninteressen im Verwaltungsrat der Krankenkassen zu vertreten.

Auch auf der letzten Mitgliedsfrauenversammlung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen besprachen wir dieses Ansinnen. Es gab

die Bitte, genauer zu hören, welche Kompetenzen frau mitbringen muss, was auf sie zukäme etc. Daher entschlossen wir uns, eine Reihe zu beginnen, in der Frauen über ihr ehrenamtliches Engagement in einem Gremium berichten. Beginnen möchten wir mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, einem wichtigen Entscheidungsgremium des Gesundheitswesens.



Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Außerdem definiert er Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Grundlage für die Arbeit des G-BA ist das Sozialgesetzbuch V. Dort hat der Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Rahmen vorgegeben, den der Ausschuss mit seinen Beschlüssen ausfüllt und damit für die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben sorgt. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Die Mitglieder des G-BA sind ehrenamtlich tätig. Die Dauer einer Amtsperiode beträgt vier Jahre. Patienten-Organisationen haben Beteiligungsrecht, aber kein Stimmrecht.



Bilanz 1 Jahr Teilnahme Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Interview mit Judith Storf, Sprecherin der BAGP

Anja Link: *Seit mittlerweile einem Jahr ist eine Teilnahme in beratender Funktion gemäß §140 SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschrieben und Du hast als Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) - neben weiteren MitarbeiterInnen - diese Möglichkeit der Partizipation wahrgenommen. Vermutlich hast Du in*

dieser Zeit und in dieser Funktion Höhen und Tiefen, Erfolg und Frust erlebt – kannst Du bitte Deine Eindrücke schildern?

Judith Storf: Die Arbeit im G-BA ist sehr interessant. Sie bietet wirklich einen Blick hinter die Kulissen. Ein Blick, der bislang für PatientInnen und auch weitestgehend für PatientInnenvertreter nicht möglich war. Die Einsichtnahme in die aktuell abzustimmenden Gesundheitsthemen hat deutlich zugenommen. Die Entscheidungsabläufe werden wesentlich transparenter für die in den Spruchkörpern und in den Unterausschüssen mitarbeitenden PatientInnenvertreter. (Es gibt fünf themen

bezogene Spruchkörper, in denen die Vorschläge aus den Unterausschüssen beschlossen werden) Die Einflussnahme hat sich natürlich ebenfalls verbessert, wenn sie auch längst nicht ausreichend ist.

Gleichzeitig ist die verantwortungsvolle Arbeit im G-BA mit einem unglaublichen Arbeitsvolumen verbunden. Im ersten Jahr waren wir damit beschäftigt die nötigen Strukturen aufzubauen, geeignete PatientInnenvertreter zu motivieren, und uns in die diversen Themenbereiche einzuarbeiten. Jetzt, nach einem Jahr können wir uns ein Bild über die Abläufe, die Verfahren und das Arbeitspensum machen. Ich muss ganz ehrlich sagen: mit der jetzigen finanziellen und personellen Ausstattung, die der PatientInnenvertretung zur Verfügung steht, sind diese Aufgaben nicht zufrieden stellend zu bewältigen. Ich könnte zum jetzigen Zeitpunkt nicht mit gutem Gewissen behaupten über alle wichtigen Themen zeitnah informiert zu sein und entsprechende Einschätzungen abgeben zu können. Auch wenn ich natürlich nicht den Anspruch habe, in jedem Thema Experte zu sein, muss ich doch, wenn ich meine Aufgabe ernst nehme, auf wichtige Entscheidungsprozesse reagieren können. Ich behaupte, dass die PatientInnenvertretung in der momentanen Lage dazu nicht immer im Stande ist. Das ärgert mich sehr, hier gibt es Änderungsbedarf.

Dafür dass wir Neulinge sind, die außer den Reisekosten keinerlei finanzielle Unterstützung bekommen, haben wir uns aber meiner Meinung nach sehr gut geschlagen. Das macht mich stolz auf unsere gemeinsamen Leistungen.

A.L.: Besonders interessant ist natürlich die Frage nach den Erfolgen. Gab es Beispiele, bei denen es möglich war, einen Entscheidungsprozess im G-BA direkt mit zu beeinflussen?

J.S.: Der PatientInnenvertretung ist ein Mitberatungsrecht eingeräumt worden, ohne Stimmrecht. Das heißt unsere Möglichkeiten der Mitbestimmung sind hier ganz klar begrenzt. Im Moment sehe ich das nicht als Problem. Wir sind wie oben dargestellt in der Einarbeitungsphase.

Wenn diese abgeschlossen ist, muss über Mitbestimmung neu verhandelt werden. Reines Mitberatungsrecht schränkt die Möglichkeit der Beeinflussung ein. Trotzdem konnten wir im vergangenen Jahr Erfolge verbuchen. So haben wir uns beispielsweise dafür stark gemacht, die größten Härten in der Umsetzung der neuen Gesundheitsreform (die ohne PatientInnenvertretung entstanden ist) zu verhindern; hier sind Nachbesserungen bei der Chronikerregelung, der Fahrtkostenregelung, der Heilmittelrichtlinien zu nennen. Das heißt natürlich nicht, dass wir mit den Ergebnissen zufrieden sein können. Ich zumindest halte die Gesundheitsreform nach wie vor für unsozial und an manchen Punkten für gesundheitsgefährdend.

A.L.: Gab es seitens der Politik eine direkte Resonanz auf diese Beteiligung?

J.S.: Seitens des BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales) wird unsere Arbeit im G-BA positiv gewertet; hier findet ein Austausch statt. Auch in den Gesprächen, die wir mit den Fraktionen der Grünen, der SPD und der CDU geführt haben, ist uns deutlich signalisiert worden, dass unsere Beteiligung im G-BA wichtig ist und mit Interesse verfolgt wird.

A.L.: Über die Patientenbeteiligung im G-BA ist ein bestimmtes Bild sowohl über die Politik, als auch über die Medien in die Öffentlichkeit getragen worden. Was ist Dein Eindruck, wie hier das geschaffene Bild und Realität in Beziehung zueinander stehen?

J.S.: In meiner Beobachtung ist bislang insgesamt wenig über die PatientInnenvertretung an die Öffentlichkeit gedrungen. In den Darstellungen, die mir bekannt sind, werden nicht immer differenziert die Positionen der PatientInnenvertreter dargestellt. Es werden auch nicht immer die eingeschränkten Möglichkeiten der Beeinflussung im G-BA verdeutlicht. Natürlich bin ich verärgert, wenn ich lese, dass die PatientInnenvertreter einem Beschluss zugestimmt haben, obwohl wir uns definitiv dagegen ausgesprochen haben. Ich würde mir im Sinne der Aufklärung generell mehr Presse über die Diskussionen im G-BA

wünschen, und natürlich auch eine differenzierte Darstellung.

A.L.: Kannst Du einschätzen, mit welchem zusätzlichen Arbeitsaufwand diese Beteiligung für Dich verbunden war?

J.S.: Der Arbeitsaufwand ist abhängig von den Themen, die zur Abstimmung stehen. Ich teile mir die Arbeit in den Spruchkörpern mit meinem Kollegen Gregor Bornes und bin darüber hinaus z.Zt. in zwei Unterausschüssen aktiv. Im Durchschnitt bin ich pro Woche ca. 20 Stunden mit ehrenamtlicher Arbeit für den G-BA beschäftigt.

A.L.: Für diese Arbeit gab es – ausgenommen der Fahrtkosten – seitens der Politik keinerlei finanzielle Entschädigung. Wie wird das jetzt noch begründet, nachdem sich zeigen konnte, dass die Erfahrungen aus der Patientenberatung durchaus enorm wichtige Impulse in die Beratungsgesprächen geben? Wurde hier eine künftige finanzielle Unterstützung zugesagt?

J.S.: Wie schon erwähnt, ist dieser Arbeitsaufwand nicht mehr ehrenamtlich zu gewährleisten! Wenn wir als PatientInnenvertretung ernst genommen werden wollen und zumindest ein ungefähres Gleichgewicht der Kräfte anstreben, können wir diesen Zustand nicht aufrecht erhalten. Wir stehen daher mit den verantwortlichen Stellen in konkreten Verhandlungen über finanzielle Zuwendungen. Einerseits benötigen wir finanzielle Unterstützung für die zu leistenden organisatorischen und strukturellen Aufgaben; andererseits wollen wir auch die Qualität und Kompetenz fördern und bräuchten hier finanzielle Ressourcen für Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen. Eine Aufwandsentschädigung für jene PatientInnenvertreterInnen, die diese Aufgaben nicht in Ihrer Arbeitszeit erledigen können, sollte selbstverständlich werden.

A.L.: Bisher nehmen die Patientenorganisationen lediglich in beratender Funktion im G-BA teil und sind stimmberechtigt – würdest Du Dir mittlerweile wünschen, die Politik würde diesen Passus ändern?

J.S.: Im Moment aus bereits genannten Gründen nicht, aber mittelfristig schon. PatientInnen sind Finanziere der gesundheitlichen Versorgung und sie sind NutzerInnen mit allen Vor- und Nachteilen. Daher muss es doch selbstverständlich sein, dass sie dieses System entscheidend mitgestalten.

A.L.: Wie wird es nach den 2004 gemachten Erfahrungen mit der Patientenbeteiligung im G-BA weitergehen? Welche Konsequenzen werden gezogen, welche Forderungen müssen seitens der Patientenvertreter formuliert werden?

J.S.: Neben den finanziellen Aspekten wird im Moment auch der verbesserte Austausch unter den beteiligten PatientInnenvertretern überlegt. Zudem muss eine regelmäßige Weiterbildung organisiert werden, um PatientInnenvertreter auch noch besser auf ihre Rolle vorzubereiten.

Daneben ist die Öffentlichkeitsarbeit für meinen Geschmack nur ungenügend! Unsere Arbeit und damit auch die Möglichkeiten der Rückmeldungen und Mitbestimmung für die einzelnen BürgerInnen, Versicherte und PatientInnen muss bekannter werden.

Die Einflussnahme im G-BA selber ist noch lange nicht befriedigend. Und das Mitberatungsrecht für PatientInnenvertreterInnen auf der Landesebene wird in einigen Bundesländern deutlich boykottiert.

Vielen Dank!

(Nachdruck aus: BAGP-Rundbrief 1/2005)



Schwerpunkt: Reproduktive Gesundheit

Das Thema „Schwangerschaft“ im Internet - Ein neues Angebot der BZgA

Petra Otto, Mechthild Paul

In der Hierarchie wichtiger Informationsquellen steht für die Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen, zu denen die meisten (werdenden) Eltern zählen, das Internet bereits an dritter Stelle. Angesichts der Vielzahl von zum Teil kommerziellen Angeboten im Themenfeld „Schwangerschaft“ hat die BZgA das Portal „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ entwickelt, das aktuelle, qualitätsgesicherte Informationen bietet.

Das Internet als Informationsmedium

Das Internet hat in wenigen Jahren als Informations- und Kommunikationsplattform eine enorme Bedeutung erlangt und eine einzigartige Entwicklung und Verbreitung erlebt. Für über der Hälfte der Bevölkerung ist es von einem exklusiven Luxusartikel zu einem alltäglichen Gebrauchsgegenstand zum Abruf von Informationen geworden. Den höchsten Anteil unter den NutzerInnen verzeichnet die Gruppe der 14- bis 19-Jährigen; für sie ist es ein selbstverständliches Informationsmedium, dessen Stellenwert unstrittig ist. Perspektivisch wird sich das Internet weiter als feste Größe bei der Informationsbeschaffung etablieren und sich auch in den restlichen Bevölkerungsgruppen weiter verbreiten.

Zunehmend gewinnt es auch an Bedeutung bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen. Eine repräsentative Befragung der BZgA 2004 ergab, dass über 40% der Schwangeren Schwangerschaftsinformationen im Internet suchten und fast 90% die dort gefundenen Informationen hilfreich fanden.

Internetnutzung nach Alter und Geschlecht

Circa 55 % der Bevölkerung ab 14 Jahre benutzen mittlerweile in unterschiedlichen Ausmaßen das Internet, dabei gibt es allerdings deutliche Alters- und Geschlechtsunterschiede.

In der Altersgruppe zwischen 14 und 29 Jahren nutzten 2004 über 80% das Web, bei den 30- bis 49-Jährigen waren es immerhin noch knapp 70%, bei den über 60-Jährigen nur noch etwa 13 %. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht waren in 2004 etwa 60% der Männer online und etwas über 45 % der Frauen.

Bei den bis 29-Jährigen gab es noch keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern, hier waren rund 80% der weiblichen und männlichen Bevölkerung online. Danach gehen die Zahlen auseinander: Bei den bis 39-Jährigen nutzten noch etwa 67 % Frauen, demgegenüber aber 79% Männer das Internet. Der Frauenanteil unter den NutzerInnen nahm dann deutlich bei der Gruppe der über 40-Jährigen ab, bei den Männern erst bei den über 50-Jährigen.

Internetnutzung nach Bildung und Geschlecht

Die Zahlen zeigen, dass eine Korrelation zwischen Bildung, Geschlecht und Internetnutzung besteht. Bei der Internetnutzung gibt es zwischen Schülern und Schülerinnen noch keine Unterschiede und zwischen Akademikern und Akademikerinnen nur geringe. Je niedriger formal der Bildungsabschluss ist, desto geringer ist die Zahl der Onliner bei beiden Geschlechtern, bei den Frauen allerdings noch einmal deutlich geringer als bei den Männern.

In fast allen Berufsgruppen sind Frauen weniger online als Männer, arbeiten sie

doch häufiger in Positionen, die keinen Internetanschluss benötigen.

NutzerInnentypologien

Interessant ist, dass sich ein gravierender Strukturwandel bei den NutzerInnen vollzogen hat: Die Neugier aufs neue Medium verbunden mit Experimentierfreudigkeit und breitem Surfen im Netz hat sich deutlich abgeschwächt und einem gewohnheitsmäßigen Aufsuchen bestimmter persönlich nützlicher Websites Platz gemacht. Die größte Gruppe unter den Onlinern bilden die so genannten „RandnutzerInnen“ oder „SelektivnutzerInnen“, die einmal gefundene passende Seiten immer wieder nutzen. Damit findet sich eine stärkere Habitualisierung und Zielstrebigkeit bei der Internetnutzung als noch vor fünf Jahren. Der/die durchschnittliche NutzerIn hat ein „eng umgrenztes Koordinatensystem, in dem persönliche Fixpunkte definiert sind“ (ARD/ZDF Onlinestudie 2004). Das Nutzungsspektrum hat sich reduziert in Richtung eines von Nützlichkeitsdenken geleiteten, zielgerichteten Umgangs mit dem Web. Hauptsächlich dient das Internet dabei als Informationsbörse und Kommunikationsplattform. Hier hat die E-Mail-Kommunikation eine besondere Bedeutung erlangt.

Anspruch an die Internetnutzbarkeit

Als besonders wichtig bei der Informationssuche gilt die schnelle Verfügbarkeit und Aktualität der Informationen, Übersichtlichkeit und einfache Navigation, eine selbst bestimmbare und beliebig erweiterbare Tiefe der Information und eine gute Verlinkung. Als Störfaktoren gelten mangelnde Sachlichkeit, übermäßige Buntheit, Pop-Ups, Werbung, eine nicht eindeutige Navigation sowie kostenpflichtige Inhalte.

Das Thema „Schwangerschaft“

Da die Zielgruppe der unter Vierzigjährigen, die Altersgruppe junger Eltern, den neuen Medien gegenüber sehr aufgeschlossen ist, tauchten im Netz schnell auch speziell auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Angebote rund um die Geburt auf. Damit lagen die Anbieter richtig, denn der Gesundheits-Survey des

Robert-Koch-Instituts von 2003 zeigt, dass die Bedeutung des Internets bei der Suche nach Gesundheitsinformationen steigt. Zwar stehen Funk und Fernsehen bei der Beschaffung von Gesundheitsinformationen noch mit Abstand an erster Stelle, jedoch folgt dem Medium Buch (Rang 2) direkt das Internet als wichtigste Informationsquelle in der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen.

Bewertung bestehender Internetportale

Mittlerweile gibt es ein breites Angebot an Internetportalen rund um Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt. Überwiegend sind es Produkte kommerzieller Anbieter, die verschiedenen Sponsorengruppen verpflichtet und deshalb gebunden sind, auf ihren Seiten zum Teil aggressiv um KundInnen zu werben. Neben den eingeblendeten Produkten werden zum Beispiel oft Chats von Moderatoren geleitet, die dort neben der Vermittlung von Gesundheitsinformationen auch Produktmarketing betreiben.

Sowohl eine BZgA-Analyse (2003) als auch eine Kurzbewertung der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung von ausgewählten Schwangerschafts-Websites kommt zu dem Ergebnis, dass sich abhängig von der Interessenlage des Informationsanbieters auch das inhaltliche Angebot gestaltet.

Wichtige Qualitätskriterien wie zum Beispiel Aktualitätsangaben von medizinischen Informationen, Angaben der Quellen, die den medizinischen Informationen zu Grunde liegen, Angaben zu Sponsoren beziehungsweise zur Finanzierung der Seiten und damit verbundene explizite Erklärungen der inhaltlichen (Un-)Abhängigkeit der Informationen sowie Angaben über die AutorInnen werden zwar zunehmend, aber immer noch ungenügend berücksichtigt. Inhaltlich unabhängige und nicht kommerzielle Angebote sind selten und in der Regel auch schlechter zu finden.

Qualitätssiegel

Durch die Entwicklung und Einführung von Qualitätssiegeln wie afgis (1), HON (2), Medcertain (3) etc. wurde die Aufmerksamkeit der NutzerInnen auf das Thema

Qualitätssicherung gelenkt, die Ansprüche an Transparenz und inhaltliche Qualität der Seiten stiegen. Viele Portale verfügen mittlerweile über entsprechende Qualitätssiegel. Bestehen bleibt jedoch die Abhängigkeit von Sponsoren und Produktwerbung.

Das neue Internetportal der BZgA

Die BZgA hat die Bedürfnisse der Zielgruppen „werdende Eltern“, „Frauen und Männer mit potenziellem Kinderwunsch“, „Menschen mit Fragen zu Fruchtbarkeit und Verhütung“, „Menschen mit Beratungsbedarf im Bereich Familienplanung“ aufgegriffen und mit dem Portal „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ ein unabhängiges, nicht kommerzielles Online-Angebot zum Thema Familienplanung konzipiert.

Anspruch ist die Bereitstellung seriöser und umfassender Informationen zu den Themenbereichen Schwangerschaft, Geburt, Kinderwunsch, Übergang zur Elternschaft, Verhütung und Schwangerschaftskonflikt. Dies wird mit Hilfe verschiedener Text- und Stilelemente umgesetzt: Neben Basisinformationen zum Thema Schwangerschaft, Kinderwunsch und Verhütung gibt es Interviews und Erfahrungsberichte, Pro & Contra-Diskussionen von ExpertInnen in strittigen Fachfragen, Statistiken, Hinweise auf aktuelle Informationen und wichtige Studien. Dieser breit gefächerte Informationspool bietet bei aller Vielfalt an Informationen eine gute Orientierung und eine qualitätsgesicherte Grundlage, auf der eigene, der persönlichen Situation angemessene Entscheidungen in Fragen rund um die Familienplanung getroffen werden können.

Bei Beratungsbedarf wird es möglich sein, über das BZgA-Portal einen schnellen, direkten Zugang zu Beratungsstellen zu bekommen und telefonisch oder per E-Mail direkt Kontakt aufzunehmen. In speziellen Dialogfenstern, den so genannten „Minisites“, werden die Beratungsstellen über sich und ihre Angebote ausführlich informieren, so dass im Bedarfsfall die fachlich zuständige Beratungsstelle gezielt ausgewählt und angesprochen werden kann.

Das Angebot ist als Portal aufgebaut mit zielgruppenspezifischen Kanälen zu den Themen:

- Schwangerschaft und Geburt
- Kinder oder keine (Entscheidungshilfen zur Familienplanung)
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Verhütung und Schwangerschaftskonflikt
- Schwanger unter 18
- Beratung

Qualitätssicherung

Die BZgA legt einen besonders großen Wert auf die Qualitätssicherung der angebotenen Informationen auf der Grundlage abgesicherter wissenschaftlicher Studienergebnisse.

Bei der Menge und inhaltlichen Vielfalt der Informationen ist es für ungeübte NutzerInnen oft schwer, seriöse, das heißt wissenschaftlich gesicherte, von interessegeleiteten Informationen zu unterscheiden. Das BZgA-Portal soll ein Beitrag zu einer transparenten Informationsvermittlung sein, bei der Quellen, Links, AutorInnen und Aktualität gekennzeichnet sind. Die Gewährleistung der Gender-Mainstreaming-Prinzipien und die Umsetzung von Barrierefreiheit sind ebenfalls prioritäre Ziele. Durch diese verschiedenen Maßnahmen soll ein hoher Grad an Verlässlichkeit und Aktualität der bereitgestellten Informationen gewährleistet werden.

Das umfassende Konzept der Qualitätssicherung beinhaltet auch die Evaluation des Auftritts, um zu überprüfen, wie Texte, Ansprache und Navigation von den Zielgruppen und von Fachleuten angenommen und beurteilt werden.

Das Portal ist damit – neben der Informationsvermittlung – auch ein positives Beispiel zur Förderung der Internetkompetenz, das heißt, es will die NutzerInnen dabei unterstützen, Websites auf die Qualität der angebotenen Informationen hin besser einschätzen zu können. Geplanter Start des Internetportals „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ ist voraussichtlich November 2005.

1 afgis ist aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten und von der Bundes-

vereinigung für Gesundheit e.V. durchgeführten Projekt „Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) – Entwicklung und Erprobung von Grundlagen und Strukturen für ein qualitätsgesichertes Gesundheitsinformationssystem im Internet“ hervorgegangen. In afigis e.V. haben sich Verbände, Körperschaften, Unternehmen und Privatpersonen organisiert, die sich für die Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen einsetzen.

2 HON (Health on the Net) ist eine NGO auf europäischer Ebene, die medizinischen PraktikerInnen und Laien nützliche und qualitätsgesicherte Informationen im Themenbereich Medizin und Gesundheit im Internet zugänglich machen möchte und ethische Standards für Anbieter entwickelt.

3 Der von der Europäischen Gemeinschaft unterstützte Verband Medcertain evaluiert Gesundheitsinformationen im Netz, u.a. in

dem sowohl Fachleute als auch medizinische Laien Inhalte nach festgelegten Kriterien bewerten.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Petra Otto, E-Mail: petraotto@aol.com, Tel.: (0221) 712 79 40

Mechthild Paul, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, E-Mail: mechthild.paul@bzga.de

Quelle: BZgA (Hg.) (2005): Otto, Petra u.a.: Das Thema "Schwangerschaft" im Internet, aus: Forum 2-2005, S. 23ff, Köln



Internet-Datenbank zu Pränataldiagnostik und unerfülltem Kinderwunsch

Das Angebot der Fortpflanzungsmedizin für Paare, die sich entweder ein Kind wünschen oder die ein Kind erwarten, ist in den letzten Jahren rasant angestiegen.

Angebote der Fortpflanzungsmedizin nehmen rasant zu. Dies führt bei Paaren, die sich entweder ein Kind wünschen oder ein Kind erwarten, zu einem wachsenden Informations- und Beratungsbedarf. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat darauf bereits vor zwei Jahren mit der Datenbank www.bzga.de/pranataldiagnostik-unerfuellterkinderwunsch reagiert. Seitdem konnte die Zahl der Anbieter und der Angebote mehr als verdoppelt werden. Diese Entwicklung zeigt, dass viele Institutionen und Organisationen ihr Angebot aufgestockt haben, um der wachsenden Nachfrage von schwangeren Frauen, werdenden Eltern und Menschen, die sich ein Kind wünschen, aber auch von Fachkräften gerecht zu werden.

Die Datenbank macht das in Deutschland bereits sehr umfassende Informationsangebot zu den beiden Themen sichtbar und

verfügbar. Sie bietet Betroffenen Informationen über medizinische Therapieformen, spezifische Behinderungen und über Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie deren Anbieter. Damit ist sie ein geeignetes Angebot, um Paaren auf der Suche nach den verschiedensten Informationen praktisch, übersichtlich und schnell zu helfen. Fachleute können sehen, wer auf dem Gebiet ebenfalls Akteur ist. Die Datenbank unterstützt somit den fachlichen Diskurs und auch die Vernetzung unterschiedlicher Anbieter.

Fast jeder schwangeren Frau werden über die allgemeine Schwangerenvorsorge hinaus heute Verfahren der Pränataldiagnostik angeboten, die zu befürchtende Störungen und Fehlbindungen bei dem Ungeborenen frühzeitig diagnostizieren können. Dabei sind viele werdende Eltern bei ihrer Entscheidungsfindung für oder gegen vorgeburtliche Untersuchungen auf Informationen und Beratungsangebote angewiesen.

Das gleiche gilt auch für Paare mit einem unerfüllten Kinderwunsch. Ungefähr jede siebte Partnerschaft bleibt kinderlos, weil einer der Partner oder beide von Fruchtbarkeitsstörungen betroffen sind. Die betroffenen Menschen sind an Informationen über die Ursachen von Fruchtbarkeits-

störungen, deren Behandlung und an unabhängigen Beratungsmöglichkeiten zu diesem Themenbereich interessiert.

Die Datenbank www.bzga.de/prae natal/diagnostik-unerfuellterkinderwunsch gibt Hinweise auf Broschüren, Tagungsdokumentationen, Fortbildungsangebote, Medien und Maßnahmen. Als ein dauerhaftes Angebot nimmt sie in regelmäßigen Abständen neue Informationen auf und trägt damit zur Transparenz in diesen Themenfeldern bei.

Weitere Informationsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu den Themen Pränataldiagnostik - Unerfüllter Kinderwunsch:

- Medienpaket „Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit“, 4 Broschüren und 4 Videofilme, in deutscher und in türkischer Sprache erhältlich
- Faltblatt „Pränataldiagnostik“ - Eine Erstinformation zu Beratung, Methoden und Hilfen
- www.familienplanung.de/kinderwunsch

*Quelle: BZgA (2005): Pressemitteilung vom 31.08.2005, www.bzga.de
Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Die Materialien können unter folgender Adresse bestellt werden: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, Fax: 0221-8992257, E-Mail: order@bzga.de*



Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“

Prof. Dr. Petra Kolip

Hintergrund

Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen wird von Frauengesundheitsforscherinnen und -praktikerinnen seit vielen Jahren beklagt. Schwangerschaft und Geburt gelten in diesem Zusammenhang als besonders prominente Beispiele: 98% aller Geburten erfolgen im Krankenhaus, in der Regel unter ärztlicher Leitung. Weniger als 10% aller Klinikgeburten erfolgen ohne medizinische Interventionen. Zwar haben sich Alternativen zur Klinikgeburt entwickelt, insbesondere Hausgeburten, Geburtshäuser und Geburten in Hebammenpraxen, diese sprechen aber nur einen kleinen Teil schwangerer Frauen an und machen entsprechend nur 2% aller Geburten aus. Da viele Frauen auf die Sicherheit der Geburt in einer Klinik Wert legen, die im Notfall eine schnelle Intervention ermöglicht, liegt die Weiterentwicklung der Geburtshilfe innerhalb des medizinischen Settings nahe. Der Hebammenkreißaal greift diese Idee auf, mit ihm wird ein Betreuungskonzept geschaffen, das eine Alternative zur Medikalisierung und Pathologisierung normaler Geburten bildet: Der Hebammenkreißaal

ist eine geburtshilfliche Abteilung in einem Krankenhaus, in der Hebammen gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt betreuen. Das Angebot richtet sich an Frauen, die keine Risiken in der Schwangerschaft aufweisen und bei denen eine komplikationslose Geburt zu erwarten ist. Die Hebammen arbeiten in der geburtshilflichen Abteilung selbstständig und eigenverantwortlich. Der Hebammenkreißaal ist eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes, denn er wird nicht an Stelle des üblichen, ärztlich geleiteten Kreißaals, sondern in Ergänzung eingerichtet. Kommt es unter der Geburt zu Komplikationen, wird die Gebärende in den herkömmlichen Kreißaal verlegt.

Internationale Erfahrungen und Entwicklungen in Deutschland

Während andere Länder, vor allem in Skandinavien und Großbritannien bereits über langjährige Erfahrungen mit Hebammenkreißsälen verfügen, wurde in Deutschland die erste Einrichtung dieser Art erst im Juni 2003 im Klinikum Reinkeheide (Bremerhaven) eröffnet. Zwei weitere Hebammenkreißsäle wurden inzwischen in Hamburg-Barmbek und Hamburg-Harburg eingerichtet, weitere Kliniken sind im Planungsprozess. Die vorliegenden internationalen Studien belegen den Nutzen eines solchen Angebotes. Werden die Geburten gesunder Schwangerer ohne

Risiken im herkömmlichen und im Hebammenkreißsaal miteinander verglichen, so zeigt sich, dass im Hebammenkreißsaal deutlich weniger Interventionen zu verzeichnen sind: Es werden weniger Geburten eingeleitet und weniger Schmerzmittel verabreicht, auch erfolgen weniger Dammschnitte. Frauen, die im Hebammenkreißsaal gebären, sind mobiler und nutzen eine größere Bandbreite unterschiedlicher Gebärpositionen. Nimmt man medizinische Parameter für Morbidität und Mortalität als Kriterien für den „Outcome“, so zeigen sich weder bei den Müttern noch bei den Neugeborenen Unterschiede. Inwieweit sich diese Ergebnisse auch in den deutschen Hebammenkreißsälen aufzeigen lassen, wird die Begleitforschung ergeben.

Forschungsverbund Hebammenforschung

Dem Hebammenkreißsaal kommt als neuem Versorgungsmodell im Rahmen der Geburtshilfe eine zentrale Bedeutung zu. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird die Begleitforschung durch das BMBF (im Kontext der Ausschreibung „Angewandte Pflegeforschung“) gefördert. Der Verbund Hebammenforschung: „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ wird von der Fachhochschule Osnabrück (Prof. Dr. Sayn-Wittgen

stein) koordiniert. Neben der Fachhochschule sind auch die Universität Osnabrück (Prof. Dr. Schücking) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung bzw. das BIPS (Prof. Dr. Kolip) beteiligt. In dem dreijährigen Verbundvorhaben werden in vier miteinander verbundenen Projekten unterschiedliche Fragestellungen verfolgt. Die zentralen Forschungsfragen beschäftigen sich mit:

- den Kriterien des Hebammenbetreuungskonzepts
- der Betreuungskontinuität im Geburtsprozess
- dem Umfang der aktiven Mitgestaltung der Gebärenden im Geburtsprozess
- der möglichen Reduzierung von medizinisch-technischen Interventionen sowie
- den Entscheidungskriterien schwangerer Frauen bei der Wahl des Geburtsortes.

Die erste Förderphase des Verbundes endet am 31.1.2007.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Claudia Igney, Stiftung Fachhochschule Osnabrück, Verbund Hebammenforschung, Verbundkoordination, Tel.: 0541-9693665, E-Mail: hebammenforschung@wi.fh-osnabrueck.de www.hebammenforschung.de



Gendiagnostik-Gesetz

Im letzten Winter schien das Gendiagnostik-Gesetz in greifbarer Nähe. Es sollte u.a. Pränataldiagnostik, genetische Beratung bei vermuteten Erbkrankheiten, Vaterschaftstest und Gendiagnostik im Arbeitsleben gesetzlich regeln.

REPROKULT hat den Gesetzentwurf durchgesehen und im Januar 2005 kritisch kommentiert, inwieweit die Belange von Frauen beachtet werden. Der Gesetzentwurf wurde im Parlament weiter diskutiert, aber es kam bisher nicht zu einer Verabschiedung.

ReproKult – Frauen Forum Fortpflan-

zungsmedizin - ist ein Arbeitszusammenschluss von Frauen aus gesellschaftlich engagierten Vereinen und Institutionen, aus der Frauengesundheitsarbeit, aus Bereichen psychosozialer Beratung, der Interessensvertretung behinderter Frauen, aus Wissenschaft, Politik und Medien.

REPROKULT kümmert sich auf verschiedenen Gebieten um den „Umgang mit Fortpflanzung“ unter weiblichem Gesichtswinkel. Im Juli wurde aus dem lockeren Verbund ein Verein gebildet, REPROKULT e.V., um die Zusammenarbeit zu intensivieren. Aktuell geht die Diskussion bei REPROKULT vorrangig um Eizell-Spende und Eizell-Handel; beides wird europaweit vorangetrieben im Rahmen der

Fortpflanzungsmedizin und der Stammzellforschung, ist aber in Deutschland (noch) verboten.

Dr. Claudia Schumann, Frauenärztin, Mitglied bei REPROKULT für den AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.)



Stellungnahme zum geplanten Gendiagnostik-Gesetz

Die Bundesregierung hat sich dazu verpflichtet, bei Gesetzgebungsverfahren die Auswirkungen auf die Geschlechter (Gender Mainstreaming) zu beachten. Von dem geplanten Gendiagnostikgesetz sind Frauen ganz besonders betroffen. Die beabsichtigten Regelungen werden Konsequenzen für die Familienplanung, Schwangerschaft und Mutterschaft zeigen. Darüber hinaus sind auch Frauen als Erwerbstätige und als Patientinnen betroffen. Diese Tatsache muss in den Diskussionen, die den Gesetzgebungsprozess begleiten werden, daher eine zentrale Rolle einnehmen. So wirken sich Veränderungen des Krankheitsverständnisses durch (gendiagnostische) Prävention, bspw. durch Pränataldiagnostik oder BRCA1- und BRCA2-Genests (Brustkrebs), auf das Leben von Frauen aus. Die Aufforderung zur „Selbstkontrolle“ im Zusammenhang mit prädiktiver Diagnostik führt zu einer Art „Sozialpflichtigkeit“ des individuellen Verhaltens, für die Frauen über die ihnen zugesprochene „reproduktive Verantwortung“ die Konsequenzen tragen. Selbstbestimmung im Sinne von Entscheidungsmöglichkeiten – beispielsweise bei einer Schwangeren für oder gegen die Geburt eines behinderten Kindes – kann daher nicht einfach vorausgesetzt werden, es braucht dazu sozial förderliche Bedingungen, wie Aufklärung, Beratung und materielle Unterstützung. ReproKult vertritt in Bezug auf das Gendiagnostikgesetz die folgenden Grundan-

liegen:

- Das Gesetz muss eine weite Definition von Gendiagnostik enthalten, die alle Verfahren, die Aufschluss über Erbanlagen und genetische Dispositionen erlauben, umfasst. Dazu gehören in der Pränataldiagnostik auch der Tripletest sowie die Fehlbildungsdiagnostik und die Nackentransparenzmessung per Ultraschall. Sie sind Teil der „normalen“ Schwangerenvorsorge.
- Im Rahmen von Gendiagnostik, aber auch von genetischer Forschung, müssen freiwillige, informierte und individuell-selbstbestimmte Entscheidungen über angemessene Aufklärung und Beratung sowie die Achtung des Rechts auf Nichtwissen gewährleistet werden.
- Das Angebot von Gendiagnostik muss auf medizinische sinnvolle Felder beschränkt werden, in denen ein präventiver oder therapeutischer Handlungsspielraum eröffnet wird. Einer Dynamik der Ausweitung von Gendiagnostik in ethisch problematischen Bereichen, wie derzeit in der Pränataldiagnostik, muss entgegen-gesteuert werden.
- Gendiagnostik-Screenings gefährden die Achtung der Selbstbestimmung und des Rechts auf Nichtwissen betroffener Frauen. Daher ist eine Genehmigungspflicht für Screenings durch eine einzurichtende Gendiagnostik-Kommission gesetzlich zu verankern. Bei der Besetzung dieser Kommission muss der Gender-Mainstreaming-Ansatz berücksichtigt werden. Deshalb müssen Expertinnen aus dem Bereich der Frauengesundheit besonders berücksichtigt werden. Pränatale Screenings und Hetero-

zygoten-Screening müssen gesetzlich verboten werden. Neugeborenen-screensings sind auf die Anlagen von Krankheiten zu beschränken, die bei Auftreten von Symptomen unzureichend behandelbar sind, bei denen durch präventive Maßnahmen aber Schädigungen verhindert werden können (PKU).

Pränataldiagnostik

ReproKult begrüßt ausdrücklich das Vorhaben, das Angebot der Pränataldiagnostik über das Gendiagnostikgesetz zu regeln. Dabei müssen folgende Bedingungen und Voraussetzungen gegeben sein:

- Auf Grund der psychosozialen Konflikte, in die eine Schwangere durch Pränataldiagnostik gelangen kann, muss die Aufklärung besonders hohen Standards genügen. Es muss auf gesetzlichem Wege sichergestellt werden, dass die Ärztin oder der Arzt vor einer Pränataldiagnostik zusätzlich zur Aufklärung über Nutzen und gesundheitliche Risiken auf mögliche psychosoziale Folgen (insbesondere auf einen möglichen Schwangerschaftskonflikt und dessen Implikationen) hinweist und eine unabhängige psychosoziale Beratung zur Entscheidungsfindung empfiehlt und gegebenenfalls vermittelt.
- Der Zugang zu einer unabhängigen psychosozialen Beratung muss sichergestellt werden. Psychosoziale Beratung dient als flankierende Maßnahme zur Unterstützung der individuellen Selbstbestimmung bzw. Entscheidung und nicht zur Lösung sozialer Probleme. Sie muss unabhängig sein, damit die Frau die Chance hat, einen Schritt zurückzutreten, eine zweite Meinung zu hören und sich ein umfassendes, nicht auf medizinische Fakten reduziertes Bild zu machen. Psychosoziale Beratung ist immer vor der Diagnostik und bei auffälligem Befund zusätzlich nach der Diagnostik zu empfehlen. Psychosoziale Schwangerenberatung ist nicht durch humangenetische Beratung zu ersetzen! Psychosoziale Schwangerenberatung

und humangenetische Beratung unterscheiden sich grundlegend im Vorgehen und in der Zielsetzung. Die Infrastruktur für psychosoziale Schwangerenberatung ist durch die sog. Beratungsregelung nach § 218 sichergestellt (Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz).

- Das Angebot der Pränataldiagnostik muss eingeschränkt werden. Sofern durch Pränataldiagnostik keine therapeutischen Optionen sondern lediglich die Entscheidung, eine Schwangerschaft abzubrechen oder fortzuführen, eröffnet werden, dürfen insbesondere Gentests, die lediglich eine Risikobestimmung für multifaktorielle Krankheiten ermöglichen (z.B. Krebsdispositionen) oder spätmanifestierende Krankheiten betreffen (z.B. Corea Huntington) nicht angeboten werden. Darüber hinaus dürfen pränatale Gentests nicht als offene oder verdeckte Screenings angeboten werden, weil wirklich freiwillige und selbstbestimmte Entscheidungen hier kaum sicherzustellen sind.

Prädiktive postnatale Gendiagnostik

Prädiktive postnatale Gentests und Heterozygotentests haben wegen ihrer Implikationen für die Familienplanung besondere Folgen für Frauen. Sie eröffnen gegebenenfalls die Option der Pränataldiagnostik.

- Um psychosoziale Zwänge für Frauen abzuwehren, muss eine freiwillige und individuell-selbstbestimmte Inanspruchnahme von Gendiagnostik durch hohe Aufklärungsstandards sichergestellt werden. Deshalb muss eine gesetzlich festgelegte Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte, über die Möglichkeiten psychosozialer Beratung vor der Diagnostik aufzuklären, festgeschrieben werden. Eine dementsprechende Infrastruktur an Beratungsstellen besteht bislang im Gegensatz zur Beratung vor Pränataldiagnostik (§ 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz) nicht. Sie muss geschaffen werden.

- Um Freiwilligkeit und Selbstbestimmung zu schützen, dürfen auch prädiktive postnatale Gentests nur als Einzelfalldiagnostik und nicht im Rahmen von Bevölkerungs- oder Gruppen-Screenings angeboten werden.
- BRCA1/2-Gentests berühren das Feld der Frauengesundheit. Die Informationen, die durch Gentests an Frauen gewonnen werden, die an Brustkrebs erkrankt sind, zielen auf die Brustkrebs-Prävention leiblicher, weiblicher Familienangehöriger. Für die zunächst getesteten Frauen bestehen keinerlei gesundheitliche Vorteile. Ob Vor- oder Nachteile für die leiblichen, weiblichen Angehörigen im Fall eines positiven Testresultats überwiegen, ist umstritten. Weil die Selbstbestimmung und das Recht auf Nichtwissen von Schwestern, Müttern und Töchtern hier verletzt werden kann, sind besondere Aufklärungsstandards sicherzustellen. Dabei ist vor der Diagnostik von ärztlicher Seite darauf hinzuweisen und sicherzustellen, dass alle möglicherweise betroffenen Familienangehörigen Zugang zu psychosozialer Beratung haben und dass nur ein familiärer Entscheidungsprozess Grundlage für eine solche Gendiagnostik sein kann. Außerdem muss gegebenenfalls die psychologische Begleitung aller Betroffenen sichergestellt sein.
- Um das Recht auf Nichtwissen zu schützen, dürfen BRCA1/2-Gentests nur als Einzelfalldiagnostik und nicht als Screening im Rahmen der Brustkrebsprävention angewandt werden.

Genetische Diskriminierung

ReproKult begrüßt ausdrücklich die geplanten gesetzlichen Regelungen gegen genetische Diskriminierung durch Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber und der Versicherungswirtschaft.

- Durch genetische Diskriminierung auf der Seite von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern wären Frauen, die im Erwerbsleben trotz Gleichheitsgrundsätzen de facto weiterhin Benachteiligungen

hinnehmen müssen, noch einmal stärker betroffen.

- Durch genetische Diskriminierung auf der Seite privater Versicherungen wären Frauen ebenfalls besonders betroffen, weil sie häufiger und in viel stärkerem Maße als Männer durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse und nicht gradlinige Berufsbiografien auf private Altersvorsorge angewiesen sind.

Vaterschaftstests

ReproKult begrüßt außerdem die geplanten Regelungen für Vaterschaftstests, weil die bisherige unregelmäßige Praxis ausgesprochen problematische Konsequenzen v.a. für Kinder und ihre Mütter mit sich bringen.

- Es ist richtig, pränatale Vaterschaftstests zu verbieten, weil sich Frauen einem möglichen Druck durch den vermuteten Kindsvater kaum widersetzen könnten und gegebenenfalls in eine schwerwiegende Konfliktlage geraten könnten.
- Es ist weiterhin richtig, Vaterschaftstests an die Zustimmung aller Beteiligten zu binden.

ReproKult fordert alle politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger auf, die frauenpolitischen Forderungen zu berücksichtigen. Das Gendiagnostikgesetz muss der besonderen Betroffenheit von Frauen Rechnung tragen und darf zu keinen geschlechtsspezifischen Diskriminierungen führen. (Dezember 2004)

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: ReproKult – Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin, c/o Dr. Gisela Berg, Technische Universität Berlin, Franklinstr. 28/29, FR 1-1, 10587 Berlin, Tel.: 030/31473316, E-Mail: g-berg.tub@gmx.de



Kinderwunsch und Rauchen

Roswitha Harsanyi

Während die Schädlichkeit des Tabakkonsums auf den menschlichen Organismus eindeutig und sicher belegt ist, greift die Jugend weiterhin zur Zigarette. 36% der Jungen/Männer und 35% der Mädchen/Frauen rauchen im Alter von 12 bis 35 Jahren. Dass diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich gesundheitlich gefährden, ist hinlänglich bekannt.

Weniger bekannt sind die bereits in der Pubertät verursachten gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Tabaks auf die weiblichen und männlichen Fortpflanzungsorgane. Der britische Ärzteverband berichtet, dass Rauchen schon den Kinderwunsch untergraben kann, weil sich diese Schäden auf die ganze fruchtbare Lebensspanne auswirken:

- Raucher weisen eine niedrigere Gesamtzahl von Spermien und einen höheren Anteil von missgebildeten Spermien auf als Nichtraucher. So bindet sich ein krebserregender Bestandteil des Tabakrauchs an das Erbgut der Spermien und bewirkt Erbveränderungen;
- Raucherinnen benötigen eine deutlich längere Zeit, bis sie schwanger werden (auch bei weniger als 10 Zigaretten täglich);
- Raucherinnen sind zweimal häufiger unfruchtbar verglichen mit Nichtraucherinnen;
- Raucher und Raucherinnen sprechen schlechter auf medizinische Behandlungen der Unfruchtbarkeit an als Männer und Frauen, die rauchfrei leben;
- Rauchen kann durch Beschädigungen im Blutkreislauf direkt Erektionsstörungen und Impotenz verursachen.

Die Schädlichkeit des Rauchens in der Schwangerschaft ist ebenfalls eindeutig belegt. Trotzdem rauchen noch 50% der unter 25jährigen Frauen, wenn sie schwanger sind. Insgesamt raucht etwa

jede dritte Frau zu Beginn ihrer Schwangerschaft.

Besonders alarmierend ist eine indirekte Motivation zum Weiterrauchen, die auf zwei häufig geäußerten irrtümlichen Annahmen beruht. Der eine Irrglaube betrifft den Entzug im Mutterleib, der durch einen Rauchstopp ausgelöst werden soll. Der zweite Irrglaube betrifft die Hoffnung auf eine leichtere Geburt aufgrund des geringeren Geburtsgewichts als Folge des Rauchens. Eine dringend erforderliche Aufklärung könnte diese Irrtümer schon mit wenigen Worten schnell beheben.

Nicht nur wegen dieser weit verbreiteten Fehlinformationen ist es wünschenswert, dass Schwangere so früh wie möglich informiert und beraten werden, denn Studien belegen, dass die Motivation zum Rauchstopp in der Schwangerschaft besonders hoch ist. Schon eine 5-malige persönliche Beratung mit spezieller Literatur für Schwangere erhöht die Abstinenzrate um 30 – 70%.

Es ist auch erwiesen, dass betroffene Frauen von Beratungen während der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit profitieren. Hier kommt es auf häufige Kontakte mit Personen aus verschiedenen Professionen wie Arztpraxen, Pflegepersonal, Geburtshilfe und Sozialpädagogik an. Hilfreich wirkt sich zusätzlich die Einbeziehung der Partner sowie die Vermittlung von Strategien zur Gewichtskontrolle aus.

Erfahrungen zeigen außerdem, dass mit einem sorgfältigen Beratungsangebot und unterstützender Begleitung im Entwöhnungsprozess mehr Frauen auch Rückfallsituationen besser meistern und somit ihren Kindern später nicht den schädlichen Nebenstromrauch zumuten.

Für die gynäkologische Praxis hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einen empfehlenswerten Beratungsleitfaden erarbeitet, der in der Anwendung keinen zusätzlichen Zeitaufwand oder mehr Arbeit bedeutet. In ihm geht es im Wesentlichen darum, das Thema Rauchen und Rauchstopp frühzeitig und kontinuierlich in die reguläre Schwangerschaftsbetreuung zu integrieren.

Der Leitfaden eignet sich auch für alle weiteren Berufsgruppen, die mit zukünftigen Eltern arbeiten und dazu beitragen möchten, dass betroffene Frauen und Männer den Rauchstopp auf Dauer schaffen, um die Startbedingungen für ihre Babys entscheidend zu verbessern.

Langfristig kommt es darauf an, dass Kinder und Jugendliche gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen. Solange sie jedoch mit dem Rauchen Erwachsensein, Dazugehören, Stressabbau und Attraktivität verbinden, bleibt es eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft, eine konsequente Suchtprävention in die Lebenswelten der Jugend zu integrieren gepaart mit entsprechenden Werbeverböten der Zigarettenindustrie.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht, 2. Auflage 2004. Dieser Leitfaden und Broschüren für zukünftige Eltern sind kostenlos erhältlich unter www.bzga.de
Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention: „Rauchen untergräbt den Kinderwunsch“, www.bma.org.uk

Regina Rasenack: „Schwangerschaft und Sucht“ in der Fachzeitschrift „Kinderkrankenschwester“ Heft 7, Juli 2005

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (dkfz): Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, 1. Auflage 2005. Hier finden sich auch Fortbildungsangebote für Ärzte und Ärztinnen und akademische Gesundheitsberufe sowie Telefonnummern empfehlenswerter Info- und Beratungstelefone für Betroffene.

Roswitha Harsanyi, Gesundheitsberaterin der AOK, Tel.: 0511-28516751, E-Mail: roswitha.harsanyi@nds.de



Immer mehr Kaiserschnitte in Deutschland

Ursula Jeß, Dr. Frauke Gerhardt

Einleitung

Nach den jüngsten Zahlen des statistischen Bundesamtes kommt jedes vierte Kind in Deutschland durch Kaiserschnitt zur Welt. Innerhalb von 10 Jahren stieg die Schnittentbindungsrate von ca. 15% im Jahr 1991 auf ca. 23% im Jahre 2001 aller Geburten.

Mit der Zunahme der Kaiserschnittgeburten (sectio caesarea) geht eine Polarisierung einher. Befürworter/innen und Gegner/innen argumentieren mit Daten, wissenschaftlichen Studien, Vermutungen und Mythen.

Zu vielen Fragestellungen existieren keine oder nur wenige evidenzbasierte Daten. Dazu gibt es viele schlecht beweisbare Behauptungen und von beiden Seiten sind manche Argumente interessengeleitet.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. vertritt dazu folgende Auffassung: „Der in der Vergangenheit häufig vertretene Standpunkt, eine Schnittentbindung ohne ausreichende medizinische Indikation sei rechtswidrig oder zumindest unärztlich, kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Nicht jede ärztliche Maßnahme geschieht zu Heilzwecken. Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise oft Behandlungen durch, die wie Sterilisationen oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können.“

Auch in der Organisationsgruppe des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen sind die Auffassungen unterschiedlich. Unser Hauptanliegen ist die Reflektion und eine informierte Entscheidung der Betroffenen. Nachfolgend werden einige Daten vorgestellt sowie Pro- und Kontra-Positionen skizziert.

Kaiserschnittgeburten im Vergleich (Zahlen aus 2000 und 2003)

Niederlande:	unter	10%
Skandinavische Länder:	ca.	15%
Deutschland West::	ca.	25%
Deutschland Ost:	ca.	15%
USA:	ca.	25%

Privatpatientinnen in Deutschland haben erheblich höhere Sectiofrequenzen als Kassenpatientinnen.

Im Jahr 1999 wurden in Niedersachsen bei 74% aller schwangeren Frauen Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass angegeben (der Risikokatalog besteht aus 52 möglichen Schwangerschaftsrisiken, davon beziehen sich 26 auf die Vorgeschichte der Frau und 26 auf die bestehende Schwangerschaft).

Begrifflichkeiten

Derzeit wird generell unterschieden zwischen einem primären Kaiserschnitt und einem sekundären Kaiserschnitt, je nachdem, ob er geplant, oder durch eine Notsituation während der Geburt nötig wurde. Ein primärer Kaiserschnitt kann vorzeitig geplant sein, weil eine normale Geburt aus anatomischen Gründen nicht möglich ist (zu kleines Becken der Mutter, anormale Lage des Kindes).

Der sekundäre Kaiserschnitt, auch Notkaiserschnitt, wird aufgrund einer Notsituation während der normalen Geburt zur Rettung von Mutter und Kind vorgenommen. Auslöser können z.B. sein: Geburtsstillstand, starke Blutungen, eingeklemmte Nabelschnur im Geburtskanal. Die häufig unter Zeitdruck getroffene Entscheidung ist mit erheblich größerem Risiko behaftet.

Primäre medizinisch indizierte Kaiserschnitte machen weniger als 10% aller Schnittentbindungen aus. Zu einem hohen Prozentsatz (90 %) liegt eine relative medizinische Indikation vor. Dabei geht es um zweierlei: Einmal geht es um eine Abwägung geburtsmedizinischer Risiken, wie z.B. Beckenendlage, Verdacht auf Missverhältnis von Kindsgröße und

mütterlichem Becken und schlechtes CTG (Herztöne des Kindes).

Andererseits sind viele Schnittentbindungen aber auch den „weichen“ relativ allgemeinen und unspezifischen Sectioindikationen zugeordnet, z.B. wenn Schwangere von sich aus den Wunsch nach einer primären sectio äußern, aus Angst um die Sicherheit des Kindes oder aus Angst vor Schmerzen.

Zu den nur relativ medizinisch indizierten Schnittentbindungen zählen aber auch Gründe, die mit der Schwangeren oder dem Säugling gar nichts zu tun haben, nämlich die Klinikorganisation, Personalbesetzungen, der Mangel an Erfahrung bezüglich vaginaler Entbindung.

Zu dem geplanten Kaiserschnitt kommen immer häufiger sog. Wunschkaiserschnitte hinzu, – wenn oder weil die Schnittentbindung auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter durchgeführt wird.

Vom Sectio auf Wunsch, dem sog. Wunschkaiserschnitt, wird gesprochen, soweit keine medizinische Indikation ersichtlich ist. Dies kann z.B. der Wunsch nach einem bestimmten Datum oder Wochentag der Geburt sein, ein bestimmter Geburtsort oder die Teilnahme des ansonsten verhinderten Partners.

Immer wieder wird auf ein neues moderneres Operationsverfahren hingewiesen. Die sog. „Misgav-Ladach-Methode“ hat die Liegezeit im Krankenhaus auf wenige Tage verkürzt. Bei dieser Methode wird das Schneiden des Gewebes stark reduziert. Statt dessen werden die Bauchdecke und die Gebärmutter durch Dehnen und Reißen des Gewebes soweit geöffnet, dass der Säugling „entwickelt“ werden kann.

Argumente von Befürworterinnen und Befürwortern

Als Vorteile des Kaiserschnitts gegenüber einer natürlichen Geburt werden eine geringere Sterblichkeit des Kindes, ein wesentlich geringeres Risiko eines bleibenden Geburtsschadens und ein geringeres Infektionsrisiko beim Kind ins Feld geführt. Generell ist das Risiko für die

Kinder bei vaginaler Geburt größer (z.B. Sauerstoffmangel).

Das Argument höherer Müttersterblichkeit bei Kaiserschnitten verliert – insbesondere unter Einbezug von geplanten Schnittentbindungen – an Bedeutung. Das Operations- und anästhesiebedingte Sterblichkeitsrisiko ist auf 0,04% (1995 bis 2000) gesunken. Das Risiko bleibender Beckenbodenschäden, z.B. Harn- oder Stuhlinkontinenz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, wird reduziert.

Darüber hinaus ist der eigentliche Entbindungsvorgang beim Kaiserschnitt durch die Narkose fast völlig schmerzfrei, natürliche Geburten hingegen sind trotz aller Fortschritte der Geburtshilfe häufig noch mit unvergleichlichen Schmerzen verbunden. Die Befürworter des Wunschkaiserschnitts heben außerdem das Selbstbestimmungsrecht der Frau hervor. Die „Mystifizierung“ des Geburtsvorganges als glückliches Erlebnis diene in unserer Gesellschaft nur der Vertuschung der damit verbundenen Schmerzen und Brutalität. Nach dem aktuellen Stand der Forschung soll ein Kaiserschnitt im übrigen nicht die Mutter-Kind-Bindung erschweren. Mögliche psychische und Versagensgefühle der Mutter nach einem Kaiserschnitt sind nach Auffassung der Befürworter eher die Folge mangelnder Information und des Drucks durch das soziale Umfeld.

Eine Wunschsectio ohne medizinische Indikationen – so die Befürworterinnen – sei rechtlich zulässig, der Geburtshelfer kann berufsrechtlich nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Die rechtskräftige Einwilligung der Patientin rechtfertigt einen Kaiserschnitt. Die Patientin muss darüber informiert werden, dass gesetzliche Krankenkassen bei einem medizinisch nicht notwendigen Eingriff die Kosten ggf. nicht übernehmen. Es liegt beim Arzt, ob er den Kaiserschnitt als medizinisch notwendig bewertet oder nicht.

Liegen keine medizinischen Gründe für einen Kaiserschnitt vor, gelten strenge Maßstäbe für Aufklärungs- und Beratungspflicht gegenüber der Schwangeren.

Argumente von Gegnerinnen und Gegnern

Kinder, die durch Kaiserschnitt geboren werden, weisen eher ein Atemnotsyndrom auf. Das Auftreten eines Pneumotorax nach Schnittentbindungen wurde bei Kindern 1,9 mal häufiger beobachtet. Wenn in die Statistik der sog. Notkaiserschnitt einbezogen wird, sprechen die Zahlen für ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für die Mütter, geprägt durch Komplikationen wie Thromboseembolien und Infektionen. Als erhöhte Morbiditätsrisiken sind insbesondere die Gefahren von Blutungen, Gebärmutterentfernungen und das Entstehen von Verwachsungen, Darmverschluss und Placenta - Einnistungsstörungen zu nennen. Die Kaiserschnittgegnerinnen heben außerdem hervor, dass die sog. sanfte „Misgav-Ladach-Methode“ beim Kaiserschnitt mitnichten schmerzfreier von statten geht. Vielmehr sollen die Schmerzen nach dem Kaiserschnitt nach wie vor „unbeschreiblich stark sein und zwei bis drei Tage anhalten“. Nach einer Schnittentbindung wird die Frau bei weiteren Schwangerschaften quasi automatisch einem Risikoklientel zugeordnet. Dies führt fast zwangsläufig zu einem Anstieg von zweiten und dritten Kaiserschnitten.

Auch nach einem Kaiserschnitt tritt Beckenbodenschwäche im späteren Leben auf. Die Gegnerinnen von Wunschkaiserschnitten führen außerdem ins Feld: Aus psychosomatischer Sicht stellt die Sectio eine Verhinderung des physiologischen Geburtserlebnisses dar. Der Verzicht auf das sehr emotionale Geburtserlebnis wird als Nachteil genannt.

Zudem wird das vermeintliche Selbstbestimmungsrecht der Frau kritisiert. Bei der Frage Wunschkaiserschnitt ja oder nein ist nicht von gleichwertigen Alternativen auszugehen. Vielmehr sei die Zunahme der Wunschkaiserschnitte eine gesellschaftliche Fehlentwicklung, die darauf beruhe, dass sich mehr und mehr eine Sicht der Geburt als mehr oder weniger riskanter mechanischer medizinischer Vorgang durchsetzt. Viele Eingriffe kommen auf ausdrücklichen Wunsch der Frauen zustande. Lifestyle-Ikonen wie Claudia Schiffer, Liz Hurley oder Verona Pooth geb. Feldbusch, die eine kurze und

schmerzlose Geburt wünschen, können als Vorreiterinnen und Vorbilder dafür vermutet werden.

Häufiger durchgeführte Schnittentbindungen werden auch auf sog. strukturelle Schwierigkeiten und Veränderungen zurückgeführt: Ärztinnen und Ärzte haben vor juristischen Konsequenzen Angst und sind durch Ausschöpfung der maximalen medizinischen Möglichkeiten auf der „sicheren Seite“. Aufgrund der herrschenden Arbeits- und Ausbildungssituation sind im Kreissaal Ärztinnen und Ärzte mit mangelnder Erfahrung bei der Geburt anwesend. Durch das geltende Abrechnungssystem werden Kaiserschnitte finanziell belohnt, während invasionsarme ebenso wie ambulante Geburten ökonomisch völlig unattraktiv sind.

Insgesamt sei das Risiko von bleibenden Gesundheitsschäden bei Mutter und Kind bei der natürlichen Geburt nicht höher als bei einem Kaiserschnitt, vorausgesetzt, man beziehe alle Faktoren in die Betrachtungen ein und die geburtsbegleitenden Fachleute hätten eine ausreichende Qualifikation für eine natürliche Geburt.

Universität Bremen plant Befragungen

Die Universität Bremen – Institut für Public Health und Pflegeforschung führt zur Zeit mehrere Projekte zum Thema Kaiserschnitt durch:

- Auswertung eines Datensatzes der Gmünder Ersatzkasse (GEK)
- Schriftliche Befragung von GEK-versicherten Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden haben
- Qualitative Studie mit Frauen, die im Laufe der Schwangerschaft einen Kaiserschnitt als Option formulierten
- Befragung von niedergelassenen Gynäkologinnen zum Thema Kaiserschnitt

Literatur:

„Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sog. Sectio auf Wunsch“, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Stand Sept. 2004

„Selbstbestimmt und risikolos? – Wunschkaiserschnitt“ Beate Schücking in Dr. Mabuse Nr. 148

„Pünktliche Geburt“ Plusminus ARD 1.2.2005

„Pressen oder Schneiden“ ZEIT – Wissen 04/2005

„Durch die Qual zur Nähe“ taz, 23. September 2005-

„Die Wunschsectio als Ausdruck mangelnder Kompetenz“, Dr. med. Michael Krause, Frauenklinik Nürnberg Süd, Sept. 2004, www.geburtskanal.de/Wissen/W/WunschSectio.php

„Wunschkaiserschnitt“ und „Diskussion: Wunschkaiserschnitt“ Wikipedia freie Enzyklopädie, 05/2005

„Geburt auf Kommando“ Frau + Mutter , 09.2005 kath. Frauenzeitung



Mediothek

Gender Mainstreaming und Kindergarten

Ursula Rabe-Kleberg, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin, 2003, 144 Seiten, ISBN 3-407-55110-X, 14,90 Euro

Gender Mainstreaming ist eine neue politische Strategie der Gleichstellungsförderung auf europäischer Ebene. Der Begriff kommt aus dem Englischen und bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen beider Geschlechter zu berücksichtigen. Das Buch setzt sich mit Fragen geschlechtsspezifischer Sozialisation, „geschlechtssensibler“ Haltung der Erziehenden und einer geschlechtsdifferenzierten Peer-Kultur unter den Kindern im Kindergarten auseinander. Dabei wird der Kindergarten

zunächst als eine Institution analysiert, die an der Reproduktion des Geschlechterverhältnisses maßgeblich beteiligt ist. Im Anschluss daran werden Überlegungen zu den Chancen aufgestellt, Veränderungsprozesse nach dem Prinzip des Gender Mainstreamings erfolgreich zu implementieren und zu evaluieren. Die Autorin entwickelt Ideen über die Notwendigkeit, die Möglichkeiten und Chancen einer Umgestaltung dieses Bereichs und schlägt erste Schritte zur Umsetzung vor. Damit gibt sie wertvolle Anregungen und Gedankenanstöße zu Gender Mainstreaming im Kindergarten.

Nina Horstkötter



Gegen Mobbing und Gewalt

Wolfgang Kindler, Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, Seelze – Velber, 2002, 215 Seiten, ISBN 3-7800-4928-5, 17,90 Euro

Viele wollen es nicht wahr haben, aber Mobbing gehört in den meisten Schulen zum Alltag. Betroffene und Beteiligte wissen oft nicht mit diesem Thema umzugehen und welche Handlungsmöglichkeiten ihnen im konkreten Fall zur Verfügung stehen.

Das sehr praxisnahe Buch versucht auf der einen Seite theoretisches Wissen über Mobbing im schulischen Bereich zu geben - wann kann man überhaupt davon sprechen, welche unterschiedlichen Perspektiven der betroffenen Personen gibt es. Auf der anderen Seite wird dargestellt, wie in

manchen Bildungseinrichtungen bereits gearbeitet wird.

An einem konkreten Modell wird aufgezeigt, wie Schüler und Schülerinnen in der Schule zu erfolgreichen Konfliktmoderatoreninnen und -moderatoren ausgebildet werden, um Selbstbewusstsein und Problemlösungskapazitäten zu stärken. Ein wesentlicher Teil dieser Arbeit ist die Verankerung in den täglichen Schulbetrieb und eine dauerhafte Begleitung von Seiten der Lehrkräfte. Tipps und Beispiele unterstützen die Realisierung in der Praxis und zeigen Möglichkeiten für den Umgang mit Mobbing auf.

Verena Krammer



Ängste besiegen – Panik überwinden

Ein Buch für Frauen. Pe Jacobi, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 222 Seiten, ISBN 3498033409,

Ängste und Panikattacken sind in unserer Gesellschaft ein Tabu, denn die Angst passt nicht zu den Leistungsanforderungen einer modernen Gesellschaft. Frauen sind von Ängsten zwei- bis dreimal so häufig betroffen wie Männer, unter den psychischen Erkrankungen stehen Angststörungen bei ihnen an erster Stelle.

Pe Jacobi, eine selbst betroffene Frau und Journalistin, befragte an die hundert Frauen aus West- und Ostdeutschland zu ihren Ängsten und Sorgen. Am Beispiel von fünf sehr verschiedenen Frauentypen geht das Buch in lockerer Form der Frage nach, welche Zusammenhänge es zwischen der weiblichen Sozialisation und der Angst vor Unabhängigkeit gibt. Das vorliegende Buch gibt einen Überblick zum Erschei-

nungsbild, Nosologie und Epidemiologie von Angstanfällen und agoraphobischem Vermeidungsverhalten. Es stellt die Komplexität der Symptome dar, widmet sich primär wichtigen Erkenntnisansätzen der Frauenforschung, die bezüglich dieser Erkrankung relevant sind und macht klar, welche Brisanz das Thema bei aller Wissenschaftlichkeit gesellschaftspolitisch darstellt. Der Stellenwert einer noch unzureichend erforschten genetischen Determination von Suszeptibilitäten auch im Hinblick auf neurobiologische Transmitterprozesse rückt dabei leider in den Hintergrund.

Hervorzuheben ist der fünfte und letzte Teil des Buches mit Übungen zur Selbsthilfe und wichtigen Kontaktadressen. Das Buch richtet sich nicht nur an Betroffene, sondern auch an deren Partner, Angehörige und professionell Helfende.

Karin Roske



Neuer Rundbrief zu Kita und Gesundheit

Am 15.3.2005 wurde das Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen gegründet. Es bildet eine Plattform, die den Austausch von Erfahrungen und Informationen zum Schwerpunkt Kindergarten/Kindertagesstätte und Gesundheit ermöglicht. Im Oktober 2005 ist die erste Ausgabe des Netzwerk-Rundbriefes erschienen. Er ist ähnlich wie dieser vorliegende Rundbrief aufgebaut,

mit Rubriken für Aktuelles, Veranstaltungsberichte, Mediothek und Termine. Das ist Schwerpunktthema ist Ernährung. Auch eine Mitgliederseite besteht. Zudem werden Projekte vorgestellt und Sonderthemen bearbeitet. Einmal jährlich soll es weitere Ausgaben geben. (us)

Kostenlos zu beziehen bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, s. Impressum



Mammografie Screening

Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Ärztekammer Bremen (Hrsg.), Gmündener Ersatzkasse, 34 Seiten, 2005.

Derzeit wird in Deutschland ein flächen-deckendes Mammografie-Screening vorbereitet. Zukünftig sollen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer Röntgenuntersuchung der Brust eingeladen werden. Bis 2007 sollen wohnortnah Screening-Zentren eingerichtet sein. Mit der Etablierung dieser Reihenuntersuchung stellen sich zahlreiche anspruchsvolle Aufgaben. Neben dem Aufbau der medizinischen Screening-Einheiten ist es wichtig, ein Informations- und Beratungsangebot aufzubauen, damit die Frauen eine informierte Entscheidung treffen und, im Falle eines Befundes, beraten werden

können. Dafür ist eine Struktur vor Ort notwendig, in der sich Multiplikatorinnen und Multiplikatoren austauschen und zusammen arbeiten können.

Diese Broschüre wendet sich an Akteurinnen und Akteure, die sich in unterschiedlicher Funktion - z.B. als Gleichstellungsbeauftragte, als MitarbeiterIn in einem Gesundheitsamt oder VertreterIn einer Selbsthilfegruppe - an diesem Prozess vor Ort beteiligen möchten. Die Broschüre fasst die Erfahrungen mit dem Modellprojekt „Mammografie-Screening“ in der Region Bremen, das dort von 2000 bis 2004 lief, zusammen. (us)

Kostenlos mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag zu bestellen bei: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, FB 11, PF 330440, 28334 Bremen. Als pdf-Datei herunterladen unter www.gek.de (Bereich Service - Infopool Gesundheit).



Teenager-Schwangerschaften in Sachsen

Angebote und Hilfebedarfe aus professioneller Sicht, Studie, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 2005

Der vorliegende Band fasst eine Studie zusammen, die 2003/2004 von Monika Häußler-Sczegan, Sabine Wienholz und Marion Michel im Auftrag der BZgA durchgeführt wurde. Hilfebedarfe und Beratungsangebote für jugendliche Schwangere und Mütter in Sachsen wurden untersucht. Hierfür wurden ExpertInnen aus der Praxis zu bestehenden Angeboten und Hilfen sowie zu ihren Erfahrungen in der Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter befragt. Als wichtigste Ursache für Teenager-

Schwangerschaften wird von den ExpertInnen vor allem die defizitäre Verhütung angesehen, begleitet von einem problematischen Umgang mit Sexualität. Als zweiter Grund werden mangelnde Zukunftsperspektiven angegeben, die durch die Mutterschaft kompensiert werden sollen. Als vordringliche Aufgabe wird das Eröffnen beruflicher Perspektiven für Jugendliche gesehen. Beratungsangebote werden vielfach aus Scham und Angst sowie aus Unwissenheit nicht wahrgenommen. (us)

Bestellnummer: 133 000 00, zu beziehen bei der BZgA, 51101 Köln, per E-Mail: order@bzga.de



Gender und Public Health

Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Ellen Kuhlmann, Petra Kolip, Juventa, Weinheim und München, 2005, 256 Seiten, ISBN 3-7799-1566-9, 19,50 Euro

Ellen Kuhlmann und Petra Kolip nehmen mit ihrem Band „Gender und Public Health“ eine grundlegende Orientierung für Forschung, Praxis und Politik vor. Diese überfällige, systematische geschlechtergerechte Fundierung des Public Health Sektors leiten sie mit einem systematischen Rückblick zur Frauengesundheitsbewegung, feministischen Theorien und Gender Mainstreaming ein. Anschlie-

ßend analysieren sie die größtenteils völlig brach liegenden Potenziale einer geschlechtersensiblen Vorgehensweise in verschiedenen Versorgungsbereichen. Sie stellen dabei unter anderem die Geschlechterperspektive in der Primär- und Sekundärprävention sowie in der Arzneimittelversorgung und Disease Managementprogrammen vor. Der Band endet mit Perspektiven und Visionen, über die Wege zu einer bedarfs- und geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden.

Thomas Altgeld



Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen

Handlungsansätze für die Praxis, Katrin Raabe, Schneider Verlag, Hohengehren, 2004, 140 Seiten, ISBN 3-89676-950-2, 14,00 Euro

Katrin Raabe, Mitarbeiterin im Mädchenhaus Heidelberg, legt ein Praxisbuch für eine mädchenspezifische Prävention von Essstörungen vor. In sehr verständlicher Form stellt sie Störungsbilder, Risikofaktoren und Erklärungsansätze für Essstörungen vor. Dabei kommen immer wieder betroffene Mädchen und Frauen selbst zu Wort. Das macht die besondere Eindringlichkeit

dieses Buches aus. Die Theorien und Handlungsansätze für die Prävention von Essstörungen werden mit dem gebotenen kritischen Blick dargestellt. Die praktische Umsetzung präventiver Projektarbeit wird am Beispiel des Heidelberger Mädchenhauses verdeutlicht. Ein Praxisteil mit Hinweisen für die Gestaltung präventiver Projekte inklusive Checklisten sowie eine Methodensammlung geben Anregungen für eigenständige Arbeit in diesem Feld. Das kurz und knapp gehaltene Buch richtet sich an interessierte Fachkräfte wie Lehrerinnen, Sozialpädagoginnen sowie Beraterinnen. (us)



Busenfreundinnen

Kurzfilm und Interviews von Gabriele Schärer, DVD, 5 Min., maat Filmproduktion

Mit leisem Humor inszeniert Gabriele Schärer das Treffen von zwei Freundinnen im Hallenbad. Weil sie sich lange nicht gesehen haben, gibt es viel zu erzählen. Eva, 40, ist aufgeregt und spricht wie ein Wasserfall. Anna, 50, würde gerne reden. Im Gegensatz zu ihrer Freundin fällt ihr dies unglaublich schwer. Selten werden Tabus so direkt und subtil angesprochen - ein Kurzfilm, der unter die Haut geht.

Umrahmt ist der Film von kurzen Interviews mit Expertinnen, in denen es um konkrete und praktische Informationen zum Thema Brustkrebs geht, um die Schwierigkeiten von Partner und Freundinnen im Umgang damit und um bessere Rahmenbedingungen für eine ganzheitliche Behandlung von Brustkrebs.

Zu beziehen über mamazone, Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V., Tel.: 0821-5213144



Impressum

Rundbrief 20 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

November 2005, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/3500052, Fax 0511/3505595, Email: ute.sonntag@gesundheitsnds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Ute Sonntag, Hildegard Müller

Beiträge: Thomas Altgeld, Brigitte Borrmann, Dr. Frauke Gerhardt, Roswitha Harsanyi, Ilse Hilliger, Nina Horstkötter, Alexandra Jahr, Prof. Dr. Petra Kolip, Verena Krammer, Anja Link, Petra Otto, Mechthild Paul, Karin Roske, Dr. Claudia Schumann, Irmtraut Windel

Die Arbeit des Netzwerkes kann durch eine Spende auf das Konto 103330 bei der Stadtsparkasse Hannover, BLZ 25050180, unterstützt werden. Stichwort „Netzwerk“ vermerken. Kontoinhaberin ist die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Eine Spendenquittung kann ausgestellt werden.

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Frühjahr 2006. Redaktionsschluss ist Ende Januar 2006.

Recht und Geschlecht

Zwischen Gleichberechtigung, Gleichstellung und Differenz, Mechthild Koreuber, Ute Mager (Hrsg.), Schriften zur Gleichstellung der Frau, Band 27, 215 Seiten, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004, ISBN 3-8329-0782-3, 44,00 Euro

Das vorliegende Buch widmet sich verschiedenen Facetten der Geschlechterfrage in und durch die Rechtswissenschaft. Grundlegende Einführungsbeiträge befassen sich z.B. mit der Kategorie Geschlecht in der Rechtswissenschaft, der rechtlichen Gleichstellung in Deutschland sowie mit der Verankerung des Gleichstellungsgebotes auf Europaebene. In praxisnahen Analysen zu aktuellen Einzelproblemen geht es z.B. um sexuelle Belästigung als juristisch unscharfen Sachverhalt, um das unterschätzte Familien-

recht und die Konstruktion von Geschlecht durch eben dieses. An das Rentenrecht werden geschlechtergerechte Anforderungen in der Alterssicherung gestellt. Interessant ist auch der Teil der Beiträge, die sich mit dem Verhältnis von Macht und Recht und verschiedenen Verfahren der Frauenförderung befassen, wie z.B. Gender Mainstreaming oder der Vergabe öffentlicher Aufträge als Instrument der Frauenförderung. Das Fazit „Wie männlich ist die Rechtswissenschaft?“ zieht keine geringere als Jutta Limbach, ehemalige Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes. (us)



Bodytalk

Der riskante Kult um Körper und Schönheit. Abdrea Hauner, Elke Reichart, dtv, München, 2004, 204 Seiten, ISBN 3-423-62203, 10,00 Euro

In ihrem Buch untersuchen die beiden Autorinnen den „riskanten Kult um Körper und Schönheit“. Schönheit übt eine starke Faszination auf jeden Menschen aus und bekommt in unserer Gesellschaft einen immer höheren Stellen- und Marktwert. Deshalb machen immer mehr Menschen, besonders Jugendliche und zunehmend auch junge Männer, ihren Körper zu einer permanenten „Baustelle“ und nutzen ihn als Fläche zur Selbstinszenierung. Die unbegrenzten Möglichkeiten zur Fotomanipulation und digitale Kunstfiguren spornen zu immer neuem, z.T. gefährlichem Kampf um Idealgewicht, Idealfigur und Idealgesicht an. Diese sind nach Meinung der Autorinnen für die Mehrheit der Bevölkerung wichtiger als jeder weltpolitische Konflikt. Das Buch analysiert anschaulich und informativ die Konsequenzen, die dieser Körper- und Schönheitskult für die Wertvorstellungen der Gesellschaft hat, besonders aber auch für das einzelne Individuum, zumal wenn es den „angesagten“ Vorstellungen nicht entspricht.

Irmtraut Windel



Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
18.-20. November 2005 Evangelische Akademie Tutzing	Junge Frauen. Ihre Chancen - ihre Risiken Tagung	Evangelische Akademie Tutzing, Tel.: 08158-251-0, www.ev-akademie-tutzing.de
18. und 19. November 2005 Kulturzentrum Lagerhaus, Schildstr. 12-19, Bremen	Bodenkosmetikerinnen Kabarett	Im Rahmen der MigrantInnentage gegen Ausgrenzung 2005, Kulturzentrum Lagerhaus, Tel: 0421-703 932, E-Mail: info@migration-bremen.de , www.migration-bremen.de
22. November 2005 VHS, Essen	„Auch das noch?!“ Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe in NRW	FUMA e.V., Fachstelle Gender NRW, Rathenastr. 2-4, 45127 Essen, Tel.: 0201-18 50 88-0, E-Mail: fachstelle@fumanrw.de , www.fumanrw.de
23. November 2005 Neues Rathaus Hannover	Frauengesundheit - zwischen Möglichkeit und Machbarkeit 10 Jahre Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen Fachtagung	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Tel.: 0511-120-2968 Landesvereinigung für Gesundheit Nds., s. Impressum
25. November 2005 Göttingen	Nein zu Gewalt an Frauen Diskussionsrunde zum Gedenktag „NEIN zu Gewalt an Frauen“	Stiftung Leben und Umwelt, Te.: 0511-301 857-0 www.slu-boell.de
12. Dezember 2005 Oldenburg	Behinderung und Geschlecht - Perspektiven in Theorie und Praxis Fachtag	Zentrum für interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung (ZFG), z.Hd. Karola Gebauer, E-Mail: zfg@uni-oldenburg.de
17.-19. Januar 2006 Evangelische Akademie Meißen	FrauenProjekteGipfel „Von der Industriegesellschaft des ‚weißen Mannes‘ zu einer Weltgemeinschaft der Vielfalt – Feministische Perspektiven“	Netzwerk von Gründerinnen Feministischer Projekte in Sachsen Infos über: Ev. Akademie Meißen, Tel.: 03521-4706-0, E-Mail: klosterhof@ev-akademie-meissen.de www.ev-akademie-meissen.de
5.-8. März 2006 Zülpich	Begleitung, Unterstützung und Pflege gewalttraumatisierter älterer Frauen Seminar	Frauenbildungshaus Zülpich Prälat-Franken-Str. 22 53909 Zülpich-Lövenich Tel.: 02252-6577 Frauenbildungshaus-zuelpich@t-online.de www.frauenbildungshaus-zuelpich.de
21.-24. Mai 2006 Zülpich	Vom Verdacht zur effektiven Hilfestrategie bei sexuellem Missbrauch Seminar	
28.5.-2.6.2006/ 21.9.-24.9.2006/ 14.12.-17.12.2006 Zülpich	Körperorientierte Traumaarbeit Fortbildung	
7. März 2006 Berlin	Health Politics for Gender Round table Diskussion des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit	Im Rahmen des 16. Kongresses für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tel.: 07071-943494, www.dgvt.de
30. April 2006 Verden	13 Jahre Frauenberatungsstelle Verden, Lesung mit Luisa Francia	Frauenberatungsstelle Verden, Tel.: 04231-85120, -85129

